



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Lecnictwa

DLD.055.5.2026.AS
Warszawa, 30 września 2026

[REDACTED]

[REDACTED]

odpowiadając na petycję z dnia 11.09.2026 r., dotyczącą wprowadzenia możliwości krótkich przepustek godzinowych oraz przepustek weekendowych dla pacjentów hospitalizowanych na oddziałach somatycznych, za zgodą lekarza i bez konieczności wypisu oraz ponownego przyjęcia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

W zakresie praw pacjenta informuję, że przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ nie regulują instytucji przepustki ani nie ustanawiają prawa pacjenta hospitalizowanego do czasowego przebywania poza zakładem leczniczym bez dokonania wypisu. W konsekwencji z przepisów tej ustawy nie wynika również obowiązek udzielenia pacjentowi przepustki przez podmiot leczniczy. Instytucja przepustki została natomiast zdefiniowana w § 1 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych². Zgodnie z tym przepisem możliwość okresowego przebywania świadczeniobiorcy poza zakładem leczniczym bez dokonywania wypisu dotyczy stacjonarnego leczenia psychiatrycznego i uzależnień, długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, uzdrowiskowego oraz rehabilitacji leczniczej. Regulacja ta nie obejmuje ogólnej hospitalizacji na oddziałach somatycznych.

W odniesieniu do pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych szczególną podstawę prawną stanowi art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³. Przepis ten przewiduje możliwość uzyskania zgody ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania pacjenta z zakładu, jeżeli nie zagraża to jego życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Mając powyższe na uwadze, możliwość korzystania z przepustki nie stanowi obecnie ogólnego prawa pacjenta wynikającego z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ewentualne wprowadzenie takiego rozwiązania w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych na oddziałach somatycznych wymagałoby odrębnego uregulowania, z uwzględnieniem w szczególności bezpieczeństwa pacjentów, zasad podejmowania decyzji o udzieleniu przepustki, odpowiedzialności podmiotu leczniczego, sposobu dokumentowania nieobecności pacjenta oraz zasad rozliczania świadczeń. Leczenie szpitalne w warunkach stacjonarnych nie przewiduje okresowego przebywania

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.

² Dz. U. z 2025 r. poz. 1588, z późn. zm.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

poza oddziałem szpitalnym, co wynika ze specyfiki udzielanych świadczeń w oddziałach szpitalnych. Hospitalizacja polega na udzielaniu pacjentowi całodobowych świadczeń zdrowotnych wymagających stałej opieki i nadzoru personelu medycznego. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ a w szczególności na podstawie art. 58 ustawy, pacjent jest przyjmowany do szpitala tylko wtedy, gdy jego stan zdrowia wymaga leczenia w warunkach szpitalnych i nie może być skutecznie leczony ambulatoryjnie, a więc gdy cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne (lub w innych formach opieki).

Jednocześnie, jak wynika z opinii Narodowego Funduszu Zdrowia, w przypadku, gdy pacjent nie wymaga ciągłej opieki medycznej świadczeniodawca ma możliwość wypisania pacjenta i jego ponownego przyjęcia. Fundusz wychodząc naprzeciw takim potrzebom, umożliwia składanie wniosków o rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie nieprzekraczającym 14 dni. Powyższe dodatkowo wynika z § 25 pkt 14 zarządzenia Nr 101/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego - świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), na podstawie którego w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, za umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie nieprzekraczającym 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji.

Natomiast finansowanie świadczeń w leczeniu szpitalnym udzielanych w ramach oddziałów, odbywa się na podstawie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), za całą hospitalizację, tj. od dnia przyjęcia do dnia wypisu lub zgonu chorego. Wartość poszczególnych JGP to iloczyn ustalonej wartości punktowej oraz ceny jednostkowej za punkt. Grupa JGP posiada kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami. W ramach JGP rozliczana jest większość powtarzalnych i typowych zjawisk chorobowych, wymagających hospitalizacji. Do określonej grupy przypisywani są pacjenci, u których przeprowadzono podobny sposób leczenia danej jednostki chorobowej, którą uznaje się za główną przyczynę hospitalizacji. W przypadku występowania kilku schorzeń zasadniczym kryterium kwalifikacji są koszty ponoszone przez świadczeniodawców. W tego typu przypadkach jednostką zasadniczą (rozpoznanie ICD-10) jest ta, której leczenie pochłania najwięcej zasobów. W związku z powyższym grupowane są podobne lub zbliżone przypadki medyczne o podobnym lub zbliżonym sposobie leczenia oraz zbliżonych kosztach.

Z wyrazami szacunku

Maciej Karaszewski

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/

⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.,