



DLG.055.1.2026.WSK  
Warszawa, 28 kwietnia 2026



**Szanowna Pani,**

odpowiadając na petycję wniesioną do Ministra Zdrowia w dniu 2 lutego 2026 r., dotyczącą *realnego dostępu do diagnostyki i leczenia w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz braku odpowiedzialności za prowadzenie pacjenta (plan diagnostyki i leczenia)*, uprzejmie przedstawiam stanowisko w odniesieniu postulatów zawartych w petycji.

**Koordinacja i odpowiedzialność za opiekę zdrowotną nad pacjentem (postulaty A, B, C, E i F).**

Koordinacja opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych<sup>1</sup>. Koordinację opieki zdrowotnej zapewnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ. Lekarz POZ w ramach koordynacji inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do pacjenta przez innego lekarza, w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Pielęgniarka i położna POZ, w ramach współpracy z lekarzem POZ, rozpoznają warunki i potrzeby zdrowotne u pacjenta oraz problemy pielęgnacyjne, planują i sprawują kompleksową opiekę pielęgniarską oraz kontynuują postępowanie terapeutyczne zlecone przez innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. po wypisie ze szpitala).

Zasady współpracy lekarza udzielającego świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zostały zdefiniowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2</sup>. Lekarz AOS jest obowiązany pisemnie informować kierującego pacjenta lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Informację, o której mowa powyżej, lekarz AOS jest obowiązany przekazać lekarzowi POZ lub felczerowi, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, w przypadku, gdy:

- 1) pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia,
- 2) kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515).

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.).

specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

W przypadku, gdy pacjent objęty leczeniem w ramach AOS wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń AOS.

Zasady wykonywania świadczeń na rzecz pacjenta, który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danej poradni (tzw. pacjent pierwszorazowy) określono w zarządzeniu Prezesa NFZ<sup>3</sup>. Pacjent w ramach świadczenia specjalistycznego pierwszorazowego powinien mieć wykonaną kompleksową ocenę stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych) wraz z:

- 1) podjęciem decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej (według klasyfikacji ICD-10) oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad pacjentem, oraz wskazanie dalszego trybu opieki w odniesieniu do podjętej decyzji spośród następujących trybów:
  - dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
  - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
  - skierowanie do lekarza AOS w innej dziedzinie medycyny,
  - skierowanie do szpitala - zakończenie leczenia specjalistycznego,
- 2) przekazaniem informacji dla lekarza kierującego (lekarza POZ),
- 3) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO)<sup>4</sup>.

Podkreślenia wymaga, że pacjent ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami<sup>5</sup>.

#### **Interoperacyjność informacji medycznej (postulat D)**

Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Centrum e-Zdrowia stale rozwija usługi e-zdrowia, aby umożliwić pacjentom korzystanie z usług cyfrowych i uporządkować rozproszone dotąd informacje medyczne o stanie zdrowia w jednym miejscu. Tak powstało Internetowe Konto Pacjenta (IKP), na którym dostępne są dane o przeszłym, aktualnym lub planowanym leczeniu, które jednocześnie pozwala załatwić szereg spraw bez konieczności wizyty w przychodni. IKP jest stale rozbudowywane o nowe funkcjonalności, a katalog elektronicznej dokumentacji medycznej dostępnej dla lekarza i pacjenta jest stale poszerzany.

Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>6</sup> wszystkie podmioty systemu ochrony zdrowia są obowiązane:

- 1) przekazywać do Systemu Informacji Medycznej (SIM) dane zdarzenia medycznego,
- 2) zapewnić możliwość dokonywania wymiany za pośrednictwem SIM danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach.

Obowiązek raportowania zdarzeń medycznych i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), dotyczący wszystkich podmiotów niezależnie od źródła finansowania

---

<sup>3</sup> Zarządzenie nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (NFZ.2024.132).

<sup>4</sup> Art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208, z późn. zm.).

udzielanych świadczeń zdrowotnych i niezależnie od rodzaju udzielanych świadczeń, wszedł w życie 1 lipca 2021 r. To dzięki wypełnieniu powyższych obowiązków możliwy jest dostęp pacjenta do informacji po zalogowaniu na Internetowe Konto Pacjenta. Lekarz podczas porady ma dostęp do dokumentów, których jest autorem i tych, do których nadano mu dostęp poprzez IKP. W przypadku lekarza POZ wskazanego w deklaracji wyboru domyślnie jest mu nadany pełny dostęp do informacji, które są w systemie P1.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM)<sup>7</sup> dokumentacja medyczna powinna być prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej, w przypadku katalogu dokumentów:

- 1) informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach - w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala<sup>8</sup>,
- 2) informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych<sup>9</sup>,
- 3) karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
- 4) wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem,
- 5) opis badań diagnostycznych, innych niż w pkt 4),
- 6) karta profilaktycznego badania ucznia,
- 7) Indywidualny Plan Opieki Medycznej,
- 8) karta medycznych czynności ratunkowych,
- 9) karta medyczna lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

Ten katalog dokumentów jest sukcesywnie rozszerzany i docelowo ma obejmować wszystkie rodzaje dokumentacji medycznej. Jest to jednak proces złożony i wymaga czasu do odpowiedniego wdrożenia i integracji podmiotów udzielających świadczeń.

### **Interwencje przy długich terminach do diagnostyki i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (postulat G)**

W 2024 r., w formie pilotażu trwającego do końca 2025 r., uruchomiona została centralna e-rejestracja. Ustawa wprowadzająca obowiązek integracji z centralną e-rejestracją dla wszystkich świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie kardiologii, badań profilaktycznych: mammografii i cytologii, weszła w życie 1 stycznia br. Wprowadzenie centralnego systemu ma umożliwić samodzielne zarządzanie wizytami przez pacjentów, zmniejszyć liczbę nieodwołanych wizyt, zapewnić dostęp do informacji o dostępności świadczeń w czasie rzeczywistym oraz w dłuższej perspektywie, skrócić czas oczekiwania na świadczenie medyczne.

Obok ścieżki rejestracji pacjenta bezpośrednio w placówce, centralna e-rejestracja uruchomi dodatkowy kanał zarządzania wizytami. Pacjent może umówić się na wizytę na NFZ online za pośrednictwem IKP na stronie pacjent.gov.pl oraz przez aplikację mobilną mojejIKP. Pacjent może przez IKP lub mojejIKP wyszukać wolny termin wizyty do specjalisty lub na badanie profilaktyczne. Na razie można umawiać jedynie na pierwszorazową wizytę do kardiologa oraz na test HPV HR, który zastępuje cytologię klasyczną i mammografię w ramach programów profilaktycznych. Pacjenci mogą umawiać się w placówkach, które dołączyły do centralnej e-rejestracji na etapie pilotażu, a od 1 stycznia 2026 r. dołączyły nowe placówki. Lista placówek jest dostępna na stronie pacjent.gov.pl.

---

<sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1851, z późn. zm.),

<sup>8</sup> Art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

<sup>9</sup> Art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Pacjenci mogą również zarządzać swoimi wizytami - odwołać wizytę lub zmienić jej termin. Centralna e-rejestracja wysyła do pacjenta dwa przypomnienia o wizycie i umożliwia odwołanie wizyty w odpowiedzi na SMS. Pacjenci, którzy są wykluczeni cyfrowo wciąż będą mogli korzystać z bezpośredniego kontaktu z placówką medyczną.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Maciej Karaszewski  
Dyrektor  
/dokument podpisany elektronicznie/