



ASG.050.177.2026.MGL
Warszawa, 23 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny panie Marszałku,
w odpowiedzi na interpelację nr 18048 w sprawie leczenia chorób nerek przekazaną przez Pana Fryderyka Sylwestra Kapinosa i Grupę Posłów na Sejm RP, uprzejmie informuję.

Odpowiadając na pytania 1 i 4, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia uznał wprowadzenie modelu kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jako świadczenia gwarantowanego za bezzasadne w oparciu o negatywną rekomendację nr 123/2025 z dnia 29 sierpnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (KAOS) nad pacjentem kwalifikowanym do przeszczepienia nerki” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu AOS oraz stanowisko Rady Przejrzystości. Jak wynika z ww. opracowania analitycznego, Prezes AOTMiT nie rekomenduje zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (KAOS) nad pacjentem kwalifikowanym do przeszczepienia nerki” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co wynika z poniższych argumentów:

1. Badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, stanowiące elementy wnioskowanego świadczenia KAOS nad pacjentem kwalifikowanym do przeszczepienia nerki, są świadczeniami już gwarantowanymi udzielanymi zarówno w ramach AOS, jak i LSZ¹
2. Kryteria włączenia do świadczenia, zakres badań i konsultacji w modelu KAOS są zgodę z wytycznymi klinicznymi, zakładającymi kwalifikację przez zespół multidyscyplinarny, w tym wykonanie pełnej diagnostyki u pacjenta. Wytyczne są spójne co do standardów medycznych, nie zawierają natomiast szczegółowych zaleceń dotyczących organizacji realizacji świadczeń.
3. Wprowadzenie proponowanego modelu KAOS modyfikującego sposób organizacji udzielanych obecnie świadczeń gwarantowanych, polegający na przeniesieniu realizacji świadczeń do AOS², może mieć inne niż zaplanowane skutki. Obecnie,

¹ Pacjenci z PChN mogą również korzystać ze świadczeń leczenia szpitalnego rozliczanych w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP), np.: L94 - Przeszczepienie nerki > 17 r.ż.; L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki; PZL 12 - Przeszczepienie nerki < 18 r.ż. Procedury (badania i konsultacje) wymienione w KŚOZ należą w większości do świadczeń gwarantowanych realizowanych głównie w ramach AOS. Pozostałe procedury są finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu LSZ, stomatologicznego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opieki koordynowanej w POZ

² Wyspecjalizowane poradnie przyszpitalne realizowałyby pełen zakres wymaganych badań diagnostycznych i konsultacji w trybie ambulatoryjnym, eliminując tym samym potrzebę hospitalizacji w celach diagnostycznych, co miałooby przyczynić się do redukcji kosztów i skrócenia czasu przeprowadzenia kwalifikacji.

tylko nieliczne ośrodki posiadają wszystkie wymagane komórki organizacyjne do realizacji niezbędnych badań i konsultacji (w tym konsultacji stomatologicznych). Wprowadzenie przedmiotowego świadczenia gwarantowanego w ramach AOS może zatem wpłynąć na wydłużenie czasu kwalifikowania pacjenta, przy czym należy także mieć na uwadze, że pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek często wymagają leczenia w warunkach szpitalnych, czego nie uwzględnia KAOS³.

4. Pomimo, że wytyczne międzynarodowych towarzystw naukowych zalecają multidyscyplinarne podejście do problemu pacjenta ze schyłkową przewlekłą chorobą nerek kwalifikowanego do transplantacji nerki, to jednak jednocześnie wytyczne te nie precyzują sposobu organizacji procesu kwalifikacji ani struktury przeprowadzających ją ośrodków.
5. Oceniany model świadczenia dotyczy m.in. pacjentów dializowanych, co skutkuje ryzykiem podwójnego finansowania tych samych procedur.
6. Zgodnie z wynikami analizy wpływu na budżet, zaproponowane rozwiązanie będzie wiązało się ze wzrostem wydatków płatnika publicznego w kolejnych latach analizowanego horyzontu czasowego.

Wobec powyższego, należy jednocześnie wskazać, że obecnie nie planuje się wprowadzenia systemu premiującego dla ośrodków realizujących model kompleksowej opieki w ramach leczenia nerkozastępczego.

Odpowiadając na pytanie 2 cyt. „Czy i kiedy Minister Zdrowia planuje wprowadzenie zmian w opiece nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek (PChN)?”, uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia są prowadzone prace (równoległe do innych priorytetowych zadań związanych z wprowadzeniem zmian systemowych w różnych zakresach świadczeń) związane ze zmianami w opiece nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek (PChN). Planowane zmiany mają dotyczyć głównie personelu i organizacji udzielania świadczeń z zaangażowaniem opiekunów medycznych, dla których konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego określił wstępne czynności wspierające prace pielęgniarek w opiece nad pacjentami w trakcie leczenia nerkozastępczego. Projektowane zmiany dotyczą zatem zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.) przez zmianę warunków realizacji świadczeń określonych na podstawie lp. 1 54.98. Dializa otrzewnowa, lp. 2 39.951. Hemodializa / Hemodializa z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru oraz lp. 22 39.954 Hemodiafiltracja (HDF) załącznika nr 5 "Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji". Natomiast celem projektowanej zmiany jest dostosowanie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia nerkozastępczego do aktualnych potrzeb epidemiologicznych, demograficznych oraz organizacyjnych świadczeniodawców, celem zwiększenia dostępności do świadczeń, uelastycznienia wymagań kadrowych i organizacyjnych, umożliwienia łączenia funkcji personelu w ramach jednej lokalizacji. Obecnie trwa analiza propozycji NFZ w zakresie zmian w organizacji udzielania świadczeń w ramach leczenia nerkozastępczego jak również brane są pod uwagę sugestie i opinie konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii. Oczekiwanym skutkiem proponowanych rozwiązań powinna być poprawa jakości opieki nad pacjentami z niewydolnością nerek, zwiększenie liczby pacjentów skutecznie leczonych i kwalifikowanych do przeszczepienia nerek, skrócenie czasu oczekiwania na realizację świadczeń, a tym samym poprawa wyników leczenia i jakości życia pacjentów z niewydolnością nerek. W następstwie prowadzonych prac, projekt przedmiotowej zmiany, po uzyskaniu akceptacji Ministra Zdrowia, powinien trafić

³ Prezes NFZ podkreślił, że mając na uwadze stan pacjenta ze schyłkową niewydolnością nerki należy przyjąć, iż w przebiegu choroby będzie wymagał on hospitalizacji, wbrew zapewnieniom, że nowe świadczenie KAOS istotnie wyeliminuje/ograniczy potrzebę świadczeń stacjonarnych w ramach hospitalizacji. Prezes NFZ zaznaczył, że w ramach leczenia szpitalnego są możliwe do rozliczenia wysoko wycenione produkty rozliczeniowe: Kwalifikacja do przeszczepu nerki - badanie wstępne, Kwalifikacja do przeszczepu nerki i/lub trzustki - badanie kontrolne, Kwalifikacja do przeszczepu nerki i trzustki.

do konsultacji publicznych i opiniowania oraz uzgodnień. Biorąc pod uwagę powyższe, a także terminy wynikające z harmonogramu prac legislacyjnych, należy przyjąć, że proces wdrożenia tej zmiany systemowej może potrwać kilka miesięcy.

Odpowiadając na pytanie 3 cyt. „Czy planowane jest wprowadzenie badań nefrologicznych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i dla lekarzy medycyny pracy, co pozwoliłoby na poprawę diagnostyki i przyspieszyłoby by rozpoznanie choroby nerek?”, należy wskazać, że na mocy przepisów nowelizujących rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 2226 z późn. zm.), które weszły w życie z dniem 1 listopada 2023 r., katalog świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) został rozszerzony o świadczenia opieki koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. Tym samym świadczeniobiorcy uzyskali dostęp do większej liczby świadczeń specjalistycznych, które mogą być zrealizowane już podczas wizyty u lekarza POZ, bez konieczności oczekiwania na ich realizację u lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), co w konsekwencji powinno przyczynić się do szybszego postawienia diagnozy i rozpoczęcia właściwego leczenia choroby wykrytej we wczesnym stadium. Ponadto, w związku z realizacją świadczeń opieki koordynowanej z zakresu nefrologii w ramach POZ, należy wskazać, że przedmiotowa zmiana zwiększająca kompetencje lekarza POZ w zakresie diagnozowania i leczenia świadczeniobiorców ze schorzeniami nefrologicznymi, dotyczy także świadczeniobiorców pediatrycznych, poprzez umożliwienie realizacji konsultacji specjalistycznych w dziedzinie m.in. nefrologii dziecięcej. Jednocześnie do wykazu badań, na które kieruje lekarz POZ dodane zostały świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek, co jest odpowiedzią na wnioski ekspertów podczas prac nad przedmiotową zmianą rozporządzenia i dotyczy problemu niskiej wykrywalności przewlekłej choroby nerek we wczesnym stadium choroby, kiedy nie daje ona wyraźnych objawów. W diagnostyce wczesnych nefropatii lekarze POZ mogą kierować na badanie ACR w moczu (albumina/kreatynina w moczu), które jest parametrem diagnostycznym stosowanym przed wejściem w życie omawianej zmiany wyłącznie przez lekarzy specjalistów. W zakres świadczenia opieki koordynowanej w nefrologii w ramach POZ wchodzi poza ww. badaniami i poradą kompleksową, również niezbędne konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne, konsultacje dietetyczne jak i opracowanie indywidualnego planu opieki medycznej zawierającego zalecenia z wizyt i badań kontrolnych oraz zrealizowanych konsultacji.

W odpowiedzi na pytanie 5 cyt. „Czy Minister Zdrowia rozważa umieszczenie nefrologii na liście priorytetowych dziedzin medycyny?”, uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia są prowadzone prace związane z nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która zawiera rozwiązania pozwalające na prowadzenie skuteczniejszej niż dotychczas polityki w zakresie liczby lekarzy podejmujących szkolenie rezydentkie w poszczególnych dziedzinach. Pozwolą one na skuteczne dostosowanie szkolenia specjalizacyjnego do potrzeb systemu ochrony zdrowia. Natomiast aktualnie nie są planowane w najbliższym czasie prace mające na celu umieszczenie nefrologii na liście priorytetowych dziedzin medycyny.

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