



Minister Zdrowia

DLU.050.35.2025.EW
Warszawa, 24 września 2025

**Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z interpelacją Pana Dariusza Mateckiego, Posła na Sejm RP w sprawie absurdów systemu rejestracji pacjentów w ramach NFZ i pogłębiających się problemów z dostępem do świadczeń zdrowotnych (nr 12055), przesłaną przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 5 września 2025 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odpowiadając na pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia posiada wiedzę na temat działania systemu rejestracji elektronicznej Narodowego Funduszu Zdrowia, który nie pozwala na zapisanie pacjenta do tego samego specjalisty w jednym dniu z dwoma różnymi skierowaniami, należy przede wszystkim wskazać, że obecnie proces rejestracji odbywa się bezpośrednio u świadczeniodawcy, a nie w systemie rejestracji elektronicznej Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z powyższym opisane działania nie są wymuszane przez system rejestracji, ale są podejmowane bezpośrednio przez świadczeniodawców.

Należy podkreślić, że w przypadku gdy pacjent dostanie dwa skierowania do tego samego specjalisty, świadczeniodawca powinien zapisać pacjenta na jeden termin u specjalisty, a świadczenie powinno być udzielone kompleksowo. Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwia rozliczenie jednej porady udzielonej na podstawie dwóch skierowań, uwzględniającej rozpoznania na obu skierowaniach¹.

Niezależnie od powyższego należy zwrócić uwagę, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej co do zasady powinien wystawić dwa odrębne skierowania do tej samej poradni w trakcie tej samej porady tylko w wyjątkowych sytuacjach tj. w przypadku gdy łącznie występują dwa warunki: postawił dwa różne rozpoznania, które dodatkowo wymagają odrębnego postępowania diagnostycznego lub leczniczego. Natomiast jeżeli pacjent wymaga konsultacji u ortopedy, w związku z kilkoma dolegliwościami to powinno być wystawione jedno skierowanie, a na jego podstawie udzielona jedna porada.

Brak szczegółowych informacji dotyczących indywidualnego przypadku opisanego w interpelacji nie pozwala na ustalenie, ani przyczyn wystawienia dwóch skierowań przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ani odmowy przez świadczeniodawcę wyznaczenia porad w jednym dniu. Przypadek ten powinien być zgłoszony przez Ubezpieczoną właściwemu oddziałowi Narodowego Funduszu Zdrowia, co umożliwi podjęcie działań wyjaśniających.

Warto także wskazać, że możliwe jest także wyznaczenie pacjentowi dwóch porad w tym samym dniu w tej samej poradni, na podstawie różnych skierowań, jeżeli taka sytuacja jest

¹ Z technicznego punktu widzenia, poradnia specjalistyczna powinna dokonać następującej sekwencji zdarzeń: pobrać z P1 jedno skierowanie, zapisać do kolejki, zrealizować kompleksową poradę, zamknąć skierowanie.

zasadna². Wiąże się to dla świadczeniodawcy z niewielką niedogodnością, gdyż Narodowy Fundusz Zdrowia stosuje weryfikację blokującą sprawozdawanie do rozliczenia przez podmioty lecznicze kilku porad udzielonych jednemu pacjentowi w tym samym dniu, przez tego samego świadczeniodawcę, w tym samym zakresie świadczeń. Zazwyczaj bowiem takie przypadki są nieuzasadnione, gdyż są efektem pomyłki. Nie oznacza to jednak, że taka sytuacja nie może wystąpić. W takim przypadku pracownicy Oddziałów Wojewódzkich NFZ przeprowadzają powtórny weryfikację danego świadczenia biorąc pod uwagę przekazane przez podmiot leczniczy wyjaśnienia i dokonują rozliczenia.

Odpowiadając na pytania czy planowane są zmiany, które umożliwią sprawniejsze i bardziej racjonalne zapisy pacjentów do specjalistów należy wskazać, że w lipcu br. do Sejmu RP wpłynął rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustawy (druk 1609), link: <https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/druk.xsp?nr=1609>. Celem projektu ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania, zwanego „centralną elektroniczną rejestracją”. W założeniu projektodawcy 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. Oczekiwany efekt wejścia w życie centralnej elektronicznej rejestracji jest zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości łatwego i szybkiego znalezienia wolnego terminu udzielenia świadczenia, zapisania się na świadczenie opieki zdrowotnej, a także zmiany terminu jego udzielenia i jego odwołania oraz zwiększanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców (przez publiczne udostępnienie wiarygodnej i na bieżąco aktualizowanej informacji o wolnych terminach udzielenia świadczeń i efektywniejsze zarządzanie terminami wizyt.

Odpowiadając na pytanie dotyczące działań mających na celu poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych, należy wskazać, że osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności korzystają z preferencyjnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej tj:

- 1) mają możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością – zarówno w poradniach specjalistycznych, jak i w szpitalach oraz aptekach. Oznacza to, że świadczenia te powinny być udzielane w dniu zgłoszenia, a jeżeli nie jest to możliwe – w innym terminie, nie później niż w ciągu 7 dni roboczych, niezależnie od list oczekujących;
- 2) mają prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych (np. sprzętu ortopedycznego, środków pomocniczych i ortopedycznych) na podstawie zlecenia wystawionego przez uprawnionego lekarza, finansowanych ze środków publicznych w ramach przepisów odrębnych;
- 3) finansowanie świadczeń rehabilitacji leczniczej przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie podlega limitom, co pozwala na prowadzenie indywidualnie dostosowanej terapii, odpowiadającej realnym potrzebom pacjenta.

Należy także zaznaczyć, że osoby z niepełnosprawnościami – niezależnie od przyznaných uprawnień dodatkowych – mają pełne prawo do korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na takich samych zasadach, jak pozostali ubezpieczeni pacjenci, co jest zgodne z konstytucyjną zasadą równego traktowania.

Ponadto należy wskazać, że jednym z kluczowych zadań realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia w celu wzmocnienia ochrony prawa pacjenta w zakresie poprawy dostępu do

² Np. w zakresie poradni kardiologicznej – porada kontrolna oraz kontrola kardiowertera

świadczeń zdrowotnych był projekt Dostępność Plus dla zdrowia, którego celem było dostosowanie szpitali oraz placówek podstawowej opieki zdrowotnej do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami. W każdej placówce, która przystąpiła do projektu i zrealizowała zakres rzeczowy grantu nastąpiła poprawa dostępności. Największe potrzeby związane były z poprawą dostępności architektonicznej³. W zakresie dostępności cyfrowej dostosowywano przede wszystkim strony internetowe do zgodności ze standardem WCAG 2.1. Istotną część zadań dotyczyła poprawy infrastruktury IT i infrastruktury informacyjnej, tj. kioski multimedialne, automaty biletowe, wyświetlacze, moduły do telemedycyny. W zakresie informacyjno-komunikacyjnym najważniejszym zadaniem z punktu widzenia zapewnienia dostępności były szkolenia, np. z komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, z zatrudniania osób z niepełnosprawnościami, z wdrażania standardu dostępności. Podsumowując, projekt Dostępność Plus dla zdrowia w dużej mierze zapewnił swobodny dostęp do dóbr, usług oraz możliwości udziału w życiu społecznym i publicznym osób ze szczególnymi potrzebami.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia realizowany jest projekt „Dostępność Plus dla AOS”. W ramach tego projektu zostaną udzielone granty placówkom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na projekty podnoszące dostępność tych placówek w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. Projekt zakłada udzielenie wsparcia grantowego 387 placówkom udzielającym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Odpowiadając na pytanie, czy planowane są zmiany ustawowe lub organizacyjne w zakresie uprawnień lekarzy szpitalnych do wykonywania rozszerzonej diagnostyki podczas hospitalizacji, nawet jeśli dana choroba nie była pierwotnym wskazaniem do przyjęcia, należy podkreślić, że zmiany w tym zakresie nie są konieczne, gdyż już obecnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczeniodawca ma zapewnić udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej.

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

³ W tym zakresie placówki realizowały zadania związane z remontami strefy wejścia – remont schodów (właściwa geometria stopni, antypoślizgowa nawierzchnia, balustrady, pochwyt, oznakowanie) pochylni, wymianą drzwi wejściowych, zapewnieniem prawidłowego wiatrołapu. W istotny sposób poprawiona została komunikacja pionowa dzięki montażom wind oraz podnośników pionowych. Przeprowadzane zostały remonty ciągów komunikacyjnych (wymiana nawierzchni na antypoślizgową i kontrastową względem ścian), rejestracji i gabinetów. Powstawały pokoje dla matki i dziecka, pomieszczenia z przewijakami dla dorosłych. W wielu placówkach została dostosowana toaleta do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Istotnym elementem poprawy dostępności było także właściwe oznakowanie placówek, wyposażenie w sprzęt do ewakuacji. Wyznaczane były też miejsca parkingowe dla OzN w pobliżu wejścia głównego.