Minister Zdrowia

ASG.050.222.2026.MGL
Warszawa, 20 października 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 20025 z dnia 29 września 2026 r. w sprawie zasad kwalifikacji oraz dostępu pacjentów do hemodiafiltracji przekazaną przez Panią Iwonę Małgorzatę Krawczyk, Posła na Sejm RP, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odpowiadając na pytanie 1 należy wskazać, że zgodnie z danymi Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, według stanu na dzień 12 października 2026 r., liczba pacjentów, dla których sprawozdano świadczenie gwarantowane hemodiafiltracji (HDF), systematycznie rosła w ostatnich latach:

- w 2023 r. HDF sprawozdano u 1 271 pacjentów spośród 28 749 pacjentów, u których sprawozdano hemodializę lub HDF, co odpowiada ok. **4,4%;**
- w 2024 r. odpowiednio u 2 015 spośród 29 540 pacjentów, tj. ok. **6,8%;**
- w 2025 r. u 2 786 spośród 29 716 pacjentów, tj. ok. **9,4%;**
- w okresie od stycznia do sierpnia 2026 r. u 3 880 spośród 26 823 pacjentów, tj. ok. **14,5%.**

Dane za 2026 r. obejmują osiem miesięcy i nie są bezpośrednio porównywalne z danymi za pełne lata 2023–2025. Dane dotyczące liczby i odsetka pacjentów leczonych z zastosowaniem hemodializy i HDF w podziale na poszczególne województwa przedstawiają się następująco:

Województwo	HDF/ HD w 2023 r.	HDF/ HD w 2024 r.	HDF/ HD w 2025 r.	HDF/ HD I-VIII 2026 r.
Dolnośląskie	41 / 2 495, tj. 1,6%	124 / 2 604, tj. 4,8%	233 / 2 635, tj. 8,8%	304 / 2 272, tj. 13,4%
Kujawsko-pomorskie	91 / 1 914, tj. 4,8%	139 / 2 051, tj. 6,8%	188 / 2 108, tj. 8,9%	293 / 1 964, tj. 14,9%
Lubelskie	138 / 1 431, tj. 9,6%	168 / 1 436, tj. 11,7%	298 / 1 482, tj. 20,1%	427 / 1 347, tj. 31,7%
Lubuskie	30 / 776, tj. 3,9%	26 / 826, tj. 3,1%	16 / 866, tj. 1,8%	71 / 789, tj. 9,0%
Łódzkie	28 / 1 680, tj. 1,7%	41 / 1 714, tj. 2,4%	60 / 1 678, tj. 3,6%	75 / 1 536, tj. 4,9%
Małopolskie	60 / 2 760, tj. 2,2%	200 / 2 926, tj. 6,8%	327 / 2 874, tj. 11,4%	393 / 2 578, tj. 15,2%
Mazowieckie	191 / 4 087, tj. 4,7%	300 / 4 097, tj. 7,3%	395 / 4 131, tj. 9,6%	604 / 3 755, tj. 16,1%
Opolskie	38 / 880, tj. 4,3%	29 / 908, tj. 3,2%	38 / 898, tj. 4,2%	71 / 797, tj. 8,9%
Podkarpackie	175 / 1 535, tj. 11,4%	228 / 1 574, tj. 14,5%	221 / 1 545, tj. 14,3%	230 / 1 390, tj. 16,5%
Podlaskie	0 / 763, tj. 0%	mniej niż 5 / 756	9 / 766, tj. 1,2%	8 / 656, tj. 1,2%
Pomorskie	194 / 2 368, tj. 8,2%	236 / 2 463, tj. 9,6%	255 / 2 453, tj. 10,4%	280 / 2 160, tj. 13,0%
Śląskie	33 / 4 207, tj. 0,8%	122 / 4 324, tj. 2,8%	161 / 4 431, tj. 3,6%	259 / 3 794, tj. 6,8%
Świętokrzyskie	42 / 1 184, tj. 3,5%	55 / 1 203, tj. 4,6%	74 / 1 101, tj. 6,7%	105 / 1 011, tj. 10,4%
Warmińsko-mazurskie	95 / 1 104, tj. 8,6%	105 / 1 076, tj. 9,8%	130 / 1 089, tj. 11,9%	148 / 992, tj. 14,9%
Wielkopolskie	119 / 2 593, tj. 4,6%	226 / 2 690, tj. 8,4%	349 / 2 720, tj. 12,8%	542 / 2 463, tj. 22,0%
Zachodniopomorskie	9 / 1 941, tj. 0,5%	34 / 1 977, tj. 1,7%	78 / 1 986, tj. 3,9%	122 / 1 672, tj. 7,3%

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Powyższe wartości procentowe obliczono jako relację liczby pacjentów, dla których sprawozdano HDF, do liczby pacjentów, dla których sprawozdano hemodializę. Dane źródłowe NFZ są danymi sprawozdawczymi i nie określają liczby pacjentów spełniających kryteria HDF, którzy z tej metody nie skorzystali. W województwie dolnośląskim liczba pacjentów z HDF zwiększyła się z 41 w 2023 r. do 233 w 2025 r., natomiast w okresie styczeń–sierpień 2026 r. wyniosła 304. Szczegółowe dane przekazane przez NFZ wskazują jednocześnie na istotne zróżnicowanie stosowania HDF pomiędzy poszczególnymi stacjami dializ. W odniesieniu do liczby stacji dializ realizujących HDF należy wskazać, że szczegółowe dane przekazane przez Centralę NFZ pozwalają na jej określenie w odniesieniu do województwa dolnośląskiego. W 2023 r. świadczenia HDF sprawozdało 6 komórek organizacyjnych stacji dializ, w 2024 r. – 9, w 2025 r. – 10, natomiast w okresie od stycznia do sierpnia 2026 r. – również 10. Przy ustalaniu tych wartości uwzględniono stacje dializ, w których sprawozdano co najmniej jednego pacjenta leczonego HDF.

Odpowiadając na pytanie 2 uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia określił kryteria kwalifikacji do HDF na podstawie lp. 22 Hemodiafiltracja (HDF), zawartej w załączniku nr 5 do rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.). Do HDF kwalifikuje się pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, u których współwystępuje:

- niestabilność hemodynamiczna z dominującymi objawami hipotensji śródializacyjnej,
- źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze objętościowo-zależne,
- amyloidoza,
- ciąża.

Dodatkowym warunkiem jest osiągnięcie w okresie miesiąca objętości konwekcji krwi powyżej 20 litrów na sesję hemodiafiltracji (HDF). W przypadku dzieci należy kierować się objętością konwekcji krwi w przeliczeniu na powierzchnię ciała dziecka. Są to kryteria kliniczne oraz techniczne dotyczące skutecznego przeprowadzenia zabiegu. Prezes NFZ nie określił w zarządzeniach dodatkowych kryteriów kwalifikacji, które zawężałyby populację wynikającą z rozporządzenia Ministra Zdrowia. Obowiązujące kryteria kwalifikacji do świadczeń HDF zostały wprowadzone w następstwie pozytywnej rekomendacji nr 50/2013 z dnia 29 kwietnia 2013 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „hemodiafiltracja (HDF)", jako świadczenia gwarantowanego, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego.

Odpowiadając na pytanie 3 uprzejmie informuję, że po opublikowaniu wyników badania CONVINCE AOTMiT nie przeprowadziła ponownej oceny zasad kwalifikacji pacjentów do HDF ani zasad finansowania tego świadczenia. Również NFZ nie dokonywał ponownej oceny kryteriów, ponieważ zostały one określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a ich merytoryczna zmiana pozostaje poza kompetencją Funduszu. AOTMiT wskazała, że populacja badania CONVINCE była szersza niż populacja obecnie kwalifikowana do HDF w Polsce. Do badania włączano dorosłych pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, leczonych hemodializą przez co najmniej trzy miesiące, którzy mogli osiągnąć objętość konwekcyjną wynoszącą co najmniej 23 litry na sesję. Kryteria badania nie ograniczały populacji wyłącznie do chorych z dodatkowymi wskazaniami klinicznymi wymienionymi w polskich przepisach. Jednocześnie AOTMiT podkreśliła, że na podstawie jednego badania klinicznego nie można rozstrzygnąć, czy i w jakim zakresie należy rozszerzyć kryteria kwalifikacji do HDF. Wymagałoby to kompleksowej oceny aktualnych dowodów dotyczących skuteczności, bezpieczeństwa, efektów w poszczególnych grupach pacjentów, wykonalności organizacyjnej oraz konsekwencji ekonomicznych i budżetowych.

Odpowiadając na pytania 4 i 5 uprzejmie informuję, że Prezes AOTMiT nie dysponuje aktualną odrębną analizą efektywności kosztowej szerszego stosowana hemodiafiltracji, która uwzględniałaby kompleksowo całkowite koszty opieki nad pacjentem, w tym koszty

hospitalizacji i leczenia powikłań oraz efekty kliniczne i wpływ stosowania HDF na jakość życia pacjentów. Należy jednocześnie wskazać, że ocena zasadności ewentualnego rozszerzenia wskazań do stosowania HDF wymagałaby przeprowadzenia kompleksowej oceny technologii medycznej, uwzględniającej całokształt aktualnych dowodów naukowych oraz uwarunkowania kliniczne, ekonomiczne i organizacyjne. Analiza taka nie powinna ograniczać się do porównania kosztów pojedynczych procedur dializacyjnych, lecz uwzględniać łączne konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne stosowania poszczególnych metod leczenia w odpowiednim horyzoncie czasowym, w tym m.in. ich wpływ na przeżycie pacjentów, jakość życia, częstość hospitalizacji i występowania powikłań, a także skutki finansowe i organizacyjne dla systemu ochrony zdrowia. Aktualnie nie są prowadzone prace związane z rozszerzeniem kryteriów kwalifikacji do HDF, stąd też nie jest możliwe wskazanie terminu wprowadzenia ich w życie.

Wyceny punktowe produktów rozliczeniowych finansowanych przez NFZ, w tym dla HDF, są ustalane na podstawie wyników prac taryfikacyjnych prowadzonych przez AOTMiT w tym zakresie.

Odpowiadając na pytanie 6 uprzejmie informuje, że NFZ nie posiada danych pozwalających określić liczbę pacjentów, którzy spełniają medyczne kryteria HDF, lecz nie korzystają z tej metody z przyczyn pozamedycznych. Powyższe wynika z zakresu danych przekazywanych w ramach sprawozdawczości. Nie wszystkie przesłanki kwalifikacji,

w szczególności niestabilność hemodynamiczna, hipotensja śródializacyjna czy źle kontrolowane nadciśnienie objętościowo - zależne, są identyfikowane za pomocą odrębnych kodów rozpoznań ICD - 10. W systemie NFZ nie są administrowane informacje o powodach niezastosowania HDF u konkretnego pacjenta. W konsekwencji, na podstawie danych sprawozdawczych, nie można ustalić ani ogólnopolskiej liczby takich pacjentów, ani podziału według województw i przyczyn niezastosowania HDF. Dane NFZ pozwalają natomiast monitorować liczbę pacjentów, u których HDF faktycznie wykonano oraz terytorialne zróżnicowanie realizacji świadczenia. Widoczne różnice pomiędzy województwami nie przesądzają jednak same w sobie o występowaniu ograniczeń pozamedycznych, ponieważ dane sprawozdawcze nie wskazują przyczyn tych różnic.

Odpowiadając na pytanie 7 uprzejmie informuję, że na obecnym etapie nie została podjęta decyzja o zmianie kryteriów kwalifikacji do HDF ani o rozszerzeniu zakresu finansowania tego świadczenia. Nie został również ustalony harmonogram ewentualnego wdrożenia zmian. Realizacja ewentualnej zmiany warunków realizacji świadczenia gwarantowanego odbywa się na zasadach ściśle określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461), z uwzględnieniem następujących kwestii:

- pełnego przeglądu aktualnych dowodów naukowych,
- wskazania populacji odnoszącej najwyższą korzyść kliniczną z zastosowanej technologii jak również populacji docelowej,
- oceny bezpieczeństwa,
- określenia wymagań organizacyjnych, technicznych i infrastrukturalnych,
- analizy efektywności kosztowej oraz wpływu na budżet.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/