



ASG.050.121.2026.AK
Warszawa, 07 maja 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na interpelację nr 16440 Pani Poseł Magdaleny Sroki w sprawie funkcjonowania systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje rozszerzenie katalogu chorób uprawniających do objęcia opieką paliatywną, tak aby obejmował on również pacjentów nieonkologicznych?

Świadczenia opieki paliatywnej nie są ograniczone wyłącznie do chorób nowotworowych, ale obejmują również wybrane choroby nienowotworowe. Jednostki chorobowe kwalifikujące do opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia 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). W przypadku osób dorosłych obowiązuje lista zawierająca osiem pozycji (tabela poniżej). Jednocześnie uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia przy udziale ekspertów został opracowany projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w którym zaproponowano modyfikację obowiązującego wykazu jednostek chorobowych oraz istotne poszerzenie dostępu do poradni medycyny paliatywnej dla wszystkich skierowanych pacjentów, bez względu na rozpoznanie. Projekt jest obecnie w przygotowaniu do konsultacji publicznych.

Lp.	Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
1	B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
2	C00-D48	Nowotwory
3	G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
4	G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
5	G35	Stwardnienie rozsiane
6	I42-I43	Kardiomiopatia
7	J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
8	L89	Owrzodzenie odleżynowe

2. Jakie działania zostały podjęte lub są planowane w celu zwiększenia dostępności świadczeń opieki paliatywnej, szczególnie na terenach wiejskich i w mniejszych miejscowościach?

W celu zwiększenia dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, od 1 kwietnia 2024 r. zostały zniesione limity w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Zniesienie limitów oznacza, że świadczeniodawcy mają gwarancję otrzymania środków za wszystkie świadczenia zrealizowane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozwiązanie to ma na celu eliminację barier finansowych po stronie świadczeniodawców oraz umożliwienie bieżącego obejmowania opieką pacjentów wymagających wsparcia paliatywnego.

Odnosząc się do poruszonej w pytaniu kwestii dostępności świadczeń opieki paliatywnej na terenach wiejskich oraz w mniejszych miejscowościach, należy wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia zabezpiecza dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z planem zakupu świadczeń. W ramach tego planu określane są obszary terytorialne, dla których przeprowadzane są postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca, zawierając umowę na realizację świadczeń na danym obszarze, np. powiatu, zobowiązany jest do udzielania świadczeń na całym wskazanym terytorium, obejmującym również obszary wiejskie i mniejsze miejscowości.

3. Czy opracowano lub planuje się opracowanie kompleksowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce? Jeśli tak, to w jakim czasie?

Minister Zdrowia w lipcu 2022 r. powołał Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Prace Zespołu były skoncentrowane na wypracowaniu zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, natomiast projekt długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce został przygotowany w ostatnim okresie funkcjonowania Zespołu. Sformułowany w tym dokumencie główny wniosek Zespołu dotyczył zniesienia limitowania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, co zostało już zrealizowane. Rekomendacje i wnioski Zespołu związane z przyjęciem zmian opisanych w projekcie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej pozostają w trakcie realizacji z uwagi na trwający proces legislacyjny.

4. Jak Ministerstwo Zdrowia odnosi się do problemu niedoboru kadry medycznej w tym sektorze? Ile obecnie wynosi liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej? Jakie działania podejmowane są w celu zwiększenia liczby specjalistów?

Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wykonujących zawód wynosi 650, natomiast w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej jest 186 lekarzy (stan na grudzień 2025 r.). Poniższa tabela prezentuje dane dotyczące liczby lekarzy w trakcie specjalizacji z podziałem na województwa.

Województwo	Liczba osób w trakcie specjalizacji. TRYB REZYDENCKI	Liczba osób w trakcie specjalizacji. TRYB POZAREZYDENCKI	Liczba osób w trakcie specjalizacji. RAZEM
Dolnośląskie	6	15	21
Kujawsko-Pomorskie	1	14	15
Lubelskie	0	10	10
Lubuskie	0	7	7
Mazowieckie	1	22	23
Małopolskie	1	11	12
Opolskie	0	2	2
Podkarpackie	0	3	3
Podlaskie	0	3	3
Pomorskie	0	14	14
Śląskie	0	22	22
Świętokrzyskie	1	2	3
Warmińsko-Mazurskie	0	8	8
Wielkopolskie	1	10	11
Zachodniopomorskie	0	17	17
Łódzkie	2	13	15
sumarycznie	13	173	186

W celu zapewnienia kadr lekarskich w regionach, gdzie występują największe niedobory, w ramach najbliższej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (planowane jest skierowanie projektu ustawy do konsultacji społecznych w maju 2026 r.) przewiduje się wprowadzenie zmian w zakresie naboru na szkolenie specjalizacyjne. Zmiany te będą dotyczyć w szczególności kierowania lekarzy i lekarzy dentystry do odbywania szkolenia specjalizacyjnego do jednostek akredytowanych, które znajdują się na obszarach danego województwa, gdzie występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

Ponadto, począwszy od 2016 roku Minister Zdrowia sukcesywnie zwiększa limit przyjęć na kierunek lekarski. W związku z systematycznym zwiększaniem limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim, z roku na rok rośnie liczba absolwentów tego kierunku, a co za tym idzie następuje wzrost liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

Od postępowania kwalifikacyjnego jesień 2022 r. wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystry. Dzięki temu rozwiązaniu większa liczba miejsc szkoleniowych zostanie wykorzystana (tzw. nabór centralny). Nabór centralny na specjalizacje daje lekarzom i lekarzom dentystrów możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie może on zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, co wcześniej nie mogło mieć miejsca. Wprowadzenie tego rozwiązania miało na celu wykorzystanie większej liczby miejsc szkoleniowych.

Dotychczasowe działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz zwiększenia liczby lekarzy przynoszą już efekty. W związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim z roku na rok rośnie liczba absolwentów tego kierunku oraz liczba lekarzy podejmujących szkolenie specjalizacyjne. Od kilku lat znacznie zwiększono też liczbę przyznawanych miejsc rezydenckich. Obecnie szkolenie specjalizacyjne odbywa 31 431 lekarzy (stan na 31 grudnia 2025 r.), to o 7 849 lekarzy więcej niż pod koniec 2015 r. Rośnie również liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny. W grudniu 2015 r. liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny wykonujących zawód wynosiła 114 606, obecnie liczba ta zwiększyła się do 138 978 (stan na 31.12.2025), czyli o ponad 21%.

5. Jakie są przyczyny utrzymujących się nierówności regionalnych w dostępie do świadczeń i jakie konkretne działania zostaną podjęte w celu ich ograniczenia?

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej jest zróżnicowana na terenie kraju przede wszystkim ze względu na lokalizację podmiotów leczniczych i dostępne zasoby kadrowe. W celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, Minister Zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych obejmującą: analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, oraz wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań. Ponadto, Minister Zdrowia opracowuje, ustala, monitoruje i aktualizuje krajowy plan transformacji, uwzględniający rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Natomiast wojewoda ustala dla obszaru województwa wojewódzki plan transformacji. Plany transformacji są przygotowywane jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które przewidują konkretne działania m.in. w obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej, takie jak zwiększenie bazy łóżkowej w podmiotach leczniczych czy utworzenie nowych miejsc udzielania świadczeń na obszarach, w których identyfikuje się niezaspokojone potrzeby zdrowotne.

6. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje zmiany w systemie finansowania świadczeń opieki paliatywnej, tak aby realnie przełożyły się one na poprawę dostępności i jakości usług?

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej są uwzględniane w bieżących pracach nad finansowaniem ochrony zdrowia. W ciągu ostatnich lat nastąpił zdecydowany wzrost finansowania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej wynikający z wzrostów wyceny świadczeń:

- zwiększenia o 12 % ceny punktu u wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej od lutego 2023 r.,
- wprowadzenia w życie od lipca 2024 r. nowej taryfy świadczeń, określonej w Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 marca 2024 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- corocznych Rekomendacji Prezesa AOTMiT, które dodatkowo wzmacniały wycenę świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej jako obszaru wymagającego pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.

Poniżej przedkładam tabelę z danymi obrazującymi wyceny przedmiotowych świadczeń:

Świadczenie	czerwiec 2024			od lipca 2025			wzrost %
	cena punktu	taryfa	wycena	cena punktu	taryfa	wycena	
Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarym	100,50 zł	6,1	613,05 zł	119,00 zł	7,19	855,61 zł	39,57%
Osobodzień w hospicjum domowym	100,50 zł	1	100,50 zł	119,00 zł	1,08	128,52 zł	27,88%
Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	100,50 zł	1,6	160,80 zł	124,00 zł	1,94	240,56 zł	49,60%

Źródło: Dane NFZ

Poza samymi wzrostami wycen świadczeń, od lipca 2024 r. wprowadzono produkty porady kwalifikacyjnej mające na celu zwiększenie finansowania w pierwszym dniu opieki oraz zmieniono sposób finansowania poradni medycyny paliatywnej na bardziej korzystny dla świadczeniodawców, wprowadzając produkty do rozliczania świadczeń udzielanych przez poszczególnych członków zespołu poradni (odrębnie lekarza, pielęgniarki, psychologa). Ponadto, od kwietnia 2024 r. wszystkie świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej finansowane są bezlimitowo. Powyższe działania bezpośrednio przekładają się na poprawę jakości i dostępności do przedmiotowych świadczeń.

7. Jakie działania nadzorcze zostały podjęte w związku z wykazanymi przez NIK nieprawidłowościami, takimi jak braki infrastrukturalne, problemy z dokumentacją czy uchybienia w organizacji świadczeń?

Informacja Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli P/24/045 – „Opieka paliatywna i hospicyjna finansowana ze środków publicznych” została przekazana Ministrowi Zdrowia pismem z dnia 6 czerwca 2025 r. o znaku: KZD.430.6.2024. W przedmiotowej Informacji Najwyższa Izba Kontroli skierowała do Ministra Zdrowia jeden wniosek, który dotyczył skoordynowania i przyspieszenia prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac nad rozwiązaniami zmerżającymi do poprawy dostępu do świadczeń OPH wszystkim pacjentom

tego potrzebującym, aby możliwe było ich jak najszybsze wprowadzenie w życie. Wskazany wniosek pozostaje w trakcie realizacji. W celu poprawy dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej dla wszystkich pacjentów wymagających tej formy opieki, przewidziane jest wydanie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

8. W jaki sposób Ministerstwo przygotowuje system opieki paliatywnej na rosnące potrzeby wynikające ze starzenia się społeczeństwa?

W celu zwiększenia dostępności do świadczeń oraz wspierania rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce rok rocznie zwiększane są nakłady na koszty świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w planie finansowym NFZ. Ponadto, mając na uwadze rosnące zapotrzebowanie na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, w Ministerstwie Zdrowia został opracowany projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zawierający rozwiązania o charakterze systemowym. Zmiany zaproponowane w projekcie, w porównaniu z obecnymi regulacjami, na nowo definiują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym kryteria kwalifikacji do tych świadczeń oraz warunki i wymagania związane z ich realizacją.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Tomasz Maciejewski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/