

Działania Ministerstwa Zdrowia podjęte w 2025 r. w celu realizacji ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Działania w obszarze chorób układu krążenia

Rok 2025 przyniósł wdrożenie kluczowych rozwiązań systemowych w obszarze chorób układu krążenia.

Był to przełom polegający na przejściu od prac koncepcyjnych do wprowadzania w życie rozwiązań, które realnie zmieniają organizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia.

W 2025 r. Rada Ministrów przyjęła aktualizację Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (NPChUK). Była to zmiana o znaczeniu strategicznym, która doprecyzowała cele Programu oraz wzmocniła rolę Pełnomocnika Ministra Zdrowia odpowiedzialnego za koordynację działań i nadzór nad spójnością NPChUK z wdrażaniem Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Aktualizacja rozszerzyła zakres działań w obszarze profilaktyki, wczesnego wykrywania i edukacji. Podkreślono przede wszystkim zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny pracy w identyfikacji oraz eliminacji czynników ryzyka chorób układu krążenia. Wprowadzono rozwój badań przesiewowych i narzędzi do indywidualnej oceny ryzyka, a także wzmocniono działania edukacyjne jako stały element profilaktyki. W obszarze edukacji i stylu życia ujęto szerokie działania populacyjne, w tym te oparte na koncepcji „10 dla Serca”.

Aktualizacja jednoznacznie wskazała również na działania inwestycyjne ukierunkowane na rozwój systemu opieki kardiologicznej, w tym przygotowanie do wdrożenia Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz opracowanie jednolitych standardów diagnostyczno-terapeutycznych. Wzmocniono komponent analityczny Programu, przewidując stworzenie centralnego systemu rejestrów, rozwój usług informacyjnych oraz budowę portalu kardiologicznego jako ogólnopolskiego źródła wiedzy i narzędzia wspierającego koordynację opieki.

Krajowa Sieć Kardiologiczna – wdrożenie rozwiązań systemowych przewidzianych w NPChUK

W 2025 r. rozpoczęto wdrażanie Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK), zgodnie z ustawą z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz.U. 2025 poz. 779). Ustawa wprowadziła trójstopniowy model ośrodków kardiologicznych (OK I, OK II, OK III), co uporządkowało zakres świadczeń realizowanych na poszczególnych poziomach opieki. Rozwiązanie to umożliwiło **prowadzenie pacjenta według jednolitej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej**, zgodnej z zakresem i możliwościami danego poziomu zabezpieczenia opieki.

Jednocześnie w 2025 r. wydano akty wykonawcze do ustawy, w tym rozporządzenia dotyczące:

- szczegółowych kryteriów kwalifikacji do Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz.U. 2025 poz. 943),
- rodzajów Centrów Doskonałości Kardiologicznej oraz szczegółowych warunków przyznania ośrodkowi kardiologicznemu statusu Centrum Doskonałości Kardiologicznej (Dz.U. 2025 poz. 942),
- statutu Krajowej Rady Kardiologicznej (Dz.U. 2025 poz. 1139),
- kluczowych zaleceń dotyczących organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego (Dz.U. 2025 poz. 1389).

Aktualne przepisy umożliwiły rozpoczęcie funkcjonowania KSK zgodnie z ustawą.

W ramach wdrażania zasad postępowania w 2025 r. wprowadzono kluczowe zalecenia stanowiące standardy organizacyjno-kliniczne. Ich stosowanie we wszystkich ośrodkach ma na celu zapewnienie spójnego sposobu diagnostyki, leczenia oraz planowania dalszej opieki.

W 2025 r. rozpoczęto również **prace nad elektroniczną Kartą Opieki Kardiologicznej (e-KOK)**, która będzie generowana i prowadzona w systemie KSK. Karta zawiera informacje dotyczące rozpoznania, diagnostyki, wykonywanych świadczeń oraz planu leczenia. Obowiązek stosowania e-KOK we wszystkich ośrodkach zaplanowano od **1 stycznia 2028 r.**, zgodnie z okresem przejściowym. W 2026 roku planowane udostępnienie karty.

„10 dla Serca” – filar edukacyjno-profilaktyczny NPChUK

Zgodnie z kierunkami wyznaczonymi w NPChUK rok 2025 był czasem intensyfikacji działań edukacyjnych ukierunkowanych na zmniejszenie czynników ryzyka chorób układu krążenia. Centralnym narzędziem stała się koncepcja „10 dla Serca”, promująca kluczowe zachowania prozdrowotne obejmujące utrzymanie optymalnego ciśnienia tętniczego, właściwych stężeń cholesterolu i glukozy, prawidłowej masy ciała, a także zdrowe żywienie, regularną aktywność fizyczną, niepalenie tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, zdrowy sen oraz redukcję stresu.

Edukacja zdrowotna jako integralny element działań profilaktycznych przewidzianych w NPChUK, została w 2025 r. zapoczątkowana poprzez ogólnopolskie działania informacyjne dotyczące ww. czynników ryzyka chorób układu krążenia.

W lipcu 2025 r. udostępniono w aplikacji mojejKP ankietę „10 dla Serca”, umożliwiającą ocenę stylu życia i czynników ryzyka chorób układu krążenia. Po wypełnieniu ankieta generuje spersonalizowane podsumowanie oraz przekierowuje do wiarygodnych treści edukacyjnych. Stanowi ona praktyczne narzędzie wzmacniania kompetencji zdrowotnych obywateli i wspierania profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej. Narzędzia cyfrowe stały się ważnym kanałem dotarcia do społeczeństwa, a komunikaty instytucjonalne z 2025 r. podkreślały rolę ankiety jako elementu edukacji zdrowotnej i motywacji do modyfikacji stylu życia.

Badania WOBASZ i WOBASZ-Dzieci – monitorowanie kondycji zdrowotnej populacji

W 2025 r., zgodnie z założeniami Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, rozpoczęto kolejną edycję ogólnopolskich badań epidemiologicznych **WOBASZ** (Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności), obejmującego docelowo zarówno dorosłych, jak i dzieci oraz młodzież. Badania te stanowią kluczowy element systemowego monitorowania stanu zdrowia populacji oraz rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób układu krążenia.

WOBASZ Dorośli, realizowany cyklicznie (obecnie w III edycji w latach 2025–2026), dostarcza reprezentatywnych danych dotyczących występowania i kontroli najważniejszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, takich jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, otyłość, cukrzyca czy zachowania zdrowotne.

WOBASZ Dzieci (w 2025 trwały prace przygotowawcze do badania) pozwalają na identyfikację wczesnych uwarunkowań ryzyka sercowo-naczyniowego już na etapie rozwoju, co umożliwi projektowanie skutecznych działań edukacyjnych i profilaktycznych ukierunkowanych na młode pokolenie.

Wyniki badań WOBASZ stanowią podstawę do planowania, ukierunkowywania i oceny interwencji zdrowotnych oraz polityk publicznych w obszarze chorób układu krążenia. Pozwalają także monitorować skuteczność działań realizowanych w ramach NPChUK i pełnią funkcję kluczowego narzędzia analitycznego dla całego systemu ochrony zdrowia.

Najważniejsze działania w obszarze chorób onkologicznych

W 2025 r. tak jak i 2024 r. prowadzono **szkolenia dla koordynatorów opieki onkologicznej**, którzy funkcjonują w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Przeszkolono około 1000 koordynatorów. Celem szkoleń było ujednolicenie i ugruntowanie wiedzy na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz podniesienie kompetencji w zakresie sprawowania opieki nad pacjentem onkologicznym, co będzie przekładać się na jakość zaopiekowania pacjentami.

W 2025 r. **uruchomiono Narodowy Portal Onkologiczny**. Jest to oficjalny serwis wiedzy onkologicznej w Polsce, który łączy wiedzę medyczną z praktycznymi wskazówkami. To narzędzie, które ułatwia zrozumienie i zachęca do świadomego podejścia do tematyki zdrowia. Powstał, przede wszystkim, z myślą o pacjentach onkologicznych i ich bliskich. Link do Portalu: <https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl>

Reforma psychiatrii dla dorosłych

W celu poprawy dostępu do właściwej opieki psychiatrycznej Ministerstwo Zdrowia opracowało i wdraża kompleksową reformę systemu ochrony zdrowia psychicznego. Głównym celem reformy jest **rozwijanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej** w duchu procesu deinstytucjonalizacji oraz wyrównanie dostępu do opieki psychiatrycznej we wszystkich regionach kraju.

Model środowiskowy poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych blisko miejsca zamieszkania umożliwia prowadzenie procesu terapeutycznego w sposób adekwatny do potrzeb pacjentów, pozwala na wczesne

wykrywanie kryzysów psychicznych, może przyczynić się do zwiększenia efektów terapeutycznych, jak również zapobiega zjawisku stygmatyzacji pacjentów.

W odniesieniu do psychiatrii dorosłych, należy wskazać, że od 2018 roku w Polsce trwa **reforma opieki psychiatrycznej**, w ramach której pacjenci mają prawo skorzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w **centrach zdrowia psychicznego**. To miejsce, w którym można uzyskać natychmiastową, bezpłatną pomoc w związku z problemami ze zdrowiem psychicznym przez całą dobę, bez konieczności posiadania skierowania lub wcześniejszego umawiania wizyty.

Celem pilotażu jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego, w rozumieniu art. 5a ustawy z dnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w aspektach organizacyjnych, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, pilotaż potrwa do 31 grudnia 2026 r.

Na dzień 31 grudnia 2025 r. centrów zdrowia psychicznego w całej Polsce było 117, więcej informacji na temat ich działania: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-zdrowia-psychicznego>

Reforma w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (opublikowane dnia 2 września 2025 r.), wprowadziło szereg zmian mających na celu **rozwój systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży** opartego o trzy poziomy referencyjne m.in.:

- Nowe świadczenia: przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, sesja treningowa grupowa (I i II poziom), konsultacja interwencyjna w ramach wsparcia psychospołecznego (I poziom) – dyżury specjalistów, w trakcie których pacjent będzie mógł bez wcześniejszego zapisu uzyskać świadczenie.
- Zmiany kadrowe: możliwość angażowania specjalistów i osób w trakcie specjalizacji z psychoterapii uzależnień na wszystkich poziomach referencyjnych; specjalizacji z psychoterapii uzależnień mogą pracować w placówkach od początku specjalizacji; lekarze w trakcie specjalizacji z psychiatrii mogą pełnić dyżury na III poziomie; rozszerzenie świadczeń realizowanych przez terapeutę środowiskowego.

W 2025 r. w Ministerstwie Zdrowia trwały prace legislacyjne związane z projektem ustawy o zmianie ustawy o **przeciwdziałaniu narkomanii** oraz niektórych innych ustaw, którego jednym z najważniejszych założeń jest poszerzenie istniejącego modelu opieki i leczenia substytucyjnego o inne rozwiązania, alternatywne dla programu leczenia metadonem, na rzecz innych, bardziej zaawansowanych leków zawierających buprenorfinę.

Proponowane przepisy dają możliwość wystawiania recept na leki substytucyjne, które zawierają substancję czynną buprenorfinę, w ramach ordynacji lekarskiej przez lekarza będącego świadczeniodawcą albo lekarza zatrudnionego lub wykonującego zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, a także przez lekarzy podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Przedmiotowa regulacja przyczyni się m.in. do zwiększenia dostępności tej formy leczenia.

Realizacja działań ukierunkowanych na promocję szczepień ochronnych

Dostęp do bezpłatnych szczepień przeciw HPV dla osób od ukończenia 9. roku życia do ukończenia 18. roku życia.

Dla osób w wieku 9-14 lat szczepienie jest realizowane w ramach **Programu szczepień zalecanych** przeciw HPV, po ukończeniu 14. roku życia aż do ukończenia 18. roku życia dostępna jest, poza Programem, bezpłatnie szczepionka. Obecnie Minister Zdrowia kładzie nacisk na realizację założeń Narodowej Strategii Onkologicznej dotyczących utrzymania i poprawy poziomu zaszczepienia

(osiągnięcia celu zakładającego 60% zaszczepienia populacji wskazanej do szczepienia do 2028 roku) poprzez zapewnienie dostępności szczepionek oraz prowadzenie ciągłych działań informacyjno-edukacyjno-promocyjnych.

Polska od początku realizacji programu szczepień przeciw HPV przyjęła strategię zgodną z rekomendacjami międzynarodowymi, koncentrując się na szczepieniu dziewcząt i chłopców w wieku, w którym skuteczność szczepienia jest najwyższa tj. przed rozpoczęciem aktywności seksualnej. Wiek 12–14 lat uznawany jest za optymalny w kontekście odpowiedzi poszczepiennej oraz skuteczności profilaktyki zakażeń HPV. W tym przedziale wiekowym odpowiedź immunologiczna jest silniejsza niż u osób starszych, a ryzyko wcześniejszego kontaktu z wirusem niższe. Tym samym szczepienie w wieku nastoletnim pozwala wyprzedzić moment, w którym może dojść do zakażenia.

Resort Zdrowia nie ustaje w wysiłkach edukacyjnych i promocyjnych na rzecz szczepień. Realizuje działania ukierunkowane na promocję szczepień ochronnych, będące jednym z zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, w ramach Celu operacyjnego 4 „Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne”, Zadania 5 „Promocja szczepień – działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych”. Celem tego zadania jest **popularyzacja szczepień ochronnych**, w tym za pośrednictwem serwisu internetowego Szczepienia.info (<https://szczepienia.pzh.gov.pl/>).

Na portalu publikowane są wiarygodne, oparte na dowodach naukowych informacje dotyczące szczepień ochronnych. Treści udostępniane w serwisie kierowane są zarówno do ogółu społeczeństwa, jak i do profesjonalistów medycznych.

Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ)

Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie w dniu 17 września 2025 r. wprowadziła przepisy racjonalizujące i uelastyczniające funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Nowe przepisy, umożliwiające świadczeniodawcom (za zgodą Prezesa NFZ) rezygnację z realizacji danego profilu PSZ lub zmianę realizacji danego zakresu szpitalnego na tryb hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, powinny przyczynić się do koncentracji świadczeń szpitalnych wykonywanych w trybie pełnej hospitalizacji (w warunkach gotowości całodobowej) w ośrodkach, które dysponują większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, co powinno sprzyjać poprawie jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjenta. Dodatkowo nowe przepisy umożliwiają również, pod pewnymi warunkami, zastąpienie realizacji określonego profilu szpitalnego w ramach PSZ umową o udzielanie świadczeń opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym, co może poprawić dostępność takiej opieki.

Konsolidacja i restrukturyzacja podmiotów leczniczych

W ustawie o działalności leczniczej wprowadzono:

- możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (a także podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych) również przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące;
- zmiany w zakresie sporządzania, opiniowania i zatwierdzania programów naprawczych;
- obowiązek sporządzenia programu naprawczego dla SPZOZ oraz spółki z większościovym udziałem podmiotów publicznych, jeżeli w ich sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto, której wartość bezwzględna jest wyższa niż 1% sumy wykazanych w tym samym sprawozdaniu przychodów netto;

Program naprawczy będzie zawierał:

- wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu;
- sprawozdanie finansowe, o którym mowa w art. 45 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
- ocenę dostosowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na dzień sporządzenia planu, do mapy potrzeb zdrowotnych lub do krajowego planu transformacji lub do wojewódzkiego planu transformacji;

- propozycje współpracy z innymi podmiotami leczniczymi oraz zakres tej współpracy, w tym dotyczące koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury, oraz realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia z innymi podmiotami leczniczymi według stanu na dzień sporządzenia planu naprawczego, jeżeli są przewidywane;
- planowane działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- planowane działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania, w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz prognozy przychodowe;
- wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych powyżej;
- informację o elementach struktury organizacyjnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności o komórkach organizacyjnych, jednostkach organizacyjnych i zakładach leczniczych, będących przedmiotem działań naprawczych.

Program profilaktyczny „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”

Dla osób w wieku 20 lat i więcej, na mocy przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 584), z dniem 5 maja 2025 r., wdrożono **ogólnopolski program profilaktyczny "Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej"**. Program jest elementem systemowego podejścia do profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowego stylu życia. Celem programu jest zbudowanie modelu kompleksowej profilaktyki dostępnej dla każdego w jego przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, identyfikacja czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie schorzeń, które mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych oraz stworzenie Indywidualnego Planu Zdrowotnego. Program jest adresowany do wszystkich osób dorosłych, a częstotliwość wykonywania bilansu zdrowia, zależna od wieku pacjenta:

- 1) osoby 20 - 49 lat: nie częściej niż raz na 5 lat,
- 2) osoby 50+: nie częściej niż raz na 3 lata.

Realizatorami programu „Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej” są świadczeniodawcy POZ, do których pacjent złożył deklarację wyboru. Przystąpienie do programu rozpoczyna wypełnienie samodzielnie przez pacjenta (on-line lub wersji papierowej) lub z pomocą personelu medycznego Kwestionariusza Bilansu Zdrowia Osoby Dorosłej (KBZOD). Po weryfikacji przez personel medyczny kompletności i poprawności wypełnienia kwestionariusza jest on zatwierdzany.

W dalszej kolejności generowane jest zlecenie na zestaw badań diagnostycznych w zależności od treści udzielonych odpowiedzi oraz wieku pacjenta. Zakres podstawowy badań diagnostycznych dla każdego, kto wypełni ankietę, obejmuje badania: morfologia krwi, glukoza, kreatynina (z eGFR), lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, trójglicerydy), TSH (hormon tyreotropowy), badanie ogólne moczu. Zakres rozszerzony badań diagnostycznych dodatkowych, w zależności od wieku i wyniku ankiety, obejmuje badania: ALAT - aminotransferaza alaninowa, ASPAT - aminotransferaza asparaginianowa, GGTP - gammaglutamylotranspeptydaza, PSA całkowity u mężczyzn, anty-HCV, lipoproteina A (wykonywana w ramach programu raz w życiu).

Po otrzymaniu wyników badań pacjent jest zapraszany na wizytę podsumowującą, podczas której omawiane są wyniki badań laboratoryjnych i ankiety, aktualny stan zdrowia, czynniki ryzyka oraz ustalany jest indywidualny plan opieki medycznej, w tym dalsza diagnostyka, zalecenia profilaktyczne lub edukacja zdrowotna (np. dieta, redukcja nałogów). Poza badaniami laboratoryjnymi, przy uwzględnieniu wieku, w programie "Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej" pacjentowi przysługuje:

- osobom po 40 roku życia, jeśli będzie stwierdzona ocena ryzyka sercowo-naczyniowego - wykonanie skali SCORE2, SCORE2OP lub SCORE2 Diabetes;

- osobom po 60 roku życia, jeśli w ankiecie będzie stwierdzone ryzyko istnienia zaburzeń poznawczych – wykonanie skali mini-COG;
- w zależności od wieku, w indywidualnym planie zdrowotnym – przekazanie kalendarza badań profilaktycznych w profilaktyce onkologicznej oraz listy zalecanych szczepień ochronnych.

Działania w zakresie opieki koordynowanej w POZ

Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są świadczenia zdrowotne w nowym modelu zwanym **opieką koordynowaną**. Tą formą opieki objęte są osoby przewlekle chore. Wprowadzenie opieki koordynowanej miało na celu poprawę jakości opieki i większą dostępność do świadczeń zdrowotnych przez rozszerzenie listy badań diagnostycznych realizowanych przez lekarza POZ, usprawnienie dostępu do świadczeń opieki specjalistycznej, wdrożenie na szerszą skalę edukacji zdrowotnej oraz aktywizację pacjenta przez włączenie do działań zgodnie z ustalonym planem.

W opiece koordynowanej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką POZ i dietetykiem. Do zadań lekarza należy profilaktyka, diagnozowanie, leczenie i edukacja pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny: kardiologii, diabetologii, endokrynologii, pulmonologii i nefrologii.

Realizacja świadczeń w opiece koordynowanej odbywa się na podstawie **Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM)**, ustalanego przez lekarza wspólnie z pacjentem.

W ramach opieki koordynowanej lekarz przeprowadza pogłębiony wywiad, wykonuje badanie przedmiotowe (fizykalne), analizuje wyniki badań diagnostycznych, ocenia aktualny stan zdrowia pacjenta i wspólnie ustala schemat postępowania.

W ramach opieki koordynowanej wyznaczony dla danego pacjenta koordynator ustala terminy badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, informuje o kolejnych etapach terapii i pozostaje w kontakcie ze wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

Najważniejsze działania w obszarze stomatologii

Na mocy przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1) z dniem 3 stycznia 2025 r. zapewniono pacjentom **dostęp do następujących świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego**:

- 1) świadczenie znieczulenia ogólnego (od dnia 1 stycznia 2026 r.):
 - dzieciom i młodzieży, u których występują alergie na środki znieczulenia miejscowego,
 - dzieciom i młodzieży z zaburzeniami ogólnoustrojowymi, w których stres związany z zabiegiem stomatologicznym lub obecność infekcji okołozębowych może negatywnie wpłynąć na stan ogólny pacjenta,
 - dzieciom i młodzieży niewspółpracującym, mimo przeprowadzenia wizyt adaptacyjnych oraz zastosowania uspokojenia farmakologicznego, jako jedyny skuteczny sposób przezwyciężania lęku w związku z prowadzonym leczeniem stomatologicznym;
- 2) w wykazie świadczeń gwarantowanych:
 - wypełnienie zapobiegawcze PRR typu 1 (ang. Preventive Resin Restoration PRR) polegające na opracowaniu i wypełnieniu ubytku próchnicowego na powierzchni żującej zęba (tzw. opracowanie „punktowe”) oraz uszczelnieniu zdrowych bruzd materiałem typu flow pierwszych i drugich trzonowców zębów stałych, w celu przeciwdziałania progresji i rozprzestrzenianiu się próchnicy na powierzchni żującej zęba;
 - lakierowanie ¼ łuku zębowego za pomocą lakierów fluorkowych, które jest formą profesjonalnej profilaktyki fluorkowej dla dzieci posiadających uzębienie mleczne,
 - wizytę profilaktyczną w 3. roku życia, która umożliwi ocenę parafunkcji i warunków zgryzowych a także wdrożenie profilaktyki ortodontycznej;

- co najmniej 2 wizyty adaptacyjne w 3. roku życia w przypadku dzieci odczuwających lęk związany z zabiegiem stomatologicznym;
- repozycję i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów – włącznie z prostym umocowaniem do zębów sąsiednich z uwagi na zalecane stabilizowanie elastycznymi szynami, bowiem umożliwienie kontrolowanego, łagodnego ruchu zęba podczas gojenia jest uważane za niezbędny warunek skutecznego leczenia oraz zdjęcie szyny przy wymianie unieruchomienia lub zakończeniu leczenia zachowawczego złamania szczęk;
- protezę całkowitą górną lub dolną o charakterze overdenture opartą na zabezpieczonych korzeniach, która pozwala na oszczędzające postępowanie względem kości podłoża protetycznego i poprawia retencję protezy (zwłaszcza w żuchwie), co umożliwia prawidłowe żucie pokarmu, świadczenie będzie dostępne dla świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń protetyki stomatologicznej;
- zdjęcie pantomograficzne z opisem u osób dorosłych na potrzeby leczenia endodontycznego albo w przypadku wszystkich świadczeniobiorców rozpoczynających leczenie protetyczne.

Działania w zakresie leczenia szpitalnego

W 2025 r. rozpoczęto prace nad kwalifikacją świadczeń: endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa oraz przezodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa - jako świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Przeprowadzono konsultacje publiczne. W 2026 prace są kontynuowane.

Podjęto prace nad aktualizacją warunków (w tym kryteriów kwalifikacji) realizacji świadczenia: Implantacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu (zwanego dalej DBS), które jest udzielane pacjentom neurologicznym z rozpoznaniem chorobowymi G20 Choroba Parkinsona; G24 Dystonia; G25.0 Drżenie samoistne; G25.2 Inne określone formy drżenia. Prace są na zaawansowanym etapie i w bliskim terminie planowane jest rozpoczęcie procesu legislacyjnego.

Wprowadzenie zmian w warunkach realizacji tego świadczenia wynika z konieczności dostosowania postępowania diagnostyczno-terapeutycznego do wytycznych klinicznych. Brak jednolitych kryteriów kwalifikacji do tej procedury skutkuje nie tylko sytuacjami, gdy pacjenci wymagający tego świadczenia nie są do niego kwalifikowani, ale też również generować nadmierne koszty z uwagi na kwalifikację do świadczenia pacjentów, u których DBS nie powinien być stosowany.

Modyfikacja warunków realizacji tego świadczenia będzie polegać na dookreśleniu: kryteriów kwalifikacji pacjentów do świadczenia, badań diagnostycznych wymaganych przy kwalifikacji do zabiegu, zakresu świadczenia, wymagań dla ośrodka, personelu medycznego i sprzętu niezbędnego do realizacji świadczenia oraz warunków związanych z kontrolą i monitorowaniem efektów leczenia.

Planowane warunki realizacji świadczenia, związanego z implantacją neurostymulatora struktur głębokich mózgu, obejmą:

- a) kwalifikację pacjenta do zabiegu, w trybie stacjonarnym w oddziale neurologii, przez wielospecjalistyczny zespół posiadający doświadczenie w zakresie leczenia zaawansowanej choroby Parkinsona i innych chorób z obszaru zaburzeń pozapiramidowych oraz w wykonywaniu zabiegu wszczepiania stymulatora struktur głębokich mózgu, w tym w chirurgicznym leczeniu zaburzeń ruchowych.
- b) zabieg wszczepienia stymulatora struktur głębokich mózgu w ramach wybranej struktury docelowej (w zależności od wskazań: jedno- lub jednokanałowego ładowalnego lub stymulatora dwukanałowego lub dwukanałowego ładowalnego podczas jednego zabiegu) albo wymianę generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu (w przypadku stymulatorów niedoładowywanych), po wyczerpaniu skuteczności ładowania.
- c) proces programowania stymulatora po wszczepieniu, realizowany w trybie stacjonarnym w oddziale neurologii;
- d) wizyty kontrolne po zabiegu w poradni neurochirurgicznej;
- e) monitorowanie pacjenta po implantacji stymulatora DBS z programowaniem, realizowane w trybie ambulatoryjnym w ramach poradni neurologicznej.

Zaproponowane kryteria kwalifikacji do świadczenia i warunki organizacji leczenia pacjentów do DBS, uwzględnia zalecenia Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych oraz doświadczenia innych krajów (na podstawie analizy wytycznych i stanowisko naukowych przeprowadzonych przez AOTMiT). Prace w tym zakresie będą kontynuowane przed Departament Analiz i Strategii.

W 2025 r. w neurologii wprowadzono możliwość finansowania przez NFZ leku trombolitycznego – Tenekteplaza. Jest to lek trzeciej generacji, stosowany do 4,5h od wystąpienia objawów, a w wybranych przypadkach (przy spełnieniu kryteriów klinicznych i obrazowych) - nawet do 24 godzin, w sytuacjach, gdy nie planuje się trombektomii mechanicznej lub jest ona opóźniona.

Odwrócona Piramida Świadczeń

Celem projektu Odwrócona Piramida Świadczeń jest:

- odciążenie kosztochłonnego systemu szpitalnego od konieczności realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji w ramach AOS i POZ,
- wprowadzenie płacenia za wynik (paying for performance) oraz różnicowania płatności w zależności od stopnia złożoności przypadku,
- opracowanie schematów współpracy/komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia.

Oczekiwane rezultaty:

- zwiększenie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej przy jednoczesnej optymalizacji zaangażowania zasobów,
- zwiększenie udziału świadczeń outpatient (ambulatoryjnych i jednodniowych),
- racjonalizacja wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- zwiększenie efektywności wymiany informacji medycznej pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki zdrowotnej m.in. POZ, AOS i LSZ w celu zapewnienia całościowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta.

Podstawowe Regiony Zabezpieczenia

Celem projektu Podstawowe Regiony Zabezpieczenia jest:

- określenie obszarów zabezpieczenia w zakresie usług ochrony zdrowia,
- tworzenie warunków umożliwiających zwiększanie dostępności (w tym przestrzennej) do świadczeń z zakresu zdrowia i budowania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Oczekiwane rezultaty:

- wytyczne dla kształtowania systemu opieki zdrowia uwzględniającego regionalne uwarunkowania epidemiologiczne i demograficzne,
- wsparcie dla prowadzenia polityki w zakresie ochrony zdrowia, w tym decyzji zarządczych podejmowanych przez decydentów na centralnym i regionalnym szczeblu administracji publicznej,
- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadających regionalnym i lokalnym potrzebom zdrowotnym obywateli,
- wsparcie dla prowadzenia polityki wrażliwej terytorialnie uwzględniającej m.in. obszary koncentracji negatywnych zjawisk epidemiologicznych i demograficznych.

Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy

Celem projektu ewidencja potencjału świadczeniodawcy jest zaprojektowanie i wdrożenie **centralnego systemu teleinformatycznego**, który pozwoli na gromadzenie i monitorowanie w czasie rzeczywistym informacji o aktualnie dostępnych zasobach:

- 1) łóżek szpitalnych,
- 2) pracowników medycznych,
- 3) infrastruktury,
- 4) wyrobów medycznych,
- 5) środków ochrony indywidualnej,
- 6) gazów medycznych,
- 7) krwi i jej składników

oraz częściowym lub całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Oczekiwane rezultaty:

- ograniczenie zadań sprawozdawczych obciążających personel świadczeniodawców oraz budowa bazy danych o charakterze referencyjnym dla interesariuszy nadzorujących system ochrony zdrowia w Polsce,
- z perspektywy pacjenta, wdrożenie systemu pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych dla jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (m.in. zapobieganie odmowom przyjęcia pacjenta) i ograniczenie przewożenia pacjenta pomiędzy szpitalami, zapewnienie łóżka oraz odpowiedniej do zdiagnozowanego stanu pacjenta opieki medycznej, itp.), a także na podniesienie jakości procesu decyzyjnego w ochronie zdrowia w zakresie potencjału usługodawcy i poprawy jakości udzielanych świadczeń,
- proces decyzyjny oparty o aktualne dane, także w zarządzaniu i planowaniu obronnym,
- optymalizacja wykorzystania potencjału do realizacji świadczeń (w szczególności w sytuacji kryzysowej).

Centralna e-rejestracja

W 2025 r. Ministerstwo Zdrowia prowadziło działania związane z rozwojem i funkcjonowaniem Centralnej e-Rejestracji, której celem jest poprawa dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej.

Centralna e-Rejestracja stanowi narzędzie wspierające realizację prawa pacjenta do informacji o dostępnych świadczeniach zdrowotnych oraz do równego dostępu do opieki zdrowotnej. System umożliwia pacjentom za pomocą Internetowego Konta Pacjenta (IKP), lub aplikacji mojeIKP samodzielne wyszukiwanie wolnych terminów wizyt oraz oczekiwanie na zapis na świadczenia w różnych placówkach, bez konieczności bezpośredniego kontaktu z każdą z nich.

Rozwiązanie to zwiększa transparentność kolejek oraz ułatwia pacjentom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących miejsca i terminu leczenia.

Centralna e-Rejestracja wspiera bezpieczeństwo organizacyjne udzielania świadczeń poprzez:

- ograniczenie liczby wizyt niezrealizowanych,
- umożliwienie pacjentom szybkiego odwołania lub zmiany terminu wizyty,
- automatyczne informowanie o zbliżającym się terminie świadczenia.

Dzięki temu zwalniane terminy mogą być ponownie wykorzystane przez innych pacjentów, co przekłada się na realne skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

Funkcjonowanie centralnej e-Rejestracji zostało zaprojektowane w sposób zapewniający poszanowanie prywatności pacjentów oraz zgodność z przepisami o ochronie danych osobowych. W szczególności mechanizm umawiania wizyt opiera się na modelu, w którym tylko pacjenci, dla których wizyta została umówiona, mają dostęp do danych wizyty w indywidualnym koncie pacjenta.

Centralna e-rejestracja jest podsystemem centralnego systemu e-Zdrowia (P1), który gromadzi terminy wizyt przekazane przez placówki medyczne tworząc ogólnopolski system rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej. Obejmuje również centralny wykaz oczekujących (Poczekalnię), który wyszukuje pacjentowi najbliższy zgodny z jego kryteriami termin i automatycznie go zapisuje.

Centralna e-Rejestracja nie zastępuje systemów medycznych ani dokumentacji prowadzonej przez świadczeniodawców, lecz pełni funkcję wspierającą w zakresie organizacji dostępu do świadczeń. System ten ułatwia pacjentom korzystanie z przysługujących im praw, jednocześnie pozostawiając odpowiedzialność za realizację świadczeń oraz prowadzenie dokumentacji medycznej po stronie podmiotów leczniczych.

Dostępność Plus dla AOS

W 2025 r. podjęto wiele ważnych inicjatyw i działań mających na celu wzmocnienie ochrony prawa pacjenta, jednym z kluczowych było realizowanie projektu **Dostępność Plus dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej**, którego celem jest dostosowanie AOS do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami.

Projekt ten obejmuje dofinansowanie różnorodnych rozwiązań, które umożliwią placówkom medycznym spełnienie standardów dostępności. Przedmiotem grantów w 2025 r. były następujące zadania:

- zakup sprzętu poprawiającego dostępność podmiotu leczniczego dla osób ze szczególnymi potrzebami (np. pętle indukcyjne) i zakup sprzętu medycznego posiadającego specjalne funkcjonalności dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- zakup wyposażenia podmiotu leczniczego poprawiającego dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami (np. kozetki do gabinetów lekarskich, krzesła na poczekalnię, łada do rejestracji, spełniające parametry określone w Standardzie Dostępności dla AOS),
- wyposażenie i rozwiązania cyfrowe poprawiające dostępność placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- prace remontowo - adaptacyjne związane z dostosowaniem nieruchomości lub pomieszczeń (np. wykonanie podjazdu do budynku, zainstalowanie windy w budynku, poszerzenie wejść do gabinetów),
- przeprowadzenie szkoleń m.in. z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, z zakresu dostępności cyfrowej,
- zatrudnienie koordynatora dostępności, asystenta osoby niepełnosprawnej,
- zadania związane z dostosowaniem placówki pod względem organizacyjnym tj. m.in. opracowanie procedur związanych z funkcjonowaniem placówki uwzględniających kwestię dostępności, dokumentów opisujących zakres działalności placówki w języku migowym, zakup oznaczeń i uniformów identyfikujących personel.

Projekt Dostępność Plus dla AOS niewątpliwie przyczynia się do poprawy dostępności w placówkach medycznych oraz do wzrostu świadomości w tym zakresie wśród personelu medycznego. Dzięki inwestycjom w usuwanie barier architektonicznych, wprowadzaniu rozwiązań ułatwiających poruszanie się pacjentom z niepełnosprawnościami ruchowymi oraz doposażaniu placówek w sprzęt wspierający komunikację, placówki medyczne stają się bardziej przyjazne i dostępne dla wszystkich pacjentów. Jednocześnie istotnym elementem projektu jest podnoszenie świadomości i wrażliwości personelu medycznego. Szkolenia pomagają lepiej rozumieć potrzeby pacjentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności co przekłada się na wyższy standard obsługi oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i komfortu wszystkich korzystających z usług ambulatoryjnych.

Działania w obszarze ratownictwa medycznego

W 2025 r. kontynuowano prace nad zmianą ustawy o **Państwowym Ratownictwie Medycznym**. Przedmiotowa ustawa weszła w życie z dniem 30 maja 2025 r. Wśród najważniejszych zmian zawartych w ww. ustawie i wpływających na zwiększenie dostępności do świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne wymienić należy następujące zmiany:

1. Wprowadzony został odrębny rodzaj zespołów ratownictwa medycznego, czyli motocyklowe jednostki ratunkowe. Motocykl ratunkowy może docierać w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, a także np. w czasie zatorów czy korków na drodze. Przyspieszy to uzyskanie pomocy medycznej przez osoby w stanie nagłym.
2. Wprowadzenie rozróżnienia podstawowych zespołów ratownictwa medycznego na dwu i trzyosobowe. Dotychczas ustalony był minimalny skład zespołów na poziomie dwóch osób. Zespół trzyosobowy oznacza poprawę komfortu pracy i bezpieczeństwa członków zespołów, co przekłada się na efektywność udzielanej pomocy.
3. Wprowadzenie przepisu, zgodnie z którym jeden SOR zabezpieczy teren nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, na którym czas dotarcia zespołów z miejsca zdarzenia do SOR nie jest dłuższy niż 45 minut. Przyczyni się to do planowania bardziej równomiernego rozłożenia SOR w terenie.
4. Utrzymano bezterminową możliwość bezpośredniego kierowania do dyspozytorni medycznych połączeń alarmowych wpływających na nr 999, co poprzez wyeliminowanie obsługi zgłoszenia przez operatora nr alarmowego 112 wpływa na skrócenie czasu obsługi zgłoszeń dotyczących stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, w porównaniu do zgłoszeń kierowanych na nr 112. W ten sposób do pacjentów dzwoniących na nr 999 ZRM powinien zostać wysłany szybciej w porównaniu do osób dzwoniących na nr 112.
5. Wojewodowie mogą utworzyć dodatkowe nowe dyspozytornie medyczne w województwach: małopolskim, wielkopolskim, mazowieckim oraz śląskim. Pozwoli to na zapewnienie płynnej obsługi zgłoszeń wpływających na numer alarmowy 999.
6. W odniesieniu do lekarzy systemu i pielęgniarek systemu udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, a więc w ZRM i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, wprowadzono obowiązek ukończenia kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (z obowiązku tego zwolnieni zostali lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, intensywnej terapii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także lekarze i pielęgniarki odbywające specjalizacje w tych dziedzinach). Tym samym podniesiono kwalifikacje personelu medycznego w systemie PRM.
7. Rozszerzono definicję pierwszej pomocy o możliwość podawania w sytuacji nagłej produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; lek taki może podać poszkodowanemu świadek zdarzenia; co ma na celu podniesienie skuteczności udzielania pierwszej pomocy.
8. Uregulowano kwestię postępowania ze zwłokami osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego, które zgodnie z przepisami są przewożone do zakładu medycyny sądowej albo do prosektorium szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego; w przypadku martwego urodzenia dziecka w ambulansie wykorzystywanym przez ZRM zwłoki dziecka są przewożone do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

Ponadto w 2025 r. rozpoczęto nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (MZ 1858) - w chwili obecnej jest na etapie uzgodnień zewnętrznych. Projekt zawiera zmianę odnoszącą się do obsługi zgłoszeń przekazywanych do dyspozytorni medycznych z centrów powiadamiania ratunkowego (tj. przyjmowanych z numeru 112). Dyspozytorzy medyczni nie będą już zobowiązani do rozpoczynania rozmowy przekazanej z CPR od pytania o adres, dane osobowe pacjenta i osoby dzwoniącej, gdyż te dane powinny być zebrane przez operatora numeru alarmowego i wpisane w przekazywanej formatce. Po otrzymaniu formatki z połączeniem głosowym dyspozytorzy będą rozpoczynać rozmowę ze zgłaszającym od zebrania wywiadu medycznego, na podstawie którego podejmą decyzję o przyjęciu bądź odrzuceniu zgłoszenia. Potwierdzenie adresu i danych osobowych wzywającego i pacjenta będzie możliwe na końcu rozmowy, w celu uniknięcia pomyłek co do lokalizacji miejsca zdarzenia i danych osobowych ww. osób, gdy dyspozytor już podejmie decyzję o wysłaniu zespołu ratownictwa medycznego. Powyższe pozwoli

na skrócenie czasu obsługi zgłoszenia przekazywanego za pośrednictwem CPR oraz ograniczy ilość ponownie zbieranych informacji.

Natomiast na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz.U. 2025 poz. 1552) w 2025 r. wprowadzono do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego podstawowy trzysobowy zespół ratownictwa medycznego (ZRM), obok dotychczas istniejącego zespołu dwuosobowego.

Zespoły trzysobowe powinny być uruchamiane przede wszystkim w ZRM złożonych z kobiet, pozbawionych urządzeń do transportu chorych bez użycia siły mięśniowej i urządzeń do automatycznego masażu klatki piersiowej oraz operujących na terenach wiejskich. Wprowadzono również możliwość udzielania świadczeń przez motocyklową jednostkę ratunkową (MJR). Jednostki motocyklowe będą miały za zadanie docierać w takie miejsca zdarzeń, do których nie można dojechać ambulansem, np. podczas zgromadzeń czy zatorów drogowych.

Finansowanie PRM

W planie finansowym NFZ w 2025 r. na zadania zespołów ratownictwa medycznego zabezpieczono środki w wysokości 4 849 656 tys. zł, co oznaczało wzrost w porównaniu do roku 2024 na poziomie 11,33% natomiast w porównaniu do nakładów z 2021 r. od kiedy nastąpiło rozdzielenie finansowania dyspozytorni medycznych i zespołów ratownictwa medycznego, był to wzrost o 97,99 %.

W roku 2025 ogólna liczba ZRM wzrosła o 49 - z 1 711 do 1 760. Liczba ZRM P funkcjonujących w składzie 3 osobowym wynosi 161 co stanowi ponad 10 % wszystkich ZRM P. Dodatkowo uruchomiono łącznie 20 motocyklowych jednostek ratunkowych. Finansowanie SOR przez NFZ w 2025 r. wyniosło 4 751 228 033,09 zł (w 2024 r. było to 4 182 448 269,22 zł, co oznacza wzrost o blisko 14% w stosunku do roku poprzedniego). W 2025 r. funkcjonowało 251 SOR.

Inwestycje w PRM

Wsparcie finansowe infrastruktury ratownictwa ze środków UE:

- I. wsparcie istniejących i budowa nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz rozwój Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (wsparcie i budowa nowych lądowisk i baz LPR) w ramach 10 projektów, których realizacja zakończyła się w latach 2023-2024, w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014- 2020, działania: Infrastruktura ratownictwa medycznego,
- II. realizowane w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027 w zakresie:
 1. Inwestycje w infrastrukturę i doposażenie dyspozytorni medycznych, w tym w rozwój infrastruktury łączności:
 - 10 zawartych porozumień o dofinansowaniu projektów zawartych w 2024 (2 porozumienia) i 2025 r. (8 porozumień),
 - 2 kolejne porozumienia o dofinansowaniu projektów w trakcie procedowania - przewidywany termin ich zawarcia-początek 2026 r.,
 - 1 projekt-finalizowana ocena (Wnioskodawca- Podkarpacki Urząd Wojewódzki),
 - 1 projekt w trakcie uzgodnień fiszki (Wnioskodawca - Dolnośląski Urząd Wojewódzki),
 - 1 projekt - w oczekiwaniu na ostateczne potwierdzenie czy będzie realizowany (Wnioskodawca - Śląski Urząd Wojewódzki),
 - 1 projekt wycofany (Wnioskodawca - Wielkopolski Urząd Wojewódzki);
 2. Wsparcie zakupu i instalacji pełnego symulatora lotów wraz z wybudowaniem zaplecza szkoleniowego dla kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (umowa o dofinansowanie projektu zawarta w 2024 r.) –realizowane w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027.

Osiągnięte rezultaty w ramach wsparcia ze środków UE:

- I. W 2024 r. zakończono realizację 1 projektu w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, działanie: Infrastruktura ratownictwa medycznego o łącznej wartości 9 201 959,56 zł pn. „Zwiększenie dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach przez kompleksową modernizację SOR NZOZ Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie” – projekt nr POIS.09.01.00-00-0097/16 (dotyczy SOR i lądowiska).
- II. W ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027 w zakresie ratownictwa medycznego w 2025 r. w ramach naborów:
 - inwestycje w infrastrukturę i doposażenie dyspozytorni medycznych, w tym rozwój infrastruktury łączności (nabór na łączną przewidywaną kwotę 113 700 000,00 zł), w tym:
 - zakończył się dn. 31.12.2025 r. projekt nr FENX.06.01-IP.03-0002/24 pn. Rozwój infrastruktury łączności radiowej w województwie opolskim na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na kwotę 2 100 000,00 zł,
 - w realizacji projekt nr FENX.06.01-IP.03-0003/24 pn. Modernizacja i rozbudowa sieci łączności radiowej Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie łódzkim na kwotę 2 127 120,41 zł,

zawarto osiem porozumień o dofinansowanie projektów tj.:

1. projektu nr FENX.06.01-IP-03-0004/24 pn. Modernizacja infrastruktury systemu łączności radiowej Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie kujawsko-pomorskim na kwotę 1 644 901,26 zł,
2. projektu nr FENX.06.01-IP-03-0005/24 pn. Rozbudowa funkcjonalności hybrydowego systemu łączności radiowej w województwie lubelskim na potrzeby Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego na kwotę 6 510 230,00 zł,
3. projektu nr FENX.06.01-IP-03-0006/24 pn. Remont budynku Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego wraz z zabezpieczeniem infrastruktury w sytuacji kryzysowej na kwotę 2 983 111,64 zł,
4. projektu nr FENX.06.01-IP-03-0023/24 pn. Budowa Dyspozytorni Medycznej na potrzeby systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na kwotę 18 904 910,54 zł dla województwa pomorskiego,
5. projektu nr FENX.06.01-IP-03-0025/24 pn. Rozwój infrastruktury łączności i jednostek systemu PRM w województwie małopolskim wraz z modernizacją i doposażeniem Dyspozytorni Medycznej w Krakowie na kwotę 5 360 000,00 zł,
6. projektu nr FENX.06.01-IP-03-0026/24 pn. Adaptacja budynku Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego na potrzeby dyspozytorni medycznej na kwotę 13 357 664,00 zł,
7. projektu nr FENX.06.01-IP-03-0028/24 pn. Budowa siedziby Dyspozytorni Medycznej DM13-01 w Kielcach oraz budowa systemu łączności radiowej na potrzeby działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w woj. świętokrzyskim na kwotę 20 189 771,82 zł,
8. projektu nr FENX.06.01-IP-03-0030/24 pn. Modernizacja i doposażenie dyspozytorni medycznej oraz rozwój infrastruktury łączności radiowej wraz z integracją z Podsystemem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa zachodniopomorskiego na kwotę 6 299 999,50 zł

dwa kolejne porozumienia o dofinansowanie projektów są w trakcie procedowania tj.:

1. Projektu nr FENX.06.01-IP-03-0024/24 pn. Wsparcie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w zakresie inwestycji w infrastrukturę i doposażenie dyspozytorni oraz rozwoju infrastruktury łączności radiowej na kwotę 11 167 017,14 zł dla województwa warmińsko-mazurskiego,
2. Projektu nr FENX.06.01-IP-03-0027/24 pn. Zakup sprzętu i urządzeń łączności radiowej na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa mazowieckiego na kwotę 3 210 000,00 zł,

jeden projekt – finalizacja oceny:

→ projektu nr FENX.06.01-IP-03-0031/24 pn. Modernizacja radiowej sieci Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa podkarpackiego na kwotę 1 235 164,55 zł,

jeden projekt jest w trakcie uzgodnień fiszki projektowej;

→ wsparcie zakupu i instalacji pełnego symulatora lotów wraz z wybudowaniem zaplecza szkoleniowego dla kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego- w realizacji umowa o dofinansowanie projektu LPR z dn. 3.10.2024 r. na kwotę 178 830 000,00 zł.

Wsparcie ratownictwa medycznego ze środków Funduszu Medycznego:

- modernizacja, przebudowa lub doposażenie SOR lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR;
- wsparcie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego -utworzenie stałej bazy HEMS w Koszalinie;
- wsparcie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego- zakup fabrycznie nowych śmigłowców ratunkowych; – budowa albo modernizacja lądowisk dla śmigłowców przy szpitalnych oddziałach ratunkowych(SOR);
- wymiana ambulansów.

Osiągnięte rezultaty ze środków Funduszu Medycznego:

27 stycznia 2023 r. został ogłoszony konkurs na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w zakresie zadań polegających na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu SOR lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR. W wyniku przeprowadzonej oceny wniosków wybrano 152 projekty na łączną kwotę wsparcia ok. 1,5 mld zł. Realizacja zadań trwała od 01.01.2024 r. do 31.12.2025 r. Do dnia 31.12.2025 r. zakończyła się realizacja wszystkich zadań.

19 lutego 2025 r. został ogłoszony konkurs na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w zakresie wsparcia działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na zakup nowych śmigłowców ratunkowych. Wsparcie otrzymało Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Kwota wsparcia 446 mln zł.

W dniu 01.10.2025 r. została zawarta umowa na zakup 5 nowych śmigłowców ratunkowych pomiędzy MZ a LPR.

5 marca 2025 r. został ogłoszony konkurs na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w zakresie wsparcia działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na utworzenie stałej bazy HEMS w Koszalinie. Wsparcie otrzymało Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Kwota wsparcia 31 mln zł. W dniu 13.08.2025 r. została zawarta umowa pomiędzy MZ a LPR.

30 czerwca 2025 r. został ogłoszony konkurs na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w zakresie wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego w zakresie budowy albo modernizacji lądowisk dla śmigłowców przy szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). Kwota środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie wniosków w konkursie 126 mln zł. Trwa ocena wniosków w konkursie.

25 sierpnia 2023 r. został ogłoszony konkurs na wybór wniosków o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego dotyczącego wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego w zakresie zakupu ambulansów dla zespołu ratownictwa medycznego wraz z dodatkowym wyposażeniem. Łączna kwota dofinansowania 72,4 mln zł dla 72 beneficjentów (121 ambulansów). Do dnia 31.12.2024 r. zakończyła się realizacja wszystkich zadań. W 2025 roku zakończyło się rozliczanie wszystkich umów.

Nadzór i kontrola w zakresie PRM

W roku 2025 przeprowadzone zostały kontrole w DM02-01 Bydgoszcz oraz DM06-01 Kraków. Kontrole dotyczyły oceny prawidłowości funkcjonowania dyspozytorni medycznych w zakresie organizacji stanowisk pracy, sposobu funkcjonowania, obsady stanowiska kierownika dyspozytorni i psychologa, obsady dyspozytorskiej oraz jej zgodności z Wojewódzkim Planem Działania Systemu, elementów technicznych dyspozytorni medycznej, wyposażenia stanowisk pracy Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego(SWD PRM)/Podsystem Zintegrowanej Łączności SWD PRM w dyspozytorniach medycznych oraz stosowania ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytorów medycznych, algorytmu zbierania

wywiadu przez dyspozytorów medycznych oraz wytycznych przekazywanych przez MZ i instrukcji do poszczególnych modułów SWD PRM przekazywanych przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego.

Działania w obszarze farmakoterapii

Kontynuowano działania w zakresie **dostępności rynkowej produktów leczniczych** we współpracy z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, Prezesem Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, konsultantami krajowymi, podmiotami odpowiedzialnymi i hurtowniami farmaceutycznymi oraz innymi instytucjami/organami biorącymi udział w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

W 2025 r. odbyły się cztery posiedzenia Zespołu do spraw przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych, który analizuje bieżącą sytuację rynkową leków, w odpowiedzi na zgłoszenia dotyczące problemów z nabyciem leku i rekomenduje odpowiednie działania, które zapobiegą wystąpieniu realnego problemu z dostępnością leków dla pacjentów. W 2025 r. Minister Zdrowia wydał 7 obwieszczeń w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej tzw. lista antywywozowa. Przedmiotowa lista, publikowana co najmniej raz na dwa miesiące, ma na celu działanie prewencyjne, polegające na zapewnieniu dostępności produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych poprzez ograniczenie możliwości ich sprzedaży poza granice Polski, co mogłoby prowadzić do powstawania niedoborów niektórych produktów na polskim rynku farmaceutycznym. W celu poprawy dostępności do farmakoterapii dla pacjentów Minister Zdrowia korzystał również z uprawnień wynikających z art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz art. 29a ust. 5 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia - procedura importu docelowego. W przypadku konieczności zastosowania w terapii pacjenta produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w Polsce lub niedostępnego w obrocie możliwe jest sprowadzenie takiego produktu z zagranicy na podstawie zapotrzebowania wystawionego przez lekarza prowadzącego terapię pacjenta.

W 2025 r. Minister Zdrowia rozpatrzył ok. 11500 zapotrzebowań na **import docelowy produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego**, co umożliwiło sprowadzanie z zagranicy tych produktów w celu zapewniania terapii pacjentów. W przypadku uzyskania zgody Ministra Zdrowia na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, pacjent, który stosuje ten produkt poza podmiotem leczniczym (w warunkach domowych), może ubiegać się, zgodnie z art. 39 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, o jego refundację. W 2025 r. Minister Zdrowia rozpatrzył blisko 4300 wniosków o wydanie indywidualnej zgody na refundację, w tym zostało wydane ok. 4100 takich zgód, co umożliwiło pacjentom nabycie tych produktów w aptekach ogólnodostępnych za opłatą ryczałtową, czyli 3,20 zł za opakowanie jednostkowe.

Natomiast w sytuacji utrudnionego dostępu do produktów leczniczych w skali całego kraju, Minister Zdrowia posiada uprawnienia do zastosowania procedury tzw. **importu interwencyjnego**, czyli dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego na czas określony zgodnie z zapisami art. 4 ust. 8 ustawy Prawo farmaceutyczne. W 2025 r. Minister Zdrowia rozpatrzył blisko 1700 takich zgłoszeń.

W 2025 r. kontynuowano finansowanie leków w ramach procedury **ratunkowego dostępu do technologii lekowych** („RDTL”) ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego. Głównym założeniem procedury RDTL jest finansowanie produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu ze środków publicznych w danym wskazaniu, na potrzeby tych pacjentów, u których w toku dotychczasowego leczenia zostały już wyczerpane dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych. W ramach procedury RDTL możliwe jest finansowanie produktów leczniczych posiadających pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pozostających w obrocie lub dostępnych na polskim rynku, nieznajdujących się na publikowanym regularnie przez Ministra Zdrowia wykazie leków niepodlegających finansowaniu w ramach procedury RDTL. Możliwość ubiegania się o finansowanie leków podawanych w ramach procedury RDTL dotyczy aktualnie szpitali III stopnia, a także szpitali ogólnopolskich, onkologicznych, pulmonologicznych oraz pediatrycznych. Świadczeniodawca, chcąc uzyskać zgodę na sfinansowanie leku podawanego w ramach

ww. procedury, zobowiązany jest do uzyskania i przekazania do właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia opinii konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na chorobę pacjenta poświadczającej zasadność wdrożenia terapii; w przypadku kontynuacji leczenia świadczeniodawca dokonuje zgłoszenia tego faktu do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, potwierdzając dodatkowo skuteczność dotychczasowego leczenia prowadzonego w ramach procedury RDTL u danego pacjenta. Finansowanie leków w ramach procedury RDTL odbywa się w drodze dotacji celowej, przekazywanej na rzecz NFZ przez Ministra Zdrowia w miesięcznych transzach, w oparciu o przekazywane przez NFZ sprawozdania dotyczące wydanych zgód na sfinansowanie leków u poszczególnych pacjentów. Uruchomienie środków następuje po zaakceptowaniu danego sprawozdania pod kątem merytorycznym (weryfikacji dokonuje Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia). Po uruchomieniu dotacji NFZ rozdysponowuje środki pomiędzy właściwych świadczeniodawców. Wnioski o wydanie zgody na sfinansowanie leku podawanego w ramach procedury RDTL składane są przez świadczeniodawców za pośrednictwem zarządzanej przez NFZ Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji, co umożliwia ich weryfikację przez NFZ i usprawnia proces podejmowania decyzji dotyczących uruchamiania środków na sfinansowanie leków na potrzeby pacjentów.

W latach 2020 – 2025 ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego na finansowanie leczenia w ramach procedury RDTL przekazano łącznie 1 207 074 290,79 zł, w tym w 2025 r. – 372 023 950,97 zł z dostępnej puli 430 112 000,00 zł, co stanowiło niemal 86,5% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2024 r. (wzrost o 26,9% r/r)).

Dodatkowo, ze względu na ogłoszenie przez Europejską Agencję Leków (EMA) w grudniu 2024 r. kolejnej edycji unijnej listy leków krytycznych oraz w odpowiedzi na oczekiwania polskiego rynku farmaceutycznego, Minister Zdrowia zaktualizował w lipcu 2025 r., Krajową Listę Leków Krytycznych, która obecnie zawiera 401 substancji czynnych, stosowanych w leczeniu schorzeń gastroenterologicznych, hematologicznych, kardiologicznych, dermatologicznych, urologicznych oraz ginekologicznych, endokrynologicznych, zakaźnych oraz pasożytniczych, onkologicznych, reumatologicznych, neurologicznych, pulmonologicznych oraz laryngologicznych.

Przedmiotowa lista wskazuje substancje czynne, które zostały uznane za krytyczne, gdyż leki zawierające te substancje są stosowane w leczeniu poważnych chorób i w przypadku ich niedoboru na rynku, nie można ich łatwo zastąpić innymi produktami leczniczymi (brak odpowiedników i/lub możliwości zastosowania alternatywnych technologii medycznych), a zapobieganie niedoborom tych właśnie leków jest szczególnie ważne, gdyż mogą one spowodować poważne zagrożenia dla życia i zdrowia polskich pacjentów. Ważnym aspektem jest również, by substancje czynne ujęte w krajowym wydaniu listy leków krytycznych uwzględnione zostały w kolejnej edycji listy unijnej, co zapewni krajowym producentom możliwość skorzystania z europejskich instrumentów wspomagających. Istotnym jest również wypracowanie zachęt oraz zapewnienie wsparcia dla krajowego przemysłu, które realnie przełożyłyby się na podjęcie decyzji o rozpoczęciu produkcji lub utrzymaniu produkcji leków krytycznych w naszym kraju. Minister Zdrowia współpracuje w tym zakresie zarówno z krajową branżą farmaceutyczną oraz innymi resortami i organami/instytucjami, jako podmiotami prowadzącymi i zaangażowanymi w różnego rodzaju instrumenty pomocowe dla branży farmaceutycznej.

W 2025 r. zaczęły obowiązywać nowe rozwiązania prawne poprawiające **dostęp do szczepień w aptekach ogólnodostępnych**. W poprzednim stanie prawnym recepta farmaceutyczna, na podstawie art. 96 ust. 4 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, mogła być wystawiona wyłącznie na produkt immunologiczny niezbędny do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie w aptece ogólnodostępnej. Zakres ten był wąski i ograniczał możliwość szybkiego dostępu pacjentów do innych zalecanych szczepień, mimo rosnącej roli farmaceutów w systemie ochrony zdrowia. Ww. ustawa rozszerzała to uprawnienie umożliwiając farmaceutom wystawianie recept farmaceutycznych na produkty immunologiczne niezbędne do przeprowadzania w aptece zalecanych szczepień ochronnych w rozumieniu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Oznacza to odejście od wąskiego modelu (wyłącznie grypa) na rzecz kompleksowego podejścia do profilaktyki szczepiennej. Jednocześnie zachowana zostaje zasada, że recepta farmaceutyczna stanowi podstawę zastosowania szczepionki w tej samej aptece ogólnodostępnej, w której została wystawiona, co umożliwia pacjentowi zaszczepienie się bezpośrednio przy jej nabyciu. Zagwarantowanie farmaceutom wystawiania recept z zastosowaniem mechanizmu refundacji znacząco zwiększa dostępność szczepień, zwłaszcza w regionach o ograniczonym dostępie do lekarzy – na obszarach wiejskich i w mniejszych miejscowościach. Skrócenie ścieżki pacjenta

i eliminacja konieczności wizyty lekarskiej w celu uzyskania recepty upraszcza procedury i sprzyja wzrostowi wyszczepialności. Rozszerzenie kompetencji farmaceutów pozwala efektywniej reagować w okresach zwiększonego ryzyka zachorowań oraz w sytuacjach epidemicznych. Farmaceuci jako łatwo dostępni profesjonalści medyczni, mogą szybko odpowiadać na potrzeby zdrowotne społeczeństwa, odciążając lekarzy i inne segmenty systemu ochrony zdrowia. Szersza dostępność refundowanych szczepień zmniejsza ryzyko rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, ogranicza liczbę powikłań i hospitalizacji oraz obniża długofalowe koszty leczenia. Jednocześnie sprzyja budowaniu odporności populacyjnej i wzmacnia bezpieczeństwo zdrowotne kraju.

Działania w zakresie dokumentacji medycznej

Wprowadzono zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798, z późn. zm.) polegające na **rozszerzeniu katalogu elektronicznej dokumentacji medycznej** o kartę medycznych czynności ratunkowych oraz kartę medyczną lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

Dodatkowo na mocy wprowadzonych zmian zespołom ratownictwa medycznego przyznano prawo wglądu do historycznej karty medycznych czynności ratunkowych oraz karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego wytworzonej dla danego pacjenta, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia realizacji zlecenia wyjazdu lub wylotu zespołu ratownictwa medycznego. Projektowane zmiany miały na celu zapewnienie kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespoły ratownictwa medycznego.

Ujednolicono przepisy dotyczące dokumentacji medycznej w zakresie skierowania. Zmiany miały na celu usprawnienie procesu przetwarzania danych medycznych, zapewnienie ich spójności, kompletności oraz wykorzystania w systemach teleinformatycznych funkcjonujących w ochronie zdrowia, w szczególności w centralnej e-rejestracji.

Dokonano wprowadzono również zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1851, z późn. zm.) poprzez rozszerzenie katalogu elektronicznej dokumentacji medycznej o kartę medycznych czynności ratunkowych oraz kartę medyczną lotniczego zespołu ratownictwa medycznego. Zmiana ta miała na celu zapewnienie kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespoły ratownictwa medycznego.

Nowelizacja standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom w zakresie zagwarantowania wysokiej jakości opieki okołoporodowej, wyrażonym przez ekspertów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, anestezjologii i środowisk reprezentujących kobiety, w 2025 r. zakończyło prace nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia 23 października 2025 r. (Dz.U. poz. 1525) zostało podpisane przez Ministra Zdrowia 23 października 2025 r., a jego przepisy wejdą w życie z dniem 7 maja 2026 r. Oczekuje się, że przedmiotowa regulacja będzie wpływała na ujednolicenie organizacji opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej, poprawę komfortu i bezpieczeństwa rodzących oraz ich dzieci. Nowelizacja standardu w sposób szczególny podkreśla realizację praw pacjenta w obszarze opieki okołoporodowej. Oczekuje się, że jednymi z ważniejszych zmian mających na celu wzmocnienie ochrony prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych związanych z poprawą dostępu, jakości, bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w standardzie będzie:

- a) zwiększenie dostępności łagodzenia bólu porodowego różnymi metodami farmakologicznymi, które obejmują analgezję regionalną i miejscową, analgezję wziewną, stosowanie dożylnych opioidów przez: zobowiązanie podmiotów leczniczych prowadzących szpital do zapewnienia dostępu do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu każdej kobiecie rodzącej,

- wprowadzenie obowiązku publikowania przez podmioty lecznicze informacji o dostępnych w podmiocie metodach łagodzenia bólu porodowego na swojej stronie internetowej i regularną jej aktualizację,
- doprecyzowanie warunków, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu analgezji rodzących, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym oraz gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej;
- b) określenie najważniejszych filarów, które będzie musiał uwzględniać plan porodu, w celu zwiększenia świadomości kobiet czego mogą oczekiwać w czasie porodu;
- c) edukację przed porodową od momentu stwierdzenia ciąży;
- d) zwrócenie szczególnej uwagi na potrzeby kobiet w sytuacjach szczególnych (po poronieniu, urodzeniu dziecka martwego, niezdolnego dożycia lub obciążonego letalnymi schorzeniami, urodzeniu chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi), w tym bezwzględny zakaz umieszczania kobiet w sytuacjach szczególnych, jak również kobiet, które podjęły decyzję o pozostawieniu dziecka w szpitalu, w salach szpitalnych razem z kobietami w okresie ciąży bądź kobietami w położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;
- e) objęcie profesjonalną opieką położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu dziecka, kobiety w położu, dzieci, również tych urodzonych przedwcześnie lub długotrwale hospitalizowanych, kobiety w sytuacji szczególnej;
- f) zapewnienie dostępności doświadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami.

Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych

W dniu 11 grudnia 2025 r. Rada Ministrów przyjęła uchwałę w sprawie Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, polityki publicznej do roku 2030. Celem Programu jest uporządkowanie i skoordynowanie działań prowadzonych na rzecz osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich, a także wypracowanie nowych rozwiązań w tym zakresie.

Program obejmuje wielokierunkowe działania w następujących obszarach:

- I. Podnoszenie Świadomości Społecznej
- II. Zmniejszanie Ryzyka Zachorowania
- III. Wsparcie Wczesnej Diagnostyki
- IV. Leczenie, Opieka i Wsparcie Dla Chorych
- V. Wsparcie Dla Opiekunów
- VI. Budowanie Systemów Gromadzenia Danych
- VII. Badania Naukowe

Realizacja działań ujętych w Programie ma przełożyć się na realne wzmocnienie praw pacjenta poprzez ochronę godności, zwiększenie świadomości społecznej na temat chorób otępiennych oraz praw przysługujących osobom chorym, a także systemowe wsparcie chorego i ich bliskich.

Rady i Zespoły opiniodawcze Ministra Zdrowia

Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia

W 2025 r. swoje prace kontynuowała Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia. Rada powołana została zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2022 r. w sprawie powołania Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 32). Rada jest pierwszym w historii Ministerstwa Zdrowia stałym gremium składającym się z reprezentantów organizacji pacjentów, mającym za zadanie prowadzenie dialogu w sprawach systemowych w ochronie zdrowia i wymianę poglądów w kwestiach najistotniejszych z punktu widzenia pacjenta. Potrzeba powołania Rady została dostrzeżona zarówno przez Ministra Zdrowia, jak

i środowiska organizacji pacjentów. Zasady działania Rady określone przez Ministra Zdrowia przewidują otwarcie jej na tematy zgłaszane przez samych pacjentów oraz zrzeszające ich organizacje.

W skład Rady wchodzi 15 członków reprezentujących organizacje pacjentów działające w obszarze ochrony zdrowia, powołanych na okres 5 lat. Głównymi zadaniami Rady są prace związane z koordynacją organizacji pacjentów oraz opiniowanie projektów aktów prawnych i innych dokumentów rządowych w ramach prac legislacyjnych.

W 2025 r. odbyło się 17 posiedzeń Rady. W ich trakcie omawiano m.in. reformę szpitalnictwa, programy lekowe, zmiany w ustawie o zdrowiu publicznym, plany zabezpieczenia medycznego na wypadek sytuacji kryzysowych oraz działań obronnych w razie zagrożenia potencjalnym konfliktem zbrojnym, zniesienia limitów na świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny nuklearnej na badania Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET) u chorych onkologicznych poza systemem DILO, zasady funkcjonowania centralnej e-rejestracji oraz rozwiązania w zakresie zmniejszenia kolejek do poradni specjalistycznych.

Zespół do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet

W 2025 r. kontynuował swoje prace Zespół do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. Zespół został powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 35, z późn. zm.). Zgodnie z § 3 ww. zarządzenia do zadań Zespołu należy opracowywanie propozycji działań w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego oraz opieki okołoporodowej. Zgodnie z przyjętym założeniem wyrażonym w przywołanym przepisie zadanie zespołu ma charakter ciągły. Za szczególnie istotne uznano bowiem – zgodnie z treścią uzasadnienia do projektu ww. zarządzenia – przeanalizowanie w gronie ekspertów ewentualnych barier w dostępie do szeroko pojętych świadczeń w obszarze zdrowia prokreacyjnego oraz poszczególnych elementów opieki okołoporodowej oraz zaproponowanie działań, które mogłyby wpłynąć na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet w tym obszarze. Jednym z członków Zespołu jest przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta.

Zgodnie z § 5 ust. 1 omawianego zarządzenia Zespół obraduje na posiedzeniach. Pierwsze posiedzenie Zespołu odbyło się 21 maja 2024 r. W 2025 r. odbyło się 6 posiedzeń ww. gremium. W ich trakcie omawiano m.in. kwestię ograniczenia wysokiego odsetka porodów drogą cięcia cesarskiego, przemocy wobec kobiet, projektowanych zmian standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej a także szeroko pojętą problematykę menopauzy

Zespół do spraw opracowania procedur i wytycznych postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej

Zespół do spraw opracowania procedur i wytycznych postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej powołany został zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2025 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania procedur i wytycznych postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 27). Zadaniem Zespołu jest opracowanie propozycji procedur i wytycznych postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej. W skład Zespołu weszli przedstawiciele organizacji pozarządowych, odpowiednich towarzystw naukowych, konsultantów krajowych w odpowiednich dziedzinach medycyny, uczelni medycznych oraz przedstawiciele administracji. Jednym z członków Zespołu jest przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta. Prace Zespołu trwają, raport, który zostanie opracowany będzie podstawą do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki nad osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej.

Zespół do spraw wypracowania rozwiązań normatywnych w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego

Zespół do spraw wypracowania rozwiązań normatywnych w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego powołany został zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2025 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw wypracowania rozwiązań normatywnych w zakresie

pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 31)..

Powołanie Zespołu stanowi odpowiedź na zidentyfikowane w praktyce funkcjonowania systemu ochrony zdrowia trudności interpretacyjne oraz luki prawne dotyczące reprezentacji pacjentów niesamodzielnych decyzyjnie, w szczególności w sytuacjach długoterminowej opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej. Zakres prac Zespołu obejmuje przygotowanie propozycji rozwiązań normatywnych zmierzających do uregulowania instytucji pełnomocnictwa medycznego jako narzędzia umożliwiającego realizację woli pacjenta w sytuacji utraty zdolności do jej wyrażenia. W ramach tych działań analizowana jest również możliwość utworzenia rejestru oświadczeń medycznych, który mógłby przyczynić się do zwiększenia dostępności informacji o decyzjach pacjenta dla osób uprawnionych oraz personelu medycznego, a tym samym do wzmocnienia pewności i bezpieczeństwa prawnego podejmowanych decyzji terapeutycznych.

Ponadto Zespół prowadzi prace nad wypracowaniem rozwiązań dotyczących procesu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym pacjentów, którzy ze względu na stan zdrowia nie są zdolni do złożenia wniosku o przyjęcie do takiego zakładu ani do wyrażenia zgody na umieszczenie w nim. Celem tych działań jest zapewnienie zgodności procedur z konstytucyjną zasadą ochrony praw jednostki, poszanowanie interesu pacjenta oraz zapewnienie jednolitości postępowania w skali kraju. Interdyscyplinarny skład Zespołu, obejmujący przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Ministerstwa Sprawiedliwości, Naczelnej Izby Lekarskiej, Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, podmiotów leczniczych oraz ekspertów z zakresu prawa cywilnego i prawa medycznego, pozwala na uwzględnienie zarówno perspektywy prawnej, jak i praktycznych aspektów udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ochrony praw pacjenta.

Działania edukacyjne

W ramach prowadzonych projektów edukacyjnych, w szczególności **audycji telewizyjnych poświęconych profilaktyce zdrowotnej** przygotowywanych we współpracy z ogólnopolskimi nadawcami, regularnie poruszane były kwestie dotyczące świadczeń przysługujących pacjentom oraz zasad bezpiecznego korzystania z systemu ochrony zdrowia.

W szczególności w **audycji „Moje Zdrowie”**, realizowanej wspólnie z Telewizją Polską, a opracowanej we współpracy z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta, omawiano zagrożenia wynikające z korzystania z terapii niekonwencjonalnych świadczonych przez osoby niemające kompetencji medycznych. Odcinek 12 programu „Moje Zdrowie” – zatytułowany „Szarlalani” – w sposób szczególnie wyraźny podkreśla, jak poważne ryzyko mogą stanowić tzw. „ekspersi medycyny niekonwencjonalnej”, oferujący niesprawdzone terapie, często powołując się na fałszywe certyfikaty, dyplomy lub nieistniejące autorytety. Odcinek dostępny jest VOD: <https://vod.tvp.pl/programy,88/moje-zdrowie-odcinki,1961998/odcinek12,S02E12,2163895>

Portal kardiologia.gov.pl – narzędzie edukacyjne i systemowe

Zgodnie z NPChUK w 2025 r. rozpoczęto prace nad **portalem kardiologia.gov.pl**, który od 2026 r. ma pełnić funkcję centralnego, ogólnopolskiego źródła wiedzy o chorobach układu krążenia i czynnikach ryzyka. Portal będzie zawierał informacje o NPChUK i KSK, mapy ośrodków, opisy ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych, zalecenia kliniczne oraz materiały edukacyjne dla pacjentów. Jego rolą jest także wsparcie nawigacji po systemie opieki oraz zwiększenie dostępności rzetelnych, jednolitych informacji dla obywateli.

Konferencja pn.: „Siła kobiet w budowaniu zdrowia -bezpieczeństwo w okresie ciąży, porodu i połogu”

Minister Zdrowia we współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz Ginekologiczno- Położniczym Szpitalem Klinicznym im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu zorganizował konferencję pn. Siła kobiet w budowaniu zdrowia - bezpieczeństwo w okresie ciąży, porodu i połogu. Wydarzenie odbyło się 11 grudnia 2025 r. w siedzibie szpitala w Poznaniu (przy jednoczesnym streamingu) i było skierowane przede wszystkim do pracowników podmiotów leczniczych o profilu położniczym.

Podczas konferencji zostały omówione m.in.: zmiany w standardzie opieki okołoporodowej, wpływ poczucia bezpieczeństwa kobiet na decyzję o macierzyństwie, działalność centrów leczenia

endometriozy, tematyka szczepień w ciąży, aktualne wyzwania w obszarze zdrowia kobiet, ale również postępowanie przy zabezpieczaniu śladów biologicznych u kobiet, które doświadczyły przemocy seksualnej. Panelistami byli między innymi: konsultanci w ochronie zdrowia w dziedzinach związanych z tematyką konferencji, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, kadra medyczna szpitala, przedstawiciele organizacji pozarządowych. Wydarzenie miało charakter wykładowo-dyskusyjny, pozwalało zarówno na prezentację nowych rozwiązań, jak i rozmowy dotyczące wypracowanych dobrych praktyk w podmiotach. Strona dot. wydarzenia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zapowiedz-konferencji-silakobiet-w-budowaniu-zdrowia---bezpieczenstwo-w-okresie-ciazy-porodu-i-pologu---11-grudnia-2025-r-poznan>

Skargi i wnioski kierowane przez pacjentów w 2025 r. do Ministerstwa Zdrowia

Tab. 1. Zestawienie liczby skarg i wniosków

Lp.	Wyszczególnienie	Załatwione w okresie sprawozdawczym			Sposób załatwienia spraw we własnym zakresie		
		Ogółem	W tym		zasadna	bezzasadna	inna
			przekazano wg właściwości	załatwiono we własnym zakresie			
1.	Skargi	152	120	32	10	18	4
2.	Wnioski	17	0	17	1	14	2
Razem		169	120	49	11	32	6

Tab. 2. Problematyka skarg rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia

Lp.	Problematyka skarg rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia	Razem
1.	Skargi na jednostki podległe lub nadzorowane	19
2.	Skargi dot. działalności Ministerstwa Zdrowia (brak odpowiedzi na korespondencję, zastrzeżenia do prowadzenia sprawy)	9
3.	Skargi na wojewodów	2
4.	Skargi na konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny pracy	1
5.	Skargi dotyczące przepisów zwiększających obowiązki pracodawców w kwestii zwolnienia od pracy krwiodawców	1
Razem		32

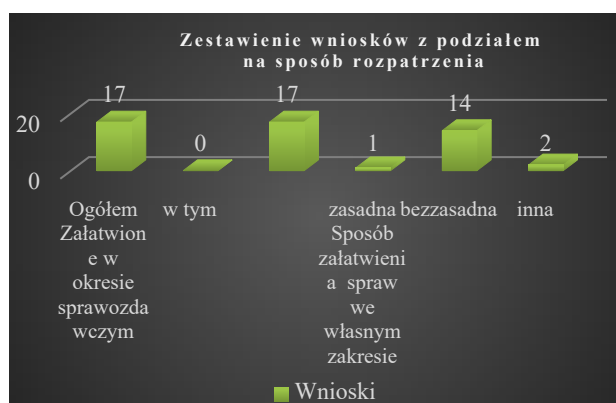
Tab. 3. Zestawienie skarg z podziałem na sposób rozpatrzenia



Tab. 4. Problematyka wniosków rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia

Lp.	Problematyka wniosków rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia	Razem
1.	Zmiana regulacji prawnych	7
2.	Postępowania administracyjne na podstawie ustawy o refundacji	5
3.	Wycofanie wypowiedzenia dwóch umów o powierzenie grantu zawartych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) a skarżącym w ramach realizacji projektu grantowego pn. „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)” nr FENX.06.01-IP.03-0001/23 oraz podjęcie działań nadzorczych nad NFZ	1
4.	Wniosek w sprawie wdrożenia w latach 2025 – 2030 Narodowej Strategii „Mam Prawo do Antykoncepcji	1
5.	Wniosek w sprawie wprowadzenia zmian w zakresie ratunkowego dostępu do technologii lekowych	1
6.	Wniosek o zajęcie stanowiska w ramach unijnych prac legislacyjnych względem rewizji tzw. "Pakietu farmaceutycznego UE" w zakresie dotyczącym stosowania produktów leczniczych jako środków antykoncepcyjnych lub poronnych.	1
7.	Wnioski o stanowisko organu	1
Razem		17

Tab. 5. Zestawienie wniosków z podziałem na sposób rozpatrzenia



Skargi przekazane w 2025 r. do Rzecznika Praw Pacjenta

- Prośba o pilne podjęcie interwencji w sprawie nieprawidłowości, które mają miejsce w Szpitalu Psychiatrycznym w Sandomierzu (niezgodne z podstawowymi standardami opieki medycznej, prawami pacjenta oraz godnością człowieka);
- Wniosek o interwencję w Szpitalu Psychiatrycznym w Sandomierzu w sprawie mającej naruszać prawa pacjenta w szpitalu psychiatrycznym w Sandomierzu;
- Zgłoszenie w sprawie nieprawidłowości występujących w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gdańsku;

- Wniosek o podjęcie interwencji oraz przeprowadzenie kontroli w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu w związku z podejrzeniem poważnych nieprawidłowości dotyczących pobytu pacjenta;
- Anonimowe zgłoszenie, naruszenie praw człowieka w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku.