



Minister Zdrowia

ASA.050.2.2026.AR
Warszawa, 24 września 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 19582, złożoną przez Panią Joannę Borowiak, Posłankę na Sejm Rzeczypospolitej oraz Grupę Posłów, w sprawie planów ograniczania przez NFZ rozliczania na oddziałach chirurgii ogólnej w szpitalach powiatowych części zabiegów ortopedycznych, urologicznych, operacji kręgosłupa oraz diagnostyki pulmonologicznej, co grozi pacjentom utratą dostępu do leczenia blisko miejsca zamieszkania, poniżej przekazuję odpowiedź na postawione pytania.

Na wstępie należy podkreślić, że zasadniczym celem proponowanych zmian jest poprawa bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości udzielanych świadczeń poprzez zapewnienie realizacji leczenia zabiegowego w podmiotach dysponujących odpowiednim zapleczem kadrowym, organizacyjnym, diagnostycznym i infrastrukturalnym. Rozwiązanie to powinno sprzyjać ograniczeniu ryzyka powikłań oraz zapewnieniu właściwego postępowania na każdym etapie hospitalizacji. Przedstawione propozycje są wynikiem blisko dwuletnich prac prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z ekspertami klinicznymi w dziedzinach chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii oraz urologii. Są one również zgodne z rekomendacjami przedstawionymi przez konsultantów krajowych we wskazanych dziedzinach medycyny.

Rozwiązania przedstawione 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 spójne uzupełnienie reform wdrażanych przez Ministerstwo Zdrowia. Służą one uporządkowaniu sposobu realizacji świadczeń oraz koncentracji specjalistycznego leczenia w ośrodkach najlepiej przygotowanych do zapewnienia pacjentom kompleksowej i bezpiecznej opieki.

Kluczowe znaczenie ma fakt, że prawidłowe przeprowadzenie zabiegu stanowi jedynie jeden z elementów procesu terapeutycznego. Równie istotne są właściwa opieka pooperacyjna, sprawna diagnostyka oraz możliwość niezwłocznego podjęcia odpowiedniego leczenia w przypadku wystąpienia powikłań. Z tego względu świadczenia specjalistyczne powinny być realizowane w oddziałach spełniających podwyższone wymagania organizacyjne i jakościowe, obejmujące w szczególności:

- odpowiednio wykwalifikowaną kadrę,
- całodobowy dostęp do lekarzy właściwej specjalności,
- specjalistyczny sprzęt i właściwe zaplecze diagnostyczne,
- zespół przygotowany do rozpoznawania i leczenia powikłań.

Spełnienie powyższych warunków pozwala zapewnić pacjentowi ciągłość i bezpieczeństwo leczenia przez cały okres hospitalizacji, a nie wyłącznie udział specjalisty w przeprowadzeniu samego zabiegu. Te przesłanki stanowią punkt wyjścia do oceny zakresu i rzeczywistych skutków proponowanych zmian.

W tym kontekście istotna jest skala 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. Jest to konsekwencją uwarunkowań historycznych, w szczególności okresu, w którym liczba oddziałów specjalistycznych była mniejsza niż obecnie. Proponowane zmiany obejmują natomiast jedynie 22 produkty, czyli mniej niż 8,5% wszystkich JGP możliwych do rozliczenia na oddziałach z zakresem chirurgii ogólnej, co potwierdza ich ograniczony i celowany charakter.

Ocena zasadności planowanej zmiany powinna być prowadzona przede wszystkim z perspektywy bezpieczeństwa pacjentów i jakości udzielanych świadczeń, a nie wyłącznie przez pryzmat sytuacji pojedynczych podmiotów leczniczych. Do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy bowiem zapewnienie ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości. Nie obejmuje ono natomiast kształtowania zakresu udzielanych świadczeń w zależności od sytuacji ekonomicznej lub organizacyjnej poszczególnych świadczeniodawców. Podejście takie mogłoby prowadzić do nieuzasadnionego i nierównego traktowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie kraju. Kwestie organizacyjne leżące po stronie poszczególnych świadczeniodawców należy zatem traktować jako zagadnienie odrębne, które nie przesądza o zasadności zmian uzasadnionych względami bezpieczeństwa klinicznego.

Z danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2026 r. wynika, że spośród 76.753 świadczeń zrealizowanych ogółem w ramach procedur objętych rekomendacjami konsultantów krajowych 10.318, tj. 13,4%, zostało rozliczonych w zakresie chirurgii ogólnej (Tabela 1). Oznacza to, że już na poziomie ogólnokrajowym – jeszcze przed uwzględnieniem struktury organizacyjnej poszczególnych świadczeniodawców – oddziały z zakresem chirurgii ogólnej odpowiadają jedynie za 13,4% całkowitego wolumenu świadczeń objętych przedmiotowymi rekomendacjami, podczas gdy zdecydowana większość tych procedur jest 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 na podstawie liczby oddziałów z zakresem chirurgii ogólnej, bez uwzględnienia struktury organizacyjnej całego podmiotu leczniczego, prowadziłaby do istotnego zawyżenia rzeczywistej skali jej oddziaływania. Analiza powinna zatem odnosić się do poziomu poszczególnych świadczeniodawców. Jeżeli dany podmiot leczniczy posiada w swojej strukturze oddział o profilu specjalistycznym właściwy do wykonywania danych procedur, wdrożenie rekomendacji nie pozbawi go możliwości udzielania tych świadczeń pacjentom, lecz 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 jeszcze wyraźniej określić skalę zjawiska: 108 podmiotów nieposiadających takiego oddziału zrealizowało jedynie 8 928 spośród 76 753 świadczeń, tj. 11,6%. Oznacza to, że 88,4% świadczeń objętych rekomendacjami konsultantów krajowych jest już obecnie udzielanych w ośrodkach dysponujących odpowiednim zapleczem specjalistycznym, natomiast udział podmiotów bez takiego zaplecza pozostaje ograniczony.

W świetle powyższych danych proponowana zmiana ma w przeważającej części kraju charakter porządkujący, a nieograniczający dostępność świadczeń. Ocena jej skutków powinna zatem koncentrować się na 108 podmiotach nieposiadających oddziałów specjalistycznych, nie zaś na ogólnej liczbie oddziałów realizujących zakres chirurgii ogólnej. Wśród tych podmiotów organem założycielskim dla 47 jest powiat lub gmina na prawach powiatu. Jednocześnie należy wskazać, że blisko połowa z nich, tj. 23 szpitale, w analizowanym okresie nie przekroczyła liczby 50 procedur objętych planowaną zmianą. W wielu przypadkach świadczenia specjalistyczne – takie jak bronchoskopie, artroskopowe rekonstrukcje z użyciem implantów mocujących czy zabiegi na kręgosłupie bez zastosowania implantów – były realizowane u pojedynczych pacjentów. Tak niska liczba procedur utrudnia utrzymanie odpowiedniego doświadczenia zespołu oraz ciągłości procesu doskonalenia klinicznego, co ma istotne znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów i trwałości efektów leczenia, zwłaszcza w przypadku zabiegów ortopedycznych, których rezultat powinien utrzymywać się przez wiele lat.

Dane nie potwierdzają jednocześnie tezy, że mieszkańcy poszczególnych powiatów utracą jedyne dostępne miejsce udzielania tych świadczeń. Analiza pochodzenia pacjentów korzystających ze świadczeń w podmiotach nieposiadających właściwego 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, tj. 29,76%, dotyczyło mieszkańców tego samego powiatu.

Mając na uwadze, że blisko 70% analizowanej populacji pacjentów już obecnie nie korzysta z przedmiotowych świadczeń w powiecie zamieszkania, lecz dojeżdża do świadczeniodawcy zlokalizowanego poza właściwym powiatem, redystrybucja świadczeń do właściwych ośrodków specjalistycznych nie oznacza 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 również wskazać, że analiza trybu przyjęcia pacjentów w grupie świadczeń realizowanych przez podmioty nieposiadające oddziału specjalistycznego potwierdza ich planowy charakter. Spośród

8.928 tego rodzaju świadczeń w skali kraju 8.388, tj. 93,95%, stanowiły przyjęcia planowe na podstawie skierowania, 500, tj. 5,60%, przyjęcia w trybie nagłym w innych okolicznościach, 39, tj. 0,44%, przyjęcia w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego, natomiast 1 świadczenie zrealizowano na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Oznacza to, że niemal 94% analizowanych świadczeń stanowią procedury planowe, poprzedzone procesem kwalifikacji pacjenta, umożliwiającym skierowanie go do właściwego ośrodka docelowego bez uszczerbku dla bezpieczeństwa, a udział przypadków przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego ma charakter marginalny.

Podsumowując, przedstawione dane sprawozdawcze wskazują, że planowana zmiana dotyczy relatywnie ograniczonej części systemu — zarówno pod względem liczby świadczeniodawców rzeczywiście nieposiadających zaplecza specjalistycznego, jak również pod względem wolumenu świadczeń, których mogłaby dotyczyć redystrybucja do ośrodków specjalistycznych. Planowy charakter tych świadczeń oraz struktura pochodzenia pacjentów, z których większość już obecnie nie korzysta z przedmiotowych procedur w powiecie zamieszkania, potwierdzają porządkujący charakter proponowanej zmiany.

Jednocześnie należy raz jeszcze podkreślić, że nadrzędnym celem analizowanych rekomendacji pozostaje bezpieczeństwo kliniczne pacjentów, a nie sytuacja poszczególnych podmiotów leczniczych. Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia będą konsekwentnie uwzględniały tę przesłankę w dalszych pracach nad sposobem oraz harmonogramem wdrożenia proponowanych rozwiązań.

Mając na uwadze konieczność dostosowania przez szpitale organizacji pracy oraz potencjału kadrowego i infrastrukturalnego, Narodowy Fundusz Zdrowia planuje wydłużenie okresu przejściowego poprzedzającego wejście w życie przedmiotowej zmiany w zarządzeniu dotyczącym leczenia szpitalnego. Jednocześnie umożliwi to szpitalom powiatowym skoncentrowanie działalności na pełnym zakresie zabiegów chirurgii ogólnej, co może przynieść pacjentom dodatkową korzyść, w tym w postaci skrócenia czasu oczekiwania na te świadczenia.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Tomasz Maciejewski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/