



# Minister Zdrowia

---

ASG.050.87.2026  
Warszawa, 28 kwietnia 2026

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 16241 w sprawie wydłużających się kolejek do świadczeń zdrowotnych oraz skutków opóźnień w dostępie do leczenia, złożoną przez Pana Posła Roberta Warwasa i grupę posłów, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

**1. Jakie działania podejmuje Ministerstwo Zdrowia w celu:**

- a) skrócenia kolejek do świadczeń medycznych,**
- b) poprawy dostępności do specjalistów,**
- c) ochrony pacjentów najbardziej narażonych na skutki opóźnień.**

Zarówno Ministerstwo Zdrowia jak Narodowy Fundusz Zdrowia systematycznie badają dostępność do poszczególnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych i w razie konieczności na bieżąco podejmowane są działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń. Przykładem takiego działania jest wprowadzenie rozwiązania systemowego mającego na celu poprawę dostępności do świadczeń ambulatoryjnych dla pacjentów pierwszorazowych poprzez motywowanie świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w łącznej liczbie udzielonych świadczeń ambulatoryjnych. Wspomiane rozwiązanie polega na dokonaniu modyfikacji zasad finansowania świadczeń w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawców poziomu udziału procentowego świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie, zgodnie z Zarządzeniem nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Ponadto aktualnie toczą się prace nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które wprowadza możliwość realizacji świadczeń w ramach elastycznej organizacji. Powyższe ma dotyczyć świadczeń, których czas realizacji ze względu na ich specyfikę nie przekracza 12 godzin. Z uwagi na fakt, że priorytetem zawsze pozostaje bezpieczeństwo pacjenta, świadczeniodawca – w razie konieczności – jest obowiązany zapewnić całonocowy dostęp do hospitalizacji. Pacjenci, w przypadku których konieczne okaże się przedłużenie pobytu w szpitalu, będą przyjmowani na dotychczasowych zasadach. Oczekuje się, że omawiane rozwiązanie przyczyni się do racjonalizacji wykorzystania zasobów ochrony zdrowia, w tym kadry medycznej. Możliwość realizacji

świadczeń w ramach elastycznej organizacji stanowić będzie uzupełnienie obecnie stosowanych trybów - od decyzji klinicznej będzie zależało, w jakim trybie pacjent będzie przyjęty.

Jednocześnie wprowadzenie omawianego rozwiązania ma przyczynić się do zwiększenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia z zakresu szpitalnego - poprzez możliwość bardziej racjonalne wykorzystanie zasobów szpitala.

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

Projekt OPŚ ma na celu poprawę dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia poprzez przesunięcie części usług z leczenia szpitalnego na poziom ambulatoryjny i POZ, zwiększenie dostępności badań diagnostycznych w AOS oraz zastąpienie hospitalizacji kilkudniowych jednodniowymi tam, gdzie to możliwe. Reforma uporządkuje ścieżkę pacjenta, odciąży poradnie i szpitale, a pacjenci będą leczeni na właściwym poziomie systemu, co poprawi dostęp do procedur wysokospecjalistycznych. Projekt zakłada także zwiększenie liczby wizyt pierwszorazowych u specjalistów poprzez mechanizmy finansowe NFZ, co ma skrócić czas oczekiwania na pierwszą konsultację.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia rozwija rozwiązania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz usprawnienie procesu umawiania wizyt, poprzez wprowadzenie systemu centralnej e-rejestracji. Centralna e-rejestracja umożliwi pacjentom dostęp do informacji o wolnych terminach wizyt za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta oraz aplikacji mojejKP, co zwiększa przejrzystość systemu i ułatwia wybór najbliższego możliwego terminu wizyty. Pacjent ma możliwość określenia preferowanych kryteriów takich jak m.in. lokalizacja, wybrany świadczeniodawca lub lekarz, co pozwala na lepsze dopasowanie terminu do indywidualnych potrzeb. Rozwiązanie to wspiera efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów poprzez ograniczenie niewykorzystanych terminów oraz usprawnienie zarządzania harmonogramami przyjęć. Dodatkowo funkcjonalności takie jak „poczekalnia” w centralnej e-rejestracji pozwalają na automatyczne przypisywanie pacjentów do zwalnających się terminów, co pozwala na efektywne wykorzystanie wolnych terminów przyczyniając się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia

Obecnie przez system CeR można umówić się na wizytę pierwszorazową do kardiologa oraz na badania profilaktyczne (program profilaktyki raka piersi i profilaktyki raka szyjki macicy). Od 1 sierpnia 2026 r. centralna e-rejestracja obejmować będzie kolejne osiem zakresów: endokrynologię, choroby naczyń, choroby zakaźne, choroby płuc, immunologię, nefrologię, hepatologię, neonatologię. Rozwój systemu, w tym jego stopniowe rozszerzanie na kolejne zakresy świadczeń stanowi element działań Ministerstwa Zdrowia ukierunkowanych na poprawę dostępności do specjalistów oraz ochronę pacjentów przed skutkami opóźnień w dostępie do leczenia.

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

organizacyjne oraz kampania społeczna „odwołuje #nieblokuje” mają poprawić dostępność do świadczeń i skrócić czas oczekiwania.

**2. Jakie są aktualne średnie oraz maksymalne czasy oczekiwania na świadczenia specjalistyczne i wysokospecjalistyczne w podziale na województwa oraz główne zakresy świadczeń?**

W załączeniu przekazuję informację uzyskaną w tym zakresie od Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego, zgodnie z obowiązującymi przepisami, świadczeniodawcy przekazują wskazane w pytaniu dane.

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