

Szczecin, 23 marca, 2026 r.

Prezes:

President:

Wojciech Marlicz

(Szczecin)

Vice-Prezesa:

Vice-Presidents:

Grażyna Rydzewska

(Warszawa)

Jarosław Reguła

(Warszawa)

Sekretarz:

Secretary:

Marcin Romańczyk

(Tychy)

Skarbnik:

Treasurer:

Piotr Eder

(Poznań)

Członkowie:

Members:

Halina Cichoż-Lach

(Lublin)

Jarosław Daniluk

(Białystok)

Magdalena Gawron-

Kiszka

(Katowice)

Marek Hartleb

(Katowice)

Maria Kłopocka

(Bydgoszcz)

Adam Koprowski

(Warszawa)

Krzysztof Kurek

(Białystok)

Ewa Małecka-Wojcieszko

(Łódź)

Tomasz Marek

(Katowice)

Barbara Skrzydło-

Radomańska

(Lublin)

Dorota Waśko-Czopnik

(Wrocław)

**LIST OTWARTY do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia oraz Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) i Towarzystwa
Chirurgów Polskich (TChP) w sprawie ograniczenia dostępności do badań
diagnostycznych w Polsce.

**NFZ zmniejszając dostępność do ambulatoryjnych badań endoskopowych
i radiologicznych pogorszy możliwość skutecznej diagnostyki i leczenia polskich
pacjentów.**

Rak jelita grubego w Polsce stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowia
publicznego - zajmuje trzecie miejsce pod względem zachorowalności na nowotwory
złośliwe oraz drugie pod względem umieralności. Co roku rozpoznaje się około
20 tysięcy nowych przypadków, a liczba ta systematycznie rośnie. Szczególnie
niepokojący jest wzrost zachorowań wśród osób poniżej 50. roku życia. Jednocześnie
Polska należy do krajów o wysokiej częstotliwości występowania choroby otyłościowej
i zaburzeń metabolicznych, które stanowią istotne czynniki ryzyka nowotworów
przewodu pokarmowego, w tym raka jelita grubego i raka żołądka.

Rak żołądka pozostaje jednym z najbardziej agresywnych nowotworów przewodu
pokarmowego. W Polsce każdego roku rozpoznaje się go u około 5 tysięcy osób,
a większość przypadków diagnozowana jest w stadium zaawansowanym. Jedynie
u około 30% pacjentów możliwe jest rozpoznanie na etapie umożliwiającym leczenie
radikalne. W przypadku raka przełyku odsetek pięcioletnich przeżyć jest jeszcze niższy
ze wzrastającą ilością zgonów w ostatnich 20 latach. Wynika to m.in. z niespecyficznych
objawów we wczesnym stadium choroby oraz ograniczonego dostępu do badań
diagnostycznych, w szczególności gastroduodenoskopii.

**W tej sytuacji dostęp do badań endoskopowych stanowi fundament skutecznej
profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia chorób nowotworowych.**

Narodowy Fundusz Zdrowia, zmniejszając dostępność do ambulatoryjnych badań
endoskopowych i radiologicznych, nie tylko pogorszy możliwość skutecznej diagnostyki
i leczenia polskich pacjentów, ale przede wszystkim ograniczy możliwości profilaktyki
i wczesnego wykrywania nowotworów.

Diagnostyka endoskopowa i radiologiczna jest fundamentem skutecznego leczenia
większości chorób na oddziałach gastroenterologicznych, internistycznych
i chirurgicznych a także w poradniach specjalistycznych.

W szczególności badania endoskopowe, takie jak kolonoskopia i gastroduodenoskopia,
odgrywają kluczową rolę w wykrywaniu zmian przednowotworowych oraz wczesnych
stadiów raka jelita grubego i raka żołądka, umożliwiając skuteczne leczenie i realne
obniżenie śmiertelności.

Trudno bez tych badań wyobrazić sobie skuteczne rozpoznawanie i leczenie nowotworów, chorób zapalnych jelit czy łagodnych schorzeń przewodu pokarmowego, takich jak choroba wrzodowa. W większości przypadków badania te są absolutnym standardem w diagnostyce przedoperacyjnej, a także niezbędnym elementem nadzoru po szeregu procedur gastroenterologicznych i chirurgicznych. Ich zaniechanie jest błędem w sztuce niosącym określone konsekwencje dla lekarzy i pacjentów. Jednocześnie należy podkreślić, że wprowadzenie ograniczeń finansowania procedur może uniemożliwić kontynuację skutecznych programów monitorowania zmian przednowotworowych, takich jak zanikowe zapalenie żołądka, przełyk Barretta czy wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

Najtańszym rozwiązaniem dla płatnika i najkorzystniejszym rozwiązaniem dla pacjenta jest przeniesienie diagnostyki i podstawowych procedur endoskopowych do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dziesiątki tysięcy pacjentów nie zajmują miejsca w oddziałach zabiegowych i gastroenterologicznych, tylko mają wykonywane badania w trybie ambulatoryjnym, co jest standardem opieki na całym świecie, w tym w Polsce. Ograniczenie dostępu do tych świadczeń zmniejszy skuteczność profilaktyki i wykrywalność zmian przednowotworowych oraz wczesnych nowotworów, co przełoży się na wzrost liczby rozpoznań w zaawansowanych stadiach, wyższą śmiertelność i znacznie większe koszty leczenia. Ponieważ większość nowotworów przewodu pokarmowego przez długi czas przebiega bezobjawowo, ograniczenie dostępu do badań endoskopowych oznacza utratę szansy na ich wczesne wykrycie.

Doświadczenia okresu pandemii COVID-19 oraz związanych z nią ograniczeń w dostępie do świadczeń medycznych pokazały, że opóźnienia diagnostyczne prowadzą do zwiększenia liczby pacjentów rozpoznawanych w zaawansowanych stadiach chorób nowotworowych. Leczenie takich chorych pozostaje dużym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia, a w wielu przypadkach możliwe jest jedynie postępowanie o charakterze paliatywnym.

Projekt rozporządzenia NFZ w sposób drastyczny ograniczający możliwości wykonywania badań endoskopowych i radiologicznych w trybie ambulatoryjnym w sposób jasny odwraca ten proces. Pacjenci, którzy zgłoszą się na badania endoskopowe po wyczerpaniu limitu na dany rok, nie będą mieli ich wykonanych w odpowiednim czasie. Doprowadzi to do opóźnienia diagnostyki szeregu schorzeń lub przekierowania pacjentów do gabinetów prywatnych. Co jednak z tymi, których nie stać na prywatną gastroduodenoskopię, kolonoskopię, tomografię komputerową czy rezonans magnetyczny?

Opóźnienie diagnostyki w chorobach nowotworowych wiąże się z rozpoznaniem choroby w bardziej zaawansowanym stadium, co przekłada się na gorsze rokowanie oraz wzrost kosztów leczenia.

Ze względu na nieswoisty i częsty charakter objawów alarmowych, diagnostyka w ramach pakietu DILO nie zawsze jest możliwa. Jak w tej sytuacji rozpoznać wznowę raka odbytnicy po zakończeniu DILO, monitorować pacjenta po usunięciu wczesnej zmiany nowotworowej czy skutecznie leczyć choroby zapalne jelit bez dostępu do badań kontrolnych?

Jak w końcu planować budżet szpitala lub poradni specjalistycznej bez wiedzy, jak zachowa się NFZ, który, będąc monopolistą, w sposób skrajny zmienia zasady gry i wprowadza prawo działające wstecz? Przypominamy, propozycja ograniczenia dostępności do badań endoskopowych i radiologicznych ma dotyczyć usług zakontraktowanych od stycznia 2026 roku. Koszty zakupu sprzętu endoskopowego czy radiologicznego to często wysokie koszty, a sprzęt ten wymaga serwisu i okresowych wymian wynikających z jego zużycia. Jak w takich warunkach planować te wydatki?

Ograniczanie dostępu do diagnostyki ambulatoryjnej nie generuje realnych oszczędności, lecz prowadzi do przesunięcia kosztów na późniejsze etapy leczenia - hospitalizacje, leczenie operacyjne i onkologiczne, które są wielokrotnie droższe a często wymagają prowadzenia dalszej diagnostyki i leczenia w ramach hospitalizacji.

W naszej ocenie sytuacja ta wymaga pilnego podjęcia dialogu ze środowiskiem lekarskim. Zamiast tego płaćnik po raz kolejny prezentuje pozycję siły wynikającą z monopolu na finansowanie procedur w Polsce, nie znajdując czasu na przeprowadzenie konsultacji ze środowiskiem lekarzy wykonujących na co dzień badania endoskopowe i radiologiczne. Nie analizuje konsekwencji swoich decyzji w wymiarze klinicznym i społecznym, ograniczając się wyłącznie do perspektywy księgowej.

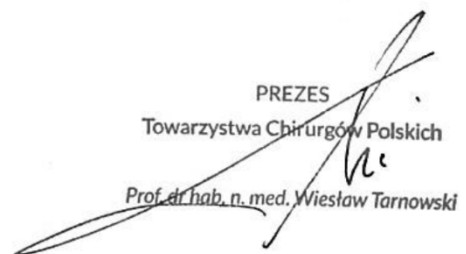
Apelujemy o pilne wstrzymanie proponowanych zmian oraz podjęcie dialogu ze środowiskiem medycznym w celu wypracowania rozwiązań wspierających profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych.

Jednocześnie pragniemy zwrócić uwagę na inne działania, które mogą skutecznie ograniczyć koszty. Kierowanie na badania endoskopowe, najczęściej przez lekarzy POZ, nie podlega obecnie nadzorowi, a kryteria kwalifikacji nie są jasno określone. Wytyczne europejskie dokładnie precyzują wskazania do badań, jednak nie zostały wdrożone przez NFZ ani Ministerstwo Zdrowia. Skuteczność diagnostyczna badań endoskopowych zależy od ich jakości, którą można oceniać za pomocą jasno określonych i łatwych do monitorowania wskaźników. Dotychczas płaćnik publiczny nie wykorzystał możliwości nadzorowania zarówno zasad kierowania na badania, jak i jakości wykonywanych procedur, co wpływa na liczbę wykonywanych badań kontrolnych.

Ze swojej strony zapewniamy pełną gotowość do rozmów na te i inne tematy związane z ochroną zdrowia. To temat kluczowy dla każdego z nas, wszyscy jesteśmy lub będziemy pacjentami oczekującymi optymalnej opieki, którą powinno gwarantować państwo.



Prof. dr hab. Wojciech Marlicz
Prezes
Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii
European Colonoscopy Quality
Investigation Group



PREZES
Towarzystwa Chirurgów Polskich
Prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski

Prof. dr hab. Wiesław Tarnowski
Prezes
Towarzystwa Chirurgów Polskich



Dr n. med. Marcin Romańczyk
Sekretarz Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii
Członek Quality Improvement Committee ESGE