

Data wysłania : 25.06.2026

Od: MINISTERSTWO ZDROWIA
<AE:PL-11185-96749-VHSCS-20>

BESKIDZKA IZBA LEKARSKA W BIELSKU-BIAŁEJ	
Wpł. dnia	2026 -06- 25
L.dz.	71/2026/06/1907

1° STRONA BIL
2° Celonbaw ORL
3° DELEGACI 26.06.2026

Do:
BESKIDZKA IZBA LEKARSKA
<AE:PL-74470-76656-RJHBF-21>

Znak sprawy: NKKF.054.3.2026

Szanowni Państwo,
W załączeniu pismo znak NKKF.054.3.2026.2.AB z dnia 25 czerwca 2026 r.
Z poważaniem,

Załączniki:

1. NKKF.054.3.2026.2.AB_Pismo_do_Prezesa_Beskidzkiej_Izby_Lekarskiej_w_spr._nakładania_ka



Minister Zdrowia

NKKF.054.3.2026.2.AB
Warszawa, 25 czerwca 2026

Pan
Radostaw Piwowarczyk
Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
Beskidzkiej Izby Lekarskiej

Szanowny Panie Prezesie,

w związku pismem Beskidzkiej Izby Lekarskiej przekazującym Stanowisko nr 4/X/2026 podjęte podczas XLV Sprawozdawczo -Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Beskidzkiej Izby Lekarskiej w dniu 7 marca 2026 roku w sprawie: nakładania kar za nieuzasadnione zdaniem urzędników NFZ hospitalizacje w oddziałach pediatrycznych¹, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Na wstępie należy podkreślić, że przedmiotowa sprawa została poddana analizie zarówno pod względem przedstawionego stanu faktycznego i prawnego, jak również dokonano weryfikacji podnoszonych w Stanowisku nr 4/X/2026 argumentów oraz zwrócono się do Departamentu Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia o przedłożenie wyjaśnień w niniejszej sprawie.

Dokonując analizy stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienie wskazać należy, że normatywnym podłożem kształtowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia² kierunków ocen w przeprowadzonych postępowaniach kontrolnych obejmujących swym zakresem hospitalizacje, była dyspozycja normy przepisu art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³. Zgodnie z art. 58 ww. ustawy, świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Na gruncie powyższych uregulowań wskazać należy, że prawo do leczenia w warunkach szpitalnych winno być zrealizowane przy łącznym spełnieniu dwóch warunków.

Pierwszym jest podjęcie przez udzielającego świadczeń zdrowotnych lekarza, lekarza dentystry decyzji medycznej o zasadności kontynuacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego w warunkach szpitalnych, a decyzja taka skutkuje wytworzeniem przez lekarza skierowania, które zaliczane jest do dokumentacji indywidualnej zewnętrznej zgodnie z § 2 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia z dnia 6 kwietnia 2020 r. Ministra Zdrowia w

¹ Dalej jako: „Stanowisko nr 4/X/2026”.

² Dalej jako: „NFZ”.

³ T.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm., dalej jako „ustawa o świadczeniach”.

sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴.

Drugim warunkiem, który musi być spełniony, ażeby prawo świadczeniobiorcy mogło być zrealizowane, jest obiektywny brak możliwości osiągnięcia celu leczenia w warunkach ambulatoryjnych (powyższego celu leczenia nie można oczywiście definiować przez wyleczenie, bowiem udzielanie świadczeń zdrowotnych nie jest zobowiązaniem rezultatu, lecz należytej staranności). Warunek ten będzie więc spełniony w sytuacji, gdy stan kliniczny pacjenta determinuje konieczność zastosowania takiej procedury medycznej, w szczególności postępowania diagnostycznego lub leczniczego, która nie mogłaby się odbyć w warunkach ambulatoryjnych.

Zatem, skierowanie do szpitala nie ma charakteru wiążącego dla świadczeniodawcy i podlega ono merytorycznej weryfikacji na izbie przyjęć szpitala. Dopiero w przypadku potwierdzenia zasadności skierowania, podejmowana jest druga w kolejności medyczna decyzja o braku możliwości osiągnięcia celu leczniczego w warunkach ambulatoryjnych, co finalnie prowadzi do przyjęcia świadczeniobiorcy na właściwy oddział szpitalny⁵.

Powyższy przepis kształtuje zatem jako regułę, udzielanie świadczeń w trybie ambulatoryjnym, natomiast jedynie w przypadku gdy cel leczniczy nie może być w tych warunkach osiągnięty, uzasadnione staje się prowadzenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego w warunkach szpitalnych. Jednocześnie z uwagi na istotne zróżnicowanie wartości kosztów obydwu trybów udzielania świadczeń, NFZ poddaje niniejsze świadczenia ocenie, co ma miejsce w szczególności w ramach poszczególnych postępowań kontrolnych.

W tym miejscu wskazać należy, że uprawnienia kontrolne Prezesa NFZ określone zostały w art. 61a ust. 1 ustawy o świadczeniach, na mocy którego Prezes NFZ może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

- 1) organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w tej umowie;
- 3) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;
- 4) przestrzegania zasad wystawiania recept;
- 5) posiadania uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawody medyczne;
- 6) wykonywania obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę związanych z realizacją tej umowy w zakresie innym niż określony w pkt 1-5.

Jednocześnie wskazać należy, że NFZ dokonał identyfikacji kontroli spełniających przesłanki, o których mowa w Stanowisku nr 4/X/2026, przy czym ustalił, że przyczyną kwestionowania zasadności hospitalizacji we wszystkich kontrolach był brak wskazań do hospitalizacji. Zgodnie z ustaleniami NFZ, dokonanymi w toku postępowań kontrolnych, wśród skontrolowanych hospitalizacji stwierdzono, na podstawie analizy indywidualnej dokumentacji medycznej, w tym skierowań do szpitala, oceny trybu przyjęcia, opisu badania podmiotowego i przedmiotowego, wyników badań, opisu przebiegu hospitalizacji oraz rodzaju zastosowanego leczenia, stwierdzono, iż stan zdrowia pacjenta nie wymagał natychmiastowej interwencji, a udzielone świadczenia mogły być wykonane i rozliczone w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Ponadto w powyższych przypadkach

⁴ T.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 798 z późn. zm.

⁵ Vide „Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych”, pod red. Mec. Agnieszki Pietraszewskiej Machety, wyd. 3 Wolters Kluwer 2018 r., str. 485-487.

przyjęcie pacjentów wiązało się z wykonaniem, m.in. diagnostyki obrazowej, badań laboratoryjnych, konsultacji specjalistycznych, a w dokumentacji medycznej brak było uzasadnienia powodu dla którego badania te nie mogły zostać wykonane w trybie ambulatoryjnym. Jednocześnie, nie udokumentowano jednoznacznych przeciwwskazań medycznych, wynikających ze stanu klinicznego, do wykonania zaplanowanych czynności diagnostycznych i/lub leczniczych w warunkach ambulatoryjnych, zatem przeprowadzona diagnostyka mogła być realizowana w warunkach ambulatoryjnych i nie zachodziła konieczność zapewnienia całodobowej opieki (pacjenci nie wymagali kompleksowych świadczeń zdrowotnych, które muszą być realizowane przez całą dobę ze względu na ich stan zdrowia).

Należy zauważyć, że zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

W świetle powyższego podkreślić należy, że każdy świadczeniodawca zawierając umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ zobowiązuje się do jej wykonywania zgodnie ze zdefiniowanym katalogiem zasad i unormowań określających warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określonych w szczególności w: ustawie o świadczeniach, rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

Świadczeniodawca, przystępując do realizacji umowy jest świadomy granic własnej odpowiedzialności za jej nienależyte wykonywanie zgodnie z jej warunkami, na zasadach i w granicach określonych w ww. przepisach prawa, regulujących udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych objętych umową zawartą z NFZ.

W kontekście powyższego należy wskazać, że instrumentem prawnym służącym do ustalenia prawidłowości realizacji umowy jest kontrola⁷, o której mowa w art. 61a ustawy o świadczeniach, której świadczeniodawca jest zobowiązany się poddać licząc się ze wszystkimi skutkami prawnymi i finansowymi wynikającymi z tego trybu.

Odnosząc się jednocześnie do aspektu nakładania kar w wyniku przeprowadzonych kontroli, co zostało podniesione w Stanowisku nr 4/X/2026 warto podkreślić, że NFZ w toku prowadzonych czynności oraz w sytuacjach kwestionowania zasadności sprawozdanych świadczeń zdrowotnych w trybie hospitalizacji, nie dokonuje ich kwalifikacji jako świadczeń nienależnych w rozumieniu § 28 ust. 1 rozporządzenia OWU, a jedynie kieruje wobec kontrolowanego świadczeniodawcy karę umowną.

Należy ponadto podkreślić, że w toku kontroli NFZ nie kwestionuje przeprowadzonego u pacjenta postępowania diagnostyczno-leczniczego (wynikającego z zasad deontologii

⁶ T.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 712, dalej jako: „OWU”.

⁷ Ewentualnie czynności sprawdzające, o których mowa w art. 61w ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym w sytuacji wystąpienia wątpliwości dotyczących prawidłowości postępowania w zakresach, o których mowa w art. 61a ust. 1-3, w szczególności na skutek przetwarzania posiadanych danych lub informacji, NFZ może przeprowadzić czynności sprawdzające obejmujące wezwanie świadczeniodawcy, osoby uprawnionej w rozumieniu ustawy o refundacji lub apteki do udzielenia wyjaśnień lub przekazania dokumentów niezbędnych do ustalenia stanu faktycznego w tym zakresie.

zawodowej), a jedynie porównuje, czy sprawozdane rozpoznania, procedury medyczne wykonane u pacjenta, znajdują odzwierciedlenie w prowadzonej dokumentacji medycznej. Na uwagę zasługuje fakt, że dokumentacja medyczna (zarówno zbiorowa jak i indywidualna) stanowi podstawowy prawny środek dowodowy służący do osiągnięcia celu kontroli, tj. ustalenia stanu faktycznego w zakresie objętym kontrolą, rzetelnego jego udokumentowanie oraz dokonania oceny.

Podkreślenia jednocześnie wymaga, że Minister Zdrowia nie jest stroną umowy zawartej pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą, zatem nie uczestniczy również na żadnym z etapów przeprowadzanego przez NFZ postępowania kontrolnego. W konsekwencji powyższego, czynności kontrolne oraz ocena spełniania warunków realizacji umów, ustalenia odnoszące się do jej wykonania i rozstrzygnięcia w zakresie skutków stwierdzonych nieprawidłowości, pozostają w zakresie właściwości NFZ, który realizuje te zadania na podstawie i w granicach przepisów prawa oraz postanowień zawartych umów.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Aleksandra Pawłowska
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/