



Minister
Zdrowia

DLU.050.44.2026.MŁ
Warszawa, 14 października 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 19983 Pani Poseł Lidii Czechak w sprawie planowanych ograniczeń w realizacji procedur zabiegowych w ramach oddziałów chirurgii ogólnej w szpitalach powiatowych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień stanowiących odpowiedź na pytania postawione przez Panią Poseł.

Ad. 1. W jaki sposób resort planuje rozwiązać problem finansowania opieki pooperacyjnej i leczenia powikłań w szpitalach, które nie będą rozliczać procedury głównej, a będą de facto prowadzić długotrwałe leczenie chorych po zabiegach wykonanych w innych ośrodkach?

W pierwszej kolejności należy wskazać, że zmiany wprowadzone zarządzeniem nr 102/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 września 2026 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne wynikające z wspólnego stanowiska wypracowanego przez konsultantów krajowych w dziedzinie: chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii i urologii, którzy wskazali na potrzebę jednoznacznego uporządkowania przypisania poszczególnych procedur do właściwych zakresów świadczeń oraz specjalności mają na celu zapewnienie spójnych, przejrzystych i merytorycznie uzasadnionych zasad realizacji oraz rozliczania świadczeń, odpowiadających kompetencjom poszczególnych specjalizacji. Celem przedstawionych w dokumencie konsultantów krajowych zmian jest przede wszystkim bezpieczeństwo pacjenta oraz wysoka jakość świadczeń udzielanych w podmiotach dysponujących odpowiednim zapleczem specjalistycznym.

Ocenę zasadności wprowadzonej zmiany należy zatem prowadzić w pierwszej kolejności z perspektywy pacjenta i jego bezpieczeństwa zdrowotnego, natomiast kwestie organizacyjne po stronie poszczególnych świadczeniodawców stanowią zagadnienie odrębne, nieprzesądzające o zasadności zmian uzasadnionych względami bezpieczeństwa. Ponadto z danych sprawozdawczych 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 „chirurgia ogólna” — pozostałe 86,6% świadczeń było już obecnie rozliczane w zakresach o profilu specjalistycznym, przede wszystkim w urologii (33 105 świadczeń, 43,1%), ortopedii i traumatologii narządu ruchu (23 999 świadczeń, 31,3%) oraz neurochirurgii (6 704 świadczenia, 8,7%), a w mniejszym zakresie w chorobach płuc, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii onkologicznej i pozostałych zakresach świadczeń.

Ponadto na poziomie ogólnokrajowym, jeszcze przed uwzględnieniem struktury organizacyjnej poszczególnych świadczeniodawców, oddziały chirurgii ogólnej odpowiadają za 13,4% całkowitego wolumenu świadczeń objętych przedmiotowymi rekomendacjami, podczas gdy zdecydowana większość tych procedur jest już obecnie realizowana w ramach zakresów specjalistycznych, do których w istocie odnoszą się rekomendacje konsultantów krajowych. Ponadto, część spośród 10 318 świadczeń rozliczanych w zakresie chirurgii ogólnej dotyczy świadczeniodawców, którzy w swojej strukturze organizacyjnej posiadają jednocześnie oddział specjalistyczny – w związku z czym planowana zmiana nie skutkuje dla nich utratą możliwości wykonywania przedmiotowych procedur, a jedynie przesunięciem sposobu ich sprawozdawania. W skali kraju 472 spośród 580 świadczeniodawców, tj. 81,4%, dysponuje już obecnie oddziałem specjalistycznym właściwym do wykonywania przedmiotowych procedur. Odniesienie powyższych danych do faktycznego wolumenu zrealizowanych świadczeń pozwala dostrzec skalę zjawiska w jeszcze wyraźniejszym świetle – w skali kraju jedynie 8 928 spośród 76 753 świadczeń, tj. 11,6%, zostało zrealizowanych przez świadczeniodawców nieposiadających oddziału specjalistycznego, co oznacza, iż 88,4% wszystkich świadczeń objętych rekomendacjami konsultantów krajowych jest już obecnie udzielanych w ośrodkach dysponujących odpowiednim zapleczem specjalistycznym.

Wprowadzona zmiana ma zatem w przeważającej części kraju charakter porządkujący, nie zaś ograniczający dostępność do świadczeń, a użyte w uzasadnieniu interpelacji sformułowanie o możliwości pogorszeniu dostępności i wydłużeniu czasu leczenia: Dodatkowe transporty sanitarne, przeciążenie klinik w dużych aglomeracjach nie znajduje potwierdzenia w danych sprawozdawczych. Należy przy tym zauważyć, iż 210 świadczeniodawców nieposiadających oddziału specjalistycznego, stanowiących 36,2% wszystkich placówek sprawozdających przedmiotowe procedury, odpowiada łącznie jedynie za 11,6% wolumenu świadczeń, co wskazuje, iż są to w przeważającej mierze podmioty o marginalnej skali wykonywania tych konkretnych procedur.

W odniesieniu do argumentów podniesionych w uzasadnieniu interpelacji, dotyczących ryzyka dla bezpieczeństwa pacjentów związanego z koniecznością natychmiastowego wykonania operacji oraz czasem dotarcia do szpitala, konieczności odsyłania chorych do odległych placówek specjalistycznych, należy wskazać, iż analiza trybu przyjęcia pacjentów w grupie świadczeń realizowanych przez podmioty nieposiadające oddziału specjalistycznego prowadzi do wniosków przeciwnych względem tezy zawartej w interpelacji. 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.

Podsumowując, przedstawione dane sprawozdawcze wskazują, iż wprowadzana od 1 stycznia 2027 r. 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. Reasumując, nie uzasadniona jest teza postawiona w interpelacji, że opieka pooperacyjna i leczenie powikłań będzie się odbywać w ośrodkach, które nie będą rozliczać procedury głównej a będą prowadzić długotrwałe leczenie chorych po zabiegach wykonanych w innych ośrodkach. Przyjęcie do szpitala na zabieg planowy jest poprzedzone procesem kwalifikacji pacjenta umożliwiającym skierowanie go do właściwego, docelowego ośrodka bez uszczerbku dla bezpieczeństwa i konieczności korzystania z transportu sanitarnego.

Ad. 2. W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia i NFZ zamierzają zapobiec wydłużeniu kolejek oczekujących na zabiegi ortopedyczne i urazowe na oddziałach specjalistycznych po wyłączeniu z ich realizacji oddziałów chirurgii ogólnej?

Uprzejmie informujemy, że powstał zespół roboczy do spraw wypracowania propozycji możliwych zmian w zakresie sposobu finansowania szpitali funkcjonujących w PSZ składający się z przedstawicieli Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz konsultantów krajowych, mający na celu analizę wprowadzonych rozwiązań.

Ad. 3 Co stanie się z kosztowną aparaturą medyczną i blokami operacyjnymi w szpitalach powiatowych, zakupionymi ze środków publicznych, które po wejściu w życie zarządzenia pozostaną niewykorzystane?

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż z perspektywy celów Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności w ramach Inwestycji D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej lub geriatrycznej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym” w ramach których udzielane jest wsparcie szpitalom powiatowym, nie jest udzielane wsparcie na jakiegokolwiek wydatki powiązane z robotami budowlanymi i modernizacyjnymi lub zakupem sprzętów medycznych i wyposażenia medycznego, związanymi bezpośrednio ze świadczeniami chirurgicznymi lub z nimi powiązanymi. Natomiast w ramach Inwestycji D1.1.1 „Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych” jest udzielane wsparcie na działania lub zakup sprzętów medycznych i wyposażenie medyczne, które są powiązane nie bezpośrednio ze świadczeniami chirurgicznymi w zakresie leczenia onkologicznego lub kardiologicznego.

Niezależnie od powyższego, w każdym z przedsięwzięć wspartych ze środków KPO:

- obowiązuje 5-letni okres trwałości wspartej infrastruktury od dnia zatwierdzenia końcowego wniosku o płatność – co dla wszystkich umów oznacza utrzymanie efektów przedsięwzięć co najmniej do 2031 roku. W okresie trwałości ostateczny odbiorca wsparcia zobowiązany jest do zapewnienia utrzymania efektów zrealizowanego przedsięwzięcia, zgodnie z jego zakresem, celem oraz warunkami określonymi w dokumentacji dotyczącej udzielonego wsparcia; wszelkie działania podejmowane w tym okresie powinny pozostawać zgodne z założeniami inwestycji oraz nie mogą prowadzić do naruszenia obowiązku zachowania trwałości przedsięwzięcia;
- beneficjenci mają obowiązek corocznego sprawozdawania wykorzystania wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej o wartości początkowej powyżej 100 tys. zł netto,
- zapisy umów obligują beneficjentów do prowadzenia odrębnej ewidencji liczby i rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych z wykorzystaniem zakupionego wysokospecjalistycznego sprzętu lub aparatury medycznej, oddzielnie dla każdej pozycji - rozwiązanie to pozwala na bieżące monitorowanie rzeczywistego wykorzystania sprzętu sfinansowanego ze środków publicznych oraz ogranicza ryzyko pozostawiania kosztownej aparatury bez wykorzystania.

W ramach Funduszu Medycznego nie finansowano oddziałów chirurgii ogólnej w szpitalach powiatowych ani bloków operacyjnych funkcjonujących na potrzeby tych oddziałów.

Wsparcie udzielone w ramach konkursu dotyczącego infrastruktury ratownictwa medycznego obejmowało modernizację, przebudowę lub doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR. Tym samym ewentualne ograniczenie wykonywania określonych procedur na oddziałach chirurgii ogólnej nie wpływa na sposób wykorzystania sfinansowanej infrastruktury, która powinna być użytkowana zgodnie z celem i warunkami udzielonego dofinansowania. Ponadto należy wskazać, że w ramach następujących źródeł finansowania:
FERS- Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego
FENIKS- Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko
Budżet część 46
nie było realizowane dofinansowanie przeznaczone na oddziały chirurgii ogólnej w szpitalach powiatowych.

Reasumując, obowiązujące mechanizmy w zakresie trwałości inwestycji oraz monitorowania wykorzystania infrastruktury i aparatury medycznej służą zapewnieniu, aby infrastruktura wsparta ze środków publicznych była wykorzystywana zgodnie z celem udzielonego wsparcia. Beneficjenci mają obowiązek corocznego sprawozdawania wykorzystania wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej o wartości początkowej powyżej 100 tys. zł netto, co pozwala na bieżące monitorowanie rzeczywistego wykorzystania sprzętu sfinansowanego ze środków publicznych oraz ogranicza ryzyko pozostawiania kosztownej aparatury bez wykorzystania.

Ad. 4. Kto poniesie koszty zwiększonej liczby transportów sanitarnych (przewóz pacjenta na zabieg do innego ośrodka i jego powrót do szpitala macierzystego) i czy NFZ przewiduje odrębne finansowanie tych przewozów?

Transport sanitarny, regulowany przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) oraz przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 712, z późn. zm.), jest świadczeniem towarzyszącym do świadczeń realizowanych w ramach leczenia szpitalnego, zdefiniowanym w art. 5 pkt 38 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jako takie jest częścią świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego wycenieniu jako całość – albo na podstawie taryfy albo w określonych przypadkach
- wyceny Prezesa Funduszu, tym samym zryczałtowane w produkcie rozliczeniowym np. w grupie JGP.

Opisany w pkt 4 interpelacji „przewóz pacjenta na zabieg do innego ośrodka”, mógłby się również odbyć przy udziale zespołu transportu medycznego w przypadku spełnienia przez pacjenta warunków kwalifikacji do świadczenia wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.).

Zgodnie z zapisami ww. rozporządzenia, transport ten odbywa się w przypadku konieczności transportu między świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego w następujących stanach chorobowych:

- 1) niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji;
- 2) niewydolność układu krążenia;
- 3) stany wymagające interwencji chirurgicznej i po zabiegach;
- 4) inne (np. drgawki).

Realizacja niniejszych świadczeń obejmuje transport oraz udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez zespół transportu medycznego w szczególności w przypadku konieczności:

- 1) niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy;
- 2) zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy.

Jednocześnie wskazania wymaga, iż świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego finansowane są na podstawie ryczału dobowego, tj. uśrednionej kwoty przeznaczonej na ich sfinansowanie w ramach gotowości do wykonywania świadczeń w ciągu doby, brak jest zatem podstaw do dodatkowego finansowania w zależności od liczby wykonanych transportów.

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