



# Minister Zdrowia

---

DLU.050.47.2025.EW  
Warszawa, 17 grudnia 2025

**Pan**  
**Włodzimierz Czarzasty**  
**Marszałek Sejm**  
**Rzeczypospolitej Polskiej**

*Szanowny Panie Marszałku,*

W związku z interpelacją Pani Marii Koc oraz Pani Marzeny Anny Machałek, Posłanek na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie długości kolejek i dostępności świadczeń zdrowotnych (nr 13783), przesłaną przy Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 28 listopada 2025 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odpowiadając na pytanie dotyczące działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz skrócenia czasu dostępu do świadczeń, należy podkreślić, że poprawa dostępności do świadczeń jest jednym z priorytetowych celów Ministerstwa.

Z ostatnio podejmowanych działań 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 Zdrowia<sup>1</sup> zakładają określenie minimalnego wymaganego poziomu przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych oraz wprowadzenie stawek degresywnych, w przypadku gdy świadczeniodawcy nie osiągną 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

---

<sup>1</sup> 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 objemie świadczenia udzielone w okresie od 1 lipca do 30 września 2025 r.

współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Projekt ma być realizowany do 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.

Warto także wskazać na działania mające na celu wprowadzenie jednolitego systemu zarządzania listami oczekujących, który umożliwi bieżące monitorowanie i transparentność danych o kolejkach, uprzejmie informuję, że od 1 stycznia 2026 r. w życie wchodzi rozwiązanie wprowadzające centralną e-rejestrację<sup>2</sup>. 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

---

<sup>2</sup> 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)

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.

Istotne jest także zapewnienie odpowiednich środków finansowych. W tym zakresie należy wskazać, że w pierwotnym planie NFZ na 2025 r. w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na 2024 rok, wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wyniosła 183,6 mld zł i była wyższa o 26,07 mld zł. W wyniku dokonanych w trakcie bieżącego roku zmian tego planu, środki te wzrosły już o 18,7 mld zł do wysokości ponad 202,3 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 Narodowego Funduszu Zdrowia 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 Funduszowi dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego. Zgodnie z powyższym należy wskazać, że zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla Funduszu 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 wynoszą aktualnie ponad 31,8 mld zł.

Jednocześnie dzięki decyzji Ministra Finansów z dnia 1 lipca 2025 r., zostały przyznane środki finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia w kwocie blisko 1,58 mld zł, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego.

Ponadto, Minister Finansów i Gospodarki wyemitował obligacje skarbowe przeznaczone na podwyższenie funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyemitowane obligacje o łącznej wartości nominalnej 922 mln zł zostały przekazane 20 listopada 2025 roku.

Ponadto dzięki ustawie z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1739), możliwe będzie przekazanie w bieżącym roku dodatkowych środków Funduszu Medycznego w wysokości 3,56 mld zł, z przeznaczeniem na finansowanie nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia.

Odpowiadając na wniosek przekazania aktualnych informacji dotyczących średnich czasów oczekiwania do wskazanych świadczeń, w załączniku do interpelacji przedstawiam zestawienie danych opracowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, prezentujące stan na koniec lipca, sierpnia oraz września 2025r. dla poradni specjalistycznych, oddziałów szpitalnych, wybranych procedur oraz badań diagnostycznych, dla każdego województwa, odrębnie dla przypadków pilnych i stabilnych (co odzwierciedla przyjętą w polskim systemie zasadę kategoryzowania pacjentów ze względu na kryterium medyczne uwzględniające pilność

danego przypadku). Zestawienie to, w formie pliku Excela, pozwala na uzyskanie informacji, o które wystąpiono w interpelacji.

Jednocześnie należy wskazać, że co do zasady listy oczekujących prowadzone są do komórki organizacyjnej – w przypadku leczenia szpitalnego do oddziału, a nie na poszczególne zabiegi operacyjne. W związku z powyższym nie są dostępne informacje dotyczące czasów oczekiwania na poszczególne zabiegi operacyjne, z wyłączeniem nielicznych procedur, na które prowadzone są odrębne listy oczekujących. Natomiast w zakresie badań diagnostycznych odrębne listy oczekujących są prowadzone wyłącznie na badania wysokokosztowe, do których nie należy diagnostyka ultrasonograficzna (USG) czy zdjęcia radiologiczne (RTG). Wynika to z przyjętej zasady, zgodnie z którą świadczeniodawca, który zleca badania laboratoryjne lub diagnostyczne ma umożliwić ich realizację w ramach własnej placówki medycznej bądź – w oparciu o umowę podwykonawstwa – we wskazanym przez świadczeniodawcę podmiocie.

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