



ASG.050.130.2026.MK
Warszawa, 03 czerwca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację (nr 16767) z 27 kwietnia 2026 r. Pani Poseł Agnieszki Ścigaj i grupy posłów, w sprawie systemowych problemów w diagnostyce i leczeniu gruźlicy oraz blokowania wykorzystania nowoczesnej aparatury diagnostycznej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1) Czy Ministerstwo Zdrowia posiada aktualną diagnozę dotyczącą organizacji diagnostyki i leczenia gruźlicy w Polsce oraz jakie działania zostały podjęte w celu realizacji zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia w tym zakresie?

Aktualnie diagnostyka i leczenie pacjentów z podejrzeniem lub diagnozą gruźlicy i innych mykobakterioz jest realizowana w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym w ramach programu pilotażowego leczenia gruźlicy lekoopornej oraz leczenia szpitalnego. W ramach tych świadczeń pacjenci mają dostęp m.in.: do badania mikrobiologicznego z testem lekooporności. Powyższe aktualnie stanowi standard w diagnostyce prątka gruźlicy i innych mykobakterioz i jest zalecane we wszystkich odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej.

Zgodnie z Bankiem Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego i danymi Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc (IGiChP) w 2023 r. w Polsce zarejestrowano 4 436 zachorowań na gruźlicę (↑ 2,8 % w odniesieniu do 2022 r.), w tym 3 920 nowych przypadków bez historii wcześniejszego leczenia gruźlicy. Zdecydowaną większość przypadków gruźlicy stanowiła gruźlica płuc (96,1%). Gruźlicę potwierdzono bakteriologicznie u 3 554 osób (64,2% wszystkich przypadków). Z danych IGiChP wynika, że w 2022 r. odnotowano 472 zgony z powodu tej choroby (najwięcej w populacji 45–60 lat).

Z danych NFZ za lata 2019-2023 wynika, że łączna liczba unikalnych pacjentów, u których sprawozdawano jedno ze wskazań określone kodem ICD-10 A15-A19, A31 (wraz z rozszerzeniami) wynosiła 29 077. Roczna liczba pacjentów wynosiła w 2020 r. 6 488, a w 2023 r. 7 917 i była znacząco niższa niż w 2019 r. w którym osiągnęła 10 136 pacjentów.

2) Czy Ministerstwu znana jest sytuacja związana z brakiem możliwości uruchomienia aparatury diagnostycznej przekazanej przez WHO, w tym w szczególności aparatu RTG w szpitalu w Jaroszewcu, oraz jakie działania zostały podjęte w celu usunięcia barier administracyjnych uniemożliwiających jego wykorzystanie?

Zarówno aparatura medyczna jak i pomieszczenia podmiotów leczniczych wykorzystywanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, muszą spełniać odpowiednie określone prawem kryteria i normy bezpieczeństwa, niezależnie od tego, kto kupuje dany rodzaj aparatury medycznej. Za

egzekucje stosownych przepisów odpowiadają poszczególne organy m.in. inspekcja sanitarna i Narodowy Fundusz Zdrowia.

3) Czy obowiązujące przepisy dotyczące dopuszczania do użytkowania sprzętu medycznego są dostosowane do technologii opartych na sztucznej inteligencji, a jeżeli nie, to czy planowane są zmiany legislacyjne w tym zakresie i w jakim terminie mogą zostać wdrożone?

Aparatura medyczna może wykorzystywać oprogramowanie oparte na sztucznej inteligencji, obecnie taki sprzęt jest szeroko wykorzystywany przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie dla bezpieczeństwa pacjenta każdorazowo opis badań obrazowych i wyników badań laboratoryjnych jest autoryzowany przez osobę posiadającą odpowiednie wykształcenie. Ponadto fakt możliwości zastosowania oprogramowania opartego na sztucznej inteligencji nie umożliwia obejścia przepisów takich jak np. ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz.U. z 2026 r. poz. 1) i aktów wykonawczych do niej.

4) Jakie działania podejmuje Ministerstwo w celu zapewnienia skutecznych programów badań przesiewowych w kierunku gruźlicy, w szczególności w grupach wysokiego ryzyka?

Program profilaktyki gruźlicy adresowany jest do osób dorosłych, nie posiadających w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, w tym - w szczególności: osób, które miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą lub, osób, u których stwierdza się przynajmniej jedną z następujących okoliczności usposabiających: bezrobotny, niepełnosprawny, obciążony długotrwałą chorobą, obciążony problemem alkoholowym lub narkomanią, bezdomny.

Program realizują pielęgniarki POZ wobec osób zadeklarowanych na ich listę. Najważniejsza jest tu znajomość środowiska świadczeniobiorców, która umożliwia pielęgniarce dotarcie do osób szczególnie zagrożonych chorobą. Programem mogą być objęci także świadczeniobiorcy, którzy samodzielnie zgłoszą się do gabinetu pielęgniarki poz.

W ramach programu pielęgniarka POZ przeprowadza ankietę w celu wstępnej oceny stanu zagrożenia gruźlicą płuc oraz skierowania do dalszej diagnostyki i leczenia w poradni specjalistycznej.

Ankieta jest poufna, na podstawie ankiety oceniany jest poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę. W razie stwierdzenia podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę, pacjent jest kierowany na dalszą diagnostykę i ewentualne leczenie do Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

5) Jak Ministerstwo ocenia sytuację finansową szpitali pulmonologicznych oraz czy rozważane jest wprowadzenie dedykowanych mechanizmów finansowania dla podmiotów pełniących funkcje izolacyjne i epidemiologiczne?

6) W jaki sposób Ministerstwo przygotowuje się zarówno do scenariusza eradykacji gruźlicy, jak i do potencjalnych sytuacji kryzysowych związanych ze wzrostem liczby zachorowań, w tym wynikających z sytuacji międzynarodowej?

7) Kiedy można oczekiwać konkretnych działań systemowych w powyższym zakresie oraz jakie są planowane terminy ich wdrożenia?

Trwają prace nad Krajowym Programem Zapobiegania oraz Zwalczenia Gruźlicy.

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