



Minister Zdrowia

DLG.050.47.2026.JS
Warszawa, 19 czerwca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 17457 Poseł Anity Kucharskiej - Dziedzic, *w sprawie leczenia depresji*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Nie istnieje „kryterium limitujące liczbę stosowanych wcześniej leków przeciwdepresyjnych do maksymalnie pięciu”, gdyż zgodnie z treścią obwieszczenia Ministra Zdrowia w *sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* na 1 kwietnia 2026 r. (obowiązuje do 30 czerwca 2026 r.) refundacją ze środków płatnika publicznego objętych jest 13 różnych substancji czynnych (163 pozycje wykazu) stosowanych w terapii depresji, w tym:

- *agomelatyna* (6 pozycji na wykazie),
- *duloksetyna* (36 pozycji na wykazie),
- *fluoksetyna* (8 pozycji na wykazie),
- *fluwoksamina* (2 pozycje na wykazie),
- *klomipramina* (3 pozycje na wykazie),
- *mianseryna* (13 pozycji na wykazie),
- *moclobemid* (2 pozycje na wykazie),
- *paroksetyna* (10 pozycji na wykazie),
- *sertralina* (28 pozycji na wykazie),
- *tianeptyna* (4 pozycje na wykazie),
- *trazodon* (5 pozycji na wykazie),
- *wenlafaksyna* (43 pozycje na wykazie),
- *wortioksetyna* (3 pozycje na wykazie).

Ww. substancje czynne należą do kilku różnych grup terapeutycznych w tym są to:

- inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI): *sertralina*, *paroksetyna*, *fluoksetyna*, *fluwoksamina*,
- inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i serotoniny (SNRI), w tym: *duloksetyna*, *wenlafaksyna*,
- trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD), w tym: *klomipramina*,
- inhibitory monoaminoooksydazy (IMAO), w tym: *moclobemid*,
- leki o innych mechanizmach działania, w tym: *trazodon*, *mianseryna*, *agomelatyna*, *wortioksetyna*, *tianeptyna*.

Odnosząc się do pytania dotyczącego zmian w kryteriach kwalifikacji w programie lekowym B.147, tj. Leczenie chorych na depresję lekooporną (ICD-10: F33.1, F33.2) uprzejmie informuję, iż aktualnie nie są prowadzone i planowane prace w przedmiotowym zakresie. W opinii Ministra Zdrowia nie można uznać leczenia w tym programie ponad 600 osób z depresją lekooporną za „porażkę” jedynie w oparciu o porównanie liczbowe. Odnosząc się zaś do kwestii ograniczenia wiekowego dotyczącego osób leczonych w programie lekowym trzeba podkreślić, iż kwestia ograniczenia wieku pacjentów leczonych w ww. programie lekowym wynika wprost z treści programu lekowego jakie przedłożył, wraz z wnioskiem o

objęcie refundacją, Wnioskodawca dla terapii Spravato. W jednym z badań klinicznych leku - badaniu TRD3005 stwierdzono: *Analizy podgrup sugerują ograniczoną skuteczność w populacji powyżej 75 lat* (str. 13 dokumentu Charakterystyki Produktu Leczniczego – dalej ChPL), co może stanowić przyczynę zdefiniowania przez Wnioskodawcę górnego kryterium wiekowego w programie lekowym. Jednocześnie należy zauważyć, iż w większości badań klinicznych dla leku Spravato pacjenci kwalifikowani do badania byli w wieku do 65 r.ż. i tylko jedno badanie TRANSFORM-3 dotyczyło populacji osób starszych niż 65 r.ż. jednak stosowano w nim odmienny schemat dawkowania leku niż został ostatecznie zatwierdzony w ChPL. Dodatkowo nie można zgodzić się z sugestią, zawartą w treści interpelacji, wskazującą jakoby lek Spravato charakteryzował się „zredukowanymi skutkami ubocznymi” chociażby z uwagi na treść dokumentu ChPL, który szeroko odnosi się do sposobu podawania tego leku (pod bezpośrednim nadzorem pracownika ochrony zdrowia) z wymaganym okresem obserwacji po podaniu produktu w odpowiednich warunkach klinicznych. Ze względu na możliwość sedacji, dysocjacji i zwiększenia ciśnienia krwi pacjenci muszą pozostawać pod obserwacją pracownika ochrony zdrowia, dopóki ich stan nie zostanie uznany za klinicznie stabilny i dopuszczający opuszczenie placówki ochrony zdrowia. Na uwagę zasługują również liczne informacje w sekcji ChPL pn. *Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania*, w tym np. dotyczące wpływu na ciśnienie krwi, postępowanie z pacjentami z istotnymi klinicznie lub niestabilnymi chorobami układu krążenia lub układu oddechowego. Powyższe ma również szczególne znaczenie w odniesieniu do pacjentów z częstą wielochorobowością jakimi są osoby w starszym wieku.

Na dodatkową uwagę zasługuje również fakt, iż zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych pt. *Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających*.

Jako leczenie pierwszego wyboru w depresji mogą być stosowane leki o różnych mechanizmach działania. Często stosowane są:

- *selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny* (refundowane są **4 z 6** substancji czynnych wskazanych w rekomendacjach),
- *selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny* (refundowane są **2 z 2** wymienianych w rekomendacjach substancji czynnych),
- *leki o innych mechanizmach działania: trazodon, bupropion, mianseryna, mirtazapina, agomelatyna, moklobemid, wortioksetyna* (refundacją objętych jest **6 z 7** wymienionych substancji czynnych).

Jako leki drugiego wyboru wymieniane są:

- *trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) - mają wysoką skuteczność w leczeniu objawów depresyjnych, ale ze względu na liczne objawy uboczne traktowane są jak leki drugiego rzutu* (klomipramina, amitryptylina- refundacją objęta jest klomipramina),
- *selektywny inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny (reboksetyna- nie jest objęta refundacją).*

Jak podkreślają autorzy wytycznych: *Wybór metody leczenia zależy od jej dostępności, preferencji pacjenta, profilu bezpieczeństwa leków, historii odpowiedzi na poprzednie leczenie, historii rodzinnej pacjenta, współistniejących chorób somatycznych, równocześnie przyjmowanych leków, kosztu terapii i kompetencji osoby leczącej.*

Należy stanowczo podkreślić, iż z wyjątkiem reboksetyny zalecanej przez wytyczne dopiero w drugiej linii leczenia (której zastosowanie jest ograniczone z uwagi na działania niepożądane), **aktualnie dostępne i refundowane są leki ze wszystkich grup terapeutycznych wymienianych w powyższych zalecaniach klinicznych.**

Jednocześnie autorzy wytycznych wskazują: *Jak wynika z bardzo dużej liczby badań z grupą kontrolną i sporządzonych na ich podstawie metaanaliz, leki przeciwdepresyjne, bez względu na mechanizm działania, generują porównywalne odsetki odpowiedzi na leczenie.*

wahające się w granicach 50–75% i znacząco większe od placebo, z reguły bez istotnej przewagi nad aktywnym lekiem użytym w roli komparatora.

Dodatkowo warto zauważyć, że od 1 lipca 2023 r. refundacją w ramach programu lekowego pn. *Leczenie chorych na depresję lekooporną (ICD-10: F33.1, F33.2)* została objęta substancja czynna *esketamina* - w formie podania donosowego (lek Spravato). W programie lekowym możliwa jest terapia pacjentów od 18 do 75 roku życia - zgodnie ze wskazanymi w treści programu, stanowiącego załącznik nr 147 do obwieszczenia, kryteriami kwalifikacji. Z dostępnych Ministrowi Zdrowia danych – do połowy maja 2026 r., wynika, że w okresie 2023-2026 w programie leczonych było (podano lek) 618 pacjentów, zaś rozliczona kwota refundacji wyniosła leku ok. 22 mln zł (wraz z kosztem świadczeń ok 25 mln zł) - szczegółowa informacja została zawarta w poniższej tabel (dane NFZ z 11 czerwca 2026 r.).

Rok	Zakres	Leki	Świadczenia	Łącznie leki i świadczenia
2023	Wartość zrealizowana	153 761,41	25 180,35	178 941,77
	Wartość rozliczona	150 100,43	24 712,69	174 813,12
	Liczba pacjentów	21	22	22
2024	Wartość zrealizowana	8 302 161,56	1 089 777,82	9 391 939,38
	Wartość rozliczona	8 177 165,04	1 080 510,20	9 257 675,24
	Liczba pacjentów	309	308	312
2025	Wartość zrealizowana	10 829 717,77	1 519 569,29	12 349 287,05
	Wartość rozliczona	10 827 634,77	1 268 712,18	12 096 346,95
	Liczba pacjentów	401	400	403
2026*	Wartość zrealizowana	2 776 948,81	388 072,74	3 165 021,55
	Wartość rozliczona	2 261 633,07	314 780,32	2 576 413,40
	Liczba pacjentów	184	183	186
2023-2026*	Wartość zrealizowana	22 062 589,55	3 022 600,20	25 085 189,75
	Wartość rozliczona	21 416 533,31	2 688 715,39	24 105 248,70
	Liczba pacjentów	618	614	622

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż leczenie w ramach tego programu lekowego jest prowadzone u 30 świadczeniodawców na terenie kraju, w tym w podziale na województwa:

Liczba świadczeniodawców	OW NFZ rozliczający	Liczba pacjentów (podane leki)
3	01 DOLNOŚLĄSKI	9
1	02 KUJAWSKO-POMORSKI	14
1	03 LUBELSKI	9
1	04 LUBUSKI	2
2	05 ŁÓDZKI	4
4	06 MAŁOPOLSKI	11
5	07 MAZOWIECKI	44
1	08 OPOLSKI	2
2	09 PODKARPACKI	20
4	12 ŚLĄSKI	18

1	14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	4
3	15 WIELKOPOLSKI	43
2	16 ZACHODNIOPOMORSKI	4
30	Suma	184

Ponadto, zgodnie z opublikowanym projektem obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie *wyказu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, na 1 lipca 2026 roku refundacją ze środków publicznych zostanie objęty pierwszy lek zawierający substancję czynną *bupropion* (2 pozycje na wykazie), który będzie finansowany we wskazaniu: *Leczenie epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających u dorosłych (ICD-10 F32, F33)*.

W odniesieniu do procesu legislacyjnego i decyzyjnego objęcia bupropionu (Bupropion Neuraxpharm) refundacją apteczną, należy zaznaczyć, że w oparciu o treść ustawy o refundacji¹ procedura objęcia leku refundacją (dotyczy to również środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego) i ustalenia jego ceny zbytu netto rozpoczynana jest złożeniem wniosku do Ministra Zdrowia przez podmiot odpowiedzialny, jego przedstawiciela lub podmiot uprawniony do importu wraz z kompletną dokumentacją wymaganą przepisami prawa. W przypadku wpłynięcia takiego wniosku jest on procedowany zgodnie z zapisami przywołanej ustawy, co dla leku zawierającego nierefundowaną aktualnie substancję czynną (jak to miało miejsce np. w odniesieniu do leków zawierających substancję czynną *bupropion*) lub nowy zakres wskazań dla substancji objętej już refundacją oznacza wymóg przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej AOTMiT), stanowiska Rady Przejrzystości, rekomendacji Prezesa Agencji. Wydanie rekomendacji, stanowiącej efekt oceny skuteczności, bezpieczeństwa oraz efektywności kosztowej leku, przez Prezesa AOTMiT dla nowego produktu leczniczego/nowego zakresu wskazań refundacyjnych, umożliwi przekazanie wniosku do Komisji Ekonomicznej celem przeprowadzenia negocjacji warunków cenowo - kosztowych objęcia refundacją. Po otrzymaniu wymaganych dokumentów z AOTMiT, zgodnie z art. 12. ustawy o refundacji, uwzględniając m.in. stanowisko Komisji Ekonomicznej i rekomendację Prezesa Agencji, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję administracyjną (pozytywną bądź negatywną) w przedmiocie objęcia refundacją i ustalenia ceny zbytu netto dla wnioskowanego produktu leczniczego (środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego). Zgodnie z treści art. 3 ust. 4 ustawy o *refundacji* wniosek taki rozpatruje się w terminie 180 dni, z tym, że w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosku, bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia danych albo do dnia upływu terminu uzupełnienia wniosku. Minister Zdrowia podjął rozstrzygnięcie w przedmiotowej sprawie w terminie przewidzianym treścią ww. przepisu.

Jak wynika z powyższego, aby procedura ta mogła zostać zapoczątkowana do Ministra Zdrowia musi wpłynąć wniosek o objęcie refundacją. Wniosek taki dla leku zawierającego substancję czynną *bupropion* wpłynął dopiero pod koniec października 2025 r. zaś lek, którego dotyczył znalazł się w projekcie pierwszego obwieszczenia opublikowanego po zakończeniu wszystkich etapów opisanego powyżej postępowania administracyjnego, w którym było to możliwe, tym samym nieuzasadnione są twierdzenia o braku należytej wagi w odniesieniu do problemów psychicznych Polaków.

Na podstawie danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (data dostępu do danych: 11 czerwca 2026 r.) odnośnie do wydatków płatnika publicznego - w ramach kategorii dostępności aptecznej, w odniesieniu do wymienionych powyżej substancji

¹ Ustawa z dn. 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253)

czynnych, w 2026 r. wydatkowano na ten cel ponad 138 mln zł, zaś w latach poprzednich (2023-2025) od ok. 240 mln zł do ok. 340 mln zł. Szczegółowa informacja dotycząca kosztów refundacji leków - z 7 grup limitowych, stosowanych w terapii depresji została zebrana w poniższej tabeli.

Wartość refundacji w podziale na grupy limitowe [zł]				
GR limitowa	2023	2024	2025	2026
183.0 Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	11 617 332,48	11 892 385,04	11 657 661,99	4 197 057,69
184.0 Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	80 025 231,10	99 205 128,23	117 691 909,10	49 330 311,77
187.0 Leki przeciwdepresyjne - inne	101 167 797,82	128 130 594,35	149 903 256,84	60 084 541,96
225.0 Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19 246 850,27	21 435 573,53	22 606 768,07	8 330 879,33
225.1 Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	3 629 009,10	4 073 711,64	4 854 755,75	2 039 975,13
225.2 Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	23 322 704,24	24 023 535,61	32 307 109,47	13 733 404,19
227.0 Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO -moklobemid	1 311 328,21	1 413 436,25	1 358 337,99	543 419,04
Suma końcowa	240 320 253,22	290 174 364,65	340 379 799,21	138 259 589,11

Odnosząc się do kwestii *środków* zaradczych podejmowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu skrócenia czasu oczekiwania na pomoc psychiatryczną w województwach o najgorszej dostępności, takich jak pomorskie (gdzie średnia to aż 410 dni) i mazowieckie (326 dni), oraz wdrożenia systemowych narzędzi informacyjnych, aby pacjenci w stanie kryzysu byli skutecznie i automatycznie przekierowywani do wolnych specjalistów w regionie, *wymaga* wyjaśnienia, że dane przywołane w interpelacji odnoszą się do informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. Wskaźnik ten może ulegać dynamicznym zmianom i nie zawsze odzwierciedla rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia. Przykładowo, w przypadku Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim pierwszy wolny termin został wskazany na poziomie około 900 dni, podczas gdy średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia wynosił około 59 dni. Na poparcie powyższych stwierdzeń przekazuję w załączeniu zestawienie danych sprawozdawczych pochodzących z NFZ, odzwierciedlających dostępność poszczególnych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej w ww. województwach, według stanu na 30 kwietnia 2026 r., w postaci pliku w formacie MS Excel. NFZ prowadzi też działania mające na celu poprawę jakości danych dot. dostępności świadczeń i list oczekujących, obejmujące w szczególności rozwój mechanizmów walidacji i weryfikacji danych przekazywanych przez świadczeniodawców oraz weryfikację sprawozdawczości dotyczącej harmonogramów przyjęć i list oczekujących.

Jednocześnie od 1 lipca 2026 r. zniesiony zostanie obowiązek przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia². Zmiana ta ma na celu prezentowanie informacji o dostępności świadczeń w sposób lepiej odzwierciedlający rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów.

Jednocześnie informuję, że Minister Zdrowia podejmuje liczne kroki mające na celu rozwiązanie „kryzysu kadrowego” i zapewnienie odpowiedniej liczby specjalistów

² art. 23 ustawy z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2025 r. poz. 637) wraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2025 r. w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji (Dz.U. z 2025 r. poz. 1871).

posiadających kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej zarówno w specjalizacjach takich jak psychiatria dzieci i młodzieży lub psychiatria, jak też w innych dziedzinach. Od ponad dekady 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 będzie rosła liczba absolwentów tego kierunku, a co za tym idzie nastąpi wzrost liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, również w dziedzinie psychiatrii. W lipcu 2022 r. wprowadzono wsparcie finansowe - kredyt na studia medyczne dla osób podejmujących studia odpłatne na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim. Umożliwiono również przystąpienie o rok wcześniej do LEK i LDEK dla lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok studiów, Ma to za zadanie skrócenie czasu oczekiwania na egzamin, a w konsekwencji wcześniejsze otrzymanie PWZ. W ramach kształcenia podyplomowego, od jesieni 2022 r., wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów – dzięki temu rozwiązaniu większa liczba miejsc szkoleniowych zostanie wykorzystana (tzw. nabór centralny). Nabór centralny na specjalizacje daje lekarzom i lekarzom dentystom 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.

Liczba miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii nieustannie rośnie. W 2015 r. liczba miejsc szkoleniowych w tej dziedzinie wynosiła 1736, natomiast obecnie wynosi 2459 miejsc. Od 2015 r. wzrosła również liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii z 796 (stan na: 01.12.2015 r.) do 1906 lekarzy (stan na 31.12.2025 r.), czyli o ponad 140%. Wzrosła także liczba specjalistów w dziedzinie psychiatrii z 3388 (stan na: 31.12.2015 r.) do 4825 specjalistów (stan na 31.12.2025 r.), czyli o ponad 42%. Liczba miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży również nieustannie rośnie. W 2015 r. liczba miejsc szkoleniowych w tej dziedzinie wynosiła 243 miejsca, natomiast obecnie wynosi 554 miejsca. Od 2015 r. wzrosła również liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z 135 (stan na 31.12.2015 r.) do 452 lekarzy (stan na 31.12.2025 r.), czyli o ponad 248%. Wzrosła także liczba specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z 333 (stan na: 31.12.2015 r.) do 603 specjalistów (stan na: 31.12.2025 r.), czyli o ponad 81%³.

Jednocześnie, w dniu 8 czerwca br. w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, udostępniono projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw⁴. Zakłada się, że w wyniku tej interwencji legislacyjnej szereg kwestii związanych głównie z kształceniem podyplomowym oraz egzaminami, a także wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty ulegnie uporządkowaniu i usystematyzowaniu. Przewiduje się, że w najbliższej przyszłości, ale też w perspektywie długoterminowej powyższe działania przyczynią się do wzrostu dostępu do lekarzy udzielających świadczeń specjalistycznych, w tym także z zakresu opieki psychiatrycznej.

Jeśli chodzi o dodatkowe zachęty finansowe w procedurze specjalizacyjnej dla lekarzy podejmujących kształcenie w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, to wyodrębniono dziedziny priorytetowe z punktu widzenia epidemiologicznego kraju, do których zaliczono również psychiatrię oraz psychiatrię dzieci i młodzieży, ustanawiając dla nich specjalne zasady. Główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest

³ Dane Naczelnej Izby Lekarskiej - <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>

⁴ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12411050>

wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydentur (finansowanym przez Ministra Zdrowia). Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydentur, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydentur w stosunku do pozostałych dziedzin. W celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych finansowanych ze środków publicznych, po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, wprowadzono rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej). Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania w takim podmiocie leczniczym - łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego. Przeprowadzono również działania poprawiające atrakcyjność zawodów medycznych i warunki pracy pracowników medycznych polegające na powiązaniu najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem brutto w gospodarce narodowej.

W kwestii działań podjętych w celu wyrównania rażących braków w zakontraktowaniu ośrodków I poziomu w województwach śląskim oraz świętokrzyskim wyjaśnić należy, że stosownie do art. 97 ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵, do zakresu działania NFZ należy również w szczególności:

- 1) monitorowanie oraz ocena jakości i dostępności, a także analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.

Przeprowadzenie postępowań o zawarcie umów poprzedza się analizą potrzeb określonych m.in. w mapach potrzeb. W przypadku świadczeń w zakresie zespołu/ośrodka I poziomu referencyjnego, dodatkowo przyjmuje się wytyczną wskazaną w Raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁶, tj. zapewnienie jednego zespołu/ośrodka I poziomu referencyjnego na 12,5 tys. mieszkańców. Ponadto NFZ na bieżąco monitoruje dostępność oraz zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku stwierdzenia niedostatecznego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych podejmowane są działania zmierzające do zwiększenia dostępności, w tym ogłaszane są postępowania konkursowe w celu zawarcia umów na dodatkowe miejsca realizacji świadczeń, jednakże zazwyczaj na ogłaszane przez ww. Oddziały Wojewódzkie NFZ postępowania konkursowe na przedmiotowe zakresy świadczeń nie wpływa żadna oferta ze względu na brak potencjału podmiotów leczniczych mogących realizować rzeczne świadczenia.

W odniesieniu do planowanego wdrożenia Systemu Wspomagania Decyzji w Polityce Lekowej (SWDPL) informuję, iż jego celem będzie wspomaganie decyzji Ministra Zdrowia oraz obsługującego go urzędu lub ciał doradczych w obszarze podejmowania decyzji dotyczących obejmowania refundacją poprzez analizowanie danych refundacyjnych i ich agregację. System ten nie będzie dedykowany i dostępny dla pacjenta celem wspierania adherencji stosowanego leczenia, w przypadku której najważniejszym czynnikiem wydaje się świadomość pacjenta dotycząca korzyści z zastosowanego leczenia i konsekwencji wynikających z jego zaniechania zarówno tych krótko jak i długoterminowych.

⁵ Ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.)

⁶ Raport nr WT.5403.39.2021 z 13.12.2021 w sprawie ustalenia taryfy świadczeń „Świadczenia gwarantowane realizowane przez Zespoły oraz Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny”

Podsumowując należy podkreślić, że w podejmowanych przez Minister Zdrowia działaniach zwraca szczególną uwagę na kwestie dotyczące zdrowia psychicznego obywateli i podejmuje w ostatnich latach szereg różnego rodzaju działań, zarówno profilaktycznych jak i o charakterze leczniczym, mających poprawić dostęp do świadczeń zarówno w zakresie farmakoterapii, jak i porad udzielanych w lecznictwie szpitalnym jak i ambulatoryjnym. Dbłość o tą jak i o każdą inną sferę zdrowia obywateli wymaga jednak postępowania zgodnego z obowiązującymi przepisami prawa jak i wyboru tych rozwiązań, które pozwolą na jak najbardziej efektywne wykorzystanie ograniczonych środków publicznych.

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

Załączniki:

1. Zestawienie danych sprawozdawczych pochodzących z NFZ, odzwierciedlających dostępność poszczególnych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej w ww. województwach, według stanu na 30 kwietnia 2026 r., w postaci pliku w formacie MS Excel.