



# Minister Zdrowia

---

EZDW.050.15.2025.KS  
Warszawa, 29 stycznia 2026

Pan  
**Włodzimierz Czarzasty**  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr K10INT13506 z dnia 14 listopada ubr. Pana Posła Krzysztofa Piątkowskiego w sprawie sprawozdania z realizacji zadań Ministerstwa Zdrowia oraz planowanych kierunków działań, przekazuję odpowiedzi na pytania Pana Posła.

## **Pytanie nr I. Jakie najważniejsze działania, reformy i projekty zostały zrealizowane przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2023-2025?**

### **Odpowiedź na pytanie nr I.**

W latach 2023 – 2025 Ministerstwo Zdrowia zrealizowało szereg działań, reform oraz projektów. Do najważniejszych z nich należą:

#### **1. Obszar finansowy.**

Przepisy wprowadzone w ustawie z dnia 16 stycznia 2024 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2024 r. (Dz. U. z 2024 r., poz. 123), umożliwiły przekazanie skarbowych papierów wartościowych dla Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości nieprzekraczającej 3 mld zł pozwalających na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu:

- 1) opieki psychiatrycznej świadczeniobiorców do 18. roku życia;
- 2) leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, programów lekowych lub rehabilitacji leczniczej w części dotyczącej diagnostyki chorób rzadkich lub leczenia chorób rzadkich świadczeniobiorców do 18. roku życia;
- 3) leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego świadczeniobiorców do 18. roku życia;
- 4) leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostałych świadczeniobiorców.

W ostatnich latach zapewniono znaczący wzrost środków budżetu państwa z tytułu dotacji podmiotowej dla NFZ, która wyniosła:

- w 2023 r.: 200 mln zł;
- w 2024 r.: pierwotnie 8,8 mld zł, natomiast po zwiększeniach kwota ta wyniosła blisko 14,8 mld zł (na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, NFZ otrzymał również w 2024 r. środki na zwiększenie funduszu zapasowego w kwocie 344,67 mln zł);
- w 2025 r.: pierwotnie 18,35 mld zł, natomiast dzięki decyzjom Ministra Zdrowia i Ministra Finansów i Gospodarki, środki te wzrosły już o 13,15 mld zł, do wysokości blisko 31,5 mld zł (dzięki decyzji Ministra Finansów z dnia 1 lipca 2025 r., zostały również przyznane środki finansowe dla NFZ w kwocie blisko 1,58 mld zł,

przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ, ponadto Minister Finansów i Gospodarki wyemitował obligacje skarbowe o łącznej wartości nominalnej 922 mln zł, które zostały przekazane do NFZ 20 listopada 2025 roku).

## 2. Reforma szpitali.

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1211) weszła w życie 17 września br. Regulacja wprowadziła istotne zmiany w systemie szpitalnictwa - zarówno na poziomie organizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ/ sieć szpital), jak i w przepisach o działalności leczniczej, w zakresie restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych.

Główne założenia reformy to:

- 1) uelastycznienie i racjonalizacja funkcjonowania PSZ poprzez umożliwienie wprowadzenia zmiany w umowie polegającej na rezygnacji z danego profilu szpitalnego, z jednoczesnym umożliwieniem zawarcia umowy na tożsamy zakres świadczeń wykonywany w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, albo świadczeń opieki długoterminowej (ZOL), przy zagwarantowaniu zachowania części ryczałtu PSZ;
- 2) wprowadzenie możliwości tworzenia SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego, a także możliwość ich łączenia, przy pozostawieniu wielości podmiotów tworzących;
- 3) wprowadzenie obowiązku sporządzenia programu naprawczego w przypadku wystąpienia straty netto w określonych przypadkach oraz regulacje dotyczące tworzenia, oceniania i zatwierdzania programów naprawczych tworzonych przez ww. podmioty.

Wdrażane rozwiązania mają docelowo poprawić funkcjonowanie szpitali i zapobiec ich zadłużaniu. Reforma szpitali wprowadza między innymi nowe zasady tworzenia i zatwierdzania programów naprawczych podmiotów leczniczych, w których wystąpiła strata *netto*. Szpitale, które wdrożą program naprawczy zaopiniowany przez oddział wojewódzki NFZ, wojewodę oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i będą konsekwentnie ten program realizować będą mogły skorzystać z przewidzianej pomocy finansowej (obecnie trwają prace Ministerstwa Finansów i Banku Gospodarstwa Krajowego mające na celu wypracowanie mechanizmów wsparcia, w tym finansowego, podmiotów leczniczych).

Zakłada się, że efekty zmian wprowadzonych reformą szpitalnictwa m.in. łączenie szpitali przez samorządy, możliwość elastycznego przekształcania oddziałów szpitalnych i plany naprawcze dla zadłużonych placówek, będą widoczne w perspektywie 3-5 lat, co pozwoli na stabilizację finansową podmiotów leczniczych i lepsze dopasowanie świadczonych przez nie usług medycznych do potrzeb pacjentów.

W ramach reformy przewidziano zestaw ukierunkowanych instrumentów wsparcia, których celem jest zapewnienie skuteczności wdrażanych zmian oraz trwałości efektów restrukturyzacyjnych.

## 3. Zmiany w zakresie Leczenia Szpitalnego.

### Rok 2023

Wejście w życie poniższych zmian w załączniku nr 3 pt. „Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego” oraz w części I p.t. Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej”, załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

- 1) Zmiana załącznik nr 3 w zakresie lp.3 Anestezjologia i intensywna terapia /Anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci - drugi poziom referencyjny w części dot. „Pozostałe wymagania”.
- 2) Zmiana załącznika nr 4 w lp. 18 Teleradioterapia standardowa i paliatywna oraz radykalna
- 3) Zmiana załącznika nr 4 w lp. 35 Terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku 92.288 Teleradioterapia hadronowa wiązką protonów - w części dotyczącej „Pozostałe wymagania” w zakresie rozszerzenia kryteriów kwalifikacji do świadczenia poprzez dodanie:
  - „i) czaszokogardłaki dzieci i dorosłych - stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy,
  - j) mięsaki oczodołu dzieci i dorosłych - stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy,
  - k) chłoniaki oczodołu dzieci i dorosłych wymagające konsolidacyjnej radioterapii w przebiegu leczenia onkologicznego,
  - l) oponiaki mózgu i rdzenia kręgowego dzieci, stopień WHO I i II - stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy,
  - m) gruczolaki przysadki mózgowej dzieci i dorosłych - stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy,
  - n) nowotwory przewodu słuchowego zewnętrznego i ucha środkowego dzieci i dorosłych - stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy,
  - o) chłoniak Hodgkina lub chłoniaki nieziarnicze dzieci i dorosłych do 40. roku życia wymagające napromieniania śródpiersia,
  - p) nowotwory złośliwe dzieci i wieku dorosłego do 40. roku życia, o różnej histopatologii, wywodzące się z jamy nosowej, zatok przynosowych lub gardła, naciekające naturalne otwory i/lub kości podstawy czaszki - rozpoznanie na podstawie badania MR głowy i szyi.

Wejście w życie zmian w części I „Świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi” załącznika nr 1 pt. „Wykaz świadczeń gwarantowanych”, oraz w załączniku nr 4 pn. „Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń” do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, polegających na:

- 1) Dodaniu nowej procedury do załącznika nr 1 w brzmieniu: 39.725 Embolizacja tętniaków wewnątrzczaszkowych za pomocą wewnątrzworkowego urządzenia do embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych (flow disruptor).
- 2) Zmiana warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, dla którego minimalne dodatkowe warunki zostały określone w lp. 11 Zabiegi endowaskularne w chorobach naczyń mózgowych załącznika nr 4 w części „Pozostałe wymagania” W przypadku embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych za pomocą wewnątrzworkowego urządzenia do embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych (flow disruptor). Dodano kryteria kwalifikacji, przeciwwskazania do leczenia tą metodą oraz określono wymagane minimalne doświadczenie ośrodka realizującego tę procedurę.

Wejście w życie zmiany w cz. I „Świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi” załącznika nr 1pn. „Wykaz świadczeń gwarantowanych” polegającej na dodaniu nowej procedury do załącznika nr 1 w brzmieniu: „11.77 Operacja stożka rogówki metodą cross-linking” oraz kwalifikacji jako świadczeń gwarantowanych „lp. 61 Operacja stożka rogówki

metodą cross-linking”, wraz z określeniem dodatkowych minimalnych warunków realizacji nowych świadczeń.

W 2023 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów KOWZS. Celem programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami z wczesnym zapaleniem stawów jest ocena jakości, ciągłości i efektywności opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów w wieku od 18 roku życia, ocena organizacyjna nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców jak i opracowanie krajowych wytycznych postępowania diagnostyczno - leczniczego wraz ze standardami i z formatami prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej dotyczących rozpoznań. W ramach programu pilotażowego zapewnione zostaną kompleksowe działania niezbędne do prawidłowej diagnostyki, której celem będzie rozpoznanie choroby na jej wczesnym etapie. Wejście w życie rozporządzenia umożliwiło rozpoczęcie odpowiedniej terapii dla świadczeniobiorców z rozpoznanym zapaleniem stawów (szczególnie z rozpoznaniem: M02, M05, M06, M07, M13, M45, M46, L40), jak również monitorowanie stanu zdrowia świadczeniobiorcy przez okres 12 miesięcy. Skuteczne leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów, jaki i spondyloartropatii wpływa nie tylko na większe możliwości osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, ale zmniejsza ryzyko rozwoju innych chorób zależnych takich jak: choroby sercowo-naczyniowe, choroby płuc, cukrzyca, depresja, endokrynopatia i choroby nowotworowe.

#### **Rok 2024**

W styczniu 2024 r., na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. (Dz.U. z 2023 r., poz. 1220), rozpoczęła się realizacja programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD., Celem programu pilotażowego jest poprawa jakości i efektywności opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie – przez zapewnienie kompleksowości działań niezbędnych do ich prawidłowego rozwoju, uniknięcie odległych powikłań wcześniactwa i możliwość wyrównywania ewentualnych nieprawidłowości rozwojowych tych dzieci w stosunku do ich rówieśników urodzonych po terminie, a także ocena skuteczności i efektywności organizacyjnej kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie jak i opracowanie standardu organizacyjnego i postępowania medycznego w zakresie opieki nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie.

W dniu 01.07.2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 870 z późn. zm.) na podstawie którego leczenie ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych zostało zakwalifikowane jako świadczenie gwarantowane wraz z określeniem minimalnych warunków realizacji tego świadczenia.

Świadczeniobiorcy uzyskali dostęp do zabieg trombektomii mechanicznej polegającego na mechanicznym usunięciu skrzepliny ze światła naczynia. Kwalifikują się do niego chorzy z najcięższymi udarami – spowodowanymi ostrą niedrożnością największych tętnic domózgowych i mózgowych. W tej grupie pacjentów, do czasu wprowadzenia trombektomii, rokowanie było w zdecydowanej większości niekorzystne nawet w przypadku zastosowania tzw. leczenia trombolitycznego (stosowanego w celu „rozpuszczenia” skrzepliny). Nowa metoda to przełom w leczeniu niedokrwienych udarów mózgu, ponieważ w sprzyjających warunkach pozwala pacjentowi wrócić do zdrowia. Pacjenci, u których wykonana została zarówno tromboliza, jak i trombektomia mają większe szanse na odzyskanie pełnej sprawności, a także skraca się ich czas pobytu w Oddziale Udarowym i okres rehabilitacji.

## Rok 2025

W dniu 01.01.2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 870 z późn. zm.) na podstawie którego świadczeniobiorcy mają dostęp do następujących świadczeń gwarantowanych z wykorzystaniem ablacji:

32.231 Przeszkórna termoablacja zmiany płuca i oskrzela przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA), z następującymi rozpoznaniem i kwalifikującymi do leczenia tą metodą: C34.0 Oskrzela główne, C34.1 Płat górny płuca lub oskrzela płatowe górne, C34.2 Płat środkowy płuca lub oskrzela płatowe środkowe, C34.3 Płat dolny płuca lub oskrzela płatowe dolne, C34.8 Zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia w obrębie oskrzela i płuca, C34.9 Oskrzela lub płuca, umiejscowienie nieokreślone, C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy płuc;

34.941 Przeszkórna krioablacja zmiany w obrębie klatki piersiowej, z następującymi rozpoznaniem i kwalifikującymi do leczenia tą metodą: C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca, C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej, C78.0 Wtórny nowotwór złośliwy płuc, C78.1 Wtórny nowotwór złośliwy śródpiersia, C78.2 Wtórny nowotwór złośliwy opłucnej)

77.6011 Przeszkórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA);

77.6012 Przeszkórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA) z zabiegiem cementoplastyki;

77.6013 Przeszkórna krioablacja zmiany w obrębie kości;

77.6014 Przeszkórna krioablacja zmiany w obrębie kości z zabiegiem cementoplastyki; - związane z leczeniem pierwotnych jak i wtórnych guzów niezłośliwych i złośliwych kości oraz chrząstek stawowych o różnej lokalizacji, według wskazań określonych w rozporządzeniu.

07.461 Przeszkórna termoablacja zmiany nadnerczy przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA) z następującymi rozpoznaniem i kwalifikującymi do leczenia tą metodą: C74 Nowotwór złośliwy nadnerczy, C79.7 Wtórny nowotwór złośliwy nadnerczy, D35.0 Nadnercze.

Celem leczenia z zastosowaniem powyższych procedur, będących świadczeniami gwarantowanymi, jest niszczenie guzów nowotworowych za pomocą skierowanego bezpośrednio do guza źródła niskiej temperatury (ekstremalne zimno – wymrażanie) lub źródła ciepła (energia mikrofal MWA lub prądu o częstotliwości radiowej RFA), z zachowaniem zdrowych tkanek przyległych, całkowite wyleczenie przez eradykację (zniszczenie) wszystkich znanych komórek nowotworowych w obrębie guza(ów) lub leczenie paliatywne, które stosuje się w celu poprawy jakości życia, w tym zlikwidowania/ złagodzenia towarzyszącego chorobom nowotworowym silnego bólu, a także zwiększenie możliwości terapeutycznych, stanowiące ich uzupełnienie lub alternatywę, w zależności od potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Od 1 lipca wprowadzono nowy model kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentką z endometriozą, który jest odpowiedzią na potrzebę zapewnienia kompleksowej opieki adekwatnej do potrzeb zdrowotnych pacjentek z endometriozą, potrzebę poprawy nadzoru nad procesem diagnostyczno-leczniczym, a także potrzebę zapewnienia możliwości szczegółowego określenia struktury populacji, uwzględniającej stopnie zaawansowania choroby.

W lipcu weszła też w życie zmiana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, polegająca na zmianie warunków realizacji świadczenia gwarantowanego pn. „Teleradioterapia stereotaktyczna promieniami gamma z wielu mikroźródeł (OMSCMR)” przez dodanie nowej technologii pn. „Teleradioterapia żyroskopowa (TSZ) z wykorzystaniem nowatorskiego urządzenia ZAP-X”, przy czym kryteria kwalifikacji do obu tych świadczeń pozostają bez zmian i dotyczą terapii

chorób nowotworowych i innych zmian patologicznych w obrębie mózgu oraz regionu głowy i szyi, której celem jest leczenie radykalne prowadzące do całkowitego wyleczenia, leczenie paliatywne lub leczenie przeciwbólowe.

Od 1 lipca pacjenci z nowotworami BRCA zależnymi mogą wykonać badania genetyczne w trybie ambulatoryjnym - bez konieczności hospitalizacji. Rozszerzeniu uległ również katalog nowotworów, w których można wykonać badania genetyczne. Rozwiązanie to wprowadzono na polecenie Ministerstwa Zdrowia, umożliwia ono dostęp do nowoczesnego leczenia celowanego chorym na nowotwory złośliwe.

#### **4. System Monitorowania Wniosków o udzielenie Akredytacji.**

W sierpniu 2025 r. został wdrożony System Monitorowania Wniosków o Udzielenie Akredytacji. Umożliwia on przeprowadzenie procedury akredytacji w całości elektronicznie, co wpisuje się w strategię cyfryzacji państwa. Jest znaczącym ułatwieniem dla podmiotów wnioskujących o udzielenie akredytacji z uwagi na szybszy i bardziej przejrzysty proces. Dzięki elektronicznemu obiegowi dokumentów przyspieszone są procedury oraz ułatwiona jest ich kontrola. System umożliwia także lepsze zabezpieczenie danych oraz zapewnia możliwość monitorowania sprawy na każdym etapie. Zapewnia wspólną komunikację i koordynację pomiędzy Ministrem Zdrowia, ośrodkiem akredytacyjnym oraz Centrum e-Zdrowia. W systemie funkcjonują ujednolicone dokumenty co powoduje łatwość analizy i archiwizacji. Wprowadzono dodatkowe mechanizmy kontroli jakości pracy wizytatorów oraz formowania zespołu wizytatorów.

#### **5. Transplantologia.**

Do końca października 2025 r. przeszczepiono 1993 narządów, w tym 95 narządów pobranych od dawców żyjących. Jeśli obecny trend zostanie utrzymany, to na koniec roku można spodziewać się ponad 2400 przeszczepień narządowych.

Polska medycyna transplantacyjna silnie się rozwija, co jest widoczne w zakresie kluczowych czynników determinujących liczbę wykonywanych przeszczepień, tj. w odniesieniu do:

- liczby identyfikowanych i kwalifikowanych dawców zmarłych – w 2024 r. odnotowano wzrost o 156 dawców potencjalnych niż w 2023 r. (2023 r.: 764 v. 2024 r.: 917) oraz o 133 dawców rzeczywistych niż w 2023 r. (2023 r.: 573 v. 2024 r.: 706);
- liczby przeszczepianych nerek pobranych od dawców zmarłych, gdzie wzrost wyniósł o 157 nerek więcej niż w 2023 r. (2023 r.: 973 v. 2024 r.: 1130);
- liczby przeszczepianych wątrób pobranych od dawców zmarłych – wzrost o 91 wątrób niż w 2023 r. (2023 r.: 523 v. 2024 r.: 614).

Na powyższe wyniki wpływają przede wszystkim szpitale z potencjałem donacyjnym, które zgłaszają dawców. W 2023 r. liczba aktywnych donacyjnie szpitali, tj. takich, które zgłosiły przynajmniej jednego dawcę potencjalnego wyniosła 151, a w 2024 r. były to już 159 szpitali. Dzięki aktywności donacyjnej ww. podmiotów możliwe było pobranie 2282 narządy, gdzie w 2023 r. liczba ta wynosiła 1937. W 2024 r. przeszczepiano także narządy pobrane poza granicami kraju w ramach prowadzonej przez Polskę współpracy międzynarodowej z Austrią, Bułgarią, Czechami, Litwą i Niemcami.

W zakresie przeszczepień serc liczba wykonanych procedur nieznacznie wzrosła – w 2023 r. wykonano 179, a w 2024 r. już 202 przeszczepienia. Podobnie w odniesieniu do przeszczepień płuc w 2023 r. wykonano ich 98, a w 2024 r. 147. Podkreślenia wymaga jednak fakt, że liczba ta sukcesywnie rośnie, a przed pandemią, w 2019 r. wynosiła 57.

Analogiczną obserwację można poczynić w odniesieniu do liczby przeszczepianych narządów pobranych od dawców żyjących – w 2024 r. przeszczepiono 106 takich narządów, w tym 82 nerek i 24 wątrób.  
Szczegółowe dane statystyczne dotyczące ostatnich 6 lat zaprezentowano w poniższych tabelach.

Tabela nr 1 Aktywność donacyjna

rok	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 I-X	Wartości możliwe do osiągnięcia na koniec 2025
liczba dawców potencjalnych	639	529	546	640	764	917	840	1056
liczba dawców rzeczywistych	504	393	396	445	573	706	645	835

Tabela nr 2 Aktywność transplantacyjna

rok narząd	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 I-X	Wartości możliwe do osiągnięcia na koniec 2025
nerka	907	717	709	802	973	1130	1011	1338
wątroba	331	263	277	334	523	614	551	703
serce	145	145	200	173	179	202	145	207
płuca	57	51	68	93	98	147	105	131

Tabela nr 3 Przeszczepianie narządów od dawców żyjących

rok narząd	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 I-X	Wartości możliwe do osiągnięcia na koniec 2025
nerki	52	31	44	73	78	82	60	78
część wątroby	21	28	20	28	27	24	35	56

## 6. Programy profilaktyczne.

Jednym z istotnych projektów w zakresie profilaktyki zdrowotnej jest wprowadzenie w podstawowej opiece zdrowotnej świadczenia pn. **Moje Zdrowie – bilans zdrowia** osoby dorosłej dedykowane populacji pacjentów w wieku 20-49 lat (realizowane nie częściej niż co 5 lat) oraz dla osób w wieku 50 lat i więcej (realizowane co 3 lata). Całość procesu jest koordynowana i realizowana przez personel przychodni POZ, do której zapisany jest pacjent.

W ramach świadczenia pacjent wypełnienia ankietę na temat swojej sytuacji zdrowotnej, następnie otrzymuje zlecenie na badania laboratoryjne.

Każdy pacjent wykonuje zakres podstawowy badań laboratoryjnych, który obejmuje: morfologię krwi, stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej, stężenie kreatyniny we krwi, wraz z oszacowaną wartością eGFR, lipidogram uwzględniający stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, cholesterolu HDL, cholesterolu nie-HDL oraz triglicerydów, stężenie hormonu tyreotropowego (TSH) oraz badanie ogólne moczu. W zależności od wieku, płci i wyniku ankiety wykonuje się badania z zakresu rozszerzonego: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALAT), aktywność aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), aktywność gammaglutamylotranspeptydazy (GGTP), stężenie całkowite antygenu specyficznego dla prostaty (PSA) we krwi u mężczyzn powyżej 50 roku życia, test na

obecność przeciwciał anti-HCV we krwi, stężenie lipoproteiny (a) we krwi – wykonywane w ramach Bilansu tylko raz w życiu między 20 a 40 rokiem życia.

Po wykonaniu badań personel placówki POZ ustala termin wizyty podsumowujące. Podczas tej wizyty, realizowanej przez personel medyczny, wykonywane są pomiary ciśnienia tętniczego, pomiary antropometryczne z wyliczeniem wskaźników BMI (stosunku masy ciała do wzrostu) oraz WHR (obwodu talii do obwodu bioder). Analizowane są wyniki badań laboratoryjnych. W zależności od wieku pacjenta wykonuje się ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego oraz ocenę funkcji poznawczych wykorzystującą skalę mini-COG.

Każdy pacjent otrzymuje IPZ – Indywidualny Plan Zdrowotny, który zawiera informacje o zidentyfikowanych czynnikach ryzyka, zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia, indywidualny kalendarz badań profilaktycznych, informacje o rekomendowanych szczepieniach oraz zalecane interwencje prozdrowotne (np. porady edukacyjne dostosowane do indywidualnych potrzeb, skierowanie na badanie FIT-OC). Świadczenie realizowane jest przez lekarza lub pielęgniarkę lub połączoną we współpracy z innym personelem POZ, np. profilaktykiem lub dietetykiem.

W ramach dotychczas funkcjonującego programu pn. Profilaktyka raka szyjki macicy wprowadzono nowe badania – test HPV HR oraz cytologię płynną (LBC), tym samym gwarantując kobietom dostęp do nowoczesnych badań diagnostycznych.

Wymaz z szyjki macicy będzie pobierany na podłoże płynne, co umożliwi wykonanie testu molekularnego HPV HR i oceny mikroskopowej (LBC) z jednej próbki (triage). Badanie będzie wykonywane co 5 lat w przypadku ujemnego wyniku testu HPV HR. W przypadku wyniku dodatniego HPV HR, będzie wykonywane genotypowanie oraz LBC. Jeżeli zostaną wykryte zmiany na szyjce macicy, pacjentkę skieruje się do etapu pogłębionej diagnostyki. Za zmiany powstające na szyjce odpowiada najczęściej zakażenie wysoko onkogennymi typami wirusa HPV (16/18), dlatego jako podstawowe badanie przesiewowe w profilaktyce raka szyjki macicy wskazuje się test HPV HR. Celem wprowadzonych zmian jest umożliwienie kobietom wykonywania nowoczesnych badań przesiewowych. Szacuje się, że w dalszej perspektywie realizacji programu, projektowane zmiany przyczynią się do skutecznego wykrywania choroby na bardzo wczesnym jej etapie oraz identyfikowania kobiet w grupie ryzyka rozwoju nowotworu.

## 7. Programy zdrowotne.

W dniu 5 czerwca 2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 767), które wprowadziło nast. zmiany w **Programie badań prenatalnych**, jako element pakietu dla kobiet „Świadoma, bezpieczna ja”:

- 1) usunięcie kryterium wieku jako kryterium kwalifikacji (do udziału w programie) ze wszystkich etapów programu;
- 2) usunięcie obecnie obowiązujących kryteriów kwalifikacji (do udziału w programie) z etapu Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych;
- 3) doprecyzowanie w etapie Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, terminu, w którym powinny zostać wykonane priorytetowe badania prenatalne.

Dotychczas badania prenatalne mogły wykonać kobiety od 35. roku życia lub te, u których istniało ryzyko wystąpienia wad płodu. Od 5 czerwca 2024 r. bezpłatne badania prenatalne dostępne są dla każdej kobiety w ciąży, bez ograniczeń wiekowych. Wystarczy skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę, przyjmującego w podmiocie publicznym lub prywatnym, które zawiera informację o zaawansowaniu ciąży w tygodniach.

Wady wrodzone stanowią problem medyczny, ale również rodzinny i społeczny. Są przyczyną poronień, zgonów niemowląt i niepełnosprawności u dzieci. Stwierdza się je u 2-4% żywo urodzonych noworodków, z czego około 30% ma podłoże genetyczne, pozostałe

wynikają z czynników środowiskowych, mieszanych lub są idiopatyczne (nie mają wyraźnej przyczyny).

Celem programu badań prenatalnych jest identyfikacja ryzyka wystąpienia wad płodu oraz ich diagnostyka we wczesnym okresie ciąży oraz o ile to możliwe, podjęcie leczenia jeszcze w okresie płodowym. Program umożliwi opracowanie planu postępowania, który może zostać wdrożony od razu po narodzeniu dziecka obciążonego patologią.

## **8. Zmiany w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej.**

W dniu 1 stycznia 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1318), które wprowadza do systemu jako świadczenia gwarantowane dwa nowe badania genetyczne: 1) badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomie Hybridization) oraz 2) badanie analiza ekspresji genu lub kilku genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction).

Badania te finansowane są ze środków publicznych zarówno w diagnostyce prenatalnej jak i postnatalnej, w przypadku chorób rzadkich oraz w diagnostyce w kierunku nowotworów układu mieloidalnego lub limfoidalnego lub monitorowaniu odpowiedzi na leczenie, lub monitorowaniu minimalnej choroby resztkowej (MRD - Minimal Residual Disease) w trakcie leczenia i po jego zakończeniu, w nowotworach układu mieloidalnego i limfoidalnego.

## **9. Zmiany w zakresie Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej.**

Decyzją Ministra Zdrowia z dniem 1 kwietnia 2024 r. wprowadzono Nielimitowane finansowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, a od 1 lipca 2024 r. nastąpił wzrost wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej – wprowadzono nowe taryfy. Zarówno wyższa wycena świadczeń, jak i brak limitów na świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, wpłynęły na podniesienie nakładów na świadczenia gwarantowane, które przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe.

## **10. Powszechny Program szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).**

Wprowadzenie Powszechnego Programu szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).

Jest to przedsięwzięcie o ogromnym znaczeniu zdrowotnym i społecznym, wpisujące się w cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030. Wprowadzenie powszechnego programu szczepień w Polsce to nie tylko odpowiedź na wyzwania zdrowia publicznego, lecz także inwestycja w zdrowie przyszłych pokoleń. To działanie, które ma potencjał, by w perspektywie najbliższych dekad zmniejszyć liczbę zachorowań i zgonów z powodu nowotworów HPV-zależnych.

W trosce o zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce zapewniony jest dostęp do bezpłatnych szczepień przeciw HPV dla osób od ukończenia 9. roku życia do ukończenia 18. roku życia, przy czym w ramach Programu szczepień zalecanych przeciw HPV szczepienia realizowane są do ukończenia 14. roku życia. Po ukończeniu 14. roku życia, aż do ukończenia 18. roku życia, dostępna jest szczepionka Cervarix, podawana poza Programem.

Ambicją Ministerstwa Zdrowia jest stopniowe dochodzenie do poziomu, jaki osiągnęły inne kraje europejskie – ponad 70%, a nawet 80% wszczepialności. Tylko wtedy możemy realnie mówić o eliminacji nowotworów HPV-zależnych w naszym kraju.

Dlatego w roku szkolnym 2025/2026 kontynuować będziemy szeroką kampanię edukacyjną i informacyjną. Chcemy, aby szczepienie przeciw HPV było postrzegane jako naturalna, oczywista inwestycja w zdrowie dziecka – zarówno dziewczynki, jak i chłopca. Prowadzimy szeroką współpracę instytucjonalną, w tym współpracujemy z Ministerstwem Edukacji Narodowej – dyrektorzy szkół otrzymali komplet materiałów organizacyjnych i edukacyjnych, nauczyciele – scenariusze lekcji, a rodzice – list podpisany przez obie Panie Ministry.

Wszystkie te działania mają jeden wspólny cel: zwiększyć świadomość społeczną i ułatwić rodzicom decyzję o zaszczepieniu dzieci. Resort Zdrowia nie ustaje w wysiłkach edukacyjnych i promocyjnych na rzecz szczepień. Realizuje działania mające na celu promocję szczepień ochronnych jako jedno z zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 – Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne, Zadanie 5. Promocja szczepień – działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych. Za realizację ww. zadania odpowiada NIZP PZH - PIB. Celem zadania jest popularyzacja szczepień ochronnych, w tym za pośrednictwem serwisu internetowego szczepienia.info (<https://szczepienia.pzh.gov.pl/>).

Na portalu przekazywane są wiarygodne, oparte na faktach naukowych informacje dotyczące szczepień ochronnych. Informacje prezentowane na portalu są adresowane do odbiorcy ogólnego i profesjonalistów medycznych.

### **11. Wyrównanie dostępu do świadczeń zdrowotnych, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego.**

W latach 2023-2025 kontynuowano realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Obecnie w Polsce funkcjonuje 117 centrów zdrowia psychicznego, które obejmują działaniem ponad 50 % dorosłej populacji. Centrum zdrowia psychicznego to miejsce, w którym można uzyskać natychmiastową, bezpłatną pomoc w zakresie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Pomoc można uzyskać przez całą dobę, bez konieczności posiadania skierowania lub wcześniejszego umawiania wizyty. W odniesieniu do potrzeb w zakresie zapewnienia ciągłości świadczeń opieki psychiatrycznej w ramach centrów zdrowia psychicznego, Zespół do spraw zmian systemowych w centrach zdrowia psychicznego zakończył prace i przedstawił raport końcowy zawierający rekomendacje w kierunku dalszego kształtowania systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, z uwzględnieniem sposobu organizacji i finansowania centrów zdrowia psychicznego po zakończeniu programu pilotażowego. Przedstawione przez Zespół rekomendacje mają istotny wpływ na ostateczne decyzje dotyczące zmian w systemie opieki psychiatrycznej, w tym również wdrażania modelu środowiskowego jako integralnej części całego systemu.

Jedną z kluczowych rekomendacji Zespołu było przedłużenie pilotażu do dnia 31 grudnia 2026 r., co zostało wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

W celu zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dla wszystkich doświadczających kryzysów psychicznych, Ministerstwo Zdrowia realizuje reformę psychiatrii, w tym psychiatrii dzieci i młodzieży opartą o trzy poziomy referencyjne opieki. W ostatnim czasie przyjęte zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które wprowadziło szereg zmian mających na celu rozwój tego systemu m.in. umożliwiono realizację nowych świadczeń takich jak: sesja treningowa grupowa, konsultacja interwencyjna w ramach wsparcia psychospołecznego – czyli dyżury specjalistów na I poziomie referencyjnym, w trakcie których pacjent będzie mógł bez wcześniejszego zapisu uzyskać świadczenie.

W zakresie poprawy dostępności do świadczeń opieki psychiatrycznej, Ministerstwo Zdrowia prowadzi także działania na rzecz zapewnienia wysoko wykwalifikowanej kadry z zakresu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. Psychiatria dzieci i młodzieży jest

wpisana na listę dziedzin priorytetowych, a więc podjęcie kształcenia w tej dziedzinie jest premiowane finansowo oraz przewidziane są dodatkowe miejsca na rezydentury. Ponadto do 2027 roku zaplanowano wykształcenie co najmniej 1200 nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikacje w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży.

Ponadto w 2024 roku Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło działania mające na celu zapewnienie możliwości przeprowadzenia inwestycji w obszarze psychiatrii (zarówno dla dzieci i młodzieży jak i osób dorosłych).

W sumie na ten cel przeznaczonych zostało 3 mld zł. Ze środków Funduszu Medycznego w ramach Subfunduszu infrastruktury strategicznej ogłoszony został konkurs na wsparcie i dofinansowanie zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Także w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko na lata 2021-2027 (FEnIKS) zaplanowano m. in. działania dotyczące wsparcia obszaru psychiatrii, w tym psychiatrii dzieci i młodzieży.

Celem programu jest wsparcie w zakresie inwestycji na infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie dla wszystkich 3 poziomów referencyjnych w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. To strategiczna inwestycja w zdrowie psychiczne społeczeństwa, mająca na celu nie tylko modernizację infrastruktury, ale przede wszystkim wyrównanie szans w dostępie do wysokiej jakości usług psychiatrycznych – niezależnie od miejsca zamieszkania.

## **12. Działania antynikotynowe podejmowane przez resort zdrowia skupiają się na celu wsparcia leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny.**

Przykładem takich działań jest obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Przedstawione w obwieszczeniu taryfy są wyższe o od 40 do 285%. W dniu 15 czerwca NFZ, na podstawie ww. obwieszczenia AOTMiTu, dokonał analogicznej aktualizacji wyceny omawianych świadczeń.

## **13. Ustawa z dnia 21 lutego 2025 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych opublikowana w dzienniku Ustaw w dniu 2 kwietnia 2025 r. (obecnie obowiązuje 9 miesięczny okres przejściowy).**

Ustawa realizuje ważny interes publiczny wynikający z przepisów dyrektywy 2022/2100/UE, jakim jest ochrona zdrowia obywateli. Zgodnie z danymi Komisji Europejskiej w ostatnich latach wielkość sprzedaży podgrzewanych wyrobów tytoniowych wzrosła o 2009%, natomiast całkowita wielkość ich udziału w rynku wyrobów tytoniowych w Unii Europejskiej kształtuje się obecnie na poziomie 3,33%. W związku z tym należy podzielić stanowisko Komisji Europejskiej wskazujące na pojawienie się „istotnej zmiany okoliczności”, wymuszającej przyjęcie odpowiedniego aktu delegowanego na poziomie całej Unii Europejskiej mającego na celu zniesienie zwolnienia z zakazu stosowania aromatów charakterystycznych w podgrzewanych wyrobach tytoniowych.

Ustawa z dnia 21 maja 2025 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych opublikowana została w Dzienniku Urzędowym w dniu 20 czerwca 2025 r. Nowelizacja ustawy była konieczna ze względu na pilną potrzebę ograniczenia zjawiska używania papierosów elektronicznych przez ludzi młodych. Wyroby te stanowią wyraźne zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności młodego pokolenia i osób niepalących, co powoduje konieczność wprowadzenia zakazu sprzedaży wszystkich rodzajów elektronicznych papierosów oraz pojemników zapasowych osobom poniżej 18. roku życia, bez względu na to czy dany produkt posiada lub nie posiada w swoim

składzie nikotyny.

Aktualny brak regulacji dopuszczalnego maksymalnego stężenia nikotyny w woreczkach nikotynowych oraz brak ograniczeń wiekowych dotyczących możliwości ich zakupu należało uznać za bezpośrednie zagrożenie zdrowia konsumentów.

W ramach realizacji działania Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020 – 2030, pn. „Modyfikacja programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP) i dostosowanie go do wyzwań określonych w mapach potrzeb zdrowotnych”, przygotowano zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, m.in. w celu zapewnienia pomocy w całkowitym ograniczeniu używania wszystkich rodzajów wyrobów nikotynowych, program został uzupełniony m.in. o pomoc w rezygnacji z używania nowatorskich wyrobów tytoniowych, w tym podgrzewanych wyrobów tytoniowych oraz elektronicznych papierosów, jak również rozszerzono grupę pacjentów, którzy mogą korzystać z etapu specjalistycznego ww. programu o osoby powyżej 16. roku życia.

#### **14. Opracowanie i wdrożenie Programu polityki zdrowotnej pn. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028.**

Realizacja Programu polityki zdrowotnej pn. *Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028* rozpoczęła się 1 czerwca 2024 r.

Podstawą prawną Programu jest art. 48a ust. 16a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

Celem głównym Programu jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury medycznie wspomaganej prokreacji (in vitro) oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (oocytów lub nasienia) na przyszłość.

Realizacji powyższego celu głównego służą następujące cele szczegółowe:

- zapewnienie równego dostępu do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego;
- zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności;
- osiągnięcie poprawy trendów demograficznych;
- zapewnienie możliwości zabezpieczenia płodności na przyszłość u osób przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność.

Program jest realizowany przez **58** ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji zlokalizowanych na terenie całej Polski.

Realizatorzy Programu zostali wybrani w ramach konkursu ofert, według ściśle określonych kryteriów. W Programie zostały określone warunki dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, do których spełnienia są zobowiązani realizatorzy.

#### **15. Zwiększenie dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego w porodach drogami natury.**

W celu zwiększenia dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodu drogami natury zarządzeniem Nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenia szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne – wprowadzono system premiowania finansowego szpitali, jeśli zapewnią znieczulenie zewnątrzoponowe lub (w uzasadnionych przypadkach) znieczulenie podpajęczynówkowe.

Powyższe działania przyniosły efekt w postaci rosnącego odsetka znieczulanych porodów drogami natury. Wskaźnik stosowanych znieczuleń zewnątrzoponowych w porodach drogami natury zwiększył się od 2023 r. do I poł. 2025 r. o 8%. W I połowie 2025 r. osiągnięto wskaźnik 26% znieczulanych porodów drogami natury.

Zwiększenie dostępności łagodzenia bólu porodowego różnymi metodami farmakologicznymi, które obejmują analgezję regionalną i miejscową, analgezję wziewną, stosowanie dożylnych opioidów powinno również zagwarantować rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1525), które zostało opublikowane w Dzienniku Ustaw 6 listopada 2025 r. Przepisy rozporządzenia wejdą w życie z dniem 7 maja 2026 r.

Przedmiotowa regulacja będzie wpływała na ujednoczenie organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej, poprawę komfortu i bezpieczeństwa rodzących oraz ich dzieci.

Nowe przepisy powinny zagwarantować m.in. zwiększenie dostępności łagodzenia bólu porodowego różnymi metodami farmakologicznymi, które obejmują analgezję regionalną i miejscową, analgezję wziewną, stosowanie dożylnych opioidów przez:

- zobowiązanie podmiotów leczniczych prowadzących szpital do zapewnienia dostępu do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu każdej kobiecie rodzącej,
- wprowadzenie obowiązku publikowania przez podmioty lecznicze informacji o dostępnych w podmiocie metodach łagodzenia bólu porodowego na swojej stronie internetowej i regularną jej aktualizację,
- doprecyzowanie warunków, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu analgezji rodzących, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym oraz gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej.

## **16. Rozpoczęcie reformy opieki długoterminowej w Polsce.**

Zebranie danych i realizacja priorytetów reformy została wpisana w zakres szerszej reformy A4.6 pn. Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). KPO obejmuje 2 kamienie milowe w tym obszarze: A69G i A70G.

W ramach kamienia milowego A69G przeprowadzono przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce. Raport z przeglądu, przygotowany przez Bank Światowy i opublikowany w dniu 28 czerwca 2024 r. w Biuletynach Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS), zawiera rekomendacje, które stały się podstawą dla ustalenia priorytetów reformy opieki długoterminowej wdrażanych do końca 2025 r. w ramach kamienia milowego A70G.

Realizacja priorytetów reformy zakłada wejście w życie do końca 2025 r. przepisów prawnych obejmujących w szczególności:

- zdefiniowanie „opieki długoterminowej” w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju (tzn. zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej);
- zdefiniowanie pojęcia „opiekuna nieformalnego” oraz „opieki nieformalnej”;
- zwiększenie nakładów finansowych na system opieki długoterminowej przez wprowadzenie bonu senioralnego;
- zmianę przepisów lub przyjęcie nowych przepisów dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w ramach systemów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, w oparciu o wyniki przeprowadzonej analizy;

- wskazanie organów odpowiedzialnych za koordynację systemu opieki długoterminowej, ogół działań w zakresie monitorowania i ewaluacji jakości oraz działalność informacyjną.

Oprócz zmian ram prawnych priorytety przeprowadzanej reformy obejmują również:

- dokonanie przeglądu wydatków publicznych w celu oceny efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych oraz zaproponowanie rozwiązań budżetowych mających na celu zapewnienie stabilności finansowania tego systemu;
- przyjęcie dokumentu, w którym zaproponowana zostanie zharmonizowana definicja jakości opieki długoterminowej w ramach systemów opieki społecznej i opieki zdrowotnej, a także zintegrowany system monitorowania i ewaluacji jakości, gromadzenia danych i wykorzystywania tych danych.

Jednym z kluczowych elementów realizacji reformy są międzyresortowe prace legislacyjne nad wypracowaniem projektu ustawy o opiece długoterminowej, koordynowane przez KPRM, we współpracy z MRPiPS i MZ.

W ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej opracowywane są także przepisy dotyczące standardów jakości opieki długoterminowej.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi obecnie prace legislacyjne nad opracowaniem projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej.

Ministerstwo Zdrowia bierze również udział w konsultowaniu kolejnych części przeglądu wydatków publicznych na opiekę długoterminową, przygotowywanego przez Ministerstwo Finansów i Gospodarki (MFiG).

Celem tych prac jest wypracowania końcowego dokumentu:

- przedstawiającego analizę systemu opieki długoterminowej pod względem jego finansowania ze środków publicznych;
- zawierającego ocenę efektywności finansowania tego systemu;
- proponującego rozwiązania budżetowe mające na celu zapewnienie stabilności finansowania tego systemu.

Aktualnie MFiG finalizuje prace nad przeglądem, w celu przekazania dokumentu do uzgodnień międzyresortowych.

Ministerstwo Zdrowia uczestniczy również w pracach, wspieranych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Komisję Europejską, mających na celu wypracowanie dokumentu dotyczącego monitorowania jakości opieki długoterminowej, które ma zawierać:

- zharmonizowaną definicję jakości opieki długoterminowej w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej;
- założenia zintegrowanego systemu monitorowania i ewaluacji jakości tej opieki oraz gromadzenia danych w tym zakresie.

Aktualnie finalizowana jest końcowa wersja dokumentu.

## **17. Przygotowanie projektu rozwiązań normatywnych w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.**

W celu wsparcia procesu przygotowania propozycji rozwiązań normatywnych w zakresie uregulowania:

- a) instytucji pełnomocnictwa medycznego, w tym utworzenia rejestru oświadczeń medycznych,
- b) procesu kierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego o profilu ogólnym pacjentów niezdolnych ze względu na stan zdrowia do złożenia wniosku o przyjęcie do takiego zakładu ani do wyrażenia zgody na umieszczenie w nim, na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2025 r. (poz. 31) powołano

Zespół do spraw wypracowania rozwiązań normatywnych w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

W pracach Zespołu biorą udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Ministerstwa Sprawiedliwości, Naczelnej Izby Lekarskiej, Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, podmiotów leczniczych oraz eksperci w zakresie prawa cywilnego i prawa medycznego.

#### **18. Wprowadzenie zmian w programie darmowego dostępu do bezpłatnych niektórych refundowanych leków, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, przez świadczeniobiorców do ukończenia 18. roku życia, albo po ukończeniu 65. roku życia.**

W połowie lutego 2025 r., za pośrednictwem ustawy z dnia 5 grudnia 2024 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 129), wyeliminowano trudności w korzystaniu z programu darmowego dostępu do bezpłatnych niektórych refundowanych leków, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, przez świadczeniobiorców do ukończenia 18. roku życia albo po ukończeniu 65. roku życia. Umożliwiono wystawianie recept w ramach omawianego programu wszystkim osobom uprawnionym - uprawnionym do wystawiania recept na podstawie określonych ustaw dziedzinowych lub ustaw regulujących zasady wykonywania poszczególnych zawodów medycznych. Tym samym uprawnieniem tym objęto – w niektórych przypadkach albo w odniesieniu do określonych zakresów leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, farmaceutów (w zakresie niektórych leków) czy felczerów, obok dotychczasowych niektórych lekarzy i pielęgniarek. Ponadto całkowicie uniezależniono te uprawnienia od faktu działania na podstawie umów z Narodowym funduszem Zdrowia o realizację określonych zakresów świadczeń zdrowotnych. Tym samym uprawnieniem objęto lekarzy czy pielęgniarzy działające „prywatnie” w ramach wykonywania działalności leczniczej w postaci praktyk zawodowych. Dzięki tej samej ustawie poprawiono dostęp do zalecanych szczepień ochronnych, drogą rozszerzenia uprawnienia farmaceutów do wystawiania osobom dorosłym recept farmaceutycznych na szczepionki wykorzystywane do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych w aptekach ogólnodostępnych (możliwość ta obecnie dotyczy wszystkich zalecanych szczepień ochronnych, podczas gdy wcześniej obejmowała tylko szczepienia przeciw grypie). Co więcej, wprowadzono możliwość wystawiania ww. recept przez farmaceutów z uwzględnieniem ew. refundacji - jeżeli przysługuje.

#### **19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego.**

W styczniu 2024 r. prowadzono prace w kierunku umożliwienia dostępu do tzw. antykoncepcji postkoitalnej (awaryjnej), a przynajmniej niektórych środków tego typu, bez recepty. Wprawdzie działanie to nie stanowiło wprost realizacji expose Prezesa Rady Ministrów z grudnia 2023 r. w zakresie, w jakim odnosiło się ono do praw reprodukcyjnych, czy szerzej – działań w obszarze ochrony zdrowia, niemniej było to działanie wyraźnie zakomunikowane przez Premiera w połowie stycznia 2024 r.

Opracowano wówczas i przeprocedowano na etapie rządowym projekt nowelizacji Prawa farmaceutycznego. W lutym 2024 r. Sejm nowelizację tę uchwalił, jednakże pod koniec marca 2024 r. została ona zawetowana przez ówczesnego Prezydenta RP i zwrócona do prac w Parlamencie RP, w którym od tamtego czasu nie toczyły się nad nią dalsze prace. Wobec braku możliwości skutecznego zakończenia prac legislacyjnych nad omawianą inicjatywą – z przyczyn niezależnych od Rządu, w maju 2024 r. zaimplementowano

alternatywne rozwiązanie legislacyjne w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. W ramach tej inicjatywy umożliwiono farmaceutom wystawianie recept farmaceutycznych na określonego typu środków antykoncepcji awaryjnej. Powyższe rozwiązanie przyczyniło się do dywersyfikacji możliwości uzyskiwania recept na antykoncepcje awaryjną. Podobny zresztą cel przyświecał zmianie, która w połowie czerwca tego samego roku, umożliwiła ordynowanie niektórych środków antykoncepcji awaryjnej przez określone położne.

## **20. Zmiana przepisów regulujących zasady wystawiania recept na środki kontrolowane w zakresie substancji psychotropowych lub środków odurzających o największym potencjale uzależniającym.**

W listopadzie 2024 r. uszczelniono przepisy regulujące zasady wystawiania recept na środki kontrolowane w zakresie substancji psychotropowych lub środków odurzających o największym potencjale uzależniającym, w celu przede wszystkim redukcji skali i skutków działalności tzw. „receptomatów”.

## **21. Inicjatywy z zakresu tzw. deregulacji w obszarze okołolekowym.**

W 2025 r. zrealizowano 4 inicjatywy z zakresu tzw. deregulacji w obszarze okołolekowym, a piąta jest w toku. Przedsięwzięcia te były odpowiedzią na postulaty strony społecznej i były ukierunkowane na punktowe, celowane zmiany w Prawie farmaceutycznym lub aktach wykonawczych wydanych na jego podstawie, m.in. w zakresie dostarczania próbek produktów leczniczych (forma reklamy leków kierowanej do profesjonalistów ochrony zdrowia) przez przedstawicieli handlowych/medycznych, aktualizacji wymaganych kwalifikacji tzw. Osób Wykwalifikowanych lub Osób Kompetentnych (osób odpowiedzialnych za zapewnienie jakości produktów leczniczych u określonych wytwórców), czy też możliwości dokonywania zamówień produktów leczniczych w aptekach ogólnodostępnych z wykorzystaniem aplikacji mobilnych.

Należy nadto wspomnieć o dwóch nowych inicjatywach legislacyjnych na poziomie unijnym, tj. o projektach dyrektywy COM (2023) 192 i rozporządzenia COM (2023) 193 (tzw. „Pakiet Farmaceutyczny”), stanowiących kompleksową zmianę unijnego prawa farmaceutycznego i pierwszą od ćwierćwiecza tak poważną reformę w tym zakresie. Podczas polskiej Prezydencji wypracowano w Radzie Unii Europejskiej porozumienie ogólne i rozpoczęto dyskusje z Parlamentem Europejskim i Komisją Europejską, co należy poczytywać za sukces po 2 latach prac nad tekstem w Radzie UE. Obecnie Pakiet Farmaceutyczny jest na etapie trilogów. Prezydencja duńska ma w zamiarze zakończyć prace nad Pakietem Farmaceutycznym do końca 2025 roku. Można więc zakładać, że dyrektywa zostanie ogłoszona w 2027 r. i wedle dotychczasowych planów termin jej transpozycji (a więc szeroko zakrojonych zmian legislacyjnych na gruncie krajowych przepisów okołolekowych) przypadnie zapewne na 2028 r.

Należy również przywołać Akt o Lekach Krytycznych COM (2025) 102, którego tekst ogłoszono podczas Prezydencji Polski w Radzie UE w marcu 2025 r., a którego celem jest wzmocnienie bezpieczeństwa dostaw oraz odbudowa zdolności produkcyjnych w Europie. Prowadzone są działania w obszarze bezpieczeństwa lekowego, które jest jednym z priorytetów polityki lekowej, w związku z czym Minister Zdrowia na bieżąco i systematycznie, w ramach posiadanych narzędzi prawnych, prowadzi działania polegające na stałym monitorowaniu, wraz z jednostkami podległymi, dostępności rynkowej produktów leczniczych oraz współpracuje z podmiotami odpowiedzialnymi, ekspertami z różnych dziedzin medycyny, resortami i innymi organami/instytucjami uczestniczącymi w funkcjonowaniu krajowego rynku farmaceutycznego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa lekowego naszego kraju.

## 22. Działania prowadzone w obszarze bezpieczeństwa lekowego.

W celu uniezależnienia się od innych rynków, zwłaszcza rynku azjatyckiego, a także w odpowiedzi na oczekiwania polskiego rynku farmaceutycznego, Minister Zdrowia opracował i ogłosił 20 grudnia 2024 r. pierwszą w Polsce Krajową Listę Leków Krytycznych. Przedmiotowa lista została w dniu 14 lipca 2025 r. zaktualizowana o kolejne 100 pozycji i obecnie zawiera 401 substancji czynnych.

Lista wskazuje substancje czynne, które zostały uznane za krytyczne, gdyż leki zawierające je są stosowane w leczeniu poważnych chorób i w przypadku ich niedoboru na rynku, nie można ich łatwo zastąpić innymi produktami leczniczymi (brak odpowiedników i/lub możliwości zastosowania alternatywnych technologii medycznych), a zapobieganie niedoborom tych właśnie leków jest szczególnie ważne, gdyż mogą one spowodować poważne zagrożenia dla życia i zdrowia polskich pacjentów.

Minister Zdrowia wskazuje, że planowane są coroczne aktualizacje przedmiotowej listy, które będą odpowiedzią na zmieniającą się sytuację krajowego rynku farmaceutycznego oraz aktualizacje Unijnej Listy Leków Krytycznych, ze względu na aspekt by substancje czynne ujęte w polskim wydaniu listy leków krytycznych uwzględnione zostały w kolejnej edycji listy unijnej, co zapewni krajowym producentom możliwość skorzystania z europejskich instrumentów wspomagających.

- Minister Zdrowia korzystając z uprawnień wynikających z art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz art. 29a ust. 5 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, w przypadku konieczności zastosowania w terapii pacjenta produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w Polsce lub niedostępnego w obrocie wydaje rozstrzygnięcia umożliwiające sprowadzenie takich produktów z zagranicy na podstawie zapotrzebowania na import docelowy. Dodatkowo pacjent, który uzyskał zgodę na sprowadzenie produktu z zagranicy może ubiegać się o jego refundację i w przypadku uzyskania zgody wydanej przez Ministra Zdrowia nabywa produkt w aptece ogólnodostępnej za opłatą ryczałtową za opakowania jednostkowe. Natomiast w sytuacji utrudnionego dostępu do produktów leczniczych w skali całego kraju Minister Zdrowia posiada uprawnienia do zastosowania procedury tzw. importu interwencyjnego, czyli dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego na czas określony zgodnie z zapisami art. 4 ust. 8 ustawy Prawo farmaceutyczne.

W zakresie dotyczącym finansowania leków w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych („RDTL”), zakładającej możliwość sfinansowania kosztów leku niepodlegającego finansowaniu ze środków publicznych w danym wskazaniu, na potrzeby pacjenta, u którego w toku dotychczasowego leczenia zostały już wyczerpane dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych, po uzyskaniu przez uprawnionego świadczeniodawcę (tj. szpital III stopnia, szpital ogólnopolski, onkologiczny, pulmonologiczny lub pediatryczny) opinii konsultanta (wojewódzkiego lub krajowego (w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na chorobę pacjenta) potwierdzającej zasadność wdrożenia terapii, z możliwością jej kontynuacji po zgłoszeniu przez świadczeniodawcę zamiaru jej dalszego prowadzenia (z jednoczesnym potwierdzeniem skuteczności dotychczasowego leczenia), należy wskazać, że w latach 2023 – 2025 kontynuowano finansowanie leków w ramach tej procedury (która w opisanym wyżej kształcie funkcjonuje od 26 listopada 2020 r.). We wskazanym powyżej okresie na realizację powyższego zadania zabezpieczono środki w wysokości niemal 1 mld zł (999,89 mln zł), z których wydatkowano łącznie 819,792 mln zł (dane za okres 1 stycznia 2023 r. – 31 października 2025 r.; prognozowane wydatki – 916,666 mln zł). W powyższym okresie świadczeniodawcy uzyskali zgody na sfinansowanie leków podawanych w ramach procedury RDTL na potrzeby:

- 1) w 2023 r. – 4 103 pacjentów, w tym 749 pacjentów pediatrycznych,
  - 2) w 2024 r. – 4 587 pacjentów, w tym 1 037 pacjentów pediatrycznych,
  - 3) w 2025 r. – 4 452 pacjentów, w tym 1 059 pacjentów pediatrycznych,
- Szacunkowe dane wskazują, iż łącznie w okresie 1 stycznia – 31 października 2025 r.

z leczenia w ramach procedury RDTL skorzystało około 12 tys. pacjentów, w tym około 2,5 tys. pacjentów pediatrycznych (dane z poszczególnych lat nie sumują się ze względu na część pacjentów kontynuujących terapię w ramach procedury RDTL na przestrzeni lat). W każdym z poszczególnych lat finansowano koszty średnio 280 produktów leczniczych zawierających około 260 substancji czynnych lub ich kombinacji.

### **23. Uruchomienie centralnej e-rejestracji.**

W 2024 roku uruchomiono w formie pilotażu centralną e-rejestrację. Pacjenci mają dostęp przez IKP i mojeIKP do świadczeń z zakresów kardiologii, profilaktyki raka piersi i profilaktyki raka szyjki macicy w tych placówkach, które przekazały harmonogramy z systemów gabinetowych do systemu centralnego - centralnej e-rejestracji.

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 12 listopada 2025 r. (Dz.U. 2025 poz. 1537) dotyczy uruchomienia centralnej elektronicznej rejestracji, która zwiększy dostępność wizyt, skróci czas oczekiwania na udzielenie świadczenia i ułatwi pacjentom wybór najlepszego terminu i placówki. Rozwiązanie będzie realizowane m.in. w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności. Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2026 r., z pewnymi wyjątkami.

Centralna elektroniczna rejestracja na początkowym etapie jej funkcjonowania będzie dotyczyć tylko części zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie ambulatoryjnym, następnie katalog świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie sukcesywnie rozszerzany.

### **24. Ograniczenie zakresu danych przekazywanych do Systemu Informacji Medycznej.**

Ograniczenie zakresu danych przekazywanych do Systemu Informacji Medycznej, poprzez wyłączenie obligatoryjnego obowiązku przekazywania do Systemu Informacji Medycznej informacji o ciąży. Zmiany wprowadzone zostały rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1388). Zmiany miały na celu przyczynić się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa oraz komfortu pacjentek poprzez zagwarantowanie im możliwości samostanowienia w zakresie udostępniania personelowi medycznemu informacji w zakresie ciąży.

### **25. Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia.**

Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia poprzez rozszerzanie katalogu elektronicznej dokumentacji medycznej o następujące dokumenty:

- Indywidualny Plan Opieki Medycznej,
- karta medycznych czynności ratunkowych,
- karta medyczna lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

Zmiany wprowadzone zostały odpowiednio rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej z dnia z dnia 19 lipca 2023 r. oraz 9 lipca 2025 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1485 oraz Dz.U. z 2025 r. poz. 930). Zmiany miały na celu usprawnić dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów, a tym samym usprawnić proces udzielania świadczeń zdrowotnych.

### **26. Działania z zakresu e-zdrowia.**

W latach 2023-2025 Ministerstwo Zdrowia oraz podległe mu Centrum e-Zdrowia skupiały się na dalszym poszerzaniu zakresu e-usług oraz kontynuowaniu procesu cyfrowej transformacji w ochronie zdrowia w Polsce.

Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, tj. Platforma P1, stanowi podstawę cyfrowego ekosystemu usług medycznych i umożliwia gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych pacjentów oraz indeksów elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). System obejmuje wszystkie podmioty medyczne, niezależnie od źródła finansowania udzielanych w nich świadczeń. Platforma P1 tworzy cyfrowe usługi (e-recepta, e-skierowanie, EDM, ZM), aplikacje (Internetowe Konto Pacjenta, mojejKP, gabinet.gov.pl) oraz rozwiązania usprawniające procesy planowania i realizacji świadczeń ochrony zdrowia. Wszystkie te wypracowane rozwiązania (głównie w: ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia) wspierają codzienną pracę podmiotów leczniczych, pracowników medycznych i administracji publicznej odpowiedzialnej za funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia w Polsce, a pacjentom dostarczają cyfrowe narzędzia ułatwiające zarządzanie zdrowiem swoim oraz bliskich. IKP, e-recepty czy e-skierowania to bardzo popularne narzędzia, co pokazują dane:

- istnieje już ponad 20 mln aktywnych kont IKP,
- z IKP korzysta 53% wszystkich obywateli Polski i 52% wszystkich osób pełnoletnich,
- wystawiono już prawie 3 mld e-recept i ponad 300 mln e-skierowań,
- aplikacja mojejKP jest bardzo wysoko oceniana przez użytkowników IKP oraz mojejKP to narzędzia, które są stale rozwijane i ulepszone.

W roku 2023 udostępniono m.in.:

- e-Rejestracja – wdrożono w zakresie funkcjonalności: zapisy na szczepienia przeciwko COVID-19 i HPV oraz Profilaktyka 40+
- Skierowania uzdrowiskowe: wprowadzono zmiany w aplikacji gabinet.gov., umożliwiono podgląd skierowania na pacjent.gov i w mojejKP
- Udostępnienie nowych e-usług na IKP: Indywidualny plan opieki medycznej (IPOM), Zlecenie na zaopatrzenia, Szczepienia HPV - umówienie, zmiana terminu, anulowanie, lista zaplanowanych, Zapis/odwołanie/zmiana terminu wizyty na szczepienie przeciwko COVID-19 oraz na badania laboratoryjne w ramach programu profilaktycznego, Skierowania uzdrowiskowe, Dla dawców krwi - informacje o krwiodawstwie, planowanie terminów oddawania krwi przez pacjenta, składanie wniosków dla krwiodawców, Dodanie statusów dla zaplanowanych wizyty/szczepień, Informacja o lekach w ramach programu Bezpłatne Leki 65+/18-
- Udostępnienie nowych e-usług na mojejKP: ankieta profilaktyczna 40+, zamawianie e-recept, ankieta oceny świadczeń, skaner leku – weryfikacja daty ważności, prezentacja wybranego POZ, recepta na ruch, licznik wypitych szklanek wody (funkcjonalność + widget), informacja o bezpłatnych lekach dla >65 i < 18 r.ż., podłączenie do nowego systemu e-rejestracji COVID.

Działania zrealizowane w 2024 r.:

- Projekt np. „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)” - faza 3 otrzymał dofinansowanie w ramach działania FERC.02.01. Wartości projektu to 195 200 000,00 zł. Porozumienie o dofinansowanie podpisane zostało 29 kwietnia 2024 r., w ramach, którego:
  - Pracowano nad pierwszymi funkcjonalnościami Systemu Monitorowania Programów Lekowych, przygotowano makiety oraz zaplanowano działania do realizacji w celu rozbudowania aplikacji mojejKP o informację o ośrodkach zapewniających diagnostykę i terapię określonych chorób rzadkich, w tym hemofilii, realizowano także prace w zakresie przygotowania systemu do obsługi Krajowej Sieci Onkologicznej;
  - Zakończono prace nad udostępnieniem wybranych funkcjonalności systemu KSO.

- Internetowe Konto Pacjenta (IKP) - portal dostępny pod adresem pacjent.gov.pl, który

umożliwia pacjentowi m.in. elektroniczny dostęp do historii leczenia i elektronicznej dokumentacji medycznej oraz umożliwia nadanie upoważnienia do dostępu do konta IKP również dla innych osób, w tym kadry medycznej. IKP pozwala na zrealizowanie podstawowych spraw, takich jak złożenie deklaracji wyboru lekarza POZ, czy wniosku o EKUZ. W 2024 r. zrealizowano następujące działania:

- Skierowanie do uzdrowiska w formie elektronicznej;
- Centralna e-rejestracja - możliwość umówienia się na wizytę lub badania;
- Możliwość zapisania na szczepienie przeciw HPV;
- Możliwość uzyskania e-skierowania na bezpłatne badania w ramach programu Profilaktyka 40 plus oraz zapisania się na badania;
- EKUZ - informacje o stanie karty, a jeśli jej brak lub jej ważność wygasła, możliwość złożenia wniosku o EKUZ online - wraz z załącznikami. Następnie możliwość śledzenia postępu procedury wydania EKUZ;
- Możliwość sprawdzenia szczegółowych informacji na temat realizacji e-zleceń na wyroby medyczne i ich naprawy;
- uruchomiono wymianę danych o e-receptach z kolejnymi krajami: Litwa i Łotwa.

- **mojeIKP** - bezpłatna aplikacja mobilna, która umożliwia dostęp do wybranych funkcjonalności IKP, m.in. e-recept i e-skierowań. W 2024 r. przeprowadzono testy z użytkownikami prototypu nowej funkcji w aplikacji mojeIKP - zwolnień lekarskich oraz zrealizowano następujące działania umożliwiające pacjentowi:

- Złożenie wniosku o EKUZ oraz sprawdzenia, na jakim etapie jest wydanie karty lub certyfikatu zastępującego EKUZ;
- Upoważnienie drugiego rodzica do konta dziecka;
- Sprawdzenie czy system potwierdza jego prawo leczenia w ramach ubezpieczenia w NFZ;
- Znalezienie szczegółowych informacji o e-zleceniach na wyroby medyczne oraz znalezienie uzgodnionego z lekarzem indywidualnego planu opieki medycznej, jeśli go ma;
- Wypełnienie ankiety programu Profilaktyka 40 plus i odbieranie e-skierowania, umówienie się na badania;
- Centralna e-rejestracja - możliwość umówienia się na wizytę lub badania,
- Otrzymania skierowanie do uzdrowiska w formie elektronicznej.
- rozpoczęto pilotaż centralnej e-rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej: mammografię, cytologię, wizyty pierwszorazowe u kardiologa.

W roku 2025 m.in. zrealizowano:

- uruchomiono program **Moje zdrowie** (Ankieta, Plan badań wynikający z ankiety, podsumowanie na podstawie odp. z ankiety oraz danych SIMP, powiadomienia o wypełnieniu ankiety)
- Uruchomiono **Narodowy Portal Onkologiczny**
- Dostosowano skierowania uzdrowiskowe do nowego rozporządzenia
- e-recepta (dodano wskazanie informacji o trybie wizyty dla recept narkotycznych, pozyskanie danych i weryfikacja z Rejestrem Innych Zawodów Medycznych (dla techników farmacji), podstawowy zakres prac dot. realizacji recept w różnych aptekach, POC - funkcjonalna cz. automatycznego określania poziomu refundacji bez polityki autora)
- Rejestracja (obsługa profilaktyki (cytologia) udzielanej przez położne POZ, optymalizacje wydajnościowe)
- **mojeIKP**
- nowe narzędzie **10 dla serca**
- **Hemofilia** - przegląd zapotrzebowań, odnotowanie informacji o przyjętym leku i edycje wlewu.

## 27. Osiągnięcia w trakcie Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej w 2025 roku.

- 1) W styczniu 2025 r. PREZ PL zainicjowała dyskusję nad cyberbezpieczeństwem wyrobów medycznych. Na przełomie stycznia i lutego 2025 r. rozesłano ankietę do podmiotów i instytucji zajmujących się cyberbezpieczeństwem w UE. Działanie prowadzono we współpracy z URPL, eHealth Network oraz CAMD (Competent Authorities for Medical Devices). Temat spotkał się z żywym zainteresowaniem państw członkowskich. Dotychczas zebrano kilkadziesiąt odpowiedzi, które zostaną poddane analizie. Wstępne wnioski zostaną przedstawione przez PREZ PL 2 kwietnia 2025 r. na grupie roboczej ds. zdrowia publicznego.
- 2) 30 stycznia 2025 r. Ministerstwo Zdrowia współorganizowało konferencję European Health Data and Innovation Summit, która zgromadziła ekspertów z sektora publicznego, prywatnego oraz instytucji europejskich. W spotkaniu sygnowanym logiem prezydencji uczestniczyło ponad 750 osób, w tym ponad 300 stacjonarnie. Kluczowe tematy konferencji to europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia (EPDZ) i innowacje w opiece zdrowotnej. W ramach konferencji odbyło się również forum interesariuszy TEHDAS2, czyli wspólnego działania finansowanego z programu EU4Health, które przygotowuje podstawy techniczne i wytyczne do wtórnego wykorzystywania danych dotyczących zdrowia w ramach EPDZ. Organizatorzy: Naczelna Izba Lekarska, NIL IN – Sieć Lekarzy Innowatorów, TEHDAS2, EOSC4Cancer. Współorganizatorzy: Ministerstwo Zdrowia, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, EIT Health.
- 3) 31 stycznia 2025 r. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia odbyło się zgromadzenie ogólne TEHDAS2, czyli wspólnego działania finansowanego z programu EU4Health, które przygotowuje podstawy techniczne i wytyczne do wtórnego wykorzystywania danych dotyczących zdrowia w ramach EPDZ. W spotkaniu uczestniczyli m.in. eksperci z państw członkowskich UE oraz przedstawiciele Komisji Europejskiej. Wydarzenie zgromadziło 65 osób stacjonarnie oraz 73 – online. Podczas spotkania omówiono postępy w realizacji projektu.
- 4) 7 lutego 2025 r. w Brukseli zorganizowano warsztat, podczas którego omówiono *Action plan on cybersecurity of hospitals and healthcare providers* – dokument opracowany przez KE. W spotkaniu organizowanym w formule hybrydowej uczestniczyło ponad 200 ekspertów z państw członkowskich UE oraz przedstawiciele Komisji Europejskiej i Agencji Unii Europejskiej ds. Cyberbezpieczeństwa (ENISA). Wnioski z warsztatów zostaną zebrane i poddane dalszej dyskusji na grupach roboczych Rady UE.
- 5) 3 marca 2025 r. w Warszawie odbyło się 32 spotkanie grupy ekspertów eHMSEG (eHealth Member States Expert Group). Grupa eHMSEG wspiera państwa członkowskie UE we wdrażaniu i eksploatacji europejskiej infrastruktury e-zdrowia (MyHealth@EU), wprowadzaniu usług transgranicznych oraz odpowiada za tworzenie i działanie krajowych punktów kontaktowych ds. e-zdrowia. W spotkaniu uczestniczyło ponad 80 delegatów z państw członkowskich UE oraz przedstawiciele KE (40 osób stacjonarnie i 49 osób online). Spotkanie stanowiło platformę wymiany doświadczeń i omówienia postępów w cyfryzacji systemów zdrowotnych w Europie. Polska zaprezentowała postępy we wdrażaniu e-recepty transgranicznej oraz prace nad Skróconą Kartą Zdrowia Pacjenta (Patient Summary).
- 6) 18 marca 2025 r. w Brukseli Ministerstwo Zdrowia, wspólnie z Komisją, zorganizowało konferencję (wydarzenie wysokiego szczebla) pt. Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia - Razem dla uwolnienia potencjału danych zdrowotnych w Europie. Wydarzenie służyło potwierdzeniu zaangażowania Komisji

i państw członkowskich w pomyślne wdrożenie rozporządzenia w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (EPDZ).

Podczas wydarzenia zaprezentowano potencjał EPDZ jako rewolucji w świadczeniu opieki zdrowotnej, wspieraniu innowacji i poprawy życia obywateli Europy. W ramach konferencji omówiono następujące tematy:

- Obietnice EPDZ – Inicjatywa zorientowana na pacjenta – Korzyści dla obywateli Europy;
- Budowanie zaufania – Prywatność, bezpieczeństwo i zaangażowanie pacjentów;
- Obietnice EPDZ – Napędzanie innowacji i konkurencyjności w sektorze zdrowia.

W wydarzeniu uczestniczyli m. in.: ministrowie i przedstawiciele wysokiego szczebla z państw członkowskich UE, komisarz ds. zdrowia, urzędnicy Komisji i innych instytucji UE, eksperci w dziedzinie zdrowia cyfrowego, zarządzania danymi zdrowotnymi i cyberbezpieczeństwa, zainteresowane strony z branży opieki zdrowotnej, w tym dostawcy technologii, a także pracownicy ochrony zdrowia i świadczeniodawcy oraz organizacje pacjentów.

- 7) 2 kwietnia 2025 r. podczas grupy roboczej ds. leków i wyrobów medycznych zostały przedstawione wyniki ankiet w zakresie cyberbezpieczeństwa, a także wynik mapowania obecnych regulacji prawnych w tym zakresie. Większość państw zgodziła się z PREZ PL, że kwestie cyberbezpieczeństwa wyrobów medycznych nie powinny odbiegać od regulacji horyzontalnych i dalsze działania są konieczne, także w kontekście Action plan on cybersecurity of hospitals and healthcare providers i wpływu cyberbezpieczeństwa wyrobów medycznych na infrastrukturę szpitalną.
- 8) 12 maja 2025 r. w Warszawie MZ zorganizowało konferencję pt. *Rozwój usług transgranicznych w e-zdrowiu z perspektywy obywatela UE – szanse i wyzwania*, która była okazją do omówienia zagadnień związanych z pierwotnym i wtórnym wykorzystywaniem danych dotyczących zdrowia w ramach EPDZ oraz bezpieczeństwa danych zdrowotnych w wymiarze cyberprzestrzeni. W wydarzeniu stacjonarnie wzięło udział 137 osób (przedstawiciele instytucji europejskich, krajowi decydenci polityczni, eksperci z sektora zdrowia, reprezentanci organizacji pacjentów i liderzy branży). Wydarzenie stanowiło wyjątkową platformę do dyskusji i wymiany spostrzeżeń na temat przyszłości transgranicznych usług e-zdrowia i wykorzystania danych zdrowotnych w całej Europie. Wydarzenie było także transmitowane na kanale YouTube Ministerstwa Zdrowia.
- 9) 13 maja 2025 r. w Warszawie odbyło się posiedzenie Sieci e-Zdrowie (eHealth Network), która łączy krajowe organy ds. e-zdrowia. W wydarzeniu wzięli udział członkowie eHN (urzędnicy z p. cz. UE oraz z KE) - ok. 60 osób. Sieć e-Zdrowie została ustanowiona na podstawie art. 14 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Sieć jest dobrowolną platformą współpracy państw członkowskich, która służy wytyczaniu kierunków rozwoju Unii Europejskiej w dziedzinie e-zdrowia i kształtowaniu standardów dotyczących norm, zasad, kwestii interoperacyjności oraz spraw technicznych w zakresie wymiany danych dotyczących zdrowia cyfrowego. W przyszłości Sieć e-Zdrowie zastąpi Rada ds. EPDZ, która powstanie na mocy rozporządzenia ws. EPDZ. Ponadto dla członków Sieci w dniu 12 maja została zorganizowana uroczysta kolacja w siedzibie MZ przy ul. Miodowej jako wydarzenie towarzyszące.

**28. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” – projekt współfinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 i budżetu państwa.**

Jednym z działań Ministerstwa Zdrowia w zakresie przedsięwzięć prowadzonych na forach krajowych i międzynarodowych była realizacja w latach 2020-2024 projektu telemedycznego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 i budżetu państwa. Przy współpracy polskich i norweskich ekspertów opracowano modele telemedyczne w zakresie kardiologii, geriatry, psychiatrii, położnictwa, diabetologii i chorób przewlekłych. Ponadto w obszarze opieki paliatywnej opracowano raport na temat stanu opieki paliatywnej w Polsce i UE, a także potencjalnych rozwiązań telemedycznych i e-zdrowia do zastosowania w tej dziedzinie. Opracowane modele zostały przetestowane w projektach pilotażowych przez ponadregionalne szpitale i instytuty na terenie całego kraju. Zaproponowane przez ekspertów rozwiązania obejmują m.in. telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca, opiekę nad pacjentami z chorobami geriatrycznymi (sarkopenia, niedożywienie, zespół kruchości), telemonitoring w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, wykorzystanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji. Ponadto przeprowadzono ewaluację projektów pilotażowych. Efektem końcowym projektu były rekomendacje dotyczące możliwości finansowania ze środków publicznych najbardziej efektywnych kosztowo świadczeń: kardiologicznych, psychiatrycznych oraz położniczych. Wnioski odnośnie tych trzech dziedzin zostały przekazane do AOTMiT. Obecnie założenia modeli w dziedzinie kardiologii i położnictwa, a także rekomendacje przekazane przez AOTMiT włączane są w planowane do wdrożenia działania MZ i CeZ. Wypracowane w psychiatrii rozwiązania także pozostają aktualne.

#### 1) Położnictwo

Obecnie w Centrum e-Zdrowia prowadzone są prace nad eU.01 Elektroniczną obsługą e-karty ciąży (m.in. na bazie założeń z modelu)

Realizacja elektronicznej obsługi e-karty przebiegu ciąży ma usprawnić obsługę procesu prowadzenia dokumentu karty przebiegu ciąży, dzięki jej tworzeniu i uzupełnianiu w formie elektronicznej i z zapewnieniem dostępu do danych przez uprawnionych pracowników medycznych zajmujących się opieką nad daną kobietą w ciąży. Usługa ma na celu wyeliminowanie błędów związanych z nieczytelnością informacji zawartych w karcie oraz utrudnień dla pacjenta (konieczność posiadania ze sobą papierowego dokumentu, możliwość zgubienia, niszczenia itd.) oraz optymalizację pracy personelu medycznego i umożliwienie szybkiego dostępu do danych medycznych pacjentki w sytuacjach nagłych. Elektroniczacja karty przebiegu ciąży umożliwi też wykorzystanie dokumentu np. podczas zdalnej konsultacji lekarskiej.

#### 2) Kardiologia

W ramach Krajowego Planu Odbudowy i Wzmocnienia Odporności CeZ pracuje nad rozbudową platformy DOM o nowe rozwiązania m.in. system wsparcia zdalnego monitorowania zdrowia pacjentów, gdzie wykorzystywane są rozwiązania z modelu kardiologicznego.

Zdalne monitorowanie zdrowia pacjentów, w szczególności z wykorzystaniem urządzeń IoMT (Internet of Medical Things), stanowi ogromny postęp w opiece zdrowotnej, umożliwiając bieżące śledzenie parametrów życiowych pacjentów i szybsze reagowanie na zmiany w ich stanie zdrowia. To rozwiązanie pozwoli na znaczne zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, zwłaszcza w rejonach o ograniczonym dostępie do opieki medycznej. Zbieranie danych o stylu życia pacjentów, takich jak aktywność fizyczna, dieta czy monitorowanie ciśnienia krwi, przyczyni się do lepszej profilaktyki chorób oraz umożliwi wczesne wykrycie potencjalnych zagrożeń zdrowotnych. Wykorzystanie zdalnych konsultacji medycznych pozwoli na natychmiastową diagnozę i optymalizację leczenia, co zmniejszy ryzyko hospitalizacji i poprawi jakość życia pacjentów.

## **Pytanie nr II. W jakim stopniu zrealizowano cele określone w programie rządu oraz exposé Prezesa Rady Ministrów?**

### **Odpowiedź na pytanie nr II.**

Do zrealizowanych przez Ministerstwo Zdrowia działań określonych w programie rządu oraz exposé Prezesa Rady Ministrów należą:

#### **1. Telefony zaufania.**

Obecnie zadanie realizowane jest na podstawie dwóch umów w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2021 - 2025. Jedna umowa zawarta jest na prowadzenie centrum wsparcia dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym, druga na prowadzenie centrum wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie psychicznym, w ramach której działa linia wsparcia dla funkcjonariuszy, pracowników służb mundurowych, ratownictwa medycznego i ich rodzin w kryzysie psychicznym.

Działalność telefonów zaufania przyczyniła się do spadku liczby samobójstw w Polsce. Trwają konkursy ofert na realizację zadania w 2026 r. Na ten moment kluczowe jest rozstrzygnięcie konkursów, a w dalszej perspektywie właściwe umieszczenie zadania polegającego na utrzymaniu infolinii dla osób z różnych grup wiekowych w nowo projektowanym Narodowym Programie Zdrowia.

#### **2. Obowiązki szpitali w zakresie terminacji ciąży.**

30 maja 2024 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2024 poz. 730). Nowelizacja rozporządzenia zapewnia realną możliwość wykonywania świadczeń zakończenia ciąży – zgodnie z zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umową w przypadkach, gdy zakończenie ciąży jest dopuszczalne przepisami prawa powszechnie obowiązującego. Prawo w Polsce pozwala przerwać ciążę, jeśli jest wynikiem przestępstwa lub zagraża życiu bądź zdrowiu kobiety. Państwo, gwarantując taką możliwość, zapewniło dostęp do tych zabiegów. Nowelizacja gwarantuje, że przepisy będą przestrzegane, prawa pacjentek – respektowane, a obowiązki szpitali – egzekwowane.

Podmioty lecznicze są zobowiązane tak zorganizować udzielanie świadczeń przerywania ciąży u siebie na miejscu, aby przynajmniej jeden z lekarzy – w przypadku skorzystania z pozostałych lekarzy z tzw. klauzuli sumienia, mógł wykonać zabieg, który ratuje życie lub zdrowie kobiety. Zgodnie z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej szpitale, które nie będą wywiązywały się z realizacji tych świadczeń gwarantowanych, otrzymają karę - do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy. NFZ może również rozwiązać z nimi umowę (w części albo w całości) – bez zachowania okresu wypowiedzenia. Sankcje zależą od stopnia naruszenia umowy. Szpital straci kontrakt z NFZ w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie położnictwa i ginekologii, jeśli bez wyraźnego uzasadnienia odmówi terminacji ciąży i spowodzi przez to zagrożenie na zdrowie i życie kobiety. Powyższe ma na celu dyscyplinować podmioty lecznicze do udzielania świadczeń zgodnie z zawartymi umowami oraz do wykonywania świadczeń gwarantowanych.

#### **3. Opieka prenatalna.**

Ministerstwo Zdrowia zniósło granicę wieku dla badań prenatalnych i zapewniło do nich pełen dostęp wszystkim kobietom w ciąży. Wprowadzenie zmian do rozporządzenia zwiększyło dostęp do badań prenatalnych dla wszystkich kobiet niezależnie od wieku. Natomiast usunięcie kryteriów kwalifikacji do pierwszych dwóch etapów Programu badań

prenatalnych zwiększyło dostęp do badań prenatalnych, które umożliwiają wczesne wykrycie wad płodu oraz ich diagnostykę we wczesnym okresie ciąży oraz, o ile to możliwe, podjęcie leczenia jeszcze w okresie płodowym.

#### 4. E-rejestracja.

31 grudnia 2025 roku zakończył się pilotaż Centralnej e-Rejestracji. 1 stycznia 2026 roku Weszła w życie ustawa wprowadzająca dla świadczeniodawców obowiązek integracji z centralną e-rejestracją. Na początek wchodzi zakresy: kardiologia oraz profilaktyczne cytologia/testy HPV i mammografia (profilaktyki raka piersi oraz profilaktyki raka szyjki macicy). W II etapie, do centralnej e-rejestracji zostanie włączonych osiem kolejnych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2025 roku w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji (Dz. U. poz. 1871), ujętych w załączniku do tego rozporządzenia. Centralna e-rejestracja obejmie świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, udzielane we wskazanych komórkach organizacyjnych, w zakresie leczenia chorób naczyń, chorób zakaźnych, endokrynologii, hepatologii, immunologii, nefrologii, neonatologii oraz leczenia gruźlicy i chorób płuc.

#### **Pytanie nr III. Jakie główne priorytety, zamierzenia i projekty Ministerstwo planuje zrealizować w latach 2025–2027?**

##### **Odpowiedź na pytanie nr III.**

Do priorytetów, które Ministerstwo Zdrowia planuje zrealizować w latach 2025–2027 należą:

##### **1. Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent.**

W najbliższym czasie przewidziano realizację priorytetu **Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent**. To działanie Ministra Zdrowia obejmujące rozwiązania konsolidacyjne, które umożliwią tworzenie większych i bardziej efektywnych podmiotów leczniczych, co przyczyni się do koncentracji świadczeń szpitalnych wykonywanych w trybie ostrym i w warunkach gotowości całodobowej w ośrodkach, które dysponują większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, co niewątpliwie przyczyni się do podniesienia jakości udzielanych świadczeń. Dzięki zmianom, oferta szpitali zostanie lepiej dostosowana do lokalnych potrzeb, w tym do zmian demograficznych. Ma to przede wszystkim zwiększyć efektywność wykorzystania personelu medycznego i infrastruktury w szpitalach. Podmioty tworzące (np. powiat, województwo) będą mogły połączyć np. dwa szpitale w ramach jednej jednostki i podzielić szpitalne oddziały o określonych profilach, aby się nie powielały.

W ramach projektu przewidziano dedykowane instrumenty wsparcia na cele infrastrukturalne, doposażenie szpitali i zakup sprzętu medycznego mające na celu ułatwienie wdrażanie projektu i zaprojektowanych rozwiązań legislacyjnych. Realizacja projektu wymaga podjęcia przez Radę Ministrów jako priorytetowego procesu legislacyjnego uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”.

Efektom realizacji priorytetu będzie:

- 1) poprawa sytuacji finansowej szpitali, dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów, w tym kadry medycznej;
- 2) polepszenie dostępu do wysokiej jakości świadczeń i zwiększenie udziału świadczeń ambulatoryjnych;

- 3) modernizacja/rozbudowa infrastruktury podmiotów leczniczych podejmujących inicjatywy przekształceniowe i konsolidacyjne.

Obszar dotyczący wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych został uwzględniony w ramach budżetu Funduszu Medycznego na 2026 r. i ujęty w alokacji środków na Subfundusz Modernizacji Podmiotów Leczniczych. Wartość projektu to 1,048 mld PLN. Docelowe dofinansowanie nastąpi w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych. O dofinansowanie w ramach tego programu mogą ubiegać się podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## 2. Ustawa porządkująca.

Aktualnie procedowany jest projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD285). Obejmuje on zmianę wybranych regulacji w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych przepisów z obszaru ubezpieczenia zdrowotnego, jak również jedną zmianę w ustawie o medycynie laboratoryjnej. Wśród dokonywanych zmian i celów nowelizacji znajdują się m.in.:

- uszczelnienie systemu ubezpieczenia zdrowotnego w stosunku do osób w sytuacjach transgranicznych związanych ze stosowaniem unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego;
- zmiany w przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego;
- możliwość występowania ministra właściwego do spraw zdrowia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o informacje potrzebne w przypadku konieczności dokonania analizy sytuacji osób ubezpieczonych, w szczególności dotyczące płatników składek;
- zapewnienie finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ogólnodostępnych podmiotach leczniczych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie;
- stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym;
- zapewnienie możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na czas nieoznaczony;
- optymalizacja procesu obsługi rocznego rozliczenia składki zdrowotnej;
- wprowadzenie przepisów dotyczących powoływania Ośrodków Ekspertkich Chorób Rzadkich (OECR);
- uchylenie przepisów o uwzględnianiu w planie finansowym AOTMIT kosztów pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń oraz uwzględnianiu w wysokości odpisu dla Agencji projektu planu taryfikacji Agencji na dany rok;
- uchylenie art. 31da ustawy o świadczeniach z uwagi na brak szczególnych okoliczności uzasadniających konieczność wydania na tej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego utworzenia centralnej platformy, za pośrednictwem której miałyby być udzielane świadczenia gwarantowane, nie jest zasadne dalsze utrzymywanie tego przepisu;
- usprawnienie wydawania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej;
- uzupełnienie standardów jakości w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych o kwestie dotyczące obowiązku laboratorium do stałego udziału w programie zewnętrznej oceny wyników badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych;
- pozostałe zmiany w ustawie o świadczeniach mające charakter porządkujący i dostosowujący do obecnego stanu prawnego.

### 3. Realizowane i projektowane zmiany w zakresach świadczeń gwarantowanych.

W dniu 1 stycznia 2026 r. weszła w życie zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1509), wprowadzająca do wykazu świadczeń gwarantowanych świadczenie obejmujące leczenie ostrej lub przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD – Graft versus Host Disease) odpornej na kortykosteroidy, z wykorzystaniem fotoferezy pozaustrojowej (ECP).

Upośledzenie czynności układu immunologicznego, związane zwłaszcza z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD), w połączeniu z jej intensywnym i często długotrwałym immunosupresyjnym leczeniem, prowadzi do wyjątkowej podatności na zagrażające życiu zakażenia, zwłaszcza grzybicze i wirusowe. Fotofereza pozaustrojowa (ECP), jest jedną z terapii ratunkowych dla pacjentów, która jest powszechnie zalecaną metodą leczenia drugiego rzutu (szczególnie w sterydoopornej postaci GVHD). Dlatego też niezwykle ważne jest wprowadzenie stałego finansowania tej procedury przez NFZ.

Dla zapewnienia bezpieczeństwa i właściwej opieki na rzecz kobiet w ciąży, które mieszkają na obszarze powiatów gdzie nie ma oddziału położniczo-ginekologicznego, zaprojektowano świadczenie pn. „Opieka nad kobietą w ciąży lub kobietą rodzącą realizowana przez położną”. Propozycja jest istotną odpowiedzią na zmiany demograficzne zachodzące w Polsce, co w konsekwencji skutkuje zmianami organizacyjnymi w szpitalach. Zakłada się, że projekt wejdzie w życie od 1 stycznia 2026 r., ale potrzebny będzie czas na organizację po stronie NFZ i szpitali.

Przygotowywany jest projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia.

Celem świadczeń gwarantowanych udzielanych w powiatowym centrum zdrowia będzie zabezpieczenie świadczeniobiorców z tych powiatów, na obszarze których nie ma szpitali, w dostęp do podstawowych świadczeń chirurgicznych, w szczególności drobnych zabiegów niewymagających znieczulenia ogólnego, a także zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz do łóżek zapewniających opiekę w przypadku poddania pacjenta kilkugodzinnej obserwacji. Świadczenia gwarantowane będą realizowane w zakresie chirurgii ogólnej oraz chorób wewnętrznych przez uprawniony personel, z wykorzystaniem sprzętu określonego w załączniku do rozporządzenia. Dodatkowo powiatowe centrum zdrowia będzie dysponowało transportem sanitarnym umożliwiającym przekazanie pacjenta do szpitala w przypadku konieczności kontynuacji leczenia na wyższym poziomie.

Kolejny projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wprowadzi do wykazu świadczeń gwarantowanych procedurę pn. „Diagnostyka pacjentów z nowotworami złośliwymi przy wykorzystaniu testów genetycznych kompleksowego profilowania genomowego metodą wysokoprzepustowego sekwencjonowania następnej generacji (NGS – Next Generation Sequencing)”.

Analiza sygnatury genomowej (HRD) na materiale tkankowym może być zastosowana m.in. w ramach diagnostyki przed kwalifikacją do leczenia terapiami celowanymi u pacjentów z rakiem jajnika, jajowodu lub otrzewnej. Leczenie celowane w wymienionej grupie pacjentów dobierane jest na podstawie wyników molekularnych badań diagnostycznych, w zależności od zidentyfikowanych u pacjenta mutacji genetycznych charakterystycznych dla danego nowotworu.

Według opinii ekspertów propozycja wprowadzenia analizy HRD pozwala na rozwiązanie obecnych problemów związanych z diagnostyką molekularną nowotworów, takich jak brak kwalifikacji do nowoczesnych terapii celowanych, ze względu na ograniczoną liczbę ocenianych bio-markerów, ograniczenia związane ze zbyt małą ilością materiału do wykonania sekwencji oddzielnych badań, długi czas oceny poszczególnych markerów.

Powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia Zespół ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ, prowadzi prace analityczne dotyczące możliwości wprowadzenia do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia bólu kręgosłupa, leczenia otyłości oraz kontynuacji leczenia pacjentów po przebytym leczeniu onkologicznym o ustabilizowanym przebiegu choroby.

Procedowany jest projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, gdzie dodaje się przepisy o trybie uzyskania statusu Ośrodka Ekspertckiego Chorób Rzadkich (OECR). Zgodnie z założeniami Planu dla Chorób Rzadkich, poprzez proponowane aktualnie zmiany w ustawie o świadczeniach, powstaną kolejne Ośrodki Ekspertckie dla Chorób Rzadkich (OECR). Zakłada się, że dzięki nominowaniu na OECR wyspecjalizowanych w diagnostyce i leczeniu chorób rzadkich komórek organizacyjnych podmiotów leczniczych, ośrodki te staną się lepiej rozpoznawalne, opieka nad pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej będzie lepiej skoordynowana, co w perspektywie ma oznaczać krótszą ścieżkę do postawienia właściwej diagnozy z wykorzystaniem właściwych badań diagnostycznych (odejdą koszty nietrafionych badań diagnostycznych) oraz krótszą ścieżkę do właściwego leczenia, jeżeli jest dostępne lub podstępowania podnoszącego jakość życia z daną chorobą (odejdą koszty leczenia powikłań wynikających z błędnego leczenia lub terapii wdrożonych zbyt późno).

Projekt wprowadzający OECR trafił do konsultacji publicznych 3 listopada – nr w wykazie: UD285 (konsultacje jeszcze się nie zakończyły). Sama procedura nominacji OECR nie generuje kosztów dla budżetu ani NFZ.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, gdzie dodaje się przepisy o Systemie dla Chorób Rzadkich trafił do konsultacji publicznych.

Dla skutecznego zarządzania obszarem chorób rzadkich ważna jest rzetelna informacja o skali problemu, zapotrzebowania na określoną opiekę zdrowotną oraz efektach podejmowanych działań terapeutycznych i profilaktycznych. Dlatego powstaje System dla Chorób Rzadkich zawierający Polski Rejestr Chorób Rzadkich, który również wynika z Planu dla chorób rzadkich i jest ważnym instrumentem poprawy opieki medycznej dla tej grupy chorych. Ponadto w ramach Systemu będzie generowana dla każdego indywidulanie Karta Pacjenta z Chorobą Rzadką, która będzie stanowić zasób informacji o pacjencie i specyfice jego choroby.

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad wydaniem nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z rehabilitacji, które są odpowiedzią na konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, poprzez określenie obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny i funkcjonalny świadczeniobiorcy, co ma ograniczyć nadmiarowość wystawianych skierowań, które nie zawsze korelują z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi.

Projekt stanowi efekt prac Zespołu do spraw rehabilitacji w skład, którego weszło szerokie grono interesariuszy z zakresu rehabilitacji leczniczej, a następnie poddania go analizie Zespołu eksperckiego z udziałem Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej i Konsultanta Krajowego w dziedzinie fizjoterapii.

Wypracowany kształt przepisów projektu rozporządzenia zawiera propozycje bezkosztowych zmian organizacyjnych. Najważniejsze z nich to:

- 1) zdefiniowanie kryteriów kwalifikacji do poszczególnych zakresów świadczeń, wskazujących „ścieżkę” pacjenta, poprzez odpowiednio dobrane, sparаметryzowane, jednolite dla wszystkich realizatorów skale medyczne i klasyfikacje medyczne (załącznik nr 6);

- 2) zwiększenie dostępności do rehabilitacji pulmonologicznej w trybie dziennym poprzez zniesienie wymogu wykorzystaniem metod subterraneoterapii;
- 3) usystematyzowanie organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych we wszystkich zakresach, w tym również wyodrębnienie stacjonarnej rehabilitacji dziecięcej, a także określenia maksymalnego i minimalnego czasu przyjęcia i terapii;
- 4) stworzenie alternatywy dla porady lekarskiej – poprzez wizytę fizjoterapeutyczną specjalisty fizjoterapii w rehabilitacji domowej – co pozwoli na „uwolnienie” tego zakresu świadczeń i zawieranie umów przez praktyki fizjoterapeutyczne;
- 5) dookreślenie wymagania związane z personelem i sprzętem.

Wejście w życie projektowanych przepisów zostało przewidziane na II półroczu 2026 roku.

W 2026 r. planowane jest też wdrożenie rozwiązań systemowych w zakresie żywienia w szpitalach tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego żywienia w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Natomiast w 2027 r. planowane jest wejście w życie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, które ma zastąpić obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262). Wydanie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej będzie odpowiedzią na konieczność zapewnienia dostępności dla chorych, do tej pory jej pozbawionych i będzie skutkowało z jednej strony zmniejszeniem niepotrzebnych hospitalizacji, a z drugiej poprawi jakość życia pacjentów, którzy do tej pory nie kwalifikowali się do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Powyżej przedstawione informacje odnośnie realizowanych jak i projektowanych rozwiązań systemowych z użyciem innowacyjnych modeli organizacyjnych jak i spersonalizowanych metod leczenia oraz diagnostyki w ramach świadczeń gwarantowanych w poszczególnych dziedzinach, potwierdzają implementację do systemu opieki zdrowotnej w Polsce pozytywnych rozwiązań, mających wpływ na działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia świadczeniobiorców w trakcie jak i po zakończonym leczeniu, przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniej jakości realizowanych świadczeń.

#### **4. Planowane działania w obszarze bezpieczeństwa lekowego.**

W zakresie refundacji produktów leczniczych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzanych z zagranicy w trybie importu docelowego planowane są zmiany legislacyjne, polegające na wprowadzeniu terminu, w którym Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest zobowiązany do wydania rekomendacji w zakresie oceny zasadności refundacji, co skróci termin zakończenia postępowań o refundację indywidualną. Przewiduje się m.in. zawężenie przesłanek ustawowych, na podstawie których Minister Zdrowia odmawia wydania zgody na refundację, poprzez wskazanie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jako materiału dowodowego zebranego w sprawie, nie determinującego obligatoryjnie rozstrzygnięcia Ministra Zdrowia. Projektowane przepisy zakładają także możliwość uzyskania refundacji dla leków sierocych, które stosowane są w chorobach rzadkich, dla których w obowiązującym porządku prawnym uzyskanie refundacji było utrudnione lub niemożliwe.

Planowane są również zmiany legislacyjne polegające na usunięciu wątpliwości interpretacyjnych dotyczących wystawiania recept na import docelowy poprzez wskazanie możliwości przepisania dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnej ilości produktu

lecniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zgodnej z zapotrzebowaniem na sprowadzenie z zagranicy. Dodatkowo proponuje się rozdzielenie terminów realizacji recept na produkty lecznicze dopuszczone do obrotu przez Ministra Zdrowia na czas określony oraz na produkty leczniczy lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy dla pacjenta na podstawie zapotrzebowania, z uwzględnieniem specyfiki procedury importu.

Planowane są zmiany w zakresie ustawy o Funduszu Medycznym poprzez doprecyzowanie zapisu art. 33 ust. 2 ustawy wobec wynikających w praktyce problemów interpretacyjnych. Dodatkowo przewidywane są zmiany w funkcjonowaniu procedury RDTL, o której mowa w art. 47d i nast. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Priorytetowym w obszarze refundacji jest poszerzenie dostępu i podnoszenie standardu terapii farmakologicznych udostępnianych w ramach środków publicznych polskim Pacjentom. Cel ten realizowany jest poprzez decyzje podejmowane w zakresie objęcia refundacją nowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz modyfikacja zakresu wskazań w jakich te produkty są już finansowane. Istotnym w tym obszarze jest również systematyczne skracanie czasu prowadzenia postępowań administracyjnych dotyczących refundacji.

Okres 2023-2025 charakteryzuje się dużą dynamiką zmian skutkujących poprawą dostępu do terapii dla polskich pacjentów. Ministerstwo Zdrowia ze szczególną uwagą odnosi się do tych obszarów, które charakteryzują się najmniejszą liczbą dostępnych opcji terapeutycznych i przez swoje działania stara się wyrównywać dostęp do terapii w różnych obszarach medycyny. W ww. okresie refundacją ze środków płatnika publicznego objęto 432 (w tym 152 w 2025 r.) nowe terapie (tzw. cząsteczkowskazania, które stanowią określenie dla substancji czynnej stosowanej w danym wskazaniu klinicznym) z czego 174 terapie dotyczyły obszaru onkologii. Dla porównania w latach 2012-2021 objęto refundacją w sumie ok. 400 terapii.

We wskazanym okresie Minister Zdrowia przy udziale Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prowadził prace dotyczące wykazu leków o ugruntowanej skuteczności w obszarze kardiologii (publikacja wykazu październik 2024 r.) oraz onkologii (publikacja wykazu maj 2025 r.), które to dziedziny mają charakter priorytetowy dla Ministra Zdrowia z uwagi na fakt, iż przyczyny kardiologiczne oraz choroby nowotworowe nadal pozostają głównymi przyczynami śmiertelności w populacji polskiej. Aktualnie Minister Zdrowia kończy prace dotyczące kolejnego wykazu, tym razem z obszaru ginekologii i endokrynologii z elementami reumatologii. Prace w powyższym zakresie są możliwe dzięki nowej ścieżce administracyjnej wprowadzonej do aktualnego porządku prawnego ustawą z 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o *refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw*, która weszła w życie 1 listopada 2023 r. Zarówno w roku 2023, 2024 i 2025 Minister Zdrowia opublikował wykazy leków o wysokim poziomie innowacyjności, które to leki podlegają finansowaniu ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego, a następnie przeprowadził postępowania administracyjne (10) w odniesieniu do leków, dla których podmioty odpowiedzialne lub ich przedstawiciele przedłożyli wnioski o objęcie refundacją i ustaleniu ceny zbytu netto. W efekcie zakończenia postępowań refundacją zostało objętych w tym trybie 9 cząsteczkowskazania zaś jedno postępowanie jest w toku.

Minister Zdrowia dokonał również licznych zmian w zakresie kategorii dostępności leków z programu lekowego na katalog chemioterapii, co miało na celu zarówno poprawę dostępności terapii dla pacjentów jak i uproszczenie procedur dla świadczeniodawców. Z urzędu inicjowane były również liczne postępowania dotyczące objęcia refundacją wskazań pozarejestryjnych, czyli nie wynikających z zakresu zarejestrowanych wskazań dla danej substancji czynnej, co ma również istotny wpływ na zwiększenie dostępu do różnych terapii finansowanych ze środków publicznych.

Na uwagę, szczególnie w kontekście coraz częściej dyskutowanej kwestii bezpieczeństwa lekowego nie tylko Polski, ale i całej UE, zasługuje kwestia mechanizmu dedykowanego

przedsiębiorcom z branży farmaceutycznej, którzy wytwarzają leki na terytorium RP (lista G1) lub wytwarzają leki z substancji czynnych wytworzonych na terytorium RP (lista G2). Na podstawie art. 13a ustawy o *zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw* wprowadzono możliwość ubiegania się o status tzw. „polskiego leku” z czym wiążą się korzyści o charakterze administracyjnym lub ekonomicznym, a także obniżona zapłata pacjenta za leki z takim statusem – odpowiednio o 10% lub 15% wysokości zapłaty świadczeniobiorcy. Wg stanu na 1 października 2025 r. wykaz G1 liczy 682 pozycje (kody identyfikujące GTIN) natomiast wykaz G2 liczy 37 pozycji (kody identyfikujące GTIN). W 2025 r. Minister Zdrowia prowadził również prace koncepcyjne i merytoryczne nad systemem automatycznie określającym należyty poziom refundacji za lek na recepcie, co było jednym z postulatów Zespołu ds. preskrypcji i realizacji recept na leki gotowe i recepturowe, który działał w Ministerstwie Zdrowia w 2024 i 2025 r.

W kolejnych latach w zakresie obszaru refundacyjnego planowane są działania mające na celu dalsze poszerzenie opcji terapeutycznych dostępnych w ramach wykazu *refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*. Opublikowane zostaną listy technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności oraz wykazy technologii o ugruntowanej skuteczności w kolejnych obszarach medycyny. Planowane jest również znowelizowanie rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie a także dokonywanie systematycznych przeglądów, modyfikacji/aktualizacji istniejących programów lekowych w świetle zmieniających się wytycznych i postępu wiedzy medycznej. Minister Zdrowia planuje również przygotowanie nowej wersji dokumentu strategicznego dotyczącego polityki lekowej państwa oraz wdrożenie narzędzia automatycznego nadawania poziomu refundacji na receptach.

W 2026 r. planowane jest zakończenie prac legislacyjnych, rozpoczętych pod koniec maja 2024 r. i skierowanie do sejmu projektu ustawy o *zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw* (UD187), zwanego dalej „projektem”.

Projekt ten ma wprowadzić liczne zmiany w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, które mają na celu z jednej strony usunąć wątpliwości interpretacyjne co do obecnych przepisów, a z drugiej strony zmienić niektóre rozwiązania w kierunku lepszego zaopatrzenia świadczeniobiorców w refundowane produkty przez lepsze zabezpieczenie dostępności produktów. Projekt zawiera zmiany w kierunku bardziej elastycznego, przejrzystego i przyjaznego systemu refundacyjnego, który lepiej odpowiada na potrzeby wszystkich uczestników systemu refundacyjnego. W projekcie przygotowano szereg korzyści w zakresie systemu refundacyjnego:

1. Urzeczywistnienie deklaracji dostępności produktów do potrzeb rynku.
2. Pewność obrotu w kontekście wcześniej podpisanych umów na dystrybucję leków.
3. Zmniejszenie wymogów formalnych dla Wnioskodawców.
4. Szybsze postępowania administracyjne.
5. Sprawniejsze negocjacje cenowe.
6. Prostsze i czytelniejsze przepisy.
7. Większa przejrzystość.

Projektowane zmiany, przyspieszą proces refundacji – mniej biurokracji, prostsze procedury, odciążenie świadczeniodawców i administracji.

Projekt zawiera wiele propozycji deregulacyjnych. Jest odpowiedzią na wnioski kierowane do Ministra Zdrowia od przedsiębiorców obecnych na rynku farmaceutycznym, świadczeniobiorców i innych grup społecznych, na których funkcjonowanie wpływają przepisy ustawy o refundacji.

## **5. Działania zmierzające do wprowadzenia kolejnych rozwiązań cyfrowych dla sektora ochrony zdrowia.**

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad kolejnymi, innowacyjnymi i niezbędnymi rozwiązaniami cyfrowymi dla sektora ochrony zdrowia, w tym dostosowując do nich obowiązujące prawo.

W zakresie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia, (projekt ustawy), Ministerstwo Zdrowia planuje wdrożenie kolejnych po Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (e-receptach, e-skierowaniach, e-zleceniach na wyroby medyczne), Internetowym Koncie Pacjenta, instrumentów prawnych w zakresie ochrony zdrowia, które pozwolą na zapewnienie sprawnego i efektywnego działania systemu ochrony zdrowia, a z perspektywy usługobiorcy umożliwienie lepszego dostępu do danych, które ich dotyczą, i rozszerzą możliwości korzystania z funkcjonalności systemu informacji w ochronie zdrowia.

W celu wsparcia pacjenta w działaniach ułatwiających mu zaangażowanie się we własne zdrowie, usprawniających funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia i poprawiających komunikację pomiędzy pacjentem a pracownikami medycznymi, realizowany jest dalszy rozwój portalu pacjent.gov.pl, IKP oraz aplikacji mobilnej mojejIKP. Rozwój tych rozwiązań umożliwi pacjentowi dostęp do jeszcze większej ilości spersonalizowanych informacji na temat swojego stanu zdrowia i członków rodziny, informacji wspierających profilaktykę, zdrowy styl życia, zachęcających do udziału w programach profilaktycznych i badaniach okresowych.

## **6. Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia (EPDZ).**

Jednym z priorytetów MZ w latach 2025-2027 będzie wdrożenie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2025/327 z dnia 11 lutego 2025 r. w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia oraz zmiany dyrektywy 2011/24/UE i rozporządzenia (UE) 2024/2847. Część przepisów tego rozporządzenia zacznie obowiązywać w marcu 2027 r.

## **7. Zmiany legislacyjne.**

- Obecnie są procedowane zmiany legislacyjne w zakresie dotyczącym rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, które mają na celu m. in. poszerzenie katalogu chorób zakaźnych, przeciw którym przeprowadza się obowiązkowe szczepienia ochronne, o zakażeniu ludzkim wirusem brodawczaka (HPV).
- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (MZ 1820). Obecnie są prowadzone prace na rzecz elektronicznej Karty szczepień.
- Prowadzone są prace legislacyjne projektów aktów prawnych Ministra Zdrowia, procedowanych w trybie inicjatywy deregulacyjnej – cyfryzacja dokumentów medycyny pracy. Ich podstawowym celem jest funkcjonowanie w formie elektronicznej orzeczeń lekarskich związanych z badaniami wstępnymi, okresowymi i kontrolnymi, o których mowa w Kodeksie pracy. Ponadto mając na uwadze dostępność danych i informacji zawartych w IKP, w projektowanych przepisach uwzględniona została możliwość informowania przez lekarza medycyny pracy w ramach ww. badań o zaleceniach, które będą mogłyby być wykorzystane na pozazawodowe aspekty zdrowia pracownika i podjęcia przez niego działań profilaktycznych, jak i poprzez podmioty lecznicze udzielające pracownikowi innych świadczeń zdrowotnych.
- Projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym – prowadzone są prace nad zasadniczą reformą systemu koordynacji zdrowia publicznego, której celem jest podniesienie rangi zdrowia publicznego w polityce państwa, usprawnienie

zarządzania na poziomie centralnym i lokalnym oraz zapewnienie stabilnego finansowania działań profilaktycznych.

- Narodowy Program Zdrowia - Trwają prace nad przedłużeniem Narodowego Programu Zdrowia 2021–2025 do końca 2026 roku, aby zapewnić kontynuację najważniejszych interwencji w okresie przejściowym. To pozwoli uniknąć przerw w realizacji działań profilaktycznych, zanim wejdą w życie nowe przepisy ustawy o zdrowiu publicznym. Kolejny NPZ na wieloletnią perspektywę, celem zachowania komplementarności i podniesienia skuteczności nowej polityki zdrowia publicznego, zostanie przygotowany w oparciu o zmienioną ustawę o zdrowiu publicznym.

## 8. Działania na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom.

Ograniczanie spożycia napojów alkoholowych i poprawa sytuacji zdrowotnej w tym zakresie w dalszym ciągu będzie przedmiotem szczególnej uwagi Ministerstwa Zdrowia. Jedynie podejmowanie dalszych, konsekwentnych i obejmujących różne polityki publiczne oddziaływań o potwierdzonej skuteczności może skutkować utrzymaniem trendu spadkowego w zakresie spożycia alkoholu, a tym samym poprawą sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Kontynuowane będą prace legislacyjne zakładające rozwiązania mające na celu ograniczenie reklamy i promocji napojów alkoholowych oraz zmniejszenie dostępności alkoholu, a w konsekwencji – zmniejszenie jego wysokiego spożycia. Planowana jest także kontynuacja działań informacyjno-edukacyjnych odnośnie do szkodliwości spożywania alkoholu.

W temacie przeciwdziałania narkomanii, projektowana ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (UD85), została opracowana ze względu na potrzebę zmiany przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, w zakresie:

1. posiadania przez upoważnione jednostki nowych substancji psychoaktywnych;
2. umożliwienia spełnienia międzynarodowych wymogów przez medyczne zespoły ratunkowe niosące pomoc osobom poszkodowanym w wyniku klęsk żywiołowych lub katastrof;
3. dostosowania odpowiednich przepisów do postanowień Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, sporządzoną w Wiedniu dnia 20 grudnia 1988 r. (Dz. U. z 1995 r. poz. 69), która została ratyfikowana przez Rzeczpospolitą Polską;
4. zmiany nazwy Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii na Agencję Unii Europejskiej do spraw Narkotyków w związku z wejściem w życie z dniem 2 lipca 2024 r. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2023/1322 z dnia 27 czerwca 2023 r. w sprawie Agencji Unii Europejskiej ds. Narkotyków (EUDA) i uchylecia rozporządzenia (UE) nr 1920/2006 (Dz. Urz. UE L 166, z 30.06.2023, str. 6);
5. organizacji leczenia substytucyjnego;
6. regulacji dotyczących upraw i obrotu konopiami włóknistymi oraz produktami z nich wytworzonymi.

Kluczową zmianą ujętą w ww. projekcie jest poszerzenie istniejącego modelu opieki i leczenia substytucyjnego o rozwiązania uzupełniające dedykowane pewnej części populacji objętej programami leczenia substytucyjnego, ale przede wszystkim nowym pacjentom, którzy obecnie nie leczą się substytucyjnie z uwagi na ograniczoną dostępność. Proponowane przepisy dają możliwość wystawiania recept na leki substytucyjne w ramach ordynacji lekarskiej produktów leczniczych zawierających substancję czynną buprenorfinę. W konsekwencji projektowana regulacja przyczyni się do zwiększenia liczby osób leczących się z powodu uzależnienia od opioidów.

W zakresie regulacji dot. upraw i obrotu konopiami włóknistymi oraz produktami z nich wytworzonymi należy wskazać, że ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii wskazuje możliwe cele uprawy konopi włóknistych, w tym m. in. na cele spożywcze, lecz nie zawiera przepisu, który zabraniałby wprowadzania do obrotu lub wykorzystywania produktów z konopi włóknistych w celach innych niż wskazane w tej ustawie. Brak szczelności przepisów w 5 tym zakresie spowodował sytuację, której efektem jest obrót i sprzedaż konsumentom produktów niewiadomego pochodzenia, które mogą być szkodliwe dla zdrowia, powodować stan odurzenia oraz mieć potencjał uzależniający. Brak jest również przepisów umożliwiających stosowanie produktów z konopi jako wyrobów tytoniowych i wyrobów ziołowych do palenia. Projektowane przepisy wpłyną na zmniejszenie dostępności na polskim rynku konopi włóknistych i produktów z nich wytworzonych, sprzedawanych z przeznaczeniem do palenia lub wdychania bez spalania i w konsekwencji tego zwiększona zostanie ochrona zdrowia publicznego i zdrowia osobistego osób zażywających takie substancje lub potencjalnych ich nabywców.

W odniesieniu do kwestii ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, opracowano projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (UD213). Projekt obecnie jest przedmiotem obrad SKRM. Ustawa wprowadza zakaz sprzedaży jednorazowych elektronicznych papierosów oraz aromatów w woreczkach nikotynowych. Ponadto w projekcie zaproponowano dodanie art. 11c ust. 1a, który daje organom nadzoru (Inspekcji Handlowej i Państwowej Inspekcji Sanitarnej) możliwość przeprowadzenia weryfikacji zgodności papierosów elektronicznych i pojemników zapasowych z wymogami technicznymi, które zostały określone w art. 11c ust. 1 ustawy tytoniowej w laboratoriach należących do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Farmaceutycznej, lub Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego. Pozwoli to organom nadzoru na skuteczne sprawowanie nadzoru nad składem płynu zawartego w tych wyrobach.

Dodatkowo w celu umożliwienia identyfikacji dokumentacji zgłoszeniowej podlegającego sprawdzeniu w laboratorium papierosa elektronicznego i pojemnika zapasowego zaproponowano zmianę art. 11c ust. 3 przez wprowadzenie obowiązku zamieszczania na opakowaniu tych wyrobów identyfikatora E-papierosa (EP-ID) w rozumieniu decyzji wykonawczej Komisji (UE) 2015/2183 z dnia 24 listopada 2015 r.

## **9. Opracowanie projektu „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, polityki publicznej do roku 2030”.**

Przyjęcie ww. Programu ma stanowić realizację założeń Globalnego Planu działania odnoszącego się do odpowiedzi zdrowia publicznego na demencję na lata 2017–2025, zatwierdzonego przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w Genewie w 2017 r. (jego realizację przedłużono do 2031 r.), oraz krajowych dokumentów strategicznych, a także odpowiedź na zachodzące procesy demograficzne.

Program gromadzi działania aktualnie prowadzone na rzecz osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich, a także wspiera wypracowanie nowych rozwiązań – stanowiących efekt współpracy międzyresortowej oraz dialogu strony rządowej ze stroną społeczną – które powinny wpłynąć na poprawę jakości życia i funkcjonowania osób chorych i ich opiekunów. Program wszedł w życie 18 grudnia 2025 r.

### **Pytanie nr IV. Jakie wskaźniki lub kryteria zostały przyjęte do oceny skuteczności i efektywności działań podejmowanych przez resort?**

#### **Odpowiedź na pytanie nr IV.**

W dniu 31 grudnia 2024 roku Minister Zdrowia opublikował obwieszczenie w sprawie aktualizacji Krajowego Planu Transformacji na lata 2022–2026 ([https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\\_MZ/2024/146/akt.pdf](https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2024/146/akt.pdf)). Zaktualizowany dokument

obowiązuje od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2026 r. i stanowi spójne i kompleksowe narzędzie wdrożeniowe dla mapy potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym.<sup>1</sup>

Zaktualizowany KPT obejmuje:

- szczegółowy katalog działań w kluczowych obszarach systemu ochrony zdrowia (m.in. demografia, epidemiologia, POZ, AOS, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna, rehabilitacja, opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna),
- skonkretyzowane wskaźniki monitorujące realizację założeń planu, wraz z określeniem odpowiedzialności, kosztów i oczekiwanych rezultatów.

Dzięki corocznej publikacji wartości wskaźników, KPT zapewnia rzetelny mechanizm oceny skuteczności i efektywności podejmowanych przez resort działań. Zaktualizowany dokument to najlepsze dostępne narzędzie analityczno-raportowe, odzwierciedlające:

- aktualizowane na bieżąco dane o realizacji celów,
- integralność przyjętych kryteriów oceny,
- spójną wizję strategiczną w zakresie polityki zdrowotnej.

Podobną funkcję planistyczną (w krótkim horyzoncie czasowym) pełni Plan działalności Ministra Zdrowia, który jest przygotowywany corocznie, a następnie publikowane jest sprawozdanie z jego realizacji. Plany działalności na lata 2025 oraz 2026 najlepiej odzwierciedlają założenia aktualnego rządu w obszarze zdrowia i stanowią istotne narzędzie do monitorowania realizacji polityki zdrowotnej. Opublikowane plany oraz sprawozdania z ich realizacji dostępne są pod linkiem:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/plan-dzialalnosci>

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

---

<sup>1</sup> [Krajowy Plan Transformacji - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl](https://www.gov.pl/web/zdrowie/plan-dzialalnosci)