Oświadczenie złożone
przez senatora Krzysztofa Słonia
na 56. posiedzeniu Senatu
w dniu 8 kwietnia 2026 r.

Oświadczenie skierowane do prezesa Rady Ministrów Donalda Tuska

Szanowny Panie Premierze!

Zwracam się z apelem o zablokowanie niekorzystnych rozwiązań dotyczących rozliczania nadwykonań w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Ewentualne wejście w życie nowych zasad być może przyniesie krótkotrwałe oszczędności, ale w konsekwencji odbije się negatywnie na sytuacji placówek ochrony zdrowia, co najdotkliwiej odczują pacjenci. Uprzejmie proszę o informację o podjętych przez pana premiera działaniach zmierzających do wyjaśnienia i rozwiązania przedstawionego przeze mnie problemu.

Na poparcie mojego oświadczenia dołączam apel Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego dotyczący działań Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Samorząd województwa świętokrzyskiego z najwyższym niepokojem obserwuje kierunek działań podejmowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia w obszarze organizacji i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Coraz trudniej mówić dziś o spójnym, stabilnym i przewidywalnym modelu finansowania systemu ochrony zdrowia. W jego miejsce wprowadzane są rozwiązania doraźne, oszczędnościowe i wewnętrznie sprzeczne, których rzeczywisty koszt przerzucany jest na szpitale, personel medyczny, samorządy, a ostatecznie przede wszystkim na pacjentów. Zamiast wzmacniać dostęp do badań i leczenia, państwo coraz wyraźniej sygnalizuje, że o dostępności świadczeń zaczyna decydować nie potrzeba zdrowotna, lecz stan bieżących finansów płatnika publicznego. Szczególne obawy budzi projekt zarządzenia prezesa NFZ z dnia 11 marca 2026 r. dotyczący zmiany zasad rozliczania nadwykonań w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Zgodnie z propozycją funduszu po przekroczeniu wartości kontraktu świadczeniodawca miałby otrzymywać jedynie 40% wartości świadczenia, a rozliczenie nadwykonań zostałoby przesunięte na koniec roku. Co szczególnie wymowne, sam NFZ otwarcie komunikuje, że celem tych zmian jest „uwolnienie ok. 800 milionów zł". Oznacza to wprost, że poprawa równowagi finansowej systemu ma zostać osiągnięta przez ograniczenie wydatków na diagnostykę, a więc dokładnie w tym obszarze, w którym rozstrzyga się czas rozpoznania choroby, moment wdrożenia terapii i realna szansa pacjenta na skuteczne leczenie. Taki mechanizm należy ocenić jako rozwiązanie wysoce niebezpieczne, ponieważ prowadzi do ekonomicznego ograniczania świadczeń, destabilizuje funkcjonowanie publicznych podmiotów leczniczych i pogłębia nierówności w dostępie do kluczowej diagnostyki, nie gwarantując nawet finansowania kosztów pracy personelu medycznego.

Nie sposób traktować tego projektu jako technicznej korekty czy incydentalnej reakcji na przejściowe trudności finansowe. Sam fundusz wskazuje wprost, że chodzi o ograniczenie kosztów i uwolnienie środków. W oficjalnej korespondencji Ministerstwa Zdrowia do Ministerstwa Finansów z 29 października 2025 r. wskazywano ograniczenia w AOS oraz oszczędności w diagnostyce obrazowej jako źródło bilansowania systemu. Wszystko to prowadzi do wniosku, że obecne działania nie są przypadkowe, lecz stanowią element wcześniej przyjętej polityki. Polityki, w której diagnostyka zamiast być chronionym fundamentem nowoczesnego systemu ochrony zdrowia, została potraktowana jak rezerwa budżetowa, po którą można sięgnąć, gdy państwo nie potrafi zapewnić systemowi stabilnego finansowania. Jest to logika krótkowzroczna, groźna i społecznie kosztowna. Tym bardziej uderzające jest to, że jeszcze w lipcu 2021 r. państwo prezentowało kierunek dokładnie przeciwny. Ówczesne kierownictwo Ministerstwa Zdrowia ogłosiło wówczas zniesienie limitów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i podkreślało, że bez limitów finansowych mają być dostępne wszystkie świadczenia udzielane pacjentom w AOS, w tym kosztowne badania diagnostyczne. Dziś obserwujemy całkowite odwrócenie tej logiki – zamiast wzmacniać diagnostykę na początku ścieżki pacjenta, tworzy się ekonomiczne bariery jej wykonywania i odbudowuje finansowy odpowiednik limitów. Trudno nie dostrzec w tym wyraźnej sprzeczności między wcześniejszymi deklaracjami aktualnych władz szczebla rządowego a ich obecnymi decyzjami oraz podległych im instytucji odpowiedzialnych za finansowanie systemu. Przed 13 grudnia 2023 r. mówiono o odwracaniu piramidy świadczeń i wzmacnianiu roli szybkiej diagnostyki, dziś ta sama diagnostyka staje się jednym z pierwszych obszarów poszukiwania oszczędności.

Sprzeczność ta nabiera szczególnie rażącego charakteru w kontekście faktu, że rok 2026 został ustanowiony przez Sejm RP Rokiem Profilaktyki Zdrowotnej. W uchwale Sejmu podkreślono potrzebę przesunięcia akcentu z leczenia na zapobieganie. Tymczasem praktyka działań płatnika publicznego pokazuje coś dokładnie odwrotnego. Trudno o bardziej jaskrawy paradoks niż sytuacja, w której państwo oficjalnie promuje profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób, a równocześnie ekonomicznie ogranicza finansowanie diagnostyki obrazowej i endoskopowej. W takim ujęciu profilaktyka przestaje być rzeczywistym filarem polityki zdrowotnej, a zaczyna przybierać postać deklaracji o wyłącznie wizerunkowym i politycznym charakterze, za którą nie idą żadne konsekwentne decyzje finansowe. Rozdźwięk między deklaracjami a praktyką staje się zbyt wyraźny, by można go było uznać za przypadek.

Najwyższą cenę za te decyzje zapłacą pacjenci. To oni będą dłużej czekać na badania. To oni będą przesuwani na późniejsze terminy. To oni będą odsyłani do innych placówek albo wypychani do sektora prywatnego, jeśli tylko będzie ich na to stać. W praktyce oznacza to pogłębianie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych i osłabianie publicznego systemu ochrony zdrowia tam, gdzie powinien on działać najsprawniej – na etapie szybkiego rozpoznania i wczesnej interwencji. Tego rodzaju decyzji nie można przedstawiać jako neutralnych korekt finansowych. Są to decyzje o charakterze systemowym, których skutkiem będzie nie tylko realne ograniczenie dostępności diagnostyki i leczenia, lecz także dalsze kredytowanie przez szpitale Narodowego Funduszu Zdrowia, pogłębianie ich problemów finansowych, a wskutek tego ograniczanie dostępu do świadczeń, dalsze zadłużanie, utrata płynności finansowej, a w konsekwencji zaprzestanie działalności.

Dlatego apelujemy o jednoznaczne przeciwstawienie się działaniom Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, które prowadzą do faktycznego ograniczania dostępności diagnostyki i leczenia. Nie można budować równowagi finansowej systemu ochrony zdrowia kosztem pacjenta. Nie można mówić o odwracaniu piramidy świadczeń, równocześnie przywracając ekonomiczne bariery dostępu do badań. Nie można ogłaszać Roku Profilaktyki Zdrowotnej i jednocześnie ograniczać finansowania diagnostyki, która stanowi fundament wczesnego rozpoznania chorób. Coraz wyraźniej widać, że deklaracje władz publicznych rozmijają się z działaniami NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Konsekwencje tej polityki poniosą nie autorzy tych decyzji, lecz pacjenci, ich rodziny, szpitale i samorząd.

Z wyrazami szacunku
Krzysztof Marek Słoń