Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pan Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pan Dawid Stachurski, Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, tel. (22) 530 02 99, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl	**Data sporządzenia:** 05.11.2026 r. **Źródło:** 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.) **Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia:** **MZ 1958**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Dotychczas nie zakończono analiz pozwalających na ocenę, czy obowiązek zapewnienia oddziału neurochirurgii w lokalizacji jest niezbędny dla bezpieczeństwa pacjentów i prowadzi do uzyskania lepszych efektów leczenia niż obecnie stosowany model dostępu do neurochirurgii. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że trombektomia mechaniczna jest realizowana niemal wyłącznie w oddziałach neurologii, natomiast udział oddziałów neurochirurgii w procesie leczenia tych pacjentów jest niewielki. Jednocześnie część aktywnie funkcjonujących świadczeniodawców, wykonujących znaczną liczbę trombektomii mechanicznych, nie posiada oddziału neurochirurgii w lokalizacji. Wprowadzenie od dnia 1 stycznia 2027 r. wymagania docelowego mogłoby skutkować ograniczeniem liczby ośrodków realizujących świadczenie i wydłużeniem czasu transportu pacjentów do placówek spełniających ten warunek. Rozwiązywany problem polega na zminimalizowaniu ryzyka pogorszenia jakości i dostępności trombektomii mechanicznej przed zakończeniem oceny zasadności i skutków organizacyjnych jakie niesie ze sobą wprowadzenie obligatoryjnego warunku posiadania oddziału neurochirurgii w lokalizacji.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji i oczekiwany efekt

Rekomendowanym rozwiązaniem jest wydłużenie do dnia 31 grudnia 2028 r. okresu przejściowego dla świadczeniodawców realizujących świadczenie „Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych”, którzy nie spełniają docelowego warunku zapewnienia oddziału neurochirurgii w lokalizacji. Do tego czasu świadczeniodawcy będą mogli nadal zapewniać oddział neurochirurgii w lokalizacji albo w dostępie, pod warunkiem zabezpieczenia możliwości wykonywania hemikraniektomii odbarczającej lub drenażu komorowego, także w ramach dyżuru medycznego, oraz zachowania średniego czasu dotarcia do tego oddziału transportem sanitarnym nieprzekraczającego 30 minut. Przyjęcie tego rozwiązania pozwoli:

1) zachować ciągłość i dostępność trombektomii mechanicznej;
2) ograniczyć ryzyko wyłączenia z systemu ośrodków wykonujących znaczną liczbę zabiegów, które nie posiadają oddziału neurochirurgii w lokalizacji;
3) utrzymać dotychczasowe zabezpieczenie neurochirurgiczne pacjentów;
4) przeprowadzić analizę kliniczną, organizacyjną i ekonomiczną dotyczącą zasadności utrzymania docelowego wymagania.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Zabiegi przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych są finansowane w ramach powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w większości krajów Unii Europejskiej. Z analizy międzynarodowych rozwiązań organizacyjnych, do której włączono 3 kraje: Francję, Niemcy oraz Wielką Brytanię wynika, że:

1) leczenie udarów odbywa się w sposób zintegrowany – w ośrodkach wyspecjalizowanych w leczeniu udarów (wykonujących m.in. trombektomię mechaniczną), a także jako część systemu – w ośrodkach innych niż dedykowanych do leczenia udaru, jednak spełniających określone wymagania sprzętowe, kadrowe i organizacyjne;
2) w celu poprawy opieki nad chorymi istnieje konieczność zwiększania dostępności do ośrodków (uwzględniając organizację szybkiego transportu) oraz zapewnienia odpowiednich zasobów ludzkich i sprzętowych;
3) w celu zapewnienia jakości, ośrodki i lekarze wykonujący operacje muszą spełniać wymagania ilościowe dotyczące wykonania procedur.

Dodatkowo warto nadmienić, że w Wielkiej Brytanii funkcjonuje baza danych Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP), która służy do monitorowania i kontroli leczenia udaru i jego wyników. Ponadto w Stanach Zjednoczonych Ameryki w 2018 r. wprowadzono certyfikowane ośrodki leczenia udaru z możliwością wykonywania trombektomii. Od czasu wprowadzenia trombektomii zaobserwowano spadek śmiertelności, a uzyskane wyniki były lepsze niż w pierwotnych ośrodkach

udarowych i porównywalne z kompleksowymi ośrodkami udarowymi. Analiza rozwiązań stosowanych w innych krajach wskazuje, że organizacja trombektomii mechanicznej opiera się przede wszystkim na sieciowym modelu leczenia udarów, zapewnieniu szybkiego dostępu do zabiegu oraz spełnianiu przez ośrodki wymagań kadrowych, sprzętowych, organizacyjnych i jakościowych. Dostępne materiały nie potwierdzają, aby we wszystkich analizowanych państwach bezwzględnym warunkiem realizacji trombektomii było posiadanie oddziału neurochirurgii w tej samej lokalizacji.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
świadczeniobiorcy	około 7 000 świadczeniobiorców/ rocznie .	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	utrzymanie dostępu do procedur terapeutycznych o potwierdzonej skuteczności klinicznej w leczeniu udarów mózgu
świadczeniodawcy	206 świadczeniodawców	Mapy potrzeb zdrowotnych; baza analiz systemowych i wdrożeniowych (podana liczba dotyczy wszystkich świadczeniodawców realizujących świadczenia w oddziale neurologii w kraju)	1) wydłużenie okresu przejściowego w zakresie spełnienia warunku posiadania oddziału neurochirurgii w lokalizacji; 2) możliwość kontynuacji realizacji świadczeń z wykorzystaniem metod terapeutycznych o potwierdzonej skuteczności klinicznej, zwiększenie kompetencji personelu medycznego w zakresie leczenia udarów mózgu
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	1	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	dostosowanie: 1) zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) systemów sprawozdawczych i rozliczeniowych

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre - konsultacji.
W ramach konsultacji publicznych i opiniowania projekt został przekazany do zaopiniowania (z 10-dniowym terminem zgłaszania uwag) do:
1) Konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
2) Konsultanta krajowego w dziedzinie angiologii;
3) Konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii naczyniowej;
4) Konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej;
5) Konsultanta krajowego w dziedzinie neurochirurgii;
6) Konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii;
7) Konsultanta krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;
8) Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
9) Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego;
10) Naczelnej Izby Lekarskiej;
11) Naczelnej Izby Aptekarskiej;
12) Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
13) Krajowej Izby Fizjoterapeutów;
14) Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych;
15) Krajowej Izby Ratowników Medycznych;
16) Stowarzyszenia Primum Non Nocere;
17) Federacji Pacjentów Polskich;
18) Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
19) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego;
20) Obywatelskiego Stowarzyszenia – Dla Dobra Pacjenta;
21) Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego;

22) Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego;
23) Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej;
24) Rady Działalności Pożytku Publicznego;
25) ;
26) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
27) Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
28) Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
29) Rzecznika Praw Pacjenta;
30) Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
31) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
32) Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej;
33) Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
34) Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
35) Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;
36) Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach sp. z o.o.;
37) Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim;
38) Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
39) Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie;
40) Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu;
41) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie;
42) Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
43) Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.;
44) Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy;
45) Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu;
46) Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
47) Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku;
48) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
49) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku;
50) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie;
51) Wielospecjalistycznego Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli;
52) Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi;
53) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie;
54) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jadwigi w Opolu;
55) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie;
56) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu;
57) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu;
58) Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach;
59) Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowy Instytut Badawczy;
60) Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego Sp. z o.o.;
61) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
62) Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Projektowana regulacja nie jest objęta zadaniami związków zawodowych i organizacji pracodawców.

Projekt rozporządzenia nie został przekazany do opiniowania Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, ponieważ nie dotyczy problematyki samorządu terytorialnego.

Jednocześnie 10-dniowy termin opiniowania projektu wynika z pilnej potrzeby zakończenia procesu legislacyjnego przed upływem obowiązującego okresu przejściowego. Projektowane rozwiązanie jest korzystne zarówno dla pacjentów, ponieważ służy zachowaniu ciągłości i dostępności świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, jak i dla świadczeniodawców, którym zapewnia dodatkowy czas na dostosowanie się do docelowych warunków realizacji świadczenia. Obowiązujący okres przejściowy upływa z dniem 31 grudnia 2026 r. W związku z tym konieczne jest przeprowadzenie procesu legislacyjnego oraz ogłoszenie rozporządzenia przed dniem 1 stycznia 2027 r., tak aby zapewnić ciągłość obowiązywania rozwiązania przejściowego i uniknąć powstania luki czasowej między dotychczasowym a wydłużonym okresem jego stosowania.

Projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936) oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie stanowiącym załącznik do oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2026 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródła finansowania	Projektowana zmiana nie będzie miała wpływu na plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia. Środki publiczne z tytułu realizacji „Leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych" zostały zabezpieczone w poz. B2.3 Leczenie szpitalne planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2026 r. Projektowana zmiana nie będzie miała wpływu na budżet pozostałych jednostek sektora finansów publicznych, w tym na budżet jednostek samorządu terytorialnego. Dodatkowo należy wskazać, że środki finansowe potrzebne na realizację przedmiotowego świadczenia opieki zdrowotnej w przyszłości, zostaną zabezpieczone w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na kolejne lata.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana zmiana nie będzie wymagała zwiększenia nakładów na finansowanie świadczeń gwarantowanych ani zabezpieczenia dodatkowych środków w budżecie państwa lub w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Zmiana polega wyłącznie na wydłużeniu obowiązującego okresu przejściowego i nie zmienia pozostałych warunków realizacji świadczenia pn. „Leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych".

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu	duże przedsiębiorstwa	Projekt rozporządzenia ma wpływ na działalność dużych przedsiębiorstw przez						

niepieniężnym		umożliwienie kontynuacji realizacji świadczeń gwarantowanych z uwzględnieniem warunków wydłużonego okresu przejściowego.
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Zapewnienie dostępności do skutecznego leczenia udarów mózgu i obniżenie wskaźników niepełnosprawności będących konsekwencją udaru mózgu.
	osoby niepełnosprawne i osoby starsze	Zapewnienie dostępności do skutecznego leczenia udarów mózgu i obniżenie wskaźników niepełnosprawności będących konsekwencją udaru mózgu.
Niemierzalne		-
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.	

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

Komentarz: brak.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja będzie miała ograniczony i pośrednio pozytywny wpływ na rynek pracy. Umożliwienie świadczeniodawcom dalszej realizacji świadczenia i utrzymania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia będzie sprzyjało stabilizacji istniejącego zatrudnienia personelu medycznego uczestniczącego w diagnostyce i leczeniu udarów niedokrwiennych mózgu. Projekt nie wprowadza nowych wymagań kadrowych ani norm zatrudnienia, dlatego nie przewiduje się bezpośredniego wzrostu liczby miejsc pracy ani dodatkowych kosztów pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie

Omówienie wpływu	Projekt rozporządzenia wprowadza rozwiązanie, które pozytywnie wpłynie na zdrowie świadczeniobiorców, przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniej jakości świadczeń.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 31 grudnia 2026 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.