



# Minister Zdrowia

---

DLU.050.7.2026.EW  
Warszawa, 21 kwietnia 2026

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

*Szanowny Panie Marszałku,*

W związku z interpelacją Pana Janusza Cieszyńskiego, Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie wielokrotnych zapisów na wizyty u lekarzy specjalistów i nieodwoływania wizyt w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (nr 16235), przesłaną przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 1 kwietnia 2026 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odnosząc się do pytania *czy obecne przepisy i systemy informatyczne NFZ pozwalają pacjentowi na jednoczesne zapisanie się do kilku lekarzy tej samej specjalizacji* uprzejmie informuję, że zgodnie z zasadą określoną w art. 20 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) niedopuszczalne jest wpisanie się dwa razy na listę oczekujących na to samo świadczenie. Przy czym, w przypadku świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej „to samo świadczenie” oznacza świadczenie tej samej poradni dla pacjenta z określoną jednostką chorobową.

Należy podkreślić, że dla większości świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadku których wymagane jest skierowanie, wyłączenie możliwości dokonywania wielokrotnego wpisu na listę oczekujących na to samo świadczenie odbywa się już na poziomie realizacji elektronicznego skierowania. Nawet jeżeli pacjent otrzyma kilka e-skierowań na to samo świadczenie, to w przypadku próby wpisania na listę, system informatyczny blokuje możliwość rejestracji kolejnego takiego samego e-skierowania.

Natomiast w przypadku, gdy skierowanie dotyczy leczenia innej jednostki chorobowej, pacjent może - na podstawie dwóch skierowań z różnymi rozpoznaniem - zostać wpisany na dwie listy oczekujących.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące *liczby nieodwołanych wizyt u lekarzy specjalistów w 2025 r.* uprzejmie informuję, że analizy w tym zakresie mogą być prowadzone tylko dla tych świadczeń, na które listy oczekujących prowadzone są centralnie w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia (tj. w aplikacji AP – KOLCE), gdyż tylko ten system zapewnia dostęp do danych wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń z danego zakresu. Analizy takie nie są prowadzone w podziale na kwartały, ale podsumowujące cały rok.

Na podstawie analizy informacji zawartych w aplikacji AP– KOLCE, z zestawienia danych dotyczących liczby osób, które oczekiwały na świadczenie pierwszorazowe z liczbą osób skreślonych z listy oczekujących z powodu niestawienia się na świadczenie, wynika, że

w roku 2025 problem nieodwoływania zaplanowanych świadczeń dotyczył 6,74% zaplanowanych świadczeń (w zależności od rodzaju świadczenia – od 0,08 % do 10%). Szczegółowe dane dotyczące odsetka zaplanowanych świadczeń, w przypadku których pacjenci nie zgłosili się w wyznaczonym terminie przedstawiono w tabeli stanowiącej załącznik do interpelacji.

Odpowiadając na pytanie dotyczące analiz mających na celu możliwość obciążania pacjentów opłatą za nieodwołanie wizyty należy wskazać, że takie rozwiązanie nie jest rozważane, przede wszystkim ze względu na możliwy negatywny wpływ w postaci dysproporcji w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia dostrzega negatywny wpływ na system ochrony zdrowia wynikający z nieodwoływania przez pacjentów wyznaczonych porad i od lat podejmuje działania w celu ograniczenia liczby takich przypadków. W zakresie sankcji za niestawienie się od 1 stycznia 2015 r. wprowadzono zasadę, że zawinione przez świadczeniobiorcę niezgłoszenie się w ustalonym terminie w celu uzyskania świadczenia skutkuje skreśleniem z listy. Jest to daleko idąca dolegliwość, gdyż wiąże się z koniecznością ponownego wpisania na listę i oczekiwania na nowy termin. Natomiast wprowadzenie opłat w głównej mierze wpłynęłyby negatywnie na osoby w trudnej sytuacji ekonomicznej (dla których stanowiłoby to poważne obciążenie) albo przewlekle chorych (którzy statystycznie częściej korzystają ze świadczeń, i prawdopodobieństwo niestawienia się na świadczenia jest większe), co w obu przypadkach skutkowałoby niepożądanym efektem w postaci ograniczenia (utrudnienia) dostępu do świadczeń.

Ponadto nie ma badań, które jednoznacznie potwierdziłyby wpływ wprowadzenia opłat na zmniejszenie skali nieodwoływanych wizyt. Przykładowo, w Danii wprowadzono takie opłaty w formie pilotażu, ale ze względu na brak efektów, nie zdecydowano się na ich wprowadzenie na stałe.

Co więcej w większości opracowań międzynarodowych podkreśla się, że wprowadzenie opłat powinno być postrzegane jako środek ostateczny, który powinien być poprzedzony działaniami mającymi na celu wyeliminowanie najczęstszych przyczyn niestawienia. Dotyczy to dwóch sytuacji - przypadków, w których brak odwołania wynika z przeoczenia (zapomnienia o terminie wizyty, co jest tym częstsze im odleglejszy jest wyznaczony termin) oraz z problemów z komunikacją ze świadczeniodawcą (szybkim skontaktowaniem się ze świadczeniodawcą). W związku z powyższym podejmowane działania nakierowane są na wyeliminowanie powyższych przyczyn. Od 1 lipca 2019 r. wprowadzono rozwiązanie, zgodnie z którym Narodowy Fundusz Zdrowia ma obowiązek wysyłania SMS-a zawierającego informację o zbliżającym się terminie (dotyczy to tych świadczeń, których harmonogramy prowadzone są za pomocą aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

Należy dodać, że także świadczeniodawcy z własnej inicjatywy podejmują działania (głównie poprzez sms-y lub telefoniczne rozmowy) w celu upewnienia się, że pacjent potwierdza chęć odbycia porady oraz tak planują harmonogram przyjęć, aby uwzględnić wynikający z dotychczasowej praktyki procent niestawiających się pacjentów i uniknąć niewykorzystania posiadanych zasobów.

W przypadku innych identyfikowanych przyczyn wynikających z niemożliwych do przewidzenia wypadków losowych (takich jak nagłe zachorowanie, niemożności załatwienia zastępstwa w przypadku osób opiekujących się dziećmi lub osobami niepełnosprawnymi, nieuzyskanie dnia wolnego czy opóźnień w transporcie) wprowadzanie opłat byłoby dodatkową dolegliwością dla pacjenta, mimo, że wystąpiły czynniki od niego niezależne.

Dodatkowo należy wskazać, że systemy innych krajów, w których obowiązują opłaty za niestawiennictwo, różnicują stawkę w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego pacjenta, rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej (np. w Norwegii wykluczone z opłat są świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień), a do pobierania kar wykorzystują już funkcjonujący system ściągania opłat. Przy tym należy wskazać, że ze względu na słabe oddziaływanie, często opłaty za niestawienie stale wzrastają. Podobnie w przypadku wprowadzenia opłaty w polskim systemie ochrony zdrowia wystąpiłyby trudności w ustaleniu właściwej wysokości opłaty i jej różnicowania w zakresie przyczyny niestawienia się oraz uwzględnienia statusu ekonomicznego pacjenta, gdyż jak wskazano powyżej zbyt wysoko ustalona opłata mogłaby negatywnie wpłynąć na osoby najbardziej potrzebujące. Ponadto dla celów pobierania opłaty świadczeniodawcy musieliby wdrożyć system pobierania i egzekwowania opłat za niestawienie się na świadczenie co oprócz dodatkowych obciążeń biurokratycznych mogłoby oznaczać także obciążenia finansowe, jeżeli koszty egzekwowania tych opłat przewyższałyby wpływy z ich pobierania (przede wszystkim w przypadku ustalenia opłaty na niskim poziomie). Podsumowując, obecnie działania są skierowane na zbudowanie mechanizmów przypominających pacjentom o zbliżającym się terminie świadczenia oraz zapewniających prosty sposób kontaktu ze świadczeniodawcą w celu powiadomienia o rezygnacji z tego świadczenia. Podejmowane są także działania mające na celu podniesienie świadomości pacjentów odnośnie negatywnych skutków nieodwoływania porad, jak np. prowadzona od października 2022 r. kampania #ODWOLUJE #NIEBLOKUJE, której patronami honorowymi są m.in. Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zmniejszenie liczby nieodwoływanych wizyt jest także jednym z celów wprowadzenia rozwiązań w zakresie centralnej elektronicznej rejestracji. Powyższy cel powinien zostać osiągnięty dzięki wdrożeniu narzędzi ułatwiających pacjentowi odwołanie (i zmianę) terminu świadczenia. System CER zapewnia nie tylko możliwość samodzielnego umawiania się na wybrane świadczenia - bez wychodzenia z domu, w każdej chwili przez IKP (Internetowe Konto Pacjenta), aplikację mojeIKP lub przez Infolinię, ale także wygodną możliwość odwołania wizyty lub zmiany terminu. Ponadto CER ułatwia sprawdzanie na bieżąco terminów wizyt i przypomina o terminie wizyty w sposób wskazany przez pacjenta (powiadomienia push, sms lub e-mail).

Obecnie przez IKP/mojeIKP można umówić oraz odwołać wizytę pierwszorazową do kardiologa oraz na badania profilaktyczne (program profilaktyki raka piersi i profilaktyki raka szyjki macicy). Dotychczas, poprzez IKP/mojeIKP odwołano ponad 50 tys. wizyt dzięki czemu inni pacjenci mogli skorzystać z odzyskanych terminów (z tego ponad 13 tys. w zakresie kardiologii, ponad 8,6 tys. mammografii i prawie 29 tys. badań cytologicznych).

Od 1 sierpnia 2026 r. centralna elektroniczna rejestracja obejmie kolejne osiem zakresów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (endokrynologię, choroby naczyń, choroby zakaźne, choroby płuc, immunologię, nefrologię, hepatologię, neonatologię) i zakres ten będzie systematycznie poszerzany.

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

Załącznik Odsetek skreśleń z listy oczekujących z powodu niestawienia się pacjenta – dane za 2025 r.

nazwa świadczenia	liczba skreśleń (ogółem)	liczba skreśleń (niezgłoszenie się przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć w ustalonym terminie udzielenia świadczenia - kod 8)	liczba skreśleń (wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę - kod 1)	odsetek skreśleń z kodem 8
rezonans magnetyczny	2 542 466	2 271 356	40 842	1,61%
tomografia komputerowa	1 834 861	1 664 087	44 569	2,43%
gastroskopia	657 847	551 482	28 395	4,32%
kolonoskopia	719 027	577 384	28 467	3,96%
zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	312 622	277 010	5 760	1,84%
zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia)	22 978	19 816	567	2,47%
operacje jaskry	6 341	5 403	200	3,15%
operacje jaskry z zaćmą	2 600	2 170	58	2,23%
operacje plastyczne oka	19 693	15 387	918	4,66%
wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka	1 828	1 278	2	0,11%
wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego	1 258	1 206	1	0,08%
usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka)	27 607	25 434	659	2,39%
pomosty dla rewaskularyzacji serca	5 109	4 607	22	0,43%
operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego botalla	509	470	3	0,59%
przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca	3 893	3 441	19	0,49%
kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów	1 008	955	15	1,49%

nazwa świadczenia	liczba skreśleń (ogółem)	liczba skreśleń (niezgłoszenie się przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć w ustalonym terminie udzielenia świadczenia - kod 8)	liczba skreśleń (wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę - kod 1)	odsetek skreśleń z kodem 8
zamykających				
operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym	8 291	7 268	72	0,87%
przecewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka	627	521	11	1,75%
świadczenia z zakresu onkologii	1 497 452	1 172 235	102 500	6,84%
świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	4 765 265	3 702 974	492 852	10,34%
świadczenia z zakresu kardiologii	3 921 432	3 098 564	304 666	7,77%
świadczenia z zakresu endokrynologii	1 786 510	1 446 200	138 284	7,74%
świadczenia z zakresu neurologii	2 506 247	2 012 677	206 058	8,22%
świadczenia z zakresu urologii	1 671 080	1 382 094	112 954	6,76%
świadczenia z zakresu nefrologii	308 309	252 708	22 618	7,34%
świadczenia z zakresu okulistyki	3 215 354	2 684 614	208 728	6,49%
świadczenia z zakresu gruźlicy i chorób płuc	978 520	803 013	73 818	7,54%
świadczenia z zakresu otolaryngologii	1 711 559	1 389 449	139 515	8,15%
świadczenia z zakresu diabetologii	857 029	714 908	60 419	7,05%
świadczenia z zakresu gastroenterologii	362 235	283 323	35 671	9,85%
rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	191 980	149 729	2 249	1,17%
rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	37 449	32 125	519	1,39%
rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	14 440	11 776	199	1,38%
rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych	29 551	26 027	281	0,95%
kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	669	612	17	2,54%

nazwa świadczenia	liczba skreśleń (ogółem)	liczba skreśleń (niezgłoszenie się przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć w ustalonym terminie udzielenia świadczenia - kod 8)	liczba skreśleń (wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę - kod 1)	odsetek skreśleń z kodem 8
fizjoterapia ambulatoryjna	3 196 584	2 640 130	182 013	5,69%
fizjoterapia domowa	231 814	182 544	2 631	1,13%
endoprotezoplastyka stawu biodrowego	71 461	51 300	1 941	2,72%
rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego	5 149	3 996	122	2,37%
endoprotezoplastyka stawu kolanowego	64 897	40 693	2 490	3,84%
rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego	3 375	2 630	55	1,63%
zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia)	13 069	11 876	251	1,92%
wycięcie macicy (histerektomia)	16 414	14 334	452	2,75%
leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	27 934	22 507	2 178	7,80%
leczenie pacjentów z chorobami siatkówki	70 483	54 170	6 572	9,32%
leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu c	6 119	5 439	201	3,28%