Minister Zdrowia

OKSO.050.28.2026.DK
Warszawa, 23 października 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 19652 posła Sławomira Ćwika i grupy posłów, przekazaną w dniu 15 września 2026 roku, w sprawie uproszczenia kierowania pacjentów onkologicznych po leczeniu operacyjnym na okresowe badania, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W odniesieniu do przedstawionego problemu należy wskazać, że obowiązujące rozwiązania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) umożliwiają prowadzenie pacjenta wymagającego dalszej kontroli przez właściwą poradnię specjalistyczną, w tym wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych do monitorowania jego stanu zdrowia. Jeżeli pacjent pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej, lekarz specjalista prowadzący leczenie lub obserwację jest odpowiedzialny za zlecanie badań diagnostycznych niezbędnych w toku tej opieki. Dotyczy to również rezonansu magnetycznego, jeżeli jego wykonanie jest uzasadnione stanem klinicznym pacjenta. W takiej sytuacji nie ma potrzeby każdorazowego kierowania pacjenta przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ponownie do AOS wyłącznie w celu uzyskania skierowania na badanie.

Skierowanie do poradni specjalistycznej ważne jest tak długo, jak długo utrzymuje się problem zdrowotny będący przyczyną wydania skierowania, a lekarz specjalista nie zakończył leczenia u pacjenta w tym zakresie. W przypadku pacjenta będącego pod stałą opieką poradni specjalistycznej, kolejne porady wynikające z ustalonego planu leczenia powinny być realizowane na podstawie pierwotnego skierowania, na którym wskazano rozpoznanie stanowiące przyczynę skierowania do poradni specjalistycznej. Jeżeli równolegle w trakcie leczenia specjalistycznego danej jednostki chorobowej, pojawi się inny problem zdrowotny bezpośrednio związany z dotychczasowym schorzeniem, pacjent nie powinien być proszony o nowe skierowanie. Dopiero gdy pojawi się nowy problem zdrowotny nie związany przyczynowo z dotychczasową chorobą, może być konieczne nowe skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z § 12 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku, gdy świadczeniobiorca (pacjent) objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Powyższe zasady dotyczą wszystkich świadczeniobiorców, którzy korzystają ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wszystkich świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Problem organizacyjny może natomiast wystąpić w przypadku zakończenia opieki w AOS i przekazania pacjenta pod opiekę lekarza POZ, przy jednoczesnym zaleceniu wykonywania w kolejnych latach okresowych badań rezonansu magnetycznego. Lekarz POZ nie posiada bowiem generalnego uprawnienia do kierowania na rezonans magnetyczny finansowany ze środków publicznych. W takiej sytuacji może powstać konieczność ponownego skierowania pacjenta do właściwej poradni specjalistycznej w celu oceny aktualnych wskazań i zlecenia badania. Należy przy tym odróżnić zalecenie dotyczące długoterminowego harmonogramu kontroli od skierowania na konkretne badanie diagnostyczne. Potrzeba wykonania rezonansu magnetycznego powinna być oceniana z uwzględnieniem aktualnego stanu klinicznego pacjenta.

Odnośnie do wystawienia skierowania z odległym terminem realizacji, należ wskazać, że z punktu widzenia przepisów zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia możliwe jest skierowanie pacjenta na badanie rezonansu magnetycznego ze wskazaniem konkretnego odległego terminu realizacji, zamieszczając stosowną informację w polu opisowym e-skierowania oraz instruując pacjenta o zalecanym terminie wykonania badania. Wyraźnie należy wskazać, że o procesie diagnostyczno-leczniczym, a zatem o częstotliwości realizacji badań diagnostycznych decyduje lekarz prowadzący zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

Warto jednak podkreślić, że wydanie pacjentowi skierowania/zlecenia na badania diagnostyczne nie jest celem samym w sobie, musi być poprzedzone kompleksową oceną stanu zdrowia pacjenta, w tym w oparciu o wyniki poprzednich badań oraz informacje czy objawy zgłaszane przez pacjenta. Ponadto, co warte podkreślenia, lekarz z pracowni rezonansu magnetycznego czy innych pracowni nie jest lekarzem prowadzącym pacjenta po zakończeniu leczenia onkologicznego, rolę tę pełni w przeważającej części przypadków lekarz poradni specjalistycznej.

Odnosząc się do zagadnienia wykorzystania wielokrotnie tego samego skierowania na badanie rezonansu magnetycznego, informuję, że nie jest to możliwe, gdyż płatnik w oparciu o posiadane informacje o dane techniczne e-skierowania (root i extension) blokuje możliwość wykazania do rozliczenia więcej, niż jednego badania (produktu rozliczeniowego). W przypadku braku takiej weryfikacji pracownie badań obrazowych mogłyby w nieograniczonym zakresie wykorzystywać to samo skierowanie na rzecz danego pacjenta. Identyczna zasada dotyczy pozostałych badań ASDK, czy też badań realizowanych w rodzaju świadczeń odrębnie kontraktowanych (SOK).

Obecnie nie ma możliwości wystawienia jednego e-skierowania obejmującego cykliczne badania rezonansu magnetycznego, realizowanego wielokrotnie w kolejnych latach, na przykład raz w roku. Mechanizm elektronicznego skierowania funkcjonujący obecnie w systemie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych tzw. Systemie e-zdrowia P1 obsługuje pojedynczy proces skierowania, obejmujący między innymi jego wystawienie, przyjęcie do realizacji, realizację, rezygnację albo odmowę realizacji oraz zamknięcie realizacji skierowania.

Obecny model e-skierowania nie przewiduje zdefiniowania w ramach jednego dokumentu wieloletniego harmonogramu powtarzalnych badań ani automatycznego odnawiania uprawnienia do ich wykonania. Wprowadzenie powyższego rozwiązania wymagałoby uprzedniego określenia nowych zasad podejścia medycznego i organizacyjnego, w szczególności dotyczącego: okresu obowiązywania skierowania, dopuszczalnej częstotliwości i liczby badań, zasad aktualizacji albo zakończenia cyklu badań w przypadku zmiany stanu zdrowia pacjenta, odpowiedzialności lekarza za okresową ocenę zasadności dalszego wykonywania badań, sposobu kwalifikowania, rejestrowania i rozliczania poszczególnych świadczeń.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Po ustaleniu powyższego, konieczne byłoby również odpowiednie dostosowanie przepisów, dokumentu e-skierowania, usług systemu e-zdrowia oraz systemów informatycznych świadczeniodawców.

Odnosząc się do „elektronicznego planu opieki pooperacyjnej" należy zaznaczyć, że pojęcie to może obejmować szerszy zakres opieki, niż monitorowanie pacjenta po zakończeniu leczenia onkologicznego. Leczenie onkologiczne nie zawsze kończy się leczeniem operacyjnym, dlatego właściwe byłoby doprecyzowanie czy pytanie dotyczy wyłącznie opieki po zabiegu chirurgicznym, czy całego procesu monitorowania pacjenta po zakończeniu leczenia onkologicznego. W ramach rozwijanej elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego e-DILO, przewidziano możliwość utworzenia oraz aktualizację realizacji planu monitorowania pacjenta po zakończeniu leczenia onkologicznego, określanego również jako follow-up. Przewiduje ona możliwość zapisania zaleceń po leczeniu onkologicznym oraz ich aktualizacji, a także obsługę planów monitorowania pacjenta. W planie monitorowania będzie można wskazać zalecane czynności kontrolne, w tym rodzaje badań oraz zakładaną częstotliwość ich wykonywania, przykładowo potrzebę wykonania badania obrazowego co trzy miesiące. Plan taki pełni jednak funkcję dokumentowania i koordynowania zaleceń dotyczących dalszej opieki. Nie oznacza automatycznego wygenerowania z góry wszystkich e-skierowań przewidzianych w wieloletnim harmonogramie. Po zakończeniu leczenia podejmowana jest decyzja o dalszym monitorowaniu pacjenta albo zakończeniu procesu. Za realizację zaleceń i wystawianie skierowań na konkretne badania odpowiada właściwy lekarz, stosownie do aktualnego stanu klinicznego pacjenta oraz przyjętego modelu dalszej opieki. W zależności od organizacji procesu może to być lekarz ośrodka prowadzącego leczenie onkologiczne albo lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, któremu pacjent został przekazany do dalszej opieki.

Z kolei odnosząc się do działań Narodowego Funduszu Zdrowia należy podkreślić, że na przestrzeni wielu lat płatnik publiczny podjął szereg działań premiujących realizację świadczeń „priorytetowych", tj. pierwszorazowych, zabiegowych, DiLO, wprowadzając najpierw mechanizmy nagradzające ich realizację poprzez tworzenie wyodrębnionych skojarzonych zakresów na te świadczenia, z odrębną wyceną, stopniowo uwalniając limity w kontraktach w tych zakresach. Od roku funkcjonuje mechanizm degresywnego finansowania świadczeń AOS oparty na wyliczaniu udziału realizacji świadczeń „premiowanych" w stosunku do mediany ogólnopolskiej liczby przyjmowanych przez daną placówkę pacjentów pierwszorazowych (nie dotyczy pacjentów z kartą DiLO czy świadczeń zabiegowych).

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa