



Minister Zdrowia

DLU.050.25.2026.EW
Warszawa, 21 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z interpelacją Pana Wiesława Krajewskiego oraz Pani Olgi Semeniuk-Patkowskiej, Posłów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie skuteczności działań ministra zdrowia na rzecz poprawy dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz ograniczania czasu oczekiwania na świadczenia (nr 18096), przesłaną przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 2 lipca 2026 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odpowiadając na wniosek przekazania informacji dotyczących zmian w zakresie średniego czasu oczekiwania na świadczenia gwarantowane w najważniejszych zakresach świadczeń w latach 2022- 2026 przedstawiam zestawienie danych opracowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla poradni specjalistycznych oraz oddziałów szpitalnych, dla każdego województwa, odrębnie dla przypadków pilnych i stabilnych (co odzwierciedla przyjętą w polskim systemie zasadę kategoryzowania pacjentów ze względu na kryterium medyczne uwzględniające pilność danego przypadku). Zestawienie to, ze względu na obszerność dołączono do interpelacji w postaci załącznika w formie pliku Excela. W załączniku, wskazano także specjalności, w których w okresie ostatniego roku odnotowano największy wzrost oraz największe skrócenie czasu oczekiwania.

Odpowiadając na pytania dotyczące obecnie podejmowanych działań w celu poprawy dostępności przede wszystkim należy wskazać wprowadzone od 1 stycznia 2026 r. rozwiązania wprowadzające centralną elektroniczną rejestrację. Centralna elektroniczna rejestracja zniósł 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 ułatwienie 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 wizyt. 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 ostatnio 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 Zdrowia¹ 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, w związku z pytaniem o ocenę skuteczności tych działań należy wskazać, że analizy danych za poszczególne kwartały (począwszy od III kwartału 2025 r.) w porównaniu z analogicznymi kwartałami roku poprzedniego wykazały skuteczność wprowadzonej metody. 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%.

W odniesieniu do pytania o środki finansowe przewidziane na realizację działań mających na celu skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia, należy wskazać, że przeznaczeniem wszystkich środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej jest zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym skracanie czasów oczekiwania. Zapewniane są coraz wyższe środki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej – w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2026 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wynosiła 201,2 mld zł, tj. 93,76 mld zł więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2022 r. Warto wskazać, że pomimo coraz wyższych środków budżetu państwa przekazywanych celem zasilenia budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia z 2022 r. W związku z powyższym coraz większą część przychodów Funduszu stanowią środki budżetu państwa, w tym przede wszystkim dotacja podmiotowa na finansowanie świadczeń gwarantowanych. Zaplanowana pierwotnie w 2026 r. wynosiła 26 mld zł, natomiast dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Minister Zdrowia z marca i maja br. na łączną kwotę 5,6 mld zł oraz uwzględniając pozytywnie zaopiniowany przez Sejmową Komisję Finansów Publicznych w dniu 2 lipca 2026 r. wniosek Ministra Finansów i Gospodarki, w sprawie zmiany przeznaczenia rezerw celowych zaplanowanych w ustawie budżetowej na rok 2026, umożliwiającą przekazanie kolejnych środków budżetu państwa dla Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości 2 mld zł, dotacja podmiotowa dla NFZ wyniesie w bieżącym roku 33,6

¹ Zarządzeniem NR 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r., z tym że zasady finansowania mają zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 listopada 2025 r., przy czym pierwsza ocena spełniania parametrów określonych objęcie świadczenia udzielone w okresie od 1 lipca do 30 września 2025 r.

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

Warto podkreślić, że równolegle prowadzone są inne działania mające na celu prowadzenie zmian systemowych, których efekty widoczne będą w perspektywie długofalowej, w odróżnieniu od działań doraźnych. Jednym z takich działań są prace prowadzone w ramach uruchomionego w styczniu 2024 r. projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń”, które m.in. zakładają zastąpienie fragmentarycznie udzielanych porad kompleksowymi świadczeniami, w tym pakietami diagnostycznymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Pozwoli to na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliżej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Projekt ma być realizowany do 30 czerwca 2027 r.

Ponadto, nadal obserwowany jest wzrost liczby umów zawieranych w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwi 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.

Odnosząc się do pytania o prowadzenie analiz skuteczności dotychczas podejmowanych działań, należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia stale monitoruje informacje o liczbie osób oczekujących i średnim rzeczywistym czasie oczekiwania. Dane takie są regularnie – co kwartał – przekazywane Ministrowi Zdrowia jako obligatoryjna część sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy jednak uwzględnić fakt, że na dostępność do świadczeń danego rodzaju wpływ ma kilka czynników, w tym zjawiska powszechnie występujące we wszystkich systemach ochrony zdrowia, takie jak zmiany demograficzne (tj. starzejące się społeczeństwo wymagające zwiększonej liczby świadczeń), rozwój medycyny, pojawianie się coraz droższych technologii medycznych, wzrost popytu na usługi wyższej jakości związanych ze wzrostem świadomości społeczeństwa i wiedzy w zakresie nowych metod leczenia, czy dynamicznie wzrastająca liczba osób z określonymi schorzeniami, w tym cierpiących na choroby przewlekłe.

Odpowiadając na pytanie dotyczące planów w zakresie usprawnienia systemu monitorowania, należy wskazać, że planowana jest kontynuacja działań związanych z rozwojem narzędzi wspierających monitorowanie dostępności świadczeń oraz prowadzeniem list oczekujących. Działania te obejmują przede wszystkim dalszy rozwój centralnej e-rejestracji oraz sukcesywne przenoszenie kolejnych procedur zabiegowych realizowanych w leczeniu szpitalnym, do prowadzenia harmonogramów przyjęć i list oczekujących w aplikacji AP-KOLCE w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia. Prowadzenie harmonogramów przyjęć w aplikacji AP KOLCE zapewnia Funduszowi dostęp do aktualnych danych dotyczących czasów oczekiwania oraz liczby osób oczekujących na takie świadczenie w skali kraju i przez to umożliwia bieżące monitorowanie prawidłowości prowadzenia list oczekujących, prowadzenie szczegółowych analiz czasów oczekiwania oraz eliminowanie przypadków wielokrotnych zapisów tej samej osoby na to samo świadczenie.

Odpowiadając na pytanie dotyczące analiz regionalnych różnic w dostępności świadczeń należy wskazać, że przy ocenie dostępności w poszczególnych województwach konieczne jest uwzględnianie różnic, które wynikają zarówno z nierównomiernego rozmieszczenia podmiotów leczniczych na terenie kraju, jak i czynników demograficznych wpływających na zapotrzebowanie ludności zamieszkującej poszczególne regiony na świadczenia zdrowotne. W celu zabezpieczenia świadczeń uwzględniających potrzeby zdrowotne mieszkańców oraz istniejącą infrastrukturę wypracowano cały zestaw narzędzi.

Podstawowymi narzędziami oceny różnic regionalnych w dostępie do ochrony zdrowia wykorzystywanymi przez wielu beneficjentów, w tym Narodowy Fundusz Zdrowia, są stworzone przez Ministerstwo Zdrowia, pełniące kluczową rolę w kształtowaniu polityki zdrowotnej państwa, systematycznie aktualizowane dokumenty strategiczne takie jak Mapy potrzeb zdrowotnych oraz Plany transformacji na poziomie krajowym oraz wojewódzkim. Analizy opracowane na potrzeby wspomnianych Map potrzeb zdrowotnych obrazują różnice regionalne (województwa lub powiaty) m.in. w dostępie do usług medycznych, kadry medycznej oraz w obszarze infrastrukturalnym. Wymienione dokumenty strategiczne stanowią podstawę przy tworzeniu planu zakupu świadczeń przez Fundusz i mają istotną rolę w planowaniu zmian w systemie ochrony zdrowia, w tym również w zakresie poprawy dostępności do świadczeń.

Zróżnicowanie dostępności do świadczeń w poszczególnych regionach kraju wynika z faktu, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, zawierając z oferentami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzają uprzednio analizę demograficzną populacji zamieszkującej teren województwa, potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, liczby świadczeniodawców z uwzględnieniem ich zasobów (personelu, potencjału dotyczącego posiadanego sprzętu, łóżek itp.). Ponadto, kierując się koniecznością zabezpieczenia świadczeniobiorcom jak najlepszego dostępu do świadczeń na danych obszarach oraz w zakresie niezbędnym do kontraktowania, brane są pod uwagę także dane dotyczące poziomu realizacji świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych, migracje ubezpieczonych czy liczba nowych oferentów. Nie mniej jednak plan zakupu tych świadczeń musi być zgodny z planem finansowym na dany rok, który w szczegółowy sposób określa m.in. możliwości finansowe Funduszu oraz sposób podziału przyznanych środków na poszczególne rodzaje, zakresy świadczeń i obszary kontraktowania. Istotną kwestią jest liczba świadczeniodawców chętnych do zawarcia umowy z Funduszem w celu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy także podkreślić, że aby występujące w poszczególnych województwach zróżnicowanie populacji korzystającej ze świadczeń nie przekładało się na nierówny dostęp do świadczeń, ustawa o świadczeniach, przewiduje, że przy podziale środków na poszczególne oddziały Funduszu stosuje się algorytm uwzględniający zarówno czynniki demograficzne (liczba, wiek i płeć), ryzyka zdrowotne odpowiadające danym grupom ubezpieczonych jak i czynniki kosztowe (w szczególności korzystanie ze świadczeń kosztochłonnych).

Odnosząc się do pytania o analizy dotyczące wpływu niedoboru kadry medycznej na dostępność należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia opracowuje analizy dotyczące kadry medycznej obejmujące lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów, zarówno w ujęciu ogólnokrajowym, jak i regionalnym. Analizy dostępne są w aplikacji pod linkiem: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy/informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>. W zakładce „Kadra NFZ” tej aplikacji udostępnione są informacje dotyczące personelu medycznego w podziale na rodzaj udzielanych świadczeń oraz typ komórki organizacyjnej, w której świadczenia realizowane są w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Aplikacja zawiera również zakładkę poświęconą analizom zastępowalności pokoleniowej kadr medycznych. Przedstawione w niej analizy obrazują różnicę pomiędzy liczbą osób

wchodzących i odchodzących z rynku pracy. W przypadku lekarzy specjalistów uwzględniane jest dodatkowo porównanie liczby lekarzy, którzy prawdopodobnie ukończą szkolenie specjalizacyjne, z liczbą lekarzy osiągających wiek emerytalny w danym roku, co pozwala prognozować zmiany w zasobach kadrowych w poszczególnych specjalizacjach.

Należy zaznaczyć, że sama liczba lekarzy stanowi tylko jeden z czynników determinujących dostępność do świadczeń zdrowotnych, bowiem dostępność ta jest uwarunkowana wieloma czynnikami m.in., systemowymi, finansowymi i geograficznymi, jak również zasobami infrastrukturalnymi i kadrowymi.

Ponadto Ministerstwo opracowało model popytowy dla kadry lekarskiej ogółem, bez podziału na poszczególne specjalizacje. Z modelu wynika, że w Polsce nastąpi wzrost liczby lekarzy, co jest głównie efektem wzrostu kształcenia, który w ostatnich latach był bardzo dynamiczny. 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.

Ministerstwo Zdrowia nieustannie podejmuje 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.

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. Wyodrębniono dziedziny najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego kraju i ustanowiono dla nich specjalne zasady - główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest 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.
- 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. Wzrost limitów spowodowany jest zwiększeniem liczby uczelni kształcących na tych kierunkach i działaniami Ministra Zdrowia mającymi na celu, zwiększenie w przyszłości liczebności kadr lekarskich i lekarsko dentystycznych. Należy jednak wspomnieć, że limit na uczelniach jest uwarunkowany możliwościami lokalowymi, dydaktycznymi i finansowymi danej uczelni,
- 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 (w tym momencie ustawa jest na etapie konsultacji publicznych). Projekt ten jest dostępny pod linkiem: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12411050> i m.in. zawiera 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. Ponadto zmiany obejmują też przyznanie dodatkowych punktów w postępowaniu dla lekarzy posiadających specjalizację w ustalonych rozporządzeniem dziedzinach medycyny oraz umożliwienie tym lekarzom odbywania kolejnej rezydentury. Rozwiązanie to będzie dotyczyło wyłącznie lekarzy posiadających specjalizację w wybranych dziedzinach medycyny (np. w dziedzinie chorób wewnętrznych) i docelowo ma zachęcić do podejmowania szkolenia w tych dziedzinach poprzez ułatwienie dalszego rozwoju zawodowego. Dzięki wprowadzeniu proponowanych regulacji spodziewany jest wzrost dostępności do specjalistycznych świadczeń udzielanych przez lekarzy

W odpowiedzi na pytanie dotyczące analiz wpływu zasobów infrastrukturalnych na dostępność świadczeń, należy wskazać, że Ministerstwo prowadzi analizy dotyczące wybranych rodzajów sprzętu medycznego i wyniki publikuje w aplikacji pod linkiem: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/sprzet-medyczny/>, a także analizy wykorzystania łóżek (link: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lozka-i-oblozenie/>). Analizy obejmują wykorzystanie elementów infrastruktury (np. obłożenie łóżek, liczba badań) i zapotrzebowanie na przestrzeni czasu (w tym w niektórych aspektach prognozują zapotrzebowanie w przyszłości).

W odpowiedzi na pytanie dotyczące działań podejmowanych wobec świadczeniodawców, u których występują ponadprzeciętne czasy oczekiwania, uprzejmie informuję, że harmonogramy przyjęć prowadzone przez poszczególnych świadczeniodawców są na bieżąco monitorowane przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku stwierdzenia u danego świadczeniodawcy ponadprzeciętnego czasu oczekiwania, właściwy oddział podejmuje działania wyjaśniające poprzez bezpośredni kontakt ze świadczeniodawcą pisemnie, telefonicznie oraz w formie komunikatów na stronie w celu ustalenia przyczyn długiego oczekiwania.

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