



# Minister Zdrowia

DLG.050.183.2025.EM  
Warszawa, 22 grudnia 2025

**Pan**  
**Włodzimierz Czarzasty**  
**Marszałek Sejmu RP**

*Szanowny Panie Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację nr 13210 z 30 października 2025 r. Pana Krzysztofa Piątkowskiego Posła na Sejm RP sprawie stanu zdrowia Polaków, profilaktyki i dostępności leczenia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w odpowiedzi na pytania.

- 1. Jakie są aktualne dane dotyczące średniej długości życia w Polsce w 2025 roku oraz jakie były te wskaźniki w 2015 roku? Jakie występują różnice regionalne w tym zakresie (między województwami, terenami miejskimi i wiejskimi)?*

Zgodnie z raportem Głównego Urzędu Statystycznego pt. „Trwanie życia w 2024 r.” (dostępnego pod adresem [Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Ludność / Trwanie życia / Trwanie życia - tablice historyczne](#)) przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w 2015 r. wynosiło 73,6 lat dla mężczyzn oraz 81,6 lat dla kobiet, natomiast w 2024 r. odpowiednio 74,9 lat oraz 82,3 lat.

Jak wynika z przedmiotowego raportu „w 2024 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn zamieszkałych w miastach wynosiło 75,07 roku i było o 0,4 roku dłuższe niż dla mężczyzn na wsi. W przypadku kobiet trwanie życia było niemal równe w miastach i na wsi (odpowiednio 82,27 i 82,21)”.

Jak wynika z ww. raportu „w 2024 najdłuższym trwaniem życia dla mężczyzn charakteryzowały się makroregiony południowy, wschodni oraz województwo mazowieckie (75,32 roku), dla kobiet natomiast makroregion wschodni (83,41 roku). Najkrótsze trwanie życia odnotowano w makroregionie centralnym (73,86 – dla mężczyzn, 81,77 – dla kobiet)”.

- 2. Ile obecnie wynosi średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty i na badania diagnostyczne w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, a ile wynosił w 2015 roku? Jakie zmiany w tym zakresie odnotowano w ostatniej dekadzie?*

W 2015 roku w ramach „pakietu kolejkowego” zostały wprowadzone zmiany w zasadach prowadzenia list oczekujących, z czym wiążą się nowe obowiązki zarówno świadczeniodawców jak i świadczeniobiorców, a także zmiany w sprawozdawczości dotyczącej list oczekujących, tj. zmiany w zakresie, sposobie i częstotliwości przekazywania danych przez świadczeniodawców do NFZ, m.in. obowiązek prowadzenia list w formie elektronicznej, tworzenie odrębnych list dla pacjentów z kartą DİLO oraz prowadzenie list w czasie rzeczywistym w aplikacji NFZ. Rozszerzono sprawozdawczość – od kwietnia 2015 r. świadczeniodawcy przekazywali co tydzień informacje o pierwszym wolnym terminie oraz dane osobowe oczekujących (PESEL, imię, nazwisko), a co miesiąc w

komunikatach XML: liczbę osób oczekujących, średni czas oczekiwania, liczbę osób skreślonych w danym okresie i w ostatnich 3 miesiącach z powodu wykonania świadczenia. NFZ dostosował systemy informatyczne, opracował nowe wzory komunikatów XML i publikował dane w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.

Ze względu na zmiany w metodologii zbierania danych (obecnie są automatycznie agregowane z systemów informatycznych co wpływa na dokładność i porównywalność), rozszerzenie lub zmiany zakresu świadczeń (w ciągu dekady pojawiły się nowe procedury, badania i specjalizacje w koszyku świadczeń gwarantowanych), wprowadzono rozwiązania typu „Krajowa Sieć Onkologiczna”, „Profilaktyka 40+”, a aktualnie „Moje Zdrowie”, które zmieniły dostępność niektórych badań; dla grupy pacjentów (np. onkologiczni) wdrożono Karty DILO i szybszy dostęp do świadczeń. Ponadto zmiany demograficzne i epidemiologiczne tj. starzenie się społeczeństwa i wzrost liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi zwiększyły popyt na AOS i diagnostykę, z kolei pandemia COVID-19 (2020 r.) spowodowała kumulację zaległych wizyt i badań, co wpłynęło na obecne czasy oczekiwania. Warto też dodać, że w ciągu dekady nastąpił też rozwój telemedycyny i e-konsultacji. W 2015 r. nie istniały teleporady w ramach świadczeń NFZ, obecnie są realizowane np. w AOS. Wszystko to wpływa na brak reprezentatywności zestawień bieżącej sytuacji w zakresie kolejek oczekujących do AOS i na badania diagnostyczne i zaburza porównania z 2015 r.

*3. Jakie działania planuje Ministerstwo Zdrowia w celu skrócenia kolejek do świadczeń oraz poprawy dostępności leczenia, szczególnie w mniejszych miejscowościach? Jak resort ocenia efektywność dotychczasowych programów naprawczych wdrażanych od 2015 roku?*

Ministerstwo Zdrowia obecnie prowadzi prace nad projektem Odwrócona Piramida Świadczeń (OPŚ), którego priorytety koncentrują się na poprawie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, lepszym wykorzystaniu zasobów i uporządkowaniu ścieżki klinicznej pacjenta - od podstawowej opieki zdrowotnej, przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, po leczenie szpitalne.

Projekt OPŚ ma na celu poprawę dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia poprzez przesunięcie części usług z leczenia szpitalnego na poziom ambulatoryjny i POZ, zwiększenie dostępności badań diagnostycznych w AOS oraz zastąpienie hospitalizacji kilkudniowych jednodniowymi tam, gdzie to możliwe. Reforma uporządkuje ścieżkę pacjenta, odciążą poradnie i szpitale, a pacjenci będą leczeni na właściwym poziomie systemu, co poprawi dostęp do procedur wysokospecjalistycznych. Projekt zakłada także zwiększenie liczby wizyt pierwszorazowych u specjalistów poprzez mechanizmy finansowe NFZ, co ma skrócić czas oczekiwania na pierwszą konsultację. W tym celu wprowadzono mechanizm regresji płatności – poradnie AOS otrzymują pełne finansowanie za wizyty pierwszorazowe, za kolejne wizyty tego samego pacjenta stawka maleje (regresja), co ma zwiększyć dostęp dla nowych pacjentów.

Pragnę również dodać, że NFZ wraz z oddziałami wojewódzkimi podejmuje działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych i zapewnienie kompletności oraz terminowości sprawozdawczości dotyczącej list oczekujących. Obejmują one m.in. monitorowanie i weryfikację danych przekazywanych przez świadczeniodawców w systemie AP-KOLCE, publikowanie komunikatów przypominających o obowiązkach, kontakt telefoniczny i korespondencję w przypadku braków lub błędów, rozpatrywanie zgłoszeń pacjentów, prowadzenie szkoleń, ankiet oraz nakładanie kar umownych na świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych z list oczekujących oraz nieprzestrzegających zasad ich prowadzenia. Zniesiono limity przyjęć w AOS dla nowo rejestrowanych pacjentów, a AOTMiT pracuje nad zmianami wyceny świadczeń. NFZ monitoruje niedobór i nierównomierne rozmieszczenie lekarzy, a także problem niezasadnych skierowań do poradni specjalistycznych. Wprowadzane zmiany organizacyjne oraz kampania społeczna „odwołuje #nieblokuje” mają poprawić dostępność do świadczeń i skrócić czas oczekiwania.

Nadmieniam, że w obszarze chorób układu krążenia, od 2015 r. działania naprawcze w polskiej kardiologii realizowano głównie w ramach programu POLKARD (ostatnia edycja 2017–2021), który poprawił dostęp do diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia poprzez doposażenie placówek i badania przesiewowe, lecz nie rozwiązał problemu nierówności terytorialnych ani braku koordynacji opieki. W odpowiedzi w 2022 r. przyjęto Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK) na lata 2022–2032, zmieniony w 2025 r., którego celem jest kompleksowa reforma kardiologii, zapewnienie równego dostępu do świadczeń, skrócenie czasu diagnostyki i leczenia oraz poprawa wskaźników zdrowotnych. Program obejmuje pięć obszarów: rozwój kadr, edukację i profilaktykę, poprawę zgłaszalności pacjentów, inwestycje w naukę i innowacje oraz modernizację systemu opieki, w tym rozwój Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK), jednolite standardy, telemedycynę i elektroniczną kartę opieki (e-KOK). Po pilotażu sieci w 2024 r. uchwalono ustawę o KSK (2025), wprowadzającą koordynację opieki, hierarchizację ośrodków (trzy poziomy referencyjności), mechanizmy jakościowe i powiązanie finansowania z wynikami leczenia. Od 2028 r. obowiązkowe będzie stosowanie e-KOK i centralnej e-rejestracji. Na realizację NPChUK przewidziano do 270 mln zł rocznie (2023–2032), a w ramach KPO w 2025 r. przeznaczono dodatkowo 2,7 mld zł na modernizację 478 ośrodków. Działania te mają na celu skrócenie czasu diagnostyki, wyrównanie dostępu do świadczeń, rozwój telemedycyny i zapewnienie pacjentom nowoczesnej opieki kardiologicznej.

*4. Jaki procent budżetu ochrony zdrowia przeznaczany jest obecnie (w 2025 roku) na profilaktykę i promocję zdrowia oraz jaki był ten udział w 2015 roku? Czy Ministerstwo planuje zwiększenie nakładów na ten cel w najbliższych latach?*

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, wydatki na opiekę profilaktyczną stanowiły 1,7% wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2023 r., a w roku 2015 wynosiły 2,7%.

W przypadku wydatków realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w 2015 r. na profilaktyczne programy zdrowotne przeznaczono 165 430,08 tys. zł (0,24% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej), a w 2025 r. na ten cel zaplanowano 592 622 tys. zł (0,29% kosztów świadczeń). Należy jednak mieć na uwadze, że działania profilaktyczne realizowane są także w ramach osobnych budżetów, m.in. w podstawowej opiece zdrowotnej.

Środki zapisane na koszty świadczeń w planie finansowym NFZ na 2026 r. w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na 2025 r. są wyższe o ok. 3,1 mld zł, natomiast w rodzaju koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia są wyższe o ok. 121 mln zł.

*5. Czy Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizę skuteczności obecnych programów profilaktycznych i zamierza wprowadzić nowe programy dostosowane do potrzeb poszczególnych grup wiekowych i regionów? Jak wygląda porównanie liczby oraz zasięgu programów profilaktycznych pomiędzy 2015 a 2025 rokiem?*

Ministerstwo Zdrowia analizuje skuteczność programów profilaktycznych, które w ostatnich latach znacząco rozszerzono szczególnie w obszarze profilaktyki nowotworowej. Obecnie obejmują one m.in. programy dotyczące raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego, badań prenatalnych oraz chorób odtytoniowych. W ostatnich latach zwiększono liczbę programów, rozszerzono grupy wiekowe (np. rak piersi: 45–74 lata, rak szyjki macicy: 25–64 lata) (listopad 2023), zniesiono ograniczenia wiekowe w badaniach prenatalnych (czerwiec 2024), wprowadzono test HPV HR z cytologią płynną (wdrożenie lipiec 2025) oraz trwają prace nad wprowadzeniem programu profilaktyki raka płuca z wykorzystaniem badania NDTK (trwają konsultacje publiczne). Dodatkowo uruchomiono ogólnopolski program „Moje Zdrowie” (od 5 maja 2025 r.).

W 2015 r. funkcjonowały głównie programy przesiewowe dotyczące raka piersi (mammografia), raka szyjki macicy (cytologia) oraz program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) i program badań prenatalnych. W porównaniu do roku 2015, w 2025 r. liczba programów profilaktycznych oraz ich zasięg wzrosły – szczególnie w obszarze profilaktyki nowotworowej. W ciągu dekady nastąpił wzrost liczby programów i ich zakresu, jednak kluczowym wyzwaniem pozostaje zwiększenie realnej zgłaszalności i skuteczności działań profilaktycznych, oraz intensyfikacja kampanii informacyjnych.

**Tab. 1 Dane z realizacji i opis profilaktycznych programów zdrowotnych – przesiewowych (onkologicznych)**

Program	Program profilaktyki raka piersi (PRP)			Program profilaktyki raka szyjki macicy (PPRSzM)			Program badań przesiewowych raka jelita grubego (PRJG)			
	Rok	Populacja do przebadania zgodnie z interwałem 2-letnim	% populacji objętej badaniami	Liczba osób przebadanych w ramach PPZ	Populacja do przebadania zgodnie z interwałem 3-letnim	% populacji objętej badaniami	Liczba osób przebadanych ramach PPZ	Populacja do przebadania zgodnie z interwałem 10-letnim	% populacji objętej badaniami	Liczba osób przebadanych w ramach PPZ*
	2015	5 404 594	44,07	1 127 370	9 864 418	21,05	659 307			
	2016	5 428 880	40,82	1 021 927	9 896 007	20,5	560 858			
	2017	5 408 693	39,4	1 041 517	9 855 788	18,73	522 099			
	2018	5 388 322	39,26	1 012 582	9 874 141	17,11	508 554			
	2019	5 378 044	39,17	1 043 638	9 953 205	16,22	483 825			
	2020	5 352 470	34,53	763 749	9 977 646	13,84	289 718			
	2021	5 332 698	35,31	1 059 974	10 058 829	12,60	369 313			
	2022*	5 403 032	37,48	935 192	10 442 864	11,24	361 162			1 845,00
	2023**	8 376 563	27,03	1 151 848	11 903 095	11,36	370 416	8 263 896	12,35	68 540,00
	2024	8 495 514	32,69	1 410 122	11 922 053	11,35	380 914	8 330 266	14,09	81 427
	2025 (I-VI)	8 610 714	32,84	662 113	11 909 056	11,19	189 166	8 444 315	14,87	55 102

\*w 2022 r. od listopada, do koszyka świadczeń gwarantowanych wprowadzony został program przesiewowy raka jelita grubego

\*\*w 2023 r. od listopada zwiększona została populacja uprawniona do programu PRSzM o 5 roczników (zamiast 25-59 r.ż. jest 25-64 r.ż.) oraz rozszerzona populacja uprawniona do programu PRP o 10 roczników (zamiast 50-69 r.ż. jest 45-74 r.ż.)

Obecnym wyzwaniem jest zwiększenie udziału pacjentek w programach profilaktyki raka piersi i szyjki macicy, którego spadek wynika m.in. pandemii COVID-19. W celu poprawy dostępności wprowadzono m.in. premie motywacyjne dla POZ (2024), pilotaż Centralnej e-Rejestracji umożliwiającej samodzielne zapisy przez IKP, program „Moje Zdrowie” (2025) oraz możliwość wykonania badań w profilaktyce raka szyjki macicy u położnych POZ niezależnie od deklaracji wyboru. Programy obejmują: profilaktykę raka piersi (kobiety 45–74 lat, mammografia, objęcie populacji 33,78%), raka szyjki macicy (kobiety 25–64 lat, cytologia lub HPV HR z LBC, objęcie 12%), raka jelita grubego (kolonoskopia, objęcie 15,9%), badań prenatalnych (dla wszystkich kobiet w ciąży, rosnąca liczba świadczeń) oraz chorób odtytoniowych (poradnictwo, spirometria, leczenie uzależnień). Kluczowe cele to poprawa dostępności, edukacja zdrowotna od najmłodszych lat i intensyfikacja działań informacyjnych.

W odpowiedzi na rosnące zagrożenie chorobami nowotworowymi wprowadzono szereg działań w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej 2020–2030, obejmującej inwestycje w kadry, edukację, pacjenta, innowacje i system opieki. Priorytety to m.in. edukacja społeczeństwa, profilaktyka (w tym szczepienia HPV), rozwój terapii i optymalizacja opieki.

Analiza skuteczności działań profilaktycznych w obszarze chorób układu krążenia jest prowadzona przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH-PIB, który wykorzystuje m.in. platformę ProfiBaza do monitorowania sytuacji zdrowotnej i realizacji programów. W ramach NPChUK wdrożono kampanie edukacyjne, w tym „10 dla Serca”, oraz narzędzia cyfrowe, takie jak ankieta dostępna w aplikacji mojejKP, umożliwiająca ocenę stylu życia, identyfikację czynników ryzyka i dostęp do spersonalizowanych zaleceń. Dane z ankiety wspierają planowanie działań profilaktycznych i integrację z systemem e-zdrowia. Kluczowym elementem programu są badania epidemiologiczne WOBASZ III (2025–2026) oraz WOBASZ Dzieci, które dostarczają danych o stanie zdrowia populacji dorosłych i dzieci w zakresie chorób układu krążenia. W porównaniu do 2015 r. zakres działań znacząco się rozszerzył – obok kampanii społecznych i edukacji w szkołach obejmuje narzędzia cyfrowe, bilans 6-latka, program „Moje Zdrowie” oraz przygotowanie portalu kardiologia.gov.pl jako centrum wiedzy o profilaktyce i koordynowanej opiece. Dane z tych inicjatyw będą podstawą do oceny skuteczności i planowania kolejnych działań. Nadmieniam ponadto, że realizowany przez Ministra Zdrowia Rządowy program badań przesiewowych noworodków na lata 2019–2026 nie jest to program typowo profilaktyczny, jednak jego celem jest wczesne wykrywanie chorób wrodzonych, aby zapobiec ich ciężkiemu przebiegowi, zmniejszyć ryzyko niepełnosprawności oraz obniżyć koszty leczenia i opieki. Program obejmuje wszystkie noworodki urodzone w Polsce i obecnie zawiera 30 chorób, a w 2025 r. rozpoczęto pilotaż w kierunku rozszerzenia o kolejne 6. W 2015 r. program obejmował 28 chorób. Skuteczność mierzona jest liczbą dzieci, u których wykryto chorobę i wdrożono szybkie leczenie. Planowana jest kontynuacja programu zgodnie z rekomendacjami wynikającymi z pilotażu. Raporty przygotowywane w ramach Narodowego Programu Zdrowia oraz przez PZH-PIB służą monitorowaniu i ocenie działań z zakresu zdrowia publicznego, dostarczając rekomendacji do poprawy jakości interwencji i projektowania nowych działań. Co dwa lata publikowany jest raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, diagnozujący trendy i potrzeby zdrowotne. Od 2022 r. działa system ProfiBaza, gromadzący dane epidemiologiczne i statystyczne oraz sprawozdania realizatorów, umożliwiający generowanie raportów i wspierający planowanie programów profilaktycznych zgodnie z najlepszymi praktykami. Raporty i dane dostępne są na stronie: <https://profilbaza.pzh.gov.pl>.

*6. Czy opracowano plan działań mający na celu poprawę wskaźników zdrowotnych Polaków i zbliżenie ich do średnich unijnych w perspektywie najbliższej dekady? Jakie konkretne cele i mierniki skuteczności wyznaczono na lata 2025-2035?*

Cele strategiczne w zakresie profilaktyki zawarte są w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 (przedłużonym do 2026), a cele wdrożeniowe w wojewódzkich planach transformacji. Zawarte w nich kierunki działań oparte są na analizach przeprowadzonych w ramach Map Potrzeb Zdrowotnych i uwzględniają potrzeby poszczególnych grup wiekowych i regionów. Wśród celów operacyjnych NPZ znalazły się:

- profilaktyka nadwagi i otyłości – do 40 mln zł rocznie
- profilaktyka uzależnień – do 30 mln zł rocznie
- promocja zdrowia psychicznego – do 30 mln zł rocznie.

Ustawa o zdrowiu publicznym i Narodowy Program Zdrowia (2021–2025) tworzą podstawy systemowego podejścia do poprawy zdrowia społeczeństwa, wspierając współpracę międzyresortową i wyznaczając zadania dla różnych instytucji. Celem strategicznym NPZ jest wydłużenie lat życia w zdrowiu i zmniejszenie nierówności zdrowotnych poprzez działania w obszarach takich jak profilaktyka otyłości, uzależnień, promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie chorobom zakaźnym i odpowiedź na wyzwania demograficzne. Koordynację realizacji zadań zapewni Minister Zdrowia. Trwają prace nad nowelizacją ustawy, które mają wzmocnić koordynację na poziomie centralnym i podnieść rangę zdrowia publicznego.

Plan działań na lata 2025–2032 w ramach NPChUK i ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej zakłada zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu krążenia, poprawę kontroli czynników ryzyka (ciśnienie, cholesterol, glikemia, masa ciała), wydłużenie życia w zdrowiu, zwiększenie dostępności rehabilitacji i opieki długoterminowej oraz skrócenie czasu od rozpoznania do leczenia. Program przewiduje także redukcję spożycia alkoholu, palenia tytoniu i otyłości. Ustawa wprowadza wskaźniki jakości opieki (kliniczne i zarządcze), które będą oceniane co 2 lata przez Krajową Radę Kardiologiczną; brak realizacji minimalnych wartości wymaga planu naprawczego, a w skrajnych przypadkach może skutkować wykreśleniem ośrodka z sieci. Finansowanie zostanie powiązane z jakością poprzez współczynniki korygujące (do 1,25), motywujące do poprawy wyników leczenia i organizacji opieki.

Ponadto realizowana jest Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) na lata 2020-2030, która obejmuje szereg działań, skoncentrowanych wokół pięciu kluczowych obszarów: inwestycje w kadry medyczne, inwestycje w edukację, inwestycje w pacjenta, inwestycje w naukę i innowacje, inwestycje w system opieki onkologicznej. Działania NSO cały czas koncentrują się na dziedzinach związanych ze zwalczaniem chorób nowotworowych. Wśród działań priorytetowych znajdują się m.in. edukacja społeczeństwa i prowadzenie działań profilaktycznych (w tym realizacja programu szczepień przeciw HPV), rozwój nowych metod terapeutycznych oraz optymalizacja procesu opieki nad pacjentami.

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