



DLG.050.172.2025.MK  
Warszawa, 19 listopada 2025

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,  
odpowiadając na interpelację (nr 12977) z 23 października 2025 r., Pana Posła Roberta Warwasa i grupy posłów sprawie dostępności specjalistów i badań diagnostycznych w służbie zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

**1. Jakie działania są podejmowane, aby pacjenci z chorobami przewlekłymi i zagrożeniem życia nie byli pozostawieni bez opieki przez wiele tygodni?**

Pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego mają udzielane świadczenia w trybie nagłym – zazwyczaj przez zespoły ratownictwa medycznego, jak również w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć. Powyższe ma zastosowanie nawet, gdy stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jest wynikiem wcześniej stwierdzonej i leczonej choroby przewlekłej. Natomiast pacjenci z chorobą przewlekłą znajdują się pod opieką lekarza specjalisty w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (a jeśli cel leczenia nie może zostać osiągnięty poprzez leczenie ambulatoryjne również w szpitalu) – terminy wizyt pacjentów, niebędących pacjentami pierwszorazowymi, ustalane są zgodnie z przyjętym przez lekarza planem leczenia. Stosownie do brzmienia art. 20 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461), dalej „ustawa o świadczeniach” na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

Niezależnie od powyższego, zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 515) podstawowa opieka zdrowotna ma na celu m.in. zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną oraz koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia. Tym samym wskazać należy, że nawet świadczeniobiorca oczekujący na termin wizyty u specjalisty, nie jest pozbawiony opieki lekarskiej, gdyż opiekę tą sprawuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

**2. Jakie działania rząd planuje w celu skrócenia kolejek do specjalistów w polskich szpitalach i poradniach?**

Wprowadzony w ostatnich latach mechanizm rozliczania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zgodnie z rzeczywistym wykonaniem miał na celu wdrożenie rozwiązań umożliwiających zmotywowanie świadczeniodawców do poprawy dostępności do świadczeń. Mechanizm ten niestety nie przełożył się na istotne skrócenie czasu

oczekiwania na zrealizowanie świadczenia i nie zapewnił zwiększonej dostępności do świadczeń.

Wdrażany nowy mechanizm tzw. „stawki degresyjnej” zakłada ocenę udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych u świadczeniodawców, w danym zakresie świadczeń specjalistycznych oraz wyznaczenie ogólnopolskiej mediany tego udziału dla danego zakresu. Mechanizmowi podlegają jedynie świadczeniodawcy, u których udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych jest niższy niż ogólnopolska mediana tego udziału, czyli 50% świadczeniodawców z najniższymi udziałami świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych. Każdy z tych świadczeniodawców zobowiązany jest do podniesienia poziomu udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych co najmniej o 3 punkty procentowe w porównaniu z analogicznym kwartałem roku poprzedzającego realizację świadczeń lub do osiągnięcia wartości wyznaczonej przez medianę. W przypadku nie osiągnięcia określonego celu w danym kwartale, świadczenia zrealizowane w kwartale następującym po miesiącu od kwartału, dla którego wyznaczono udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych finansowane będą z zastosowaniem współczynnika 0,75 dla świadczeń rozliczanych w ramach danego zakresu, z wyłączeniem określonych w zarządzeniu świadczeń.

Zmodyfikowany mechanizm finansowania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna dotyczy wybranych zakresów świadczeń, nie obejmuje szeregu świadczeń m.in.: świadczeń udzielanych w zakresach dla dzieci, skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, skojarzonego zakresu świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa lub położnej, skojarzonego zakresu świadczeń zabiegowych, skojarzonego zakresu ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych.

Mediana ogólnopolska udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych (roczna), jak i udział procentowy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych u świadczeniodawcy w danym kwartale są wyliczane i udostępniane przez Fundusz.

Dodatkowo od 28 października br. rozszerzono wykaz świadczeń wyłączonych ze stosowania współczynnika 0,75 poprzez dodanie rozpoznań wybranych grup D oraz świadczeń udzielonych pacjentom z chorobami rzadkimi udzielonych w Ośrodkach Eksperckich Chorób Rzadkich w zakresach oraz skojarzonych do nich zakresach świadczeń będących w strukturze OECR z rozpoznaniem określonym równocześnie kodem ICD-10 i kodem ORPHA.

Opisany powyżej mechanizm jest obecnie wdrażany i modyfikowany w zależności od potrzeb. Na ocenę jego efektów niestety trzeba będzie poczekać.

### **3. Czy istnieje plan zwiększenia dostępności nowoczesnych badań diagnostycznych w całym kraju, w tym w mniejszych miastach i na obszarach wiejskich?**

Świadczenia o wysokim poziomie innowacyjności z zasady są dostępne w wysokospecjalistycznych ośrodkach, zatem głównie w dużych miastach lub ich okolicach. Ze względu na początkowo wysokie koszty nowoczesnych technologii są one celowo skupiane w kilku do kilkunastu lokalizacjach. Takie rozwiązanie jest najbardziej efektywne kosztowo, m.in. ze względu na tzw. efekt skali. Za przyjęciem powyższego rozwiązania przemawia również zazwyczaj dobrze rozwinięta infrastruktura komunikacyjna (w tym transportu publicznego) wokół dużych wysokospecjalistycznych ośrodków, co ułatwia pacjentom dostarcenie do świadczeniodawcy.

### **4. Jak rząd zamierza wspierać lekarzy specjalistów, aby liczba dostępnych świadczeń była adekwatna do potrzeb pacjentów?**

Uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia podejmuje liczne działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów posiadających kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej.

Najważniejsze działania podjęte dla osób w trakcie kształcenia przeddyplomowego – na studiach:

Począwszy od 2016 roku Minister Zdrowia sukcesywnie zwiększa limit przyjęć na kierunku lekarskim. W związku z systematycznym zwiększaniem limitów przyjęć na studia, z roku na rok rośnie liczba absolwentów tego kierunku, a co za tym idzie nastąpi wzrost liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

Pod koniec 2021 r. wprowadzono wsparcie finansowe - kredyt dla osób podejmujących studia odpłatne na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim.

Umożliwiono również przystąpienie o rok wcześniej do LEK i LDEK dla lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok studiów, Ma to za zadanie skrócenie czasu oczekiwania na egzamin (wcześniejsze otrzymanie PWZ).

Działania podjęte dla lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego:

Wyodrębniono dziedziny najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego kraju (dziedziny priorytetowe wymienione poniżej) i ustanowiono dla nich specjalne zasady. Główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydenckim (finansowanym przez Ministra Zdrowia). Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydenckim, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenckich w stosunku do pozostałych dziedzin.

W celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych, po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, wprowadzono rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej). Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego;

Od postępowania kwalifikacyjnego jesień 2022 r. wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentyistów. Dzięki temu rozwiązaniu większa liczba miejsc szkoleniowych zostanie wykorzystana (tzw. nabór centralny). Nabór centralny na specjalizacje daje lekarzom i lekarzom dentyistom możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie może on zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, co wcześniej nie mogło mieć miejsca. Wprowadzenie tego rozwiązania miało na celu wykorzystanie większej liczby miejsc szkoleniowych.

Dziedziny priorytetowe, to także dziedziny deficytowe, najistotniejsze dla ochrony zdrowia:

- 1) anestezjologia i intensywne terapie;
- 2) chirurgia dziecięca;
- 3) chirurgia ogólna;
- 4) chirurgia onkologiczna;
- 5) choroby wewnętrzne;
- 6) choroby zakaźne;
- 7) geriatryka;

- 8) hematologia;
- 9) kardiologia dziecięca;**
- 10) medycyna paliatywna;
- 11) medycyna ratunkowa;
- 12) medycyna rodzinna;
- 13) neonatologia;
- 14) neurologia i neurologia dziecięca;**
- 15) onkologia i hematologia dziecięca;**
- 16) onkologia kliniczna;**
- 17) patomorfologia;
- 18) pediatria;
- 19) psychiatria;**
- 20) psychiatria dzieci i młodzieży;**
- 21) radioterapia onkologiczna;
- 22) stomatologia dziecięca.

W związku z faktem, iż np. psychiatria została dziedziną priorytetową liczbą miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii nieustannie rośnie. W 2015 r. liczba miejsc szkoleniowych w tej dziedzinie wynosiła 1736 miejsc, natomiast obecnie wynosi 2386 miejsc. Od 2015 r. wzrosła również liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii z 796 (stan na: 01.12.2015 r.) do 1911 lekarzy (stan na 30.09.2025 r.), czyli o ponad 140%. Wzrosła także liczba specjalistów w dziedzinie psychiatrii z 3388 specjalistów (stan na: 31.12.2015 r.) do 4341 specjalistów (stan na: 1.07.2025 r. dane Naczelnej Izby Lekarskiej <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>), czyli o ponad 28 %.

Dzięki wymienionym powyżej działaniom zakłada się, że w najbliższej przyszłości, ale też w dalszej perspektywie zwiększy się dostęp do lekarzy udzielających specjalistycznych świadczeń z wszystkich dziedzin, głównie z tzw. priorytetowych.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Katarzyna Kęcka  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/