



Minister Zdrowia

DLF.050.73.2026.SK
Warszawa, 03 sierpnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację Posła Fryderyka Kapinosa i grupy Posłów, z dnia 15 lipca 2026 r. (nr 18518), *w sprawie wydłużających się kolejek do świadczeń opieki zdrowotnej oraz planowanych zmian w finansowaniu nadwykonań przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odpowiadając na pytania dotyczące obecnie podejmowanych działań w celu poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej przede wszystkim należy wskazać na wprowadzone od 1 stycznia 2026 r. rozwiązania dotyczące centralnej elektronicznej rejestracji. Centralna elektroniczna rejestracja zniósła obowiązek prowadzenia odrębnych list oczekujących przez poszczególnych świadczeniodawców na rzecz wspólnej listy do wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń z danego zakresu (tj. centralnego wykazu oczekujących). Oprócz uproszczenia i przyspieszenia procesu rejestracji pacjentów oraz ułatwienia dostępu do informacji o dostępnych terminach u wszystkich świadczeniodawców centralna elektroniczna rejestracja przyczyni się także do skracania czasów oczekiwania, zarówno przez optymalne wykorzystanie każdego zwalnającego się terminu, jak i przez znaczące zmniejszenie liczby nieodwołanych porad. Pacjenci otrzymują powiadomienia z przypomnieniem o wizycie i mogą także łatwo i szybko odwołać wizytę przez odpowiedź na sms z przypomnieniem lub anulować ją przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP), bez konieczności komunikowania się ze świadczeniodawcą. Centralna elektroniczna rejestracja wstępnie została wprowadzona w odniesieniu do wybranych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale zakres ten będzie sukcesywnie rozszerzany. Zgodnie z przyjętym harmonogramem do końca 2027 r. centralną elektroniczną rejestracją zostaną objęte wszystkie świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Z innych podjętych działań, mających na celu poprawę dostępności do świadczeń, należy wskazać wprowadzenie mechanizmów motywujących poradnie specjalistyczne do zwiększania odsetka przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych (obecnie jedynie

przeciętnie 15 % pacjentów w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to pacjenci pierwszorazowi, a pozostałe osoby objęte opieką to osoby kontynuujące leczenie). Rozwiązania wdrożone przez Narodowy Fundusz Zdrowia zakładają określenie minimalnego wymaganego poziomu przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych oraz wprowadzenie stawek degresywnych, w przypadku, gdy świadczeniodawcy nie osiągną takiego poziomu. Rozwiązanie to ma na celu zapewnienie, że pacjenci oczekujący na pierwszą poradę szybciej rozpoczną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną. Wypracowane rozwiązanie ma szczególnie motywować podmioty z najmniejszym udziałem świadczeń pierwszorazowych. Jednocześnie należy wskazać, że analizy potwierdzają skuteczność tych działań. Porównanie danych dotyczących liczby udzielonych świadczeń pierwszorazowych za poszczególne kwartały (począwszy od III kwartału 2025 r.) z analogicznymi kwartałami roku poprzedniego wskazuje na wzrost zarówno wykonywanych świadczeń, jak i udziału świadczeń pierwszorazowych w świadczeniach ogółem. W III kwartale 2025 r. wykonano o ponad 200 tys. świadczeń pierwszorazowych więcej niż w III kwartale 2024 r., co stanowi ponad 10% świadczeń, a udział świadczeń pierwszorazowych wzrósł z 18,76% do 20,25% i dotyczył wszystkich specjalności objętych nowym rozwiązaniem. W IV kwartale 2025 r. wykonano o ponad 220 tys. świadczeń pierwszorazowych więcej niż w IV kwartale 2024 r., co stanowi ponad 13% tych świadczeń, a udział świadczeń pierwszorazowych wzrósł z 17,20% do 19,04%. W I kwartale 2026 r. wykonano prawie 170 tys. świadczeń pierwszorazowych więcej niż w I kwartale 2025 r., co stanowi ponad 9% tych świadczeń, a udział świadczeń pierwszorazowych wzrósł z 17,7% do 19,9%.

Ponadto, nadal obserwowany jest wzrost liczby umów zawieranych w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwia lekarzowi rodzinemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienie wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania go do poradni specjalistycznych. Zwiększenie dostępu do świadczeń właściwych dla opieki specjalisty z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zmniejsza obciążenie poradni specjalistycznych i przekłada się na skrócenie czasów oczekiwania. Według danych na dzień 30 czerwca 2026 r. 3 091 świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej realizowało świadczenia opieki koordynowanej, co stanowi 52% ogółu świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Objęto tym samym łącznie 64% ogółu populacji objętej podstawową opieką zdrowotną.

Należy również podkreślić, że podejmowane są także działania w zakresie zapewnienia na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy posiadających kwalifikacje specjalisty. Działania te mają na celu zniwelowanie do minimum niekorzystnego obrazu demograficznego

tej grupy zawodowej. Proces kształcenia lekarzy specjalistów jest jednak czasochłonny więc efekt przyrostu kadry specjalistycznej w poszczególnych dziedzinach jest widoczny z opóźnieniem. Co więcej, mogą występować różnice regionalne, a więc kluczowa jest odpowiednia dystrybucja kadry na obszary deficytowe, w tym odpowiednie sterowanie przyznawaniem miejsc specjalizacyjnych w poszczególnych dziedzinach medycyny. Z najważniejszych podejmowanych działań można wskazać:

- 1) stworzenie katalogu dziedzin priorytetowych w celu stymulacji wzrostu liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach, w których zapotrzebowanie na specjalistów jest największe, a zainteresowanie odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy jest zbyt małe do potrzeb. Główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydenckim (finansowanym przez Ministra Zdrowia),
- 2) rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać dodatkowo wynagrodzenie zasadnicze wyższe, jeżeli lekarz zobowiąże się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego,
- 3) możliwość przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego,
- 4) zwiększanie limitów przyjęć na kierunek lekarski,
- 5) możliwość uzyskania wsparcia finansowego dla osób podejmujących kształcenie na studiach odpłatnych w języku polskim na kierunku lekarskim, które wiąże się z obowiązkiem późniejszego odpracowania studiów w publicznej służbie zdrowia.

Dodatkowo, w celu dalszego wyrównywania nierówności w dostępie pomiędzy poszczególnymi regionami kraju a także właściwego modelowania kształcenia podyplomowego lekarzy w obszarach dziedzin deficytowych, Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i niektórych innych ustaw (aktualnie na etapie konsultacji publicznych). Projekt ten zawiera m.in. zmiany w zakresie naboru na szkolenie specjalizacyjne, które dotyczą w szczególności kierowania lekarzy i lekarzy dentystów do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w jednostkach akredytowanych, które znajdują się na obszarach danego województwa, gdzie występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

Odnosząc się do pytań, dotyczących wpływu projektowanych zmian z zakresu finansowania nadwykonań na długość kolejek do świadczeń oraz liczbę udzielanych świadczeń, uprzejmie informuję, że rozwiązania dotyczące zmiany sposobu rozliczeń nadwykonań nie obejmują świadczeń udzielonych pacjentom pierwszorazowym (czekającym na pierwszą poradę

specjalisty), w związku z powyższym nie powinno to wpłynąć na ograniczenie gotowości świadczeniodawców do wykonywania świadczeń poza limitem dla osób wpisanych na listy oczekujących.

Omawiając przedmiotowe zagadnienie należy podkreślić, że pomimo nieustannie podejmowanych działań mających na celu zwiększenie środków w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia, które skutkują istotnym zwiększaniem nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r. Natomiast aktualnie największą część zidentyfikowanego zapotrzebowania na dodatkowe środki dla NFZ stanowią skutki realizacji ustawy o wynagrodzeniach. Tylko w 2025 r. skumulowany koszt rekomendacji AOTMiT, wyniósł ponad 58 mld zł, czyli 25% wszystkich środków, którymi dysponował NFZ.

Należy również nadmienić, że z uwagi na aktualną sytuację finansową Narodowego Funduszu Zdrowia, priorytetem dla Ministra Zdrowia obecnie jest wdrażanie konkretnych działań, mających na celu jej poprawę. Kwestia ta jest aktualnie szeroko dyskutowana oraz analizowana na wszystkich poziomach, zarówno w ramach rozmów z Ministrem Finansów i Gospodarki, przy stałej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jak i w ramach wspólnego dialogu, w tym m.in. w ramach prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Należy przy tym zaznaczyć, że priorytetem w podejmowanych działaniach oraz ostatecznie wdrażanych rozwiązaniach jest uwzględnienie konieczności zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz stabilności finansowej podmiotów leczniczych.

Jednocześnie należy podkreślić, że zapewniane są coraz wyższe środki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej – w planie NFZ na 2026 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosiła **201,2 mld zł**, tj. **93,76 mld zł** więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2022 r. Wysokość środków zapisana pierwotnie na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna na 2026 r. wynosiła blisko **17,5 mld zł** tj. aż **10,6 mld zł** więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2022 r.

Ponadto dotacja podmiotowa dla NFZ zaplanowana pierwotnie w 2026 r. wynosiła **26 mld zł**, a dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Minister Zdrowia obecnie zaplanowane środki na ten cel w 2026 r. wynoszą **33,6 mld zł**.

Kolejne zwiększenia zaplanowanej dotacji podmiotowej dla NFZ na bieżący rok będą możliwe na podstawie art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odnosząc się do pytań związanych z projektem „Odwrócona Piramida Świadczeń”, informuję, że zakłada on stworzenie warunków prawno-organizacyjnych umożliwiających

zmianę struktury udzielania świadczeń zdrowotnych w kierunku zwiększenia udziału diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego oraz leczenia jednodniowego w przypadkach niewymagających hospitalizacji całodobowej. Cel ten ma zostać osiągnięty poprzez kompleksową rewizję produktów rozliczeniowych NFZ w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz dostosowanie regulacji prawnych i organizacyjnych, funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia.

Kluczowym elementem projektu jest identyfikacja i eliminacja rozwiązań finansowych oraz organizacyjnych, które sprzyjają wykonywaniu hospitalizacji diagnostycznych pomimo możliwości przeprowadzenia części tych świadczeń w warunkach ambulatoryjnych. Projekt przewiduje opracowanie pakietów diagnostycznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), umożliwiających kompleksowe przeprowadzenie procesu diagnostycznego bez konieczności kierowania pacjenta do szpitala, a w przypadku konieczności zapewnienia zaplecza szpitalnego, umożliwia realizację świadczeń w postaci pobytu dziennego w oddziale szpitalnym nieprzekraczającego 12 godzin. Projekt zakłada również przygotowanie optymalnych ścieżek diagnostycznoterapeutycznych oraz opracowanie nowych schematów współpracy i komunikacji pomiędzy POZ, AOS i lecnictwem szpitalnym, a także stworzenie mechanizmów monitorowania efektów wdrażanych zmian.

Działania te stanowią element szerszego procesu reorganizacji systemu udzielania świadczeń zdrowotnych, ukierunkowanego na realizację świadczeń na najniższym poziomie opieki adekwatnym do stanu klinicznego pacjenta, przy jednoczesnym zachowaniu wymaganych standardów jakości oraz bezpieczeństwa leczenia i mają doprowadzić do skrócenia czasu diagnostyki i leczenia oraz bardziej efektywnego wykorzystania zasobów kadrowych i infrastrukturalnych systemu ochrony zdrowia.

Omawiając przedmiotowe zagadnienie należy podkreślić, że założeniem projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń” jest poprawa dostępności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz usprawnienie organizacji procesu diagnostycznoterapeutycznego. Obecnie funkcjonujący model organizacji świadczeń wydłuża czas oczekiwania na diagnostykę oraz konsultacje specjalistyczne, między innymi z powodu nieoptymalnego wykorzystywania zasobów systemu ochrony zdrowia. W odpowiedzi na ten problem projekt przewiduje przygotowanie optymalnych ścieżek pacjenta, utworzenie pakietów diagnostycznych w AOS, rozwój mechanizmów koordynacji opieki, zmianę zasad finansowania świadczeń oraz przenoszenie części procedur diagnostycznych i leczniczych ze szpitali do opieki ambulatoryjnej i leczenia jednodniowego. Działania te mają umożliwić bardziej efektywne wykorzystanie kadr medycznych i infrastruktury, a w konsekwencji poprawić dostęp pacjentów do świadczeń specjalistycznych. Jednocześnie w ramach

projektu prowadzone są analizy dotyczące rozmieszczenia zasobów kadrowych i infrastrukturalnych pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki zdrowotnej, których celem jest dostosowanie potencjału AOS i zwiększenie liczby świadczeń realizowanych poza lecnictwem szpitalnym.

W kwestii wskaźników i celów Ministerstwa Zdrowia, dotyczących skracania kolejek oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, informuję, że priorytetowym celem jest poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a liczba wykonywanych świadczeń stale rośnie. Jednakże w związku z stale rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne (generowanym przede wszystkim przez zmiany demograficzne i gwałtowne starzenie się społeczeństwa), wzrostem kosztów świadczeń (przykładowo w latach 2021-2025 średni koszt kolonoskopii wzrósł o 82%, a gastrokopii o 133%), przy jednocześnie ograniczonych środkach finansowych jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, nie w każdym przypadku udaje się osiągnąć znaczące skrócenie czasów oczekiwania. Uwzględniając podejmowanie przedstawionych powyżej działań obecne cele dotyczą zwiększenia udziału świadczeń udzielanych pacjentom pierwszorazowym, tak aby pacjenci potrzebujący leczenia rozpoczęli jak najszybciej ścieżkę diagnostyczno-leczniczą, objęcia centralną elektroniczną rejestracją wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (do końca 2027), zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy poszczególnych specjalności i objęcie opieką koordynowaną jak największego procentu populacji.

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