



Minister Zdrowia

DLU.050.38.2025.EW
Warszawa, 23 września 2025

**Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z interpelacją Pani Wioletty Tomczak, Posłanki na Sejm RP i grupy Posłów w sprawie działania strony internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia Informator o Terminach Leczenia w zakresie dostępności wizyt u lekarza specjalisty (nr 11905), przesłaną przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 5 września 2025 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W odpowiedzi na pytania dotyczące działań Narodowego Funduszu Zdrowia podejmowanych w celu zmniejszenia liczby nieprawidłowych informacji publikowanych w Informatorze o Terminach Leczenia należy wskazać, że Fundusz stale monitoruje dane przekazywane przez świadczeniodawców. Jednocześnie należy podkreślić, że weryfikacja aktualności danych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest istotnie utrudniona ze względu na ich dużą skalę, dynamikę zmian oraz konieczność angażowania znacznych zasobów organizacyjnych. W związku z powyższym podjęto prace nad zmianą rozwiązań systemowych, które opisano w dalszej części odpowiedzi na interpelację.

W celu ograniczenia nieprawidłowości i poprawy wiarygodności przekazywanych informacji Narodowy Fundusz Zdrowia monitoruje terminowość spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców oraz wysyła do świadczeniodawców komunikaty przypominające o zbliżających się terminach sprawozdawczych oraz sprawdza kompletność i poprawność nadsyłanych komunikatów w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Odnośnie wywiązywania się świadczeniodawców z obowiązków sprawozdawczych należy wskazać, że świadczeniodawcy przekazują raz dziennie informacje o pierwszym wolnym terminie oraz raz w miesiącu informację o średnim czasie oczekiwania oraz o liczbie osób oczekujących. W efekcie stałego monitoringu procent świadczeniodawców wywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych jest wysoki (w 13 oddziałach wynosi 98-100%). Szczegółowa tabela przedstawiająca dane dla każdego oddziału wojewódzkiego została dołączona do niniejszej odpowiedzi.

Obowiązki sprawozdawcze nie dotyczą świadczeń, na których listy oczekujących są prowadzone w czasie rzeczywistym w systemie centralnym, w aplikacji udostępnianej przez Fundusz - AP KOLCE. W tym przypadku dane są obliczane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W tym zakresie monitoring prowadzony przez Fundusz obejmuje poprawność prowadzenia list oczekujących w udostępnionej aplikacji, w tym określanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, aktualizację daty oceny kolejki oczekujących, prowadzenie list oczekujących w czasie rzeczywistym.

Ponadto Fundusz publikuje m.in. na stronach internetowych OW NFZ komunikaty dla świadczeniodawców przypominające o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla NFZ, a także informujące o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących, monituje świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, przekazujących je nieterminowo albo z błędami oraz rozpatruje zgłoszenia dotyczące nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez pacjentów poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość” w Informatorze o Terminach Leczenia. Organizowane są także szkolenia dla świadczeniodawców dotyczące zasad prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdań z przedmiotowego zakresu dla Funduszu.

Poprawność działania rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami monitorowana jest także poprzez przeprowadzanie ankiet. W 2024 roku oddziały wojewódzkie przeprowadziły 5 455 ankiet sprawdzających działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa.

Podejmowane są także działania kontrolne - w kwietniu 2024 r. Fundusz przeprowadził analogiczną kontrolę do cytowanej w interpelacji, mającą na celu weryfikację dostępności do świadczeń w wybranych poradniach udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Kontrolni poddano dostępność do 1 498 poradni przez wykonanie ponad 2400 połączeń w celu ustalenia łatwości kontaktu ze świadczeniodawcami¹ oraz weryfikowano deklarowane pierwsze wolne terminy z terminami faktycznie proponowanymi pacjentom. W województwach małopolskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim nie stwierdzono braku ani ograniczenia dostępności do weryfikowanych poradni. Niezgodność terminów stwierdzono dla przypadków kwalifikowanych jako przypadki stabilne w 351 poradniach, a dla przypadków pilnych w 516 poradniach.

W przypadkach znaczących naruszeń Narodowy Fundusz Zdrowia nakłada kary umowne na świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących oraz nieprzestrzegających zasad ich prowadzenia. W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2024 roku oddziały wojewódzkie nałożyły 50 kar umownych na świadczeniodawców z tytułu nieprowadzenia list oczekujących albo prowadzenia ich w sposób naruszający przepisy prawa.

Odpowiadając na pytanie o skalę nieprawidłowości w zakresie informacji dotyczących pierwszych wolnych terminów publikowanych w Informatorze o Terminach Leczenia, Narodowy Fundusz Zdrowia zakłada, że nieprawidłowości mogą dotyczyć nawet połowy informacji, w związku z powyższym zaplanowano zmiany w zakresie systemu sprawozdawania.

Do Sejmu skierowano projekt zmiany ustawy² mający na celu zapewnienia pacjentom bardziej przejrzystej, spójnej i wiarygodnej informacji dotyczącej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Biorąc od uwagę, że udostępniane przez świadczeniodawców informacje o pierwszym wolnym terminie, ulegają szybkiej dezaktualizacji co prowadzi do rozbieżności między publikowanymi danymi dotyczącymi pierwszego wolnego terminu, a rzeczywistością

¹ Założeniem była próba dodzwonienia się do podmiotu w ciągu jednego dnia. Uzyskanie połączenia w trakcie jednej z 5 pierwszych prób uznawano za potwierdzenie prawidłowej dostępności do poradni, natomiast połączenie w trakcie kolejnych 5 prób oznaczało ograniczenie dostępności. Jeżeli nie udało się połączyć telefonicznie w trakcie 10 prób rozłożonych w czasie stwierdzano brak dostępności

² Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD169

dostępnością świadczeń w momencie kontaktu świadczeniobiorcy ze świadczeniodawcą, zaproponowano zastąpić publikację informacji o pierwszym wolnym terminie i średnim czasie oczekiwania, jedną informacją o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia. W celu uniknięcia wad związanych z dotychczasowymi rozwiązaniami zdecydowano, że:

- 1) informacja ta będzie prezentowała nie konkretny termin udzielenia świadczenia, który bardzo szybko się dezaktualizuje, ale przewidywany czas, w jakim świadczeniobiorca powinien uzyskać świadczenie;
- 2) informacja ta będzie ustalana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co zagwarantuje jednolitość, porównywalność i jakość danych na terenie całego kraju, niezależnie od sposobu prowadzenia harmonogramów przez poszczególnych świadczeniodawców;
- 3) podstawą tej informacji będą dane już sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach istniejących obowiązków w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach – zarówno z harmonogramów przyjęć, jak i z list oczekujących na udzielenie świadczenia, co ograniczy ich obciążenie administracyjne.

Sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej zostanie określony w przepisach wykonawczych.

Projekt przewiduje także wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania - centralnej elektronicznej rejestracji. System ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych założeń będzie służyć wprowadzenie elektronicznych rozwiązań centralnych takich jak przede wszystkim scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym centralnie prowadzony wykaz oczekujących na ich udzielenie, wspólny dla wszystkich świadczeniodawców. Zgodnie z założeniami tego systemu pacjent już w momencie rejestracji będzie otrzymywał zindywidualizowaną informację o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia. Ponadto projekt zakłada, że w celu zapewnienia ogólnodostępnej informacji dla świadczeniobiorców, minister właściwy do spraw zdrowia będzie publikować na stronie internetowej powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta (pacjent.gov.pl), dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją informacje o liczbie świadczeniobiorców objętych centralną elektroniczną rejestracją wpisanych w harmonogramie przyjęć, umieszczonych w centralnym wykazie oczekujących oraz prognozowany czas oczekiwania, a także możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym ze wskazaniem informacji o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom w podziale na przedziały wiekowe ustalone między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą.

Centralna elektroniczna rejestracja na początkowym etapie jej funkcjonowania będzie dotyczyć tylko części świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie ambulatoryjnym, ale zakres ten będzie sukcesywnie rozszerzany.

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

Załącznik:

Tabela: Procent świadczeniodawców przekazujących wymagane informacje o prowadzonych listach oczekujących w wybranych okresach według poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (według stanu na 31 marca 2025 roku)

	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2024	czerwiec 2024	wrzesień 2024	grudzień 2024
1	Dolnośląski	99,30%	99,40%	98,80%	99,60%
2	Kujawsko-Pomorski	100%	99,7%	100%	99,5%
3	Lubelski	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
4	Lubuski	100,00%	99,60%	100,00%	100,00%
5	Łódzki	98,8%	99,3%	98,3%	98,3%
6	Małopolski	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Mazowiecki	93,00%	91,00%	93,00%	94,00%
8	Opolski	93,9%	94,6%	92,8%	90,3%
9	Podkarpacki	94,1%	95,8%	94,5%	93,7%
10	Podlaski	99,70%	99,70%	99,70%	100,00%
11	Pomorski	99,8%	99,8%	99,8%	99,6%
12	Śląski	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
13	Świętokrzyski	96,13%	99,57%	96,98%	98,92%
14	Warmińsko-Mazurski	98,4%	99,3%	98,2%	98,9%
15	Wielkopolski	98,0%	98,0%	98,1%	97,5%
16	Zachodniopomorski	97,0%	96,0%	98%	97,0%

Dane przedstawione w tabeli zostały zaokrąglone w dół do jednej cyfry po przecinku.