



AST.461.52.2026.MJ
Warszawa, 31 sierpnia 2026

Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na zapytanie nr 3805 Posłanek Marii Małgorzaty Janyskiej, Krystyny Sibińskiej i Zofii Czernow w sprawie planowanych zmian dotyczących profilacji sieci szpitali w zakresie reumatologii oraz ich wpływu na funkcjonowanie oddziałów reumatologicznych w szpitalach powiatowych, uprzejmie przedstawiam następujące informacje.

z upoważnienia Ministra Zdrowia Na wstępie należy podkreślić, że opracowany w ramach Map Potrzeb Zdrowotnych **Schemat Zabezpieczenia Opieki Szpitalnej (SZOS)** nie stanowi nowej sieci szpitali. Jest on narzędziem analitycznym służącym ocenie zabezpieczenia świadczeń szpitalnych i planowaniu rozwoju systemu ochrony zdrowia. Kryteria zastosowane w odniesieniu do reumatologii zostały wypracowane we współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie reumatologii, a następnie przedstawione do dyskusji konsultantom wojewódzkim.

Ad. 1. Na jakim etapie znajdują się prace nad zmianami dotyczącymi profilacji sieci szpitali w zakresie reumatologii?

Należy wskazać, że nowy komponent Map Potrzeb Zdrowotnych, tj. Schemat Zabezpieczenia Opieki Szpitalnej (SZOS), nie stanowi o kwalifikacji do sieci szpitali ani mechanizmu profilacji podmiotów leczniczych.

Ad. 2. Jakie analizy stanowiły podstawę przyjęcia progu 1000 hospitalizacji z rozpoznaniem chorób zapalnych dla oddziałów reumatologicznych oraz z czego wynika tak istotna różnica w stosunku do progów planowanych dla dermatologii, gastroenterologii czy nefrologii?

Próg 1000 hospitalizacji z rozpoznaniem chorób zapalnych stanowił jeden z elementów analizy wykorzystywanej przy opracowaniu SZOS dla reumatologii. Oprócz tego równoległe do ww. kryterium zastosowano dwa inne kryteria: liczbę hospitalizacji związanych z chorobami układowymi tkanki łącznej oraz wskaźnik realizacji programów lekowych. Spełnienie co najmniej dwóch z trzech kryteriów kwalifikowało miejsce udzielania świadczeń do ujęcia w schemacie.

Ponadto w celu zabezpieczenia dostępności terytorialnej do świadczeń przyjęto, że w województwie pozostaje co najmniej 1 MUŚ realizujący świadczenia w zakresie reumatologii.

Przyjęte kryteria zostały opracowane przy współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie reumatologii i poddane dyskusji w ramach spotkania z konsultantami wojewódzkimi. Na etapie konsultacji nie zgłoszono uwag do zaproponowanych kryteriów.

Każdy zakres świadczeń analizowany był odrębnie ze specjalistami medycznymi (konsultanci krajowi i wojewódzcy) właściwymi dla danej dziedziny.

Ad. 3. Ilu oddziałów reumatologicznych w Polsce mogą dotyczyć planowane zmiany i ile z nich – według analiz Ministerstwa – nie spełni nowych kryteriów?

Zgodnie z analizami przeprowadzonymi przez Ministerstwo Zdrowia w ramach SZOS, według danych za 2025 r. kryteriów tych nie spełniły 44 miejsca udzielania świadczeń (MUŚ) realizujące świadczenia w zakresie reumatologii.

Należy jednocześnie podkreślić, że Schemat Zabezpieczenia Opieki Szpitalnej, jako narzędzie analityczne, stanowi element procesu planowania i organizacji systemu ochrony zdrowia. Ujęte w nim wyniki analiz mogą stanowić przesłankę dla działań podejmowanych przez podmioty właściwe w zakresie nadzoru właścicielskiego czy organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym m.in. w kontekście działań restrukturyzacyjnych.

Jednocześnie ocena przeprowadzona w ramach schematu odnosi się do zakresów świadczeń opieki zdrowotnej i nie stanowi bezpośredniej oceny poszczególnych struktur organizacyjnych podmiotów leczniczych.

Ad. 4. Czy Ministerstwo przeprowadziło ocenę wpływu planowanych zmian na dostępność świadczeń reumatologicznych dla mieszkańców mniejszych miast i obszarów oddalonych od ośrodków klinicznych?

Tak. W analizach uwzględniono dostępność do świadczeń reumatologicznych, mierzona czasem dojazdu od centroidy gminy do najbliższego miejsca udzielania świadczeń. Ocena dostępności stanowiła jeden z elementów procesu planowania zmian w sieci świadczeniodawców. Przy projektowaniu modelu uwzględniono rolę ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jako podstawowego miejsca diagnostyki, prowadzenia leczenia i monitorowania pacjentów reumatologicznych.

W przypadku większości pacjentów zasadniczą część procesu diagnostyczno-terapeutycznego powinna być realizowana w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, natomiast hospitalizacja powinna dotyczyć przede wszystkim przypadków wymagających intensywnego leczenia lub wysokospecjalistycznych procedur. Spośród 44 miejsc udzielania świadczeń ujętych jako uzupełniające w schemacie 40 posiadało w 2025 r. umowę na realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie reumatologii. Oznacza to, że w niemal wszystkich miejscach, które nie spełniły założonych w Schemacie kryteriów dla leczenia szpitalnego istnieje zaplecze w postaci poradni specjalistycznej.

Badanie UEMS opublikowane w 2026 r. w *Frontiers in Medicine* pokazuje, że organizacja reumatologii w Europie jest bardzo zróżnicowana, ale w wielu krajach dominują poradnie przyszpitalne AOS, a nie hospitalizacja stacjonarna. W 12 z 17 analizowanych krajów ponad 75% pacjentów z zapalnymi chorobami reumatycznymi było prowadzonych w poradniach ambulatoryjnych przy szpitalach. W niektórych krajach ten model jest niemal całkowicie dominujący: w Słowenii, Szwecji, Turcji i Holandii prawie 100% pacjentów z zapalnymi chorobami reumatycznymi jest prowadzona w szpitalnych poradniach ambulatoryjnych.

Podejście to wpisuje się w założenia odwracania piramidy świadczeń, zakładające przenoszenie coraz większej części opieki z poziomu szpitalnego do świadczeń

realizowanych w ramach opieki ambulatoryjnej, bliżej miejsca zamieszkania pacjentów, w miejscach odpowiadających rzeczywistym potrzebom zdrowotnym populacji.

Ad. 5. Czy Ministerstwo planuje odblokowanie możliwości kontraktowania nowych programów lekowych dla ośrodków, które spełniają wymagania kadrowe i organizacyjne, co pozwoliłoby zwiększyć dostępność nowoczesnego leczenia biologicznego dla pacjentów?

Kwestie dotyczące kontraktowania programów lekowych pozostają w kompetencjach Narodowego Funduszu Zdrowia i są uzależnione od obowiązujących przepisów, dostępnych środków finansowych oraz oceny potrzeb zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia monitoruje dostępność świadczeń realizowanych w ramach programów lekowych, mając na uwadze zapewnienie pacjentom możliwie szerokiego dostępu do nowoczesnych terapii.

Ad. 6. Czy w toku dalszych prac Ministerstwo przewiduje konsultacje z przedstawicielami oddziałów reumatologicznych funkcjonujących w szpitalach powiatowych oraz konsultantami wojewódzkimi i krajowym w dziedzinie reumatologii?

Tak. Ministerstwo Zdrowia pozostaje w kontakcie ze środowiskiem eksperckim w dziedzinie reumatologii, w tym z konsultantem krajowym oraz konsultantami wojewódzkimi.

Konsultanci krajowy i wojewódzcy byli zaangażowani w proces opracowywania i opiniowania założeń analiz oraz kryteriów wykorzystywanych w pracach nad organizacją opieki reumatologicznej. Ministerstwo prowadziło dotychczas i będzie kontynuować konsultacje z przedstawicielami środowiska reumatologicznego na kolejnych etapach prac. Pozostajemy otwarci na dalszą współpracę w zakresie rozwoju narzędzi analitycznych i doskonalenia modelu opieki nad pacjentami reumatologicznymi.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia rozpoczyna cykl spotkań i szkoleń z organami tworzącymi oraz podmiotami sprawującymi nadzór nad podmiotami leczniczymi, a także z przedstawicielami urzędów wojewódzkich i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem tych działań jest przedstawienie założeń Schematu Zabezpieczenia Opieki Szpitalnej oraz omówienie możliwości jego wykorzystania w procesach planowania i organizacji świadczeń zdrowotnych.

Z wyrazami szacunku

Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/