



Minister Zdrowia

ASG.050.97.2026.MGL
Warszawa, 12 maja 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
w odpowiedzi na interpelację nr 16395 z dnia 8 kwietnia 2026 r. w sprawie ograniczania dostępności procedur interwencyjnych leczenia bólu (w tym termolezji) w lecznictwie szpitalnym, zgłoszoną przez Panią Iwonę Małgorzatę Krawczyk i grupę Posłów na Sejm RP, a także w ślad za prolongatą terminu udzielenia odpowiedzi z dnia 30 kwietnia 2026 r., znak: ASG.050.97.2026.MGL, uprzejmie informuję.

Odpowiadając na pytanie 1 i 8, należy wskazać, że cele polityki zdrowotnej w obszarze leczenia bólu przewlekłego powinny pozostawać spójne z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentów, adekwatności finansowania oraz przejrzystości zasad rozliczania świadczeń. W raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) WT.521.18.2016 wskazano na potrzebę uporządkowania katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) i rozliczania świadczeń w obszarze schorzeń kręgosłupa, w tym procedur przeciwbólowych, m.in. poprzez przebudowę ww. katalogu oraz doprecyzowanie kodowania i sprawozdawczości, aby ograniczyć ryzyko niejednoznacznych interpretacji i tzw. upcodingu (rozliczania świadczeń w grupach o wyższej refundacji, niż wynika to z faktycznie wykonanych procedur). Jednocześnie w raporcie podkreślono znaczenie analizy relacji pomiędzy świadczeniami realizowanymi w trybie szpitalnym i ambulatoryjnym (odwracanie piramidy świadczeń) – przy założeniu zachowania jakości i bezpieczeństwa. Ponadto, jak wynika z uzyskanej opinii konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii, zmiany modelu rozliczania świadczeń dotyczących leczenia bólu przewlekłego mające na celu przeniesienie istotnej części procedur wykonywanych w warunkach szpitalnych do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powinno przyczynić się do zwiększenia dostępności do tych świadczeń.

Odpowiadając na pytanie 2 i 3, uprzejmie informuję, że projektowanie zmian w finansowaniu i organizacji świadczeń wymaga oparcia się na danych o realizacji i kosztach świadczeń oraz na analizie skutków organizacyjnych. W ww. raporcie AOTMiT WT.521.18.2016 opisano m.in. wykorzystane źródła danych (dane Narodowego Funduszu Zdrowia o realizacji świadczeń, dane finansowo księgowe i medyczno-kosztowe przekazane przez świadczeniodawców, dane dotyczące wynagrodzeń personelu) oraz wskazano, że w części obszarów – z uwagi na gruntowną przebudowę katalogu grup rozliczeniowych – zastosowano korekty i przebiegi referencyjne przygotowane we współpracy z ekspertami klinicznymi. W raporcie oraz w aneksie do raportu z dnia 22 października 2025 r., rekomendowano również wzmocnienie sprawozdawczości (m.in. techniki zabiegu, liczby

poziomów), aby kolejne analizy były oparte na bardziej kompletnych i porównywalnych danych oraz umożliwiły ewentualną korektę taryf po okresie ich stosowania. Jak wskazano w raporcie AOTMiT, obecny kształt katalogu grup rozliczeniowych stanowi propozycję wypracowaną przez środowisko eksperckie, a możliwość przeprowadzenia szczegółowych analiz pojawi się po roku od wprowadzenia nowych taryf. Takie podejście uzasadnia weryfikację, ponieważ dopiero na podstawie danych z praktyki klinicznej i rzeczywistych przebiegów świadczeń możliwe będzie rzetelne ocenienie skutków zmian oraz ewentualne dostosowanie mechanizmów finansowania i organizacji świadczeń do potrzeb pacjentów i systemu ochrony zdrowia. Dopiero wtedy, po zebraniu pełnych i rzetelnych danych oraz przeprowadzeniu szczegółowych analiz, możliwa będzie właściwa korekta mechanizmów finansowania i organizacji świadczeń, dostosowana do realnych potrzeb pacjentów i systemu ochrony zdrowia. Dodatkowo pragnę zwrócić uwagę, że w ramach prowadzonych prac taryfikacyjnych Agencja współpracowała z szerokim gronem klinicystów, właśnie celem zminimalizowania ewentualnych ryzyk systemowych.

Odpowiadając na pytanie 4, 6 i 7, uprzejmie informuję, że kwalifikacja pacjenta do trybu ambulatoryjnego lub szpitalnego powinna wynikać z przesłanek medycznych, w tym z konieczności zapewnienia odpowiedniego nadzoru, dostępności diagnostyki oraz zabezpieczenia anestetycznego. Za ten etap w całości odpowiedzialny jest świadczeniodawca i personel przez niego zgłoszony do realizacji świadczeń. Jak wynika z wspomnianego raportu AOTMiT, dla części procedur możliwych do realizacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, za zasadne uznano przyjęcie standardu organizacyjnego odpowiadającego warunkom szpitalnym (w zakresie infrastruktury i personelu) jako punktu odniesienia dla kalkulacji kosztów, co miało na celu ograniczenie ryzyka realizacji procedur w warunkach nieadekwatnych do ich złożoności. Ponadto, pragnę zauważyć, że konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, pozytywnie ocenia wspomniane zmiany systemowe związane z przeniesieniem procedur z zakresu leczenia bólu wykonywanych w warunkach szpitalnych do leczenia w warunkach ambulatoryjnych, w kontekście racjonalnego prowadzenia leczenia bólu, podkreślając jednocześnie, że zmiany te nie mają wpływu na ograniczenie dostępności do świadczeń.

Odpowiadając na pytanie 5, uprzejmie informuję, że kwestie związane z dostępnością, kwalifikacją i finansowaniem świadczeń zostały uregulowane m.in. w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r., poz.1461). Na podstawie art. 5 pkt 40 ww. ustawy, świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Realizacja opieki nad świadczeniobiorcami w miejscu ich zamieszkania jest realizowana przez lekarza rodzinnego w ramach POZ odbywa się bez skierowania. Lekarz POZ, który jako specjalista najbliższy świadczeniobiorcy, pełni znaczącą rolę w monitorowaniu jego stanu zdrowia, diagnostyce i leczeniu wszelkich przewlekłych schorzeń, nie wyłączając leczenia bólu. Natomiast w sytuacji, gdy zaistnieje konieczność wykonania dalszych badań i konsultacji specjalistycznych, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien skierować świadczeniobiorcę na leczenie i diagnostykę, które prowadzone jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub bezpośrednio na leczenie realizowane w warunkach szpitalnych, jeśli stan kliniczny świadczeniobiorcy wskazuje na taką konieczność. Dodatkowo należy zauważyć, że także w przypadku, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lekarz specjalista powinien skierować świadczeniobiorcę do leczenia szpitalnego lub rehabilitacyjnego.

Zgodnie z delegacją ustawową na podstawie art. 31d ustawy, Minister Zdrowia, określił minimalne warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy, którzy chcą udzielać świadczeń gwarantowanych. Warunki te zostały określone m.in. w następujących rozporządzeniach:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 29 listopada 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 2335),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 6 listopada 2013 r. z dnia 25 stycznia 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 22 listopada 2013 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 290 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265).

Zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych zostały określone szczegółowe wykazy świadczeń scharakteryzowanych procedurami medycznymi, rozpoznaniem chorobowymi (w tym także rozpoznaniem opisanymi numerami ORPHA) oraz badaniami diagnostycznymi, wraz ze wskazaniem leków lub wyrobów medycznych w zakresie niezbędnym do wykonania świadczeń gwarantowanych, z uwzględnieniem chemioterapii i programów lekowych, odpowiednio do indywidualnych potrzeb zdrowotnych pacjentów, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, co powinno gwarantować pacjentom bezpieczną oraz skuteczną terapię.

Decyzję o sposobie leczenia każdorazowo podejmuje lekarz prowadzący leczenie, który powinien poinformować świadczeniobiorcę o dostępnych metodach diagnostyczno-terapeutycznych, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia świadczeniobiorcy, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

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