



Minister Zdrowia

ASG.050.180.2026.ŁB
Warszawa, 16 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację Pana Posła Wiesława Krajewskiego i Pani Posel Olgi Ewy Semenjuk-Patkowskiej w sprawie funkcjonowania systemu kontroli jakości świadczeń zdrowotnych oraz monitorowania jakości leczenia w podmiotach leczniczych (nr 18103), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Ad 1.

Kwestę wskaźników jakości reguluje ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692), dalej: „ustawa o jakości”. Zgodnie z art. 4 wskazanej ustawy jakość w opiece zdrowotnej jest mierzona przy pomocy wskaźników, które mieszczą się z w trzech obszarach:

- klinicznym
- konsumenckim
- zarządczym

Poszczególne wskaźniki jakości opieki zdrowotnej wskazane są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1349).

Zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy o jakości, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia do dnia 30 kwietnia każdego roku publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej wartość realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, dla świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, dla których zostały one ustalone. Zatem to nie Minister Zdrowia monitoruje wskaźniki, ale Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednocześnie wskaźniki te są wyliczane na podstawie danych raportowanych przez podmioty lecznicze bezpośrednio do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ad 2.

Minister Zdrowia nie prowadzi centralnego systemu jakości leczenia w podmiotach leczniczych. Jak wskazano powyżej wskaźniki jakości są wyliczane i publikowane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ad 3.

Przekazywane przez podmioty lecznicze do Narodowego Funduszu Zdrowia dane dotyczące jakości leczenia, wynikają wprost z formuł wyliczania poszczególnych wskaźników jakościowych. Formuły te są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025 r. poz. 562).

Ad 4.

Wprowadzenie wskaźników jakości wynika bezpośrednio z zapisów ustawy o jakości. Wskaźniki te zostały opublikowane jak dotąd w latach 2024 i 2025 w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia - <https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/>

W ramach wyliczania wskaźników jakości oceną zostało objętych w 2024 r. 9436 a w 2025 r. 9386 podmiotów leczniczych.

Ad 5.

Oceny dotyczą poszczególnych wskaźników jakości i wyrażają się wartością liczbową. Zestawienie wskaźników dla wszystkich podmiotów leczniczych objętych oceną zostało wskazane w pkt 4. Aby odpowiedzieć precyzyjnie na postawione pytanie konieczne byłoby odniesienie się do konkretnego wskaźnika jakości oraz ustalenie dokładnego poziomu wskaźnika, od którego ocena byłaby zaliczana do kategorii „najwyższa” albo „najniższa”.

Ad 6.

Minister Zdrowia zgodnie z ww. ustawą o jakości przeprowadza procedurę udzielania albo odmowy udzielenia akredytacji dla podmiotów leczniczych. Należy jednak zauważyć, że akredytacja jest dla podmiotów leczniczych dobrowolna. W trakcie tej procedury pozyskuje informacje odnośnie stopnia spełnienia przez podmioty lecznicze wymagań standardów akredytacyjnych wydanych przez Ministra Zdrowia. Poszczególne braki w zakresie stopnia spełnienia standardów akredytacyjnych zależą od podmiotu leczniczego oraz jego specyfiki. Różne podmioty lecznicze uzyskują różne oceny punktowe przy ocenie poszczególnych standardów akredytacyjnych.

Niezależnie od powyższego zgodnie z ustawą o jakości, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia udziela autoryzacji podmiotom wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach procedury udzielania autoryzacji NFZ, weryfikuje funkcjonowanie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Zatem dane w zakresie autoryzacji i oceny wewnętrznego systemu są w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ad 7.

Obecnie obowiązujący system polega na premiowaniu finansowym podmiotów leczniczych osiągających wysokie wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Warunki takiego premiowania poprzez ustalenie współczynników korygujących określa Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto są premiowane finansowo podmioty lecznicze, którym Minister Zdrowia udzielił akredytacji. Niezależnie od przyjętej przez Narodowy Fundusz Zdrowia wyceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych Minister Zdrowia przyjął, iż dodatkowe wspieranie podmiotów leczniczych o wysokiej kulturze jakości w założeniu jest czynnikiem motywującym do utrzymywania odpowiedniego poziomu w tym zakresie i ciągłego doskonalenia się przez podmioty lecznicze.

Ad 8.

Do Ministra Zdrowia docierają sygnały dotyczące trudności podmiotów leczniczych z pozyskiwaniem personelu medycznego, jednakże Minister Zdrowia nie prowadzi analiz dotyczących wpływu tego zjawiska na jakość leczenia. Analizy takie mogą być prowadzone przez poszczególne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach obowiązków wynikających z prowadzenia wewnętrznego systemu a w szczególności z art. 18 ust. 3 pkt 2 i

4 ustawy o jakości, na podstawie których jest obowiązany do identyfikacji obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz okresowego monitorowania i oceny jakości i bezpieczeństwa świadczeń opieki zdrowotnej.

Minister Zdrowia podejmuje działania mające na celu zwiększenie ilości kadry medycznej w szczególności opracowuje analizy dot. kadry medycznej w celu monitorowania zasobów kadrowych, zarówno w ujęciu ogólnokrajowym, jak i regionalnym. Analizy dostępne są w aplikacji pod linkiem: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>. Aplikacja zawiera m.in. analizy zastępowalności pokoleniowej kadr medycznych, które obrazują różnicę pomiędzy liczbą osób wchodzących i odchodzących z rynku pracy. W przypadku lekarzy specjalistów porównano liczbę lekarzy, którzy prawdopodobnie ukończą szkolenie specjalizacyjne, z liczbą lekarzy osiągających wiek emerytalny w danym roku, co pozwala prognozować zmiany w zasobach kadrowych w poszczególnych specjalizacjach. Minister Zdrowia opracował model popytowy dla kadry lekarskiej ogółem, bez podziału na poszczególne specjalizacje. Z modelu wynika, że w Polsce nastąpi wzrost liczby lekarzy, co jest głównie efektem wzrostu kształcenia, który w ostatnich latach był bardzo dynamiczny. Należy jednak podkreślić, że proces kształcenia lekarzy specjalistów jest czasochłonny więc efekt przyrostu kadry specjalistycznej w poszczególnych dziedzinach jest widoczny z opóźnieniem.

Ad 9.

Zgodnie ze wskazaną ustawą o jakości, podmioty lecznicze mają obowiązek wdrożenia, utrzymania i ciągłego doskonalenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. W ramach doskonalenia tego systemu podmiot wykonujący działalność leczniczą identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa. W sytuacji, gdy takowe obszary zidentyfikuje może wdrażać programy naprawcze służące poprawie jakości i bezpieczeństwa. Jednocześnie ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, nie nakłada na podmioty lecznicze obowiązku raportowania takich działań do Ministra Zdrowia.

Ad 10.

Jak wskazano w odpowiedzi dotyczącej pkt 1 i 4 wskaźniki jakości opieki zdrowotnej są publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ad 11.

Minister Zdrowia zgodnie z ustawą o jakości, określa wzory ankiet służących do badania satysfakcji pacjentów. Badania te są przeprowadzane przez same podmioty lecznicze. Wyniki z tych badań mogą trafiać do Ministra Zdrowia - jako zbiorcze wskaźniki a nie indywidualne ankiety.

Wzory ankiet satysfakcji pacjentów a tym samym wskaźniki dla poszczególnych rodzajów ankiet znajdują się pod poniższym linkiem:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/ankiety-badania-doswiadczen-i-opinii-pacjenta>

Ad 12.

W 2023 r. weszła w życie ww. ustawa o jakości. Jej wprowadzenie było jednym z kamieni milowych Krajowego Planu Odbudowy. Wprowadzała szereg rozwiązań związanych z podnoszeniem poziomu jakości świadczeń w podmiotach leczniczych takich jak:

- wprowadzenie obowiązku posiadania przez podmioty lecznicze wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem;
- wprowadzenie obowiązku autoryzacji dokonywanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, która jest warunkiem realizacji przez podmiot wykonujący

działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - potwierdza ona powadzenie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, odpowiednich warunków udzielania świadczeń, personelu, wyposażenia i aparatury medycznej.

- wprowadzenie wskaźników jakości opieki zdrowotnej;
- wprowadzono obowiązek badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiet pacjentkach;
- wprowadzono nowe przepisy dotyczące akredytacji w ochronie zdrowia i Systemu Monitorowania Wniosków o Udzielenie Akredytacji.

Ad 13.

Jak wskazano w pkt 12 w wprowadzono ustawę o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zatem obecnie nie są planowane kolejne działania legislacyjne. Niezależnie od powyższego działająca przy Ministrze Zdrowia Rada Akredytacyjna na bieżąco pracuje nad aktualizacją standardów akredytacyjnych będących podstawą do udzielania akredytacji w ochronie zdrowia, bazując na uzyskanych doświadczeniach w toku udzielania akredytacji przez Ministra Zdrowia.

Ad 14.

Wskaźniki jakościowe wprowadzono stosunkowo niedawno – dotychczas opublikowano je dla poszczególnych podmiotów leczniczych dwukrotnie – w 2024 i 2025 r. Istotnym jest, że dotychczasowe wskaźniki bazują na danych, które podmioty lecznicze raportują do NFZ. W założeniu nie powinny obciążać podmiotów dodatkową sprawozdawczością ponad tą już wykonywaną do NFZ. Aby planować ewentualne rozszerzenie wskaźników jakości opieki zdrowotnej konieczne jest zebranie doświadczeń z ich funkcjonowania w dłuższym okresie. Ponadto w przypadku utrzymania stałego zakresu wskaźników, możliwe jest ich porównywanie w dłuższym okresie.

Ad 15.

Minister Zdrowia pozytywnie ocenia poziom skuteczności monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie licznych rozwiązań jakościowych opisanych w pkt 12 niniejszej odpowiedzi i powiązanie finansowania podmiotów leczniczych z uzyskiwanymi wynikami wskaźników jakościowych, akredytacją a także obowiązkową autoryzacją podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju świadczenia szpitalne w oparciu o umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, ma pozytywny wpływ na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Obecnie Minister Zdrowia skupia się na wprowadzeniu zmian organizacyjnych i legislacyjnych usprawniających proces udzielania akredytacji dla podmiotów leczniczych.

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