

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 31d 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.) i dokonuje zmiany 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.).

Nie wszyscy pacjenci skierowani do leczenia w ramach hospitalizacji wymagają długotrwałego pobytu w szpitalu, a jedynie zabezpieczenia w postaci dostępu do sprzętu i kadry medycznej podczas udzielanego świadczenia zdrowotnego. Równocześnie stosowanie nowoczesnych, specjalistycznych technologii diagnostycznych i terapeutycznych wymaga odpowiedniej infrastruktury oraz wykwalifikowanego personelu medycznego, który dostępny jest w szpitalach. Obecna konstrukcja prawna nie przewiduje możliwości udzielania świadczeń szpitalnych bez formalnego przyjęcia pacjenta na hospitalizację, co ogranicza elastyczność organizacji opieki i utrudnia wykorzystanie pełnego potencjału placówek. Umożliwienie realizacji specjalistycznych procedur medycznych w ramach elastycznej organizacji, z dostępem do zaplecza szpitalnego, pozwoli skutecznie i bezpiecznie diagnozować oraz leczyć pacjentów, jednocześnie zwiększając efektywność kosztową i poprawiając dostępność świadczeń.

Procedowane rozporządzenie wprowadza możliwość realizacji świadczeń w ramach elastycznej organizacji. Powyższe ma dotyczyć świadczeń, których czas realizacji ze względu na ich specyfikę nie przekracza 12 godzin. Z uwagi na fakt, że priorytetem zawsze pozostaje bezpieczeństwo pacjenta, świadczeniodawca – w razie konieczności – jest obowiązany zapewnić całodobowy dostęp do hospitalizacji. Pacjenci, w przypadku których konieczne okaże się przedłużenie pobytu w szpitalu, zostają przyjęci na oddział i zastosowanie znajdują ogólne zasady dotyczące hospitalizacji. Świadczeniodawcy będą mogli obniżyć koszty działalności niezwiązane stricte z udzielaniem procedur medycznych. Pacjenci natomiast będą mieli możliwość szybkiego powrotu do domu i codziennego funkcjonowania, jeżeli tylko ich stan zdrowia będzie na to pozwalał. Oczekuje się, że omawiane rozwiązanie przyczyni się do racjonalizacji wykorzystania zasobów ochrony zdrowia, w tym kadry medycznej, która będzie mogła w większym stopniu zająć się najciężej chorymi pacjentami.

Nowy tryb realizacji świadczeń będzie stanowił uzupełnienie obecnie stosowanych trybów. To od decyzji klinicznej będzie zależało, w jakim trybie pacjent będzie przyjęty.

Projektowany mechanizm wpisuje się w trend *ambulatory/day-case care*, od lat wdrażany przez państwa OECD/UE i obejmujący i.in. chirurgię, chemioterapię, diagnostykę, interwencje kardiologiczne oraz świadczenia psychiatryczne i geriatryczne. Pionierami są kraje anglosaskie i skandynawskie — NHS już w 2004 r. ustanowiła leczenie jednego dnia jako domyślny tryb planowy z docelowym udziałem 75 % zabiegów, Szwecja realizuje nawet 43 % wszystkich procedur szpitalnych w pobytach nieprzekraczających doby, a Holandia od 2005 r. stosuje model DBC integrujący w jednej wycenie opiekę stacjonarną, dzienną i ambulatoryjną. Francja zrównała stawki dla obu trybów i wyznaczyła cel 66 % procedur w trybie „jednego dnia” do 2020 r., natomiast Niemcy od 2023 r. wdrażają *Hybrid-DRG*, który obejmuje łącznie ponad 3 tys. świadczeń.

OECD konsekwentnie opisuje ten model jako kluczowy dla wydajności i dostępności systemów, wskazując na krótkie, standaryzowane ścieżki opieki i rezygnację z czynności nieposiadających uzasadnienia klinicznego. Dane z raportu „Health at a Glance 2025” ilustrują zarówno skalę zjawiska — 90 % lub więcej operacji zaćmy w większości krajów OECD wykonywanych jest w trybie krótkiego pobytu — jak i duże dysproporcje: odsetek tonsilektomii ambulatoryjnych waha się od ponad 85 % w Finlandii i Holandii do poniżej 5% w pięciu krajach OECD oraz w Bułgarii i Rumunii, co OECD wiąże z odmiennym postrzeganiem ryzyka, a nie z rzeczywistymi różnicami klinicznymi. Wielka Brytania pozostaje dojrzałym przykładem wdrożenia tego modelu, stale rozszerzając katalog procedur i wyrównując różnice między szpitalami poprzez wytyczne anestezjologiczne i standardy wypisu.

Planowany termin wejścia w życie rozporządzenia to 1 lipca 2026 r.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.