



Minister Zdrowia

ASA.050.1.2026.AR
Warszawa, 16 września 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 19283, złożoną przez Pana Posła Rafała Romanowskiego, w sprawie planowanych zmian dotyczących ograniczenia zakresu świadczeń wykonywanych przez oddziały z zakresem chirurgii ogólnej oraz ich wpływu na funkcjonowanie szpitali powiatowych, ze szczególnym uwzględnieniem północnego Mazowsza i SPZOZ w Mławie, poniżej przekazuję odpowiedź na postawione pytania.

Na wstępie należy podkreślić, iż głównym celem zmian zaproponowanych w rekomendacjach konsultantów krajowych jest poprawa bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości udzielanych świadczeń poprzez zapewnienie leczenia zabiegowego na najwyższym poziomie, ograniczenie ryzyka powikłań oraz realizację świadczeń w podmiotach dysponujących odpowiednim zapleczem kadrowym, organizacyjnym i infrastrukturalnym. Przedstawione propozycje są wynikiem blisko dwuletnich prac prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z ekspertami klinicznymi reprezentującymi dziedziny zabiegowe: chirurgię ogólną, ortopedię i traumatologię narządu ruchu, neurochirurgię oraz urologię.

Rozwiązania zaproponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne* z 30 lipca 2026 r. stanowią komplementarne uzupełnienie pakietu reform wprowadzanych przez Ministerstwo Zdrowia. Ich nadrzędnym celem – zgodnie z założeniami przyjętymi we wstępie – pozostaje zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez uporządkowanie systemu i koncentrację specjalistycznego leczenia w ośrodkach do tego najlepiej przygotowanych.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na skalę proponowanych zmian. Aktualnie na oddziałach z zakresem chirurgii ogólnej można rozliczyć 261 produktów definiowanych za pomocą Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), w tym wiele zabiegów specjalistycznych niezwiązanych bezpośrednio z profilem chirurgii ogólnej – co wynika z uwarunkowań historycznych, gdy liczba oddziałów specjalistycznych była mniejsza niż obecnie. Postulowane zmiany obejmują natomiast jedynie 22 produkty, czyli mniej niż 8,5% wszystkich produktów JGP możliwych do rozliczenia na oddziałach z zakresem chirurgii ogólnej, co wskazuje na ograniczony i celowany charakter reformy.

Ocena zasadności planowanej zmiany powinna być prowadzona przede wszystkim z perspektywy bezpieczeństwa pacjentów i jakości udzielanych świadczeń, nie zaś do sytuacji poszczególnych, pojedynczych podmiotów leczniczych. Do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy bowiem zapewnienie ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości, nie zaś kształtowanie zakresu udzielanych świadczeń w zależności od sytuacji ekonomicznej lub organizacyjnej konkretnych, wskazanych z nazwy świadczeniodawców. Takie postępowanie prowadziłoby

bowiem do nieuzasadnionego, nierównego traktowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie kraju.

Ocenę zasadności planowanej zmiany należy zatem prowadzić w pierwszej kolejności z perspektywy pacjenta i jego bezpieczeństwa zdrowotnego. Kwestie organizacyjne po stronie poszczególnych świadczeniodawców stanowią zagadnienie odrębne, nieprzesądzające o zasadności zmian uzasadnionych względami bezpieczeństwa klinicznego.

Z danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2026 r. wynika, iż spośród 76 753 świadczeń zrealizowanych ogółem w analizowanym okresie w ramach procedur objętych rekomendacjami konsultantów krajowych, 10 318, tj. 13,4%, zostało rozliczonych w zakresie świadczeń chirurgii ogólnej (patrz: Tabela 1). Oznacza to, iż już na poziomie ogólnokrajowym – jeszcze przed uwzględnieniem struktury organizacyjnej poszczególnych świadczeniodawców – oddziały z zakresem chirurgii ogólnej odpowiadają tylko za 13,4% całkowitego wolumenu świadczeń objętych przedmiotowymi rekomendacjami, podczas gdy zdecydowana większość tych procedur jest już obecnie realizowana w ramach zakresów specjalistycznych.

Tabela 1 Sprawozdawczość świadczeń objętych zmianą wg zakresów – liczba świadczeń

Zakres świadczeń	Liczba świadczeń	Udział
Urologia (łącznie z urologią dziecięcą)	33 105	43,14%
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu (łącznie z dziecięcą)	23 999	31,27%
Chirurgia ogólna (łącznie z wariantami)	10 318	13,44%
Neurochirurgia (łącznie z dziecięcą)	6 704	8,74%
Choroby płuc	1 578	2,06%
Chirurgia klatki piersiowej	355	0,46%
Chirurgia onkologiczna	293	0,38%
Chirurgia dziecięca	95	0,12%
Chirurgia plastyczna	55	0,07%
Pozostałe zakresy (m.in. choroby wewnętrzne, neurologia, otorynolaryngologia, reumatologia, alergologia, geriatria, pediatria)	251	0,33%
Suma końcowa	76 753	100,00%

Należy przy tym podkreślić, że część spośród 10 318 świadczeń rozliczanych w zakresie chirurgii ogólnej dotyczy świadczeniodawców, którzy w swojej strukturze organizacyjnej posiadają jednocześnie oddział specjalistyczny. W ich przypadku planowana zmiana nie skutkuje utratą możliwości wykonywania przedmiotowych procedur, a jedynie przesunięciem sposobu ich sprawozdawania.

Z tego względu ocena skutków planowanej zmiany wyłącznie w oparciu o liczbę oddziałów z zakresem chirurgii ogólnej, bez uwzględniania struktury organizacyjnej całego podmiotu leczniczego, prowadziłaby do istotnego zawyżenia rzeczywistej skali jej oddziaływania. Analiza musi zatem odnosić się do danych z poziomu poszczególnych świadczeniodawców – jeżeli dany podmiot leczniczy posiada w swojej strukturze organizacyjnej oddział o profilu specjalistycznym właściwy do wykonywania danych procedur, wdrożenie rekomendacji nie pozbawi go możliwości udzielania tych świadczeń pacjentom, a spowoduje jedynie zmianę komórki organizacyjnej, w ramach której świadczenia będą realizowane i sprawozdawane.

W skali kraju 472 spośród 580 świadczeniodawców, tj. 81,4%, dysponuje już obecnie oddziałem specjalistycznym właściwym do wykonywania przynajmniej jednej z przedmiotowych procedur. Odniesienie do faktycznego wolumenu zrealizowanych świadczeń pozwala dostrzec skalę zjawiska w jeszcze wyraźniej – w skali kraju 108 podmiotów nieposiadających takiego oddziału zrealizowało jedynie 8 928 spośród 76 753 świadczeń, tj. 11,6% – co oznacza, że 88,4% świadczeń objętych rekomendacjami konsultantów jest już obecnie udzielanych w ośrodkach dysponujących odpowiednim zapleczem specjalistycznym, a podmioty bez takiego zaplecza mają w tym zakresie ograniczone znaczenie.

Proponowana zmiana ma zatem w przeważającej części kraju charakter porządkujący, nie zaś ograniczający dostępność do świadczeń. Użyte w uzasadnieniu interpelacji sformułowanie o możliwości ograniczenia działalności „setek oddziałów chirurgii ogólnej” nie znajduje potwierdzenia w przedstawionych danych sprawozdawczych. Ocena skutków zmiany powinna zatem koncentrować się na tych 108 podmiotach nieposiadających oddziałów specjalistycznych, a nie na ogólnej liczbie oddziałów realizujących zakres chirurgii ogólnej.

Odnosząc się do argumentów podniesionych w uzasadnieniu interpelacji, dotyczących ryzyka dla bezpieczeństwa pacjentów związanego z koniecznością natychmiastowego wykonania operacji oraz czasem dotarcia do szpitala, należy wskazać, iż analiza trybu przyjęcia pacjentów w grupie świadczeń realizowanych przez podmioty nieposiadające oddziału specjalistycznego prowadzi do wniosków przeciwnych względem przedstawionej tezy. Spośród 8 928 tego rodzaju świadczeń w skali kraju aż 8 388, tj. 93,95%, stanowiły przyjęcia planowe na podstawie skierowania, 500 (5,60%) przyjęcia w trybie nagłym w innych okolicznościach, jedynie 39 (0,44%) przyjęcia w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego, natomiast 1 świadczenie zrealizowano na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Mając na uwadze, iż niemal 94% analizowanych świadczeń stanowią procedury planowe, poprzedzone procesem kwalifikacji pacjenta umożliwiającym skierowanie go do właściwego, docelowego ośrodka bez uszczerbku dla bezpieczeństwa, a udział przypadków przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego stanowi statystyczny margines na poziomie 0,44%, brak jest podstaw do formułowania tezy o systemowym zagrożeniu dla ciągłości udzielania pomocy w stanach nagłych, a tym samym do oczekiwania istotnego wzrostu liczby transportów medycznych oraz obciążenia Państwowego Ratownictwa Medycznego w związku z planowaną zmianą.

Nie znajduje również potwierdzenia w danych teza o utracie przez mieszkańców poszczególnych powiatów jedynego dostępnego dla nich miejsca pomocy chirurgicznej. Analiza pochodzenia pacjentów korzystających ze świadczeń w podmiotach nieposiadających oddziału specjalistycznego wskazuje, iż 6 227 spośród 8 928 świadczeń, tj. 69,75%, dotyczyło pacjentów spoza powiatu właściwego dla danego świadczeniodawcy, natomiast jedynie 2 657 świadczeń (29,76%) dotyczyło mieszkańców tego samego powiatu.

Mając na uwadze, iż blisko 70% analizowanej populacji pacjentów już obecnie nie korzysta z przedmiotowych świadczeń w miejscu zamieszkania, lecz dojeżdża do świadczeniodawcy spoza właściwego powiatu, redystrybucja świadczenia do właściwego ośrodka specjalistycznego nie stanowi automatycznie pogorszenia dostępności geograficznej w stosunku do stanu obecnego. W związku z powyższym pytania interpelacji dotyczące wydłużenia czasu dojazdu pacjentów należy uznać za oparte na nieprecyzyjnym założeniu o lokalnym, jednopowiatowym charakterze przedmiotowych świadczeń.

Należy ponadto zwrócić uwagę, że w województwie mazowieckim świadczenia zrealizowane w podmiotach nieposiadających zaplecza oddziałów specjalistycznych jedynie w 30% dotyczyły świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów zamieszkujących powiat, w którym znajduje się dany szpital. W związku z tym wyciąganie wniosków dotyczących zmniejszenia zabezpieczenia pacjentów powiatów, w których zlokalizowane są analizowane podmioty, oraz wydłużenia czasu dojazdu, nie znajduje uzasadnienia. Ponadto, wskazany w

piśmie Specjalistyczny Szpital w Ciechanowie posiada kontrakt zarówno w zakresie ortopedii, jak i urologii, a Szpital w Przasnyszu – kontrakt w zakresie urologii planowej.

Odnosząc się w szczególności do sytuacji województwa mazowieckiego, należy wskazać, że 55, spośród 70 świadczeniodawców (tj. 78,6%) posiadających oddział z zakresem chirurgii ogólnej, posiada oddział specjalistyczny. Świadczenia zrealizowane przez podmioty nieposiadające zaplecza oddziałów specjalistycznych jedynie w 30% dotyczyły pacjentów zamieszkujących powiat, w którym znajduje się dany szpital, co również w tym przypadku podważa zasadność wniosków o zmniejszeniu zabezpieczenia pacjentów powiatów, w których zlokalizowane są analizowane podmioty, oraz o wydłużeniu czasu dojazdu.

W skali województwa zidentyfikowano 18 podmiotów nieposiadających oddziału specjalistycznego, z czego w 11 zrealizowano mniej niż 50 świadczeń w I kwartale 2026 roku. Największy udział wśród świadczeniodawców województwa mazowieckiego nieposiadających oddziału specjalistycznego przypada na Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie oraz Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu:

- SP ZOZ w Mławie – planowana zmiana dotyczy 268 świadczeń, co odpowiada 33,96% wszystkich świadczeń realizowanych w zakresie chirurgii ogólnej. Jedynie 106 z nich, tj. 39,55% udzielono mieszkańcom powiatu mławskiego.
- SP ZOZ w Przasnyszu – planowana zmiana dotyczy 173 świadczeń, stanowiących 29,69% wszystkich świadczeń realizowanych w zakresie chirurgii ogólnej, przy czym jedynie 38, tj. 21,97% udzielono mieszkańcom powiatu przasnyskiego.

Należy jednocześnie wskazać, że Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, wymieniony w interpelacji jako przykład placówki dotkniętej trudną sytuacją organizacyjną, nie występuje w zestawieniu świadczeniodawców nierozliczających przedmiotowych procedur – posiada bowiem kontrakt zarówno w zakresie ortopedii, jak i urologii. Oznacza to, że planowana zmiana nie znajduje zastosowanie do tej jednostki w zakresie objętym interpelacją.

Odnosząc się do kwestii zgodności planowanej zmiany z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, należy wskazać, iż wyrażona w tym przepisie zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych odnosi się do równego traktowania obywateli, nie zaś do gwarancji utrzymania niezmiennego zakresu działalności poszczególnych świadczeniodawców. Jednolite, oparte na obiektywnych kryteriach jakościowych określenie warunków realizacji świadczeń, obowiązujące wszystkich świadczeniodawców na terenie kraju niezależnie od ich lokalizacji czy sytuacji organizacyjnej, stanowi realizację tej zasady konstytucyjnej, nie zaś jej naruszenie.

Z tych samych względów wprowadzanie mechanizmów różnicujących zakres lub warunki finansowania świadczeń w zależności od indywidualnej sytuacji ekonomicznej poszczególnych, nazwanych z osobna podmiotów leczniczych byłoby trudne do pogodzenia z zasadą równego traktowania świadczeniodawców znajdujących się w porównywalnej sytuacji. Kwestie o charakterze osłonowym wobec konkretnych placówek pozostają w tym kontekście zagadnieniem odrębnym, właściwym raczej dla polityki właścicielskiej podmiotów tworzących aniżeli dla zasad finansowania świadczeń przez Fundusz.

Podsumowując, przedstawione dane sprawozdawcze wskazują, iż planowana zmiana dotyczy relatywnie ograniczonej części systemu – zarówno pod względem liczby świadczeniodawców rzeczywiście nieposiadających zaplecza specjalistycznego, jak i, w jeszcze większym stopniu, pod względem wolumenu świadczeń, których mogłaby dotyczyć redystrybucja do ośrodków specjalistycznych. Charakter tych świadczeń – w przeważającej mierze planowy, nie zaś ratujący życie w trybie nagłym – oraz struktura pochodzenia pacjentów, w większości niekorzystających z przedmiotowych świadczeń

w miejscu zamieszkania, nie potwierdzają skali zagrożenia opisanej w uzasadnieniu interpelacji.

Jednocześnie należy raz jeszcze podkreślić, iż nadrzędnym celem analizowanych rekomendacji pozostaje bezpieczeństwo kliniczne pacjentów, nie zaś sytuacja poszczególnych podmiotów leczniczych, co Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia będą konsekwentnie uwzględniały w dalszych pracach nad ewentualnym sposobem i harmonogramem wdrożenia proponowanych rozwiązań. Mając na uwadze konieczność dostosowania organizacji pracy oraz potencjału kadrowego i infrastrukturalnego przez szpitale, Narodowy Fundusz Zdrowia planuje wydłużenie okresu przejściowego dla wejścia przedmiotowej zmiany w zarządzeniu szpitalnym. Jednocześnie szpitale powiatowe mają czas na skoncentrowanie swojej działalności na pełnym zakresie zabiegów chirurgii ogólnej co może mieć również pozytywny skutek dla pacjentów – łącznie ze skróceniem kolejek do tych zabiegów.

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