Minister
Zdrowia

DLU.050.14.2026.MG
Warszawa, 03 czerwca 2026

Pani
Małgorzata Kidawa-Błońska
Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

w odpowiedzi na oświadczenie Pana Senatora Aleksandra Szweda złożone na 58. posiedzeniu Senatu w dniu 7 maja 2026 r. dotyczące funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia, w szczególności kwestii związanych z dostępnością diagnostyki publicznej, rolą sektora prywatnego oraz nominacją kierownictwa Centrum e-Zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

1. Czy rząd premiera Donalda Tuska świadomie ogranicza dostęp do publicznej diagnostyki, wypychając pacjentów do sektora prywatnego?
4. Jak rząd planuje zatrzymać proces zmierzania w kierunku sytuacji, w której dostęp do szybkiej diagnostyki zależy wyłącznie od zasobności portfela pacjenta?

Należy podkreślić, że karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) jest wystawiana pacjentom zarówno z podejrzeniem, jak i rozpoznaniem choroby nowotworowej.

Świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne, na podstawie karty DiLO zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej, składającej się z diagnostyki wstępnej i diagnostyki pogłębionej, w okresie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Diagnostyka wstępna, obejmuje badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz badania diagnostyczne wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę DiLO mające na celu wykluczenie albo potwierdzenie lub istotne uprawdopodobnienie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego. Za istotne uprawdopodobnienie uznaje się przypadki, gdy w danym nowotworze:

1) nie wykonuje się badania histopatologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przed zabiegiem operacyjnym lub
2) jest wystarczające wykonanie co najmniej badania obrazowego oraz badania cytologicznego lub poziomu hormonu lub markera nowotworowego.

Diagnostyka pogłębiona obejmuje badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz badania diagnostyczne wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę DiLO, u którego potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, mające na celu szczegółowe zróżnicowanie typu histopatologicznego nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego w zakresie umożliwiającym ustalenie indywidualnego planu leczenia.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną jest obowiązany do jej realizacji w okresach nieprzekraczających:

1) 28 dni – w przypadku diagnostyki wstępnej, przy czym rozpoczęcie diagnostyki następuje w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i wystawiono kartę DiLO;
2) 21 dni – w przypadku diagnostyki pogłębionej, przy czym rozpoczęcie diagnostyki następuje w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia:

a) zakończenia diagnostyki wstępnej lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę DiLO, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy, albo
b) wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę diagnostyki pogłębionej, dotyczącej innej lokalizacji nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego niż będąca podstawą realizacji diagnostyki wstępnej albo
c) wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę DiLO, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę diagnostyki pogłębionej.

W przypadku świadczeń udzielanych poza kartą DiLO świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej m.in. na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

- rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
- chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być
- udzielone świadczenie;
- zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Dodatkowo prawo do świadczeń do korzystania poza kolejnością posiadają m.in.:

1) osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności;
2) osoby o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
3) kobiety w ciąży;
4) inwalidzi wojenni i wojskowi;
5) żołnierze zastępczej służby wojskowej;
6) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
7) kombatanci;
8) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
9) osoby deportowane do pracy przymusowej;
10) dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19.

Niezależnie od powyższego podkreślić należy, że świadczenia udzielane osobom znajdującym się w stanie nagłym, niezależnie od rozpoznania, pomoc medyczna udzielana jest niezwłocznie i bez skierowania.
Na powyższe uprawnienia nie ma wpływu status materialny pacjenta.

2. W jaki sposób ministerstwo gwarantuje, że kierownictwo Centrum e-Zdrowia pozostanie całkowicie niezależne od interesów prywatnych sieci medycznych?

Szczegółowe ustalenia związane z zatrudnieniem nowego Dyrektora Centrum e-Zdrowia w pełni zabezpieczają interes społeczny, jak i Ministerstwo Zdrowia i CeZ w zakresie ryzyka związanego z ewentualnym konfliktem interesów. Oczywiście nie są też prawdziwe doniesienia, jakoby celem zatrudnienia Pana Jarosława Sota były jakiekolwiek działania w kierunku prywatyzacji powszechnej opieki zdrowotnej w Polsce.

3. Czy ministerstwo analizowało ryzyko konfliktu interesów w przypadku wspomnianej nominacji?

Podkreślamy, że fakt kierowania wcześniej prywatnymi podmiotami w obszarze ochrony zdrowia może być w tym kontekście interpretowany jedynie na korzyść kandydata, a przede wszystkim na korzyść instytucji, którą będzie kierować. Doświadczenie w zarządzaniu organizacjami z sektora prywatnego, w tym także z obszaru ochrony zdrowia, traktowane jest przez Ministerstwo Zdrowia jako dodatkowa, wymierna wartość, przemawiająca na korzyść kandydata. Ma to szczególne znaczenie w przypadku zarządzania nowoczesną organizacją, jaką jest CeZ, realizujące zadania cyfryzacji obszaru zdrowia na najwyższym poziomie europejskim i światowym.

Niezależnie od powyższego, poruszając kwestie dostępności do diagnostyki publicznej, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia na bieżąco podejmuje działania mające na celu poprawę dostępności opieki medycznej nie tylko w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, ale także aby umożliwić zapewnienie swobodnego dostępu do usług oraz możliwości udziału w życiu społecznym i publicznym osób ze szczególnymi potrzebami. Należą do nich m.in. zwiększenie liczby pacjentów pierwszorazowych przyjmowanych w poradniach specjalistycznych, rozwój opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej oraz realizacja projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń", który zakłada zapewnienie pacjentom kompleksowej diagnostyki i leczenia bliżej miejsca zamieszkania. Od 1 stycznia 2026 r. funkcjonuje również centralna e-rejestracja, która umożliwia wspólne zarządzanie listami oczekujących, ułatwia dostęp do wolnych terminów oraz ogranicza liczbę niewykorzystanych wizyt. Pacjenci otrzymują przypomnienia o wizytach i mogą je odwoływać przez SMS lub Internetowe Konto Pacjenta, dzięki czemu zwolnione terminy szybciej trafiają do osób oczekujących.

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