



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 30 czerwca 2026 r.

Poz. 874

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 30 czerwca 2026 r.

w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją

Na podstawie art. 23c ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203 i 791) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanego dalej „PCUŚ”.

§ 2. 1. PCUŚ jest obliczany i aktualizowany raz dziennie dla każdego świadczeniodawcy odrębnie, na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawcę do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208, 252 i 791), z wykorzystaniem prognozowanej w wyniku symulacji daty udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej dla nowych świadczeniobiorców, zwanej dalej „PDS”, dla liczby n nowych świadczeniobiorców, z zastosowaniem symulacji do wyznaczenia terminów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich świadczeniobiorców umieszczonych w centralnym wykazie oczekujących, zgodnie ze wzorem:

$$\text{PCUŚ} = t_0 + \frac{\sum_{k=1}^n \text{PDS}_k}{n}$$

przy czym PDS wyznacza się jako najmniejszą różnicę między dostępnym terminem świadczenia a datą bieżącą, zgodnie ze wzorem:

$$\text{PDS} = \min(a_i - t_0)$$

gdzie:

t_0 – oznacza datę bieżącą,

a_i – oznacza dostępne terminy świadczeń opieki zdrowotnej spełniające kryteria zdefiniowane przez użytkownika,

PDS_k – oznacza jednostkowy prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej dla pojedynczego potencjalnego nowego świadczeniobiorcy, wyrażony w dniach kalendarzowych i liczony od daty bieżącej,

n – oznacza liczbę potencjalnych nowych świadczeniobiorców uwzględnianych przy obliczaniu PCUŚ.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

2. PCUŚ do 40 dni jest wyrażony w dniach i jest prezentowany wraz z liczbą dostępnych terminów świadczeń opieki zdrowotnej, obliczaną zgodnie ze wzorem:

$$\text{PCUŚ do T40} = \sum_{i=1}^N f(a_i), \text{ gdzie } f(a_i) = \begin{cases} 1 & \text{dla } a_i \leq (t_0 + 40) \\ 0 & \text{dla } a_i > (t_0 + 40) \end{cases}$$

gdzie:

N – oznacza liczbę dostępnych terminów świadczeń opieki zdrowotnej spełniających kryteria zdefiniowane przez użytkownika.

3. PCUŚ od 40 dni do 12 miesięcy jest wyrażony w miesiącach i jest obliczany zgodnie ze wzorem:

$$\text{PCUŚ powyżej T40} = \left\lfloor \frac{\text{PCUŚ} - t_0}{30} \right\rfloor$$

4. Dla PCUŚ powyżej 12 miesięcy prezentowana jest informacja: „Termin powyżej 12 miesięcy”.

5. Informacja o wartości parametru n , uwzględnianego przy obliczeniu PCUŚ, jest publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

6. Symulacja, o której mowa w ust. 1, jest dokonywana przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dla każdego świadczeniodawcy odrębnie, na podstawie przekazanych do tego systemu danych dotyczących:

- 1) świadczeniobiorców umieszczonych w centralnym wykazie oczekujących;
- 2) dostępnych terminów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, dla którego jest obliczany PCUŚ;
- 3) dostępnych terminów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej u innych świadczeniodawców niż świadczeniodawca, dla którego jest obliczany PCUŚ;
- 4) kategorii medycznych, do których świadczeniobiorcy zostali zakwalifikowani zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”;
- 5) kryteriów wybranych przez świadczeniobiorców, o których mowa w art. 23e ust. 6 ustawy;
- 6) informacji o uprawnieniach do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, o których mowa w art. 47c ustawy;
- 7) skierowań, zgodnie z wykazem świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy, jeżeli są wymagane;
- 8) daty dokonania zgłoszenia centralnego;
- 9) daty dokonania przez świadczeniobiorcę zgłoszenia na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 23g ust. 2 ustawy, jeżeli zgłoszenie zostało dokonane przed umożliwieniem przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszenia centralnego.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. *T. Maciejewski*