



Minister Zdrowia

DLU.050.46.2025.EW
Warszawa, 20 listopada 2025

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z interpelacją Pani Olgi Ewy Semeniuk-Patkowskiej, Posłanki na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie wydłużających się kolejek do świadczeń medycznych i braku kompleksowej strategii skracania czasu (nr 13253), przesłaną przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 31 października 2025 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odpowiadając na wniosek przekazania aktualnych informacji dotyczących średnich czasów oczekiwania do wskazanych w interpelacji zakresów świadczeń, poniżej przedstawiam zestawienie tabelaryczne danych opracowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, prezentujące stan na koniec III kwartału bieżącego roku.

Świadczenia	Kategoria medyczna	Liczba pacjentów	Mediana średniego czasu oczekiwania [dni]
Poradnie udzielające świadczeń z zakresu onkologii	Przypadek pilny	2 352	10
	Przypadek stabilny	36 012	15
Poradnie udzielające świadczeń zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	81 478	21
	Przypadek stabilny	251 956	31
Poradnie udzielające świadczeń z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	55 421	41
	Przypadek stabilny	220 902	64
Poradnie udzielające świadczeń z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	35 887	57
	Przypadek stabilny	138 537	96
Poradnie udzielające świadczeń z zakresu okulistyki	Przypadek pilny	52 786	28
	Przypadek stabilny	377 271	56
Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	432 485	117
	Przypadek stabilny	903 908	155
Oddziały endokrynologiczne	Przypadek pilny	1 224	44
	Przypadek stabilny	7 429	62
Oddziały kardiologiczne	Przypadek pilny	5 259	49
	Przypadek stabilny	20 086	43
Oddziały onkologiczne	Przypadek pilny	165	14
	Przypadek stabilny	757	14

Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	36 615	41
	Przypadek stabilny	82 940	67
Oddziały okulistyczne	Przypadek pilny	1 498	30
	Przypadek stabilny	13 957	24
Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	4 340	28
	Przypadek stabilny	64 992	36
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	18 962	103
	Przypadek stabilny	47 912	139
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	25 157	130
	Przypadek stabilny	70 721	176

W odpowiedzi na pytanie dotyczące wprowadzenia jednolitego systemu zarządzania listami oczekujących, który umożliwi bieżące monitorowanie i transparentność danych o kolejках, uprzejmie informuję, że od 1 stycznia 2026 r. w życie wchodzi rozwiązanie wprowadzające centralną e-rejestrację, która ma pełnić rolę takiego systemu¹. Centralna e-rejestracja znosi obowiązek prowadzenia odrębnych list oczekujących przez poszczególnych świadczeniodawców na rzecz wspólnej listy do wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń z danego zakresu (tj. centralnego wykazu oczekujących). Celem centralnej e-rejestracji jest uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji pacjentów oraz ułatwienie dostępu do informacji o dostępnych terminach u wszystkich świadczeniodawców. Pacjenci, którzy nie uzyskają terminu świadczenia, będą umieszczani w centralnym wykazie oczekujących, a system automatycznie będzie monitorował „miejsce w kolejce” wyręczając pacjenta i gdy tylko pojawi się termin spełniający określone przez niego kryteria, pacjent zostanie automatycznie zapisany na wizytę i otrzyma stosowne powiadomienie z systemu e-zdrowia. Wstępnie centralną e-rejestracją zostaną objęte wybrane świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale zakres ten będzie sukcesywnie rozszerzany.

Należy zwrócić uwagę, że centralna e-rejestracja przyczyni się także do skracania czasów oczekiwania zarówno przez optymalne wykorzystanie każdego zwalnającego się terminu jak i przez znaczące zmniejszenie liczby nieodwołanych wizyt. Pacjenci otrzymają powiadomienia z przypomnieniem o wizycie, będą mogli łatwo i szybko odwołać wizytę przez odpowiedź na sms z przypomnieniem lub anulować ją przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP), bez konieczności komunikowania się ze świadczeniodawcą. W ramach prowadzonego programu pilotażowego e-rejestracji ok. 26 tys. wizyt zostało odwołanych przez SMS lub IKP, czyli zwolnionych dla pacjentów oczekujących.

Z innych ostatnio podjętych działań mających na celu poprawę dostępności do świadczeń należy wskazać wprowadzenie mechanizmów motywujących poradnie specjalistyczne do zwiększania odsetka przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych (obecnie jedynie przeciętnie 15 % pacjentów w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to pacjenci pierwszorazowi, a pozostałe osoby objęte opieką to osoby kontynuujące leczenie). Rozwiązania wdrożone przez Narodowy Fundusz Zdrowia² zakładają określenie minimalnego wymaganego poziomu przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych oraz wprowadzenie stawek degresywnych, w przypadku gdy świadczeniodawcy nie osiągną

¹ Przyjęte ustawą z dnia 26 września 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1537).

² Zarządzeniem NR 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r., z tym że zasady finansowania mają zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 listopada 2025 r., przy czym pierwsza ocena spełniania parametrów określonych objęcie świadczenia udzielone w okresie od 1 lipca do 30 września 2025 r.

takiego poziomu. Rozwiązanie to ma na celu zapewnienie, że pacjenci oczekujący na pierwszą poradę szybciej rozpoczną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną. Wypracowane rozwiązanie ma szczególnie motywować podmioty z najmniejszym udziałem świadczeń pierwszorazowych. Warto wskazać, że już obecnie można obserwować pozytywny wpływ tych rozwiązań na zachowania świadczeniodawców, gdyż w III kwartale 2025 r. wykonano o ponad 200 tys., świadczeń pierwszorazowych więcej niż w III kwartale 2024 r., co stanowi wzrost o ponad 10% i oznacza 20% wzrost udziału świadczeń pierwszorazowych w świadczeniach ogółem.

Warto podkreślić, że równolegle prowadzone są inne działania mające na celu prowadzenie zmian systemowych, których efekty widoczne będą w perspektywie długofalowej, w odróżnieniu od działań doraźnych. Jednym z takich działań są prace prowadzone w ramach uruchomionego w styczniu 2024 r. projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń”, które m.in. zakładają zastąpienie fragmentarycznie udzielanych porad kompleksowymi świadczeniami, w tym pakietami diagnostycznymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Pozwoli to na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Projekt ma być realizowany do dnia 30 czerwca 2027 r.

Ponadto, w ostatnim roku udało się osiągnąć także wzrost liczby umów zawieranych w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwia lekarzowi rodzinemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienie wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania go do poradni specjalistycznych. Zwiększenie dostępu do świadczeń właściwych dla opieki specjalisty z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zmniejsza obciążenie poradni specjalistycznych i przekłada się na skrócenie czasów oczekiwania. Według danych na dzień 31 grudnia 2024 r. 2458 świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej realizowało świadczenia opieki koordynowanej, co stanowi 41 % ogółu świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Objęto tym samym łącznie 51 % ogółu populacji objętej podstawową opieką zdrowotną.

Warto także wskazać, że Ministerstwo Zdrowia na bieżąco podejmuje działania mające na celu poprawę dostępności opieki medycznej nie tylko w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, ale także aby umożliwić zapewnienie swobodnego dostępu do usług oraz możliwości udziału w życiu społecznym i publicznym osób ze szczególnymi potrzebami. W ramach projektu „Dostępność Plus dla zdrowia” dostosowano szpitale oraz placówki podstawowej opieki zdrowotnej do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami (dzięki takim działaniom, jak budowa i wymiana wind i podjazdów, dostosowanie pomieszczeń, rejestracji i gabinetów lekarskich, stworzenie nowych miejsc postojowych, zakup nowego sprzętu i łatwiejszy dostęp do alternatywnych sposobów komunikacji pacjentów z placówkami medycznymi). Aktualnie realizowany jest kolejny projekt o nazwie „Dostępność Plus dla AOS”, dedykowany dla placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Odbiorcami działań będą osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym osoby z niepełnosprawnościami oraz seniorzy, którym łatwiej będzie korzystać z bardziej dostępnych placówek. W najbliższym czasie placówkom zostaną udzielone granty na projekty podnoszące dostępność tych placówek w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. Dodatkowo planowane jest utworzenie platformy komunikacji o dostępności dla placówek zdrowotnych, które będą zainteresowane podejmowaniem działań podnoszących dostępność. Planowane jest także utworzenie mapy dostępnych placówek zdrowotnych, aby każda osoba mogła znaleźć dla siebie placówkę zapewniającą dostępność.

Odnosząc się do pytania o prowadzenie analiz skuteczności dotychczas podejmowanych działań, należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia stale monitoruje informacje o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania. Dane takie są regularnie – co kwartał – przekazywane Ministrowi Zdrowia jako obligatoryjna część sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy jednak uwzględnić fakt, że na dostępność do świadczeń danego rodzaju wpływ ma kilka czynników, w tym zjawiska powszechnie występujące we wszystkich systemach ochrony zdrowia, takie jak zmiany demograficzne (tj. starzejące się społeczeństwo wymagające zwiększonej liczby świadczeń), rozwój medycyny, pojawianie się coraz droższych technologii medycznych, wzrost popytu na usługi wyższej jakości związanych ze wzrostem świadomości społeczeństwa i wiedzy w zakresie nowych metod leczenia, czy dynamicznie wzrastająca liczba osób z określonymi schorzeniami, w tym cierpiących na choroby przewlekłe.

Przy ocenie dostępności w poszczególnych województwach, konieczne jest uwzględnianie różnic, które wynikają zarówno z nierównomiernego rozmieszczenia podmiotów leczniczych na terenie kraju, jak i czynników demograficznych wpływających na zapotrzebowanie ludności zamieszkującej poszczególne regiony na świadczenia zdrowotne. W celu zabezpieczenia świadczeń uwzględniających potrzeby zdrowotne mieszkańców oraz istniejącą infrastrukturę wypracowano cały zestaw narzędzi. Narodowy Fundusz Zdrowia sporządza dla każdego województwa plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa oraz wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Prognozę przyszłych potrzeb dla poszczególnych województw i całego kraju zawierają także opracowywane przez Ministra Zdrowia mapy potrzeb zdrowotnych. Każda inwestycja w województwie, polegająca na utworzeniu nowego podmiotu leczniczego lub nowych komórek takiego podmiotu podlega ocenie celowości, uwzględniając potrzeby wynikające z map potrzeb zdrowotnych.

Należy także podkreślić, że aby występujące w poszczególnych województwach zróżnicowanie populacji korzystającej ze świadczeń nie przekładało się na nierówny dostęp do świadczeń ustawa o świadczeniach, przewiduje, że przy podziale środków na poszczególne oddziały Funduszu stosuje się algorytm uwzględniający zarówno czynniki demograficzne (liczba, wiek i płeć), ryzyka zdrowotne odpowiadające danym grupom ubezpieczonych jak i czynniki kosztowe (w szczególności korzystanie ze świadczeń kosztochłonnych).

W odniesieniu do pytania o środki finansowe przewidziano w budżecie na 2025 rok na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych i redukcję kolejek, należy wskazać, że przeznaczeniem wszystkich środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej jest zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym skracanie czasów oczekiwania. Warto podkreślić, że w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2025 r. w porównaniu do pierwotnego planu na 2024 rok, wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej Funduszu wyniosła 183,6 mld zł i była wyższa o 26,07 mld zł. W wyniku dokonanych w trakcie bieżącego roku zmian ww. planu, środki te wzrosły już o 17,2 mld zł do wysokości 200,9 mld zł. Podkreślenia wymaga również, że w celu zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla Funduszu na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 131d ustawy o świadczeniach, na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania Funduszu dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie Funduszu zapasowego. Zgodnie z powyższym zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla Narodowego Funduszu Zdrowia na 2025 r. wyniosła 18,35 mld zł, tj. ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2024 r., natomiast dzięki decyzjom Ministra Zdrowia i Ministra Finansów, dotyczącym przekazania dodatkowych środków z budżetu państwa do

Narodowego Funduszu Zdrowia, środki te wzrosły już o 12,75 mld zł, do wysokości 31,1 mld zł. Ponadto dzięki decyzji Minister Zdrowia z dnia 6 listopada 2025 r. do Funduszu zostaną przekazane dodatkowe środki w wysokości 400 mln zł z przeznaczeniem na zwiększenie dotacji podmiotowej dla Narodowego Funduszu Zdrowia., a zgodnie z decyzją Ministra Finansów z dnia 1 lipca 2025 r., zostały przyznane środki finansowe w kwocie blisko 1,58 mld zł, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego. Ponadto, na podstawie wniosku Ministra Zdrowia skierowanego do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Premier polecił Ministrowi Finansów i Gospodarki przekazanie skarbowych papierów wartościowych na podwyższenie funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia o łącznej wartości nominalnej 922 mln zł. Zgodnie z informacją Ministra Finansów i Gospodarki, przekazanie tych obligacji nastąpi 20 listopada br.

Odnośnie pytania o limity przyjęć na studia medyczne uprzejmie informuję, że resort zdrowia nie planuje dalszego zwiększania limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim. Należy wskazać, w ostatniej dekadzie nastąpił bardzo dynamiczny przyrost zarówno limitu przyjęć jak i liczby uczelni prowadzących kształcenie na tym kierunku. Dla przykładu, łączny limit przyjęć na studia w języku polskim na kierunku lekarskim w roku akademickim 2015/2016 wynosił 4637 miejsc a w roku akademickim 2025/2026 aż 8616 miejsc. W związku z tą intensyfikacją kształcenia już obecnie corocznie zwiększa się liczba praktykujących lekarzy, a wzrost ten w kolejnych latach ulegnie przyspieszeniu. Należy bowiem zdawać sobie sprawę z faktu, że pełne skutki zwiększenia limitu przyjęć na studia są odczuwalne w systemie ochrony zdrowia po kilkunastu latach. Jest to związane z czasochłonnością cyklu kształcenia lekarza. Planując limity przyjęć Minister Zdrowia jest zobowiązany uwzględniać tę perspektywę czasową. Warto podkreślić, że przy zachowaniu obecnego poziomu limitów przyjęć począwszy od 2030 roku liczba lekarzy wykonujących zawód będzie się zwiększać o 4000-5000 osób rocznie. Odnosząc się do postulatu „uproszczenia uznawania kwalifikacji lekarzy z zagranicy” należy wskazać, że obecnie Polska ma najbardziej liberalne podejście do dopuszczania do pracy lekarzy kształconych za wschodnią granicą UE spośród wszystkich krajów członkowskich. Wynika to przede wszystkim z gwałtownego napływu uchodźców wojennych z Ukrainy w 2022 roku i wówczas palącej potrzeby znalezienia uproszczonego mechanizmu dla lekarzy i pielęgniarek z Ukrainy, który pozwoliłby na udzielanie świadczeń zdrowotnych swoim rodakom. Aktualnie liczba lekarzy ukraińskich pracujących na podstawie tzw. uproszczonego trybu w przeliczeniu na liczbę ukraińskich migrantów przekracza 4/1000, co jest bardzo wysokim wskaźnikiem – dlatego ten szczególny tryb został zamknięty w październiku 2024. Pozostaje w mocy uproszczony tryb dostępu na tzw. czas, miejsce i zakres, który jest dedykowany lekarzom z doświadczeniem zawodowym, posiadającym specjalizację. Tryb ten umożliwi selektywne uproszczone czasowe dopuszczenie do wykonywania zawodu lekarza w dziedzinach i miejscach, w których występują rzeczywiste niedobory kadry. Należy jednak podkreślić, że jedyną regularną ścieżką dostępu do prawa wykonywania zawodu dla lekarzy wykształconych poza UE powinna być nostryfikacja dyplomu i spełnienie wszystkich innych ustawowych wymogów, które zobowiązani są spełnić absolwenci kierunków lekarskich w Polsce by móc wykonywać swój zawód. Szerokie dopuszczanie do pracy lekarzy, którzy czasowo nie muszą spełniać tych samych wymogów, może podważać ich wiarygodność w oczach pacjentów.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/