



ASG.050.124.2026.PM  
Warszawa, 03 czerwca 2026

**Pan Włodzimierz Czarzasty**  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację poselską nr 16504, Olgi Ewy Semeniuk-Patkowskiej, postanki na Sejm RP w sprawie dostępności badań diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

**1. Jaki jest średni czas oczekiwania na wykonanie badań diagnostycznych (rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, badania endoskopowe, USG) w latach 2023–2026?**

Średni czas oczekiwania na wykonanie badań diagnostycznych w latach 2023–2026 został zaprezentowany w tabeli poniżej (przekazanej również w załączniku do odpowiedzi na interpelacji jako Tabela 1), obejmującej medianę czasu oczekiwania na listach oczekujących na gastroskopię, kolonoskopię, rezonans magnetyczny (RM) i tomografię komputerową (TK) według stanu na koniec każdego kwartału danego roku w rozbiciu na przypadki pilne i stabilne.

Jednocześnie należy wskazać, że w odniesieniu do badań USG – nie są one kolejgowane (nie ma wyodrębnionego harmonogramu przyjęć/listy oczekujących na ten rodzaj badania), dlatego nie ma możliwości zestawienia danych na badania USG.

Mediana czasu oczekiwania [dni]		Rok				
Kolejka	Kwartał	Kategoria medyczna	2023	2024	2025	2026
Gastroskopia	I	Przypadek pilny	28	35	41	42
		Przypadek stabilny	43	53	63	64
	II	Przypadek pilny	35	42	42	
		Przypadek stabilny	56	65	69	
	III	Przypadek pilny	33	41	43	
		Przypadek stabilny	59	73	71	
	IV	Przypadek pilny	32	37	36	
		Przypadek stabilny	54	65	64	
Kolonoskopia	I	Przypadek pilny	44	54	61	64
		Przypadek stabilny	69	93	103	101
	II	Przypadek pilny	55	59	63	
		Przypadek stabilny	86	101	109	
	III	Przypadek pilny	56	63	66	
		Przypadek stabilny	99	117	122	
	IV	Przypadek pilny	54	61	61	
		Przypadek stabilny	102	124	126	

Rezonans magnetyczny	I	Przypadek pilny	28	32	26	23
		Przypadek stabilny	37	40	35	28
	II	Przypadek pilny	33	35	28	
		Przypadek stabilny	42	46	36	
	III	Przypadek pilny	33	32	25	
		Przypadek stabilny	44	46	34	
	IV	Przypadek pilny	30	27	22	
		Przypadek stabilny	39	37	29	
Tomografia komputerowa	I	Przypadek pilny	13	15	16	18
		Przypadek stabilny	16	19	21	22
	II	Przypadek pilny	14	17	18	
		Przypadek stabilny	20	24	23	
	III	Przypadek pilny	13	15	16	
		Przypadek stabilny	18	22	22	
	IV	Przypadek pilny	14	15	16	
		Przypadek stabilny	18	20	21	

Źródło: NFZ

2. Jakie są różnice regionalne w czasie oczekiwania na poszczególne badania diagnostyczne? oraz
3. W których województwach czas oczekiwania na badania diagnostyczne jest najdłuższy?

Różnice regionalne w czasie oczekiwania na poszczególne badania diagnostyczne (także w ujęciu kwartalnym) za lata 2023-2026 prezentuje Tabela 2, która z uwagi na obszerny zakres danych została przekazana w załączniku do przedmiotowego pisma. Kolorem zielonym zostały wyróżnione najkrótsze czasy oczekiwania, a czerwonym najdłuższe w poszczególnych województwach.

Na koniec ostatniego – I kwartału 2026 roku stwierdzono zwiększoną względem pozostałych regionów medianę czasu oczekiwania dla przypadków pilnych na gastroscopię (60 dni) i tomografię komputerową (28 dni) w województwie małopolskim oraz kolonoskopię (100 dni) i rezonans magnetyczny (39 dni). Odpowiednio najkrótsze czasy oczekiwania dla kategorii medycznej przypadek pilny odnotowano w województwie: świętokrzyskim na gastroscopię (18 dni) oraz tomografię komputerową (9 dni). W przypadku kolonoskopii najkrótsze czasy oczekiwania dla przypadków pilnych wykazano w województwie lubelskim (36 dni), a na rezonans magnetyczny w warmińsko-mazurskim (9 dni).

W przypadku tzw. przypadków stabilnych najdłuższe czasy oczekiwania zaobserwowano: na gastroscopię w województwie zachodniopomorskim (102 dni), najkrótszy w województwie podlaskim (38 dni), na kolonoskopię – najdłuższe w województwie pomorskim (176 dni), najkrótsze podlaskim (55 dni), na rezonans magnetyczny – najdłuższe w województwie małopolskim (75 dni), najkrótsze w województwie warmińsko-mazurskim (11 dni), na tomografię komputerową – najdłuższe w województwie małopolskim (45 dni), najkrótsze w województwie łódzkim i dolnośląskim (14 dni).

4. Ilu pacjentów oczekuje obecnie na wykonanie badań diagnostycznych (*przyp. rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, badania endoskopowe*) finansowanych ze środków publicznych?

Liczba pacjentów oczekujących została zaprezentowana w tabeli poniżej (przekazanej również w załączniku do odpowiedzi na interpelacji jako Tabela 3).

Według stanu na ostatni – I kwartał 2026 roku liczba pacjentów oczekujących na gastroskopię wyniosła 43 812 dla przypadków pilnych i 139 550 stabilnych (łącznie 183 362), na kolonoskopię odpowiednio 71 335 i 235 826 (łącznie 307 161).

W przypadku rezonansu magnetycznego liczba pilnych pacjentów oczekujących wyniosła 109 631, a stabilnych 247 451 (łącznie 357 082), a badań tomografii komputerowej odpowiednio 54 225 dla pilnych i 186 836 stabilnych (łącznie 241 061).

Liczba pacjentów oczekujących		Kolejka	Miesiąc	Kategoria medyczna	Rok			
					2023	2024	2025	2026
Gastroskopia	I	Przypadek pilny	14 325	24 442	35 398	43 812		
		Przypadek stabilny	92 408	115 871	131 431	139 550		
	II	Przypadek pilny	15 130	27 931	35 910			
		Przypadek stabilny	91 558	117 037	129 053			
	III	Przypadek pilny	16 729	28 331	36 023			
		Przypadek stabilny	90 837	111 173	124 067			
	IV	Przypadek pilny	18 037	30 380	38 722			
		Przypadek stabilny	92 764	114 019	126 157			
Kolonoskopia	I	Przypadek pilny	25 568	39 233	58 740	71 335		
		Przypadek stabilny	150 911	183 237	214 006	235 826		
	II	Przypadek pilny	27 586	44 665	61 286			
		Przypadek stabilny	152 852	188 525	215 225			
	III	Przypadek pilny	30 269	47 074	60 630			
		Przypadek stabilny	153 677	185 812	208 032			
	IV	Przypadek pilny	31 785	50 328	64 617			
		Przypadek stabilny	157 576	190 237	214 161			
Rezonans magnetyczny	I	Przypadek pilny	78 610	101 218	105 403	109 631		
		Przypadek stabilny	213 852	252 256	243 492	247 451		
	II	Przypadek pilny	84 652	109 772	107 497			
		Przypadek stabilny	228 933	259 848	245 992			
	III	Przypadek pilny	80 454	98 434	100 841			
		Przypadek stabilny	211 721	227 643	224 246			
	IV	Przypadek pilny	87 193	98 588	102 706			
		Przypadek stabilny	218 958	223 009	228 857			
Tomografia komputerowa	I	Przypadek pilny	23 600	33 729	44 298	54 225		
		Przypadek stabilny	127 635	146 951	168 713	186 836		
	II	Przypadek pilny	25 349	35 670	45 089			
		Przypadek stabilny	127 913	148 501	167 232			
	III	Przypadek pilny	25 681	34 913	44 779			
		Przypadek stabilny	119 216	136 661	157 601			
	IV	Przypadek pilny	28 108	38 614	48 890			
		Przypadek stabilny	122 945	142 092	165 309			

Źródło: NFZ

## 5. Jak zmieniał się czas oczekiwania na badania diagnostyczne w ostatnich latach?

Z uwagi na brak wskazania w pytaniu konkretnych badań diagnostycznych oraz konkretnego zakresu czasu, uprzejmie informuję, że szczegółowe dane dotyczące czasu oczekiwania na badania diagnostyczne takie jak rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, badania endoskopowe na przestrzeni lat 2023-2026 zostały przedstawione w odpowiedzi na pytanie nr 1.

## **6. Czy Ministerstwo prowadzi analizy dotyczące przyczyn wydłużania się kolejek do badań diagnostycznych?**

Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) systematycznie badają dostępność do poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wydłużanie się kolejek do badań diagnostycznych wynika przede wszystkim z rosnącego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej przy jednoczesnym ograniczeniu liczby specjalistów oraz dostępnego sprzętu diagnostycznego. Istotnym czynnikiem jest także starzenie się społeczeństwa i wzrost liczby chorób przewlekłych, które wymagają regularnej diagnostyki i kontroli. Na wydłużenie czasu oczekiwania wpływają również kwestie organizacyjne, takie jak nieefektywne zarządzanie terminami, nieodwoływanie wizyt przez pacjentów czy ograniczona cyfryzacja procesu rejestracji.

## **7. Jakie działania podejmowane są w celu zwiększenia dostępności badań diagnostycznych?**

W celu zwiększenia dostępności badań diagnostycznych Ministerstwo Zdrowia oraz NFZ podejmują szereg działań poczynając od monitorowania dostępności, poprzez zabezpieczanie przedmiotowych świadczeń zawierając umowy i aneksy do umów ze świadczeniodawcami w ramach posiadanego budżetu oraz monitorowanie wykonania umów przez świadczeniodawców.

Przy opisie działań dotyczących dostępności należy zwrócić uwagę również na weryfikację udzielanych badań diagnostycznych raportowanych przez świadczeniodawców. NFZ sprawdza, czy każdy świadczeniodawca wykonuje świadczenia w sposób kompleksowy, zatem podmiot realizujący świadczenia w zakresie RM czy TK, w przypadku konieczności badania kilku okolic anatomicznych, powinien planować wykonanie tych badań możliwie w ramach jednej wizyty, z uwzględnieniem wskazań medycznych. Nawet jeśli pacjent zgłasza się z dwoma (lub więcej) skierowaniami/zleceniami na badanie RM czy TK kilku okolic anatomicznych (niezależnie czy wystawionych przez tego samego lekarza czy różnych, czy w tej samej dacie wystawienia czy różnej), niedopuszczalne jest umawianie pacjenta na dwa różne terminy w sytuacji możliwości wykonania ich podczas jednej wizyty. Takie postępowanie, jest bardziej uciążliwe dla pacjenta, jak również stanowi ograniczenie dostępu do badań dla pozostałych pacjentów poprzez niewłaściwe zarządzanie kolejką oczekujących/ harmonogramem przyjęć. Jest to szczególnie istotne w przypadku konieczności wykonania badań kilku okolic z podaniem kontrastu.

Oczywiście dopuszczalna jest możliwość umówienia i wykonania tych świadczeń w dwóch odrębnych terminach jednak musi to bezwzględnie wynikać z uwarunkowań medycznych, np. w przypadku pacjentów bólowych, którzy nie są w stanie wytrzymać w nieruchomej pozycji badań dwóch lub trzech okolic anatomicznych. Wykonywanie badań wieloodcinkowych w odrębnych terminach powinno stanowić sytuację marginalną i fakt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta.

Dla większości poradni specjalistycznych dostępne są produkty rozliczeniowe służące celowanej diagnostyce onkologicznej (tzw. „pakiety onkologiczne”). Produkty te, wykonane na podstawie wystawionej karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), a także wykonane w ich ramach badania rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, gastrokopii, kolonoskopii nie podlegają tzw. regresji z tytułu nadwykoniań. Nie podlegają także regresji także świadczenia TK, RM, gastrokopii, kolonoskopii udzielone osobom poniżej 18 roku życia.

## 8. Czy planowane jest zwiększenie finansowania diagnostyki w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia?

Należy podkreślić, że na zdrowie rok do roku przeznaczanych jest więcej środków, jednak koszty opieki zdrowotnej rosną jeszcze szybciej. W 2021 r. po raz pierwszy budżet NFZ przekroczył 100 mld zł. Pięć lat później, w 2026 r., plan finansowy NFZ jest dwukrotnie wyższy – ponad 200 mld zł. NFZ co roku mierzy się z rosnącymi wydatkami na świadczenia nielimitowane.

Zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 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.) (dalej jako „ustawa o świadczeniach”) podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z treścią art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy. Wyraźnie należy podkreślić, że największy udział w świadczeniach nielimitowanych mają świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Zgodnie z treścią art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ. NFZ musi więc dostosować obowiązujące regulacje do posiadanego na ten cel budżetu, określonego w planie finansowym.

Ministerstwo Zdrowia systematycznie analizuje możliwe do wdrożenia rozwiązania, których celem będzie poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia. Kwestia ta jest aktualnie szeroko dyskutowana oraz analizowana na wszystkich poziomach, zarówno w ramach rozmów z Ministrem Finansów i Gospodarki, przy stałej współpracy z NFZ i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Pierwotnie planowane nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym NFZ na 2026 r. wyniosły ponad 201,2 mld zł, co w porównaniu do planu pierwotnego NFZ na 2023 r. oznacza wzrost w wysokości ponad 64,7 mld zł.

Podkreślenia wymaga również, że coraz większą część przychodów NFZ stanowią środki budżetu państwa, w tym przede wszystkim dotacja podmiotowa na finansowanie świadczeń gwarantowanych, która znacząco wzrosła od 2024 r. i w ostatnich latach wyniosła:

- w 2023 r.: 200 mln zł;
- w 2024 r.: blisko 14,8 mld zł;
- w 2025 r.: blisko 33 mld zł.

Ponadto dzięki decyzjom Ministra Finansów i Gospodarki oraz Minister Zdrowia, w 2025 r. zostały przyznane również środki finansowe dla NFZ w kwocie blisko 1,77 mld zł, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ. Minister Finansów i Gospodarki wyemitował także obligacje skarbowe przeznaczone na podwyższenie funduszu zapasowego NFZ o łącznej wartości nominalnej 922 mln zł.

Jednocześnie wejście w życie nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym pozwoliło na przekazanie do NFZ z Funduszu Medycznego 3,56 mld zł z przeznaczeniem na sfinansowanie pełnej kwoty wartości nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych na rzecz osób poniżej 18 roku życia w 2025 r.

Pomimo nieustannie podejmowanych działań mających na celu zwiększenie środków w budżecie NFZ, które skutkują istotnym zwiększaniem nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r., w tym przede wszystkim skutki realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 1352), której podstawowym założeniem było ujęcie środków na wyższe wynagrodzenia w wycenie świadczeń medycznych.

Jednocześnie należy zauważyć, że zniesienie limitów w diagnostyce ambulatoryjnej, podobnie jak w całej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, miało skrócić kolejki do badań i wizyt u lekarzy specjalistów. Zgodnie z informacją NFZ, na przestrzeni lat 2021-2025 wartość wykonanych świadczeń wzrosła kilkukrotnie więcej niż ich liczba. Średni koszt tomografii komputerowej, za którą płać NFZ w tym czasie, wzrósł o 64%. W przypadku rezonansu magnetycznego to 58% więcej, kolonoskopia – wzrost o 82%, a gastroskopia to wzrost o 133%.

Ponadto informuję, że z danych przekazanych przez NFZ wynika, że wartości świadczeń (obejmujące również nadwykonania), sfinansowanych w zakresach tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, gastrokopii i kolonoskopii, wzrosły z 1,58 mld zł w 2021 r. do 4,28 mld zł w 2025 r.

Mając na względzie powyższe, zarządzeniem nr 34/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2026 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wdrożono zmiany w sposobie finansowania świadczeń udzielonych osobom powyżej 18 roku życia ponad wartość zobowiązania określoną w umowie w odniesieniu do wyżej wspomnianych czterech świadczeń zaliczanych do ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, które mają uwolnić ok. 625 mln zł, co w efekcie ma pozwolić na utrzymanie priorytetowego dostępu do świadczeń dla pacjentów onkologicznych z kartą DiLO, dzieci i innych pacjentów, którzy wymagają pilnej interwencji medycznej.

Przyjęte regulacje sprzyjają także racjonalizacji udzielania świadczeń przez świadczeniodawców, motywując ich do efektywnego planowania realizacji badań diagnostycznych. W praktyce oznacza to konieczność lepszego dostosowania harmonogramów pracy pracowni diagnostycznych do rzeczywistego zapotrzebowania pacjentów. Jednocześnie regulacje te sprzyjają optymalnemu wykorzystaniu dostępnych zasobów kadrowych i sprzętowych, tak aby zapewnić możliwie najwyższą liczbę wykonanych badań przy zachowaniu odpowiedniej jakości świadczeń.

Wprowadzone rozwiązania pozwalają także na lepsze monitorowanie rzeczywistego zapotrzebowania na diagnostykę, co może stanowić podstawę do bardziej adekwatnego planowania świadczeń w przyszłości. Dodatkowo należy podkreślić, że wprowadzone rozwiązania wpisują się w kierunek modernizacji systemu ochrony zdrowia, oparty na efektywności kosztowej oraz racjonalnym gospodarowaniu środkami publicznymi, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów

## **9. Czy Ministerstwo analizuje wpływ dostępności badań diagnostycznych na skuteczność leczenia, w szczególności w przypadku chorób nowotworowych?**

Dostępność badań diagnostycznych ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia, szczególnie w przypadku chorób nowotworowych, gdzie czas wykrycia zmian chorobowych bezpośrednio wpływa na rokowania pacjenta. Szybka i precyzyjna diagnostyka umożliwia

rozpoznanie nowotworu we wczesnym stadium, co zwiększa szanse na wdrożenie skutecznej terapii oraz ograniczenie rozwoju choroby.

Istotne znaczenie ma również dostęp do nowoczesnych metod diagnostycznych, takich jak rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, które pozwalają na dokładniejsze określenie charakteru zmian nowotworowych i dobór odpowiedniej terapii. W rezultacie poprawa dostępności diagnostyki wpływa nie tylko na wyższą skuteczność leczenia, ale także na zwiększenie szans przeżycia oraz poprawę jakości życia pacjentów.

W związku z powyższym istotne znaczenie miało wprowadzenie zmiany w sposobie finansowania świadczeń udzielonych osobom powyżej 18 roku życia ponad wartość zobowiązania określoną w umowie, o której mowa w drugiej części odpowiedzi na pytanie nr 8. Zmiana ta spowoduje uwolnienie ok. 625 mln zł, co w efekcie ma pozwolić na utrzymanie priorytetowego dostępu do świadczeń dla pacjentów onkologicznych z kartą DiLO, dzieci i innych pacjentów, którzy wymagają pilnej interwencji medycznej.

#### **10. Czy planowane są zmiany systemowe mające na celu skrócenie kolejek do badań diagnostycznych?**

Uzupełniając odpowiedź dotyczącą podejmowanych działań przekazaną w drugiej części odpowiedzi na pytanie nr 8, informuję, że z dniem 1 stycznia 2024 r. Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło prace nad projektem Odwróconej Piramida Świadczeń (OPS). W ramach projektu prowadzone są, między innymi, prace nad budową pakietów diagnostycznych w ramach AOS, które zastąpią fragmentarycznie udzielane porady. Pozwolą one na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i AOS oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach.

Oczekiwanym i pożądanym efektem wprowadzenia omawianych zmian systemowych ma być odczuwalna dla pacjentów poprawa dostępności do świadczeń gwarantowanych na różnych poziomach ich realizacji oraz skrócenie czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej.

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

Załącznik:  
Zestawienie danych do odpowiedzi na interpelację nr 16504