



Minister Zdrowia

DLF.054.11.2026.SK
Warszawa, 24 kwietnia 2026

Pan
Bartosz Poliński
Prezes
Fundacji Onkologicznej ALIVIA

Szanowny Panie Prezesie,

w odpowiedzi na pismo, z dnia 23 marca 2026 r. (znak: 2026/03/23/W/1), skierowane do Prezesa Rady Ministrów i przekazane do rozpatrzenia przez Ministerstwo Zdrowia, w sprawie projektów aktów prawnych oraz zapowiedzi faktycznego przywrócenia limitów w diagnostyce obrazowej oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do kwestii związanej z koniecznością zasilenia Narodowego Funduszu Zdrowia dotacją podmiotową pragnę zauważyć, że coraz większą część przychodów NFZ stanowią środki budżetu państwa, w tym dotacja podmiotowa na finansowanie świadczeń gwarantowanych, zgodnie z czym:

- dotacja podmiotowa na 2023 r. w planie finansowym NFZ wyniosła 200 mln zł;
- dotacja podmiotowa na 2024 r. w pierwotnym planie finansowym NFZ wynosiła 8,8 mld zł, natomiast po zwiększeniach kwota ta wyniosła ostatecznie blisko 14,8 mld zł;
- dotacja podmiotowa na 2025 r. w pierwotnym planie finansowym NFZ wynosiła 18,35 mld zł, natomiast po zwiększeniach kwota ta wyniosła ostatecznie blisko 33 mld zł;
- dotacja podmiotowa na 2026 r. w pierwotnym planie finansowym NFZ wynosiła 26 mld zł, natomiast po zwiększeniach kwota ta aktualnie wynosi 30 mld zł.

Kolejne zwiększenia zaplanowanej dotacji podmiotowej dla NFZ na bieżący rok będą możliwe na podstawie art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w sprawie których obecnie Minister Zdrowia prowadzi rozmowy z Ministrem Finansów i Gospodarki. Wobec powyższego, podobnie jak w latach 2024-2025, należy spodziewać się istotnego zwiększenia dotacji podmiotowej dla NFZ w bieżącym roku.

W kwestii regulacji wprowadzonych zarządzeniem Nr 34/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2026 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka

specjalistyczna, w pierwszej kolejności należy zauważyć, że zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia na przestrzeni ostatnich lat liczba świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wzrosła o 20%, natomiast ich wartość wzrosła aż o 152%. Średni koszt tomografii komputerowej, za którą płacił NFZ w tym czasie, wzrósł o 64%. W przypadku rezonansu magnetycznego to 58% więcej, kolonoskopia – wzrost o 82%, a gastroscopia aż o 133%.

Należy również wskazać, że wprowadzone zmiany nie obejmują świadczeń dla:

- dzieci i młodzieży do 18 roku życia
- pacjentów w programie profilaktyki raka jelita grubego
- pacjentów z kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO).

Ostatecznie wdrożone zmiany w finansowaniu nadwykonań dla czterech świadczeń zaliczanych do ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych mają uwolnić ok. 625 mln zł, co w efekcie ma pozwolić na utrzymanie priorytetowego dostępu do świadczeń dla pacjentów onkologicznych z kartą DiLO, dzieci i innych pacjentów, którzy wymagają pilnej interwencji medycznej.

W wyniku konsultacji projektu zarządzenia, w ostatecznie przyjętych przepisach przychylnie się do zgłaszanych sugestii i podwyższono stawkę z proponowanego pierwotnie poziomu 40% do:

- 60% w endoskopii (gastroscopia i kolonoskopia);
- 50% w diagnostyce obrazowej (tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny).

Uwzględniono również postulaty przesunięcia zmiany na II kwartał 2026 r., dlatego nowy model rozliczania nadwykonań będzie dotyczył świadczeń udzielonych od 1 kwietnia br. Świadczenia wykonane w I kw. 2026 r. zostaną rozliczone na dotychczasowych zasadach.

Ponadto NFZ zapewnił, że prowadzi analizy realizacji i finansowania świadczeń oraz będzie wnikliwie monitorował realizację świadczeń dla pacjentów, w celu oceny rezultatów wprowadzonych zmian.

Jednocześnie w komunikacie NFZ poinformował, o utworzeniu specjalnego zespołu ekspertów z udziałem m.in. prof. Edyty Szurowskiej, konsultant krajowej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, który przygotuje m.in. standard kierowania na wybrane badania obrazowe oraz standard w zakresie opisu/interpretacji badania radiologicznego dla wybranych wskazań.

Odnosząc się natomiast do sytuacji pacjentów onkologicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia w kierowanych do Ministerstwa Zdrowia wyjaśnieniach poinformował, że w zależności od typu i umiejscowienia nowotworu, nie tylko poradnie onkologiczne mogą rozliczać diagnostykę w kierunku nowotworów. Dla większości poradni specjalistycznych dostępne są

produkty rozliczeniowe służące celowanej diagnostyce onkologicznej (tzw. „pakiety onkologiczne”). Produkty te, wykonane na podstawie wystawionej karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, a także wykonane w ich ramach badania rezonansu magnetycznego (RM) i tomografii komputerowej (TK) nie podlegają regresji z tytułu nadwykonań. Nie podlegają także regresji wprowadzonej zarządzeniami Prezesa NFZ Nr 23/2025/DSOZ i Nr 85/2025/DSOZ. Finansowaniu ze współczynnikiem regresywnym nie podlegają także świadczenia (w tym badania TK i RM) udzielone osobom poniżej 18 roku życia.

Ponadto NFZ podkreślił, że każdy świadczeniodawca zobowiązany jest do wykonywania świadczeń w sposób kompleksowy, zatem podmiot realizujący świadczenia w zakresie RM czy TK, w przypadku konieczności badania kilku okolic anatomicznych, powinien planować wykonanie tych badań możliwie w ramach jednej wizyty, z uwzględnieniem wskazań medycznych. Nawet jeśli pacjent zgłasza się z dwoma (lub więcej) skierowaniami/zleceniami na badanie RM czy TK kilku okolic anatomicznych (niezależnie czy wystawionych przez tego samego lekarza czy różnych, czy w tej samej dacie wystawienia czy różnej), niedopuszczalne jest umawianie pacjenta na dwa różne terminy w sytuacji możliwości wykonania ich podczas jednej wizyty. Takie postępowanie, jest bardziej uciążliwe dla pacjenta, jak również stanowi ograniczenie dostępu do badań dla pozostałych pacjentów poprzez niewłaściwe zarządzanie kolejką oczekujących/ harmonogramem przyjęć. Jest to szczególnie istotne w przypadku konieczności wykonania badań kilku okolic z podaniem kontrastu.

NFZ wskazał również, że dopuszczalna jest możliwość umówienia i wykonania tych świadczeń w dwóch odrębnych terminach, jednak musi to bezwzględnie wynikać z uwarunkowań medycznych, czyli np. w przypadku pacjentów bólowych, którzy nie są w stanie wytrzymać w nieruchomej pozycji badań dwóch lub trzech okolic anatomicznych. Wykonywanie badań wieloodcinkowych w odrębnych terminach powinno stanowić sytuację marginalną i fakt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta. Sprawozdanie i rozliczenie wykonanych badań poszczególnych okolic anatomicznych odbywa się poprzez wybranie jednego spośród produktów rozliczeniowych, najbardziej zbliżonego do faktycznie zrealizowanego zakresu badania, zawartych w katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), zgodnie z załącznikiem nr 1b do zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.), z wykazaniem procedur ICD-9 odpowiadających badanym okolicom anatomicznym z wykazu świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.).

Odnosząc się do kwestii rozwiązań, które mogą doprowadzić do utrzymania wieloletniego kierunku udostępniania skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii informuję, że celem Ministra Zdrowia w obszarze polityki lekowej, w tym refundacyjnej, jest zawsze udostępnianie nowych technologii z uwzględnieniem szerokiego wachlarza potrzeb zdrowotnych w całej populacji, biorąc pod uwagę jakości tych technologii, ich wpływ na poprawę sytuacji zdrowotnej, ale również koszty jakie generują one dla publicznego systemu. W swoich decyzjach Minister Zdrowia opiera się na zasadach medycyny opartej na dowodach (EBM) oraz wynikach oceny technologii medycznych (HTA), które to dziedziny mają za zadanie pomóc decydentowi w dokonaniu wyborów optymalnych z punktu widzenia gospodarowania ograniczonym zasobem środków publicznych przy konieczności zaspokojenia szerokiego wachlarza potrzeb medycznych. Jednocześnie należy pamiętać, iż Minister Zdrowia nie może podejmować decyzji w tym obszarze abstrahując od możliwości finansowych jakimi dysponuje płatnik, gdyż jego decyzje rodzą konsekwencje finansowe zarówno w perspektywie krótko jak i długookresowej. Składanie jakichkolwiek deklaracji i podejmowanie decyzji, których skutki byłyby nie do zrealizowania w praktyce nie jest ani w interesie Ministra Zdrowia ani pacjentów, i nie stanowi przejawu racjonalnego postępowania. W związku z powyższym prowadzenie odpowiedzialnej polityki w przedmiotowym zakresie w sposób oczywisty wiąże się również z uwzględnianiem w procesie decyzyjnym ograniczeń budżetowych. Z całą pewnością jednak Minister Zdrowia będzie nadal dążył do poprawy dostępu do świadczeń gwarantowanych w różnych obszarach, w tym również w zakresie opieki onkologicznej. Jednocześnie należy podkreślić, iż Minister Zdrowia zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości finansowania terapii pacjentów już objętych leczeniem w ramach refundacji systemowej, co w sposób naturalny ogranicza elastyczność w alokacji środków na nowe opcje terapeutyczne.

Dodatkowo informuję, że 12 stycznia 2026 r., w piśmie (znak: PLR.0164.34.2025.ŁK), stanowiącym odpowiedź Ministra Zdrowia na wniosek o dostęp do informacji publicznej, udzielono Panu szczegółowych informacji dot. *przestrzeni finansowej przeznaczony na udostępnienie nowych opcji terapeutycznych w 2026 r.*

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

Do wiadomości:

Biuro Prezesa Rady Ministrów – dot. pisma z dnia 26 marca 2026 r., znak: BPRM.512.3.7.2026.