



Minister Zdrowia

DLU.050.30.2026.EW
Warszawa, 21 lipca 2026

**Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z interpelacją Pana Wiesława Krajewskiego oraz Pani Olgi Semeniuk-Patkowskiej, Posłów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie monitorowania dostępności świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (18109), przesłaną przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 2 lipca 2026 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Monitorowanie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej stanowi jedno z podstawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikające z ustawowej odpowiedzialności za zapewnienie świadczeniobiorcom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proces monitorowania dostępności świadczeń realizowany jest z wykorzystaniem danych przekazywanych przez świadczeniodawców, centralnych systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dokumentów strategicznych określających kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia.

Podejmowane przez Fundusz działania mają na celu monitorowanie poziomu realizacji kontraktów, racjonalne wykorzystanie środków będących w dyspozycji Oddziałów Wojewódzkich Funduszu, identyfikację obszarów wymagających interwencji, ocenę stopnia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz optymalizowanie procesu planowania zakupu świadczeń, zgodnie z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi mieszkańców poszczególnych województw. Monitorowanie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w Funduszu prowadzone jest w sposób ciągły przez właściwe komórki organizacyjne odpowiedzialne za planowanie, kontraktowanie i monitorowanie realizacji umów.

W obszarze monitorowania dostępności świadczeń opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje działania mające na celu poprawę jakości danych, usprawnienie prowadzenia list oczekujących oraz rozwój narzędzi wspierających zarządzanie dostępnością świadczeń. Działania te obejmują monitorowanie obowiązków sprawozdawczych świadczeniodawców, weryfikację poprawności prowadzenia harmonogramów przyjęć i list oczekujących, rozwój mechanizmów weryfikacji danych oraz dostosowywanie systemów sprawozdawczych do zmian wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

Bieżące monitorowanie dostępności świadczeń odbywa się poprzez analizę przede wszystkim następujących danych:

- wysokości umów zawartych ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia z zakresów z uwzględnieniem procedowanych zmian finansowych,
- wartości realizacji świadczeń sprawozdawanych przez świadczeniodawców - w podziale na pacjentów dorosłych i dzieci do 18 roku życia,

- kwot nadwykonanych (ponad wartość kontraktu) i niedowykonanych świadczeń,
- prognozowanej realizacji świadczeń na rok bieżący i lata następne oraz wartości prognozowanych rocznych nadwykonań i niedowykonań,
- poziomu realizacji Planu Finansowego dla poszczególnych rodzajów świadczeń oraz wysokości aktualnych rezerw finansowych,
- średnich nakładów na obszary kontraktowania (grupy powiatów, powiaty, grupy gmin, gminy),
- liczby zawartych umów w poszczególnych zakresach świadczeń w obszarach kontraktowania,
- udziału świadczeń pierwszorazowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej,
- migracji pacjentów rozumianej jako procentowy udział pacjentów z innych obszarów
- kontraktowania leczonych w ramach poszczególnych zakresów i obszarów kontraktowania,
- wykorzystania łóżek w przypadku świadczeń stacjonarnych z określeniem ich obłożenia w stosunku do liczby łóżek rejestrowych i „zakontraktowanych”,
- liczby możliwych do objęcia pacjentów w przypadku świadczeń domowych na podstawie zgłoszonego potencjału do umów,
- zgłaszalności do programów profilaktycznych w aspekcie populacji możliwej do objęcia danym programem,
- liczby miejsc realizacji świadczeń,
- liczby personelu udzielającego świadczenia,
- czasu pracy personelu,
- mediany rzeczywistego czasu oczekiwania,
- liczby pacjentów oczekujących,
- czasowych przerw w udzielaniu świadczeń,
- liczby pacjentów skreślonych z powodu wykonania świadczenia.

Od 1 lipca 2026 r. wdrożono nowy wskaźnik - prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, który zastąpił informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

W załączeniu do interpelacji przekazano przykładową analizę dostępności do świadczeń, wykonaną na poziomie oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Monitorowane jest także występowanie tzw. białych plam w dostępie do świadczeń, o które zapytano w interpelacji. Fundusz monitoruje brak zabezpieczenia dostępności do świadczeń w odniesieniu do przyjętych obszarów kontraktowania w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia każdorazowo weryfikuje, czy rozwiązanie danej umowy o udzielanie świadczeń skutkuje powstaniem „białej plamy”. Informacje te zostają uwzględnione w Planie Zakupu na kolejny rok i brane są pod uwagę przy planowaniu ewentualnych postępowań konkursowych, z uwzględnieniem ograniczeń finansowych. Fundusz dokonuje analizy zawartych umów oraz rzeczywistej realizacji świadczeń, jak również monitoruje dostępność, biorąc pod uwagę możliwości wynikające z posiadanych zasobów medycznych, kadrowych znajdujących się na danym obszarze oraz posiadanych środków finansowych. Po zidentyfikowaniu pogorszenia dostępności do świadczeń, w zakresie możliwości finansowych Funduszu, prowadzone są postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub następuje zwiększenie obecnie obowiązujących umów po zweryfikowaniu posiadania wymaganego potencjału świadczeniodawcy do realizacji świadczeń. W trakcie konstruowania pierwotnego planu zakupu przyjmowane są założenia określające bieżące potrzeby oddziału wojewódzkiego Funduszu, wynikające przede wszystkim z analiz dostępności do świadczeń. Następnie mając na uwadze możliwości finansowe wynikające z planu finansowego wyliczany jest plan aneksowania umów niewygasających oraz plan postępowań konkursowych, który zakłada częściową realizację przyjętych założeń.

W ramach monitorowania dostępności do świadczeń monitorowane są także parametry funkcjonowania ratownictwa medycznego, w tym także w obszarze dotyczącym czasu oczekiwania zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) na przekazanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć. Obecnie dane dotyczące czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta do SOR/IP generowane są z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Sprawozdawczość z wyjazdów pozwala zidentyfikować przypadki ewentualnego przetrzymywania zespołów ratownictwa medycznego przez poszczególne szpitale. Po weryfikacji otrzymanej dokumentacji następuje przypomnienie świadczeniodawcy o zaleceniach tj. „Dobrych praktykach postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć” oraz obowiązujących przepisach. Stale monitorowana jest także realizacja świadczeń przez zespoły ratownictwa medycznego od kątem braku gotowości do podjęcia zlecenia wyjazdu. Analizie podlegają dane zawarte w raporcie, który prezentuje czas niegotowości zespołu na podstawie wybrania statusu „niegotowy”. W przypadku wystąpienia takiego statusu w czasie dłuższym niż 30 minut, każdorazowo Fundusz występuje do danego dysponenta z prośbą o wyjaśnienie zaistniałej sytuacji.

Odpowiadając na pytanie dotyczące zmian sposobu monitorowania świadczeń po publikacji raportu Najwyższej Izby Kontroli, Narodowy Fundusz Zdrowia, wskazał, że zaktualizował procedurę „Opracowanie i aktualizacja planu zakupu świadczeń” w celu umożliwienia skutecznego monitorowania tych obszarów, w których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w sposób niewystarczający dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzone zmiany mają na celu zwiększenie przejrzystości procesu planowania zakupu świadczeń oraz usprawnienie identyfikacji obszarów wymagających zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności uwzględnienie w procesie informacji dotyczących świadczeń deficytowych oraz działań w zakresie planowanych postępowań konkursowych. Informacje te przedstawiane są w formie ustandaryzowanych, jednolitych tabel dzięki czemu powstaje spójny materiał analityczny, umożliwiającego efektywniejsze monitorowanie realizacji planów zakupu świadczeń, porównywanie pomiędzy oddziałami wojewódzkimi oraz usprawnienie na poziomie oddziałów wojewódzkich procesu podejmowania decyzji w zakresie zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Dane stanowią podstawę do bieżącej oceny dostępności świadczeń oraz identyfikacji obszarów wymagających dalszej analizy. Kompleksowa aktualizacja planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującą Procedurą opracowania i aktualizacji planu zakupu świadczeń, odbywa się dwukrotnie - do końca sierpnia bieżącego roku oraz do końca marca roku następnego. W oparciu o aktualny stan zabezpieczenia świadczeń (kwoty umów oraz zrealizowanych lub zaplanowanych postępowań konkursowych) następuje porównanie do kwot przyjętych w pierwotnym planie zakupu dla każdej pozycji wynikającej z zakresu i obszaru kontraktowania. Na podstawie tego porównania następuje aktualizacja planu zakupu świadczeń.

W ramach monitorowania dostępności do świadczeń Fundusz analizuje również czas oczekiwania na świadczenia, biorąc m.in. pod uwagę informacje przekazywane przez świadczeniodawców o przerwach w udzielaniu świadczeń, nieobecnościach personelu medycznego oraz problemach w pozyskaniu personelu celem zabezpieczenia realizacji świadczeń na poziomie zgodnym z zawartą umową. Przyczyny wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia identyfikowane są w oparciu o dane przekazywane przez świadczeniodawców z zakresu harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących, w szczególności w obszarze świadczeń, na które świadczeniodawca jest zobowiązany prowadzić harmonogramy przyjęć w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Fundusz (AP-KOLCE). Oddział wojewódzki ma możliwość monitorowania list oczekujących w większym stopniu. Na bieżąco podejmowane są działania monitorujące dane statystyczne z zakresu list oczekujących. W przypadku stwierdzenia znacznego wydłużenia czasu

oczekiwania, w ramach bieżących zadań oddział Funduszu dokonuje weryfikacji prawidłowości prowadzenia list oczekujących, tj. np. oceny wykazu osób oczekujących pod kątem występowania na liście osób, które według informacji w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych nie żyją, bieżącej aktualizacji danych pacjentów o statusie „po terminie”, wykazywania dłuższego czasu oczekiwania dla przypadków „pilnych” niż dla „stabilnych”, weryfikacji list oczekujących pod kątem wielokrotnego wpisu pacjenta na listę oczekujących do danej komórki organizacyjnej u jednego świadczeniodawcy oraz weryfikacja wykazów osób oczekujących pod kątem sprawozdawania pacjentów, którym świadczenie zostało wykonane i rozliczone. Ponadto, w przypadku harmonogramów przyjęć prowadzonych w aplikacji AP-KOLCE, oddział wojewódzki Funduszu ma również możliwość oceny zjawiska niezgłaszania się pacjentów na wizyty w umówionym terminie. Niestety, pomimo rozwiązań informatycznych, tj. przypomnienia za pośrednictwem wiadomości SMS (również wysyłanych przez Fundusz w przypadku świadczeń, które są „kolejkowane” za pośrednictwem aplikacji udostępnionej centralnie przez Fundusz) zjawisko to nadal stanowi problem i skutkuje tym, że wiele terminów nie jest wykorzystanych.

Odpowiadając na pytanie dotyczące analizy przyczyny wydłużania czasu oczekiwania na świadczenia, należy wskazać, że wydłużanie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej jest zjawiskiem powszechnym i na przestrzeni lat dokładnie przeanalizowanym w skali nie tylko Polski, jako że z podobnym problemem borykają się praktycznie wszystkie państwa, w których system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej jest oparty o środki publiczne (składki zdrowotne lub/oraz budżet krajowy).

Wydłużanie czasu oczekiwania wynika z nakładania się problemów finansowych, kadrowych oraz demograficznych, jak również kwestii organizacyjnych w placówkach medycznych.

Problem ograniczonych środków finansowych i wzrostu kosztów świadczeń wyraźnie widać w przypadku działań podjętych w celu skracania list oczekujących do badań i wizyt u lekarzy specjalistów. Mimo zniesienia limitów w diagnostyce ambulatoryjnej, podobnie jak w całej opiece specjalistycznej, lawinowo rosnące koszty świadczeń (przykładowo średni koszt tomografii komputerowej w latach 2021-2025 wzrósł o 64%, kolonoskopii o 82%, a gastrokopii o 133%) spowodowały, że nie jest już możliwe finansowanie ich wyłącznie ze środków pochodzących ze składki zdrowotnej. W efekcie, w obliczu odsuwania w czasie płatności za świadczenia, a nawet braku pewności czy całość zrealizowanych świadczeń zostanie opłacona, świadczeniodawcy ograniczają liczbę planowanych badań i wizyt w kolejnych okresach.

Jeszcze wyraźniej wzrost kosztów operacyjnych świadczeniodawców przekłada się na możliwości realizacji świadczeń limitowanych, gdzie nawet mimo systematycznego wzrostu środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń, potrzeby finansowe rosną w tempie, którego zaspokojenie nie jest w pełni możliwe, a co w konsekwencji również przekłada się na brak adekwatnego do tych potrzeb wzrostu liczby świadczeń planowych.

Braki personelu o kluczowych specjalizacjach, takich jak m.in. endokrynologia, kardiologia, okulistyka, geriatria czy psychiatria dziecięca są kluczową barierą publicznej ochrony zdrowia, bezpośrednio wydłużającą czas oczekiwania na leczenie. W dodatku lekarze niejednokrotnie rezygnują z pracy w publicznej ochronie zdrowia lub ograniczają w niej wymiar godzin na rzecz prywatnych praktyk i centrów medycznych, oferujących lepsze warunki płacowe i mniejsze obciążenie biurokracją. Kolejnym problemem jest nierównomierna dystrybucja lekarzy - koncentrują się oni przede wszystkim w dużych ośrodkach akademickich i aglomeracjach, takich jak województwa mazowieckie czy śląskie, podczas gdy większość powiatów w małych województwach, takich jak województwo opolskie, praktycznie nie jest w stanie zapewnić dostępu do lekarzy niektórych specjalizacji.

W efekcie pacjenci z całego województwa migrują np. do jedynej dostępnej poradni danej specjalności, dodatkowo wydłużając kolejkę do świadczeń.

Zmiany demograficzne i gwałtowne starzenie się społeczeństwa to główne czynniki generujące wzrost zapotrzebowania na kluczowe świadczenia medyczne. Polskie społeczeństwo starzeje się w tempie uniemożliwiającym systemowi Fundusz płynne dostosowanie infrastruktury oraz budżetu. Obecnie na każde 100 dzieci przypada w kraju ponad 125 seniorów. Osoby po 65. roku życia konsumują statystycznie nawet 4-5 razy więcej świadczeń medycznych niż osoby młodsze. Wynika to bezpośrednio ze zjawiska wielochorobowości - u osób starszych diagnozuje się równolegle m.in. cukrzycę, nadciśnienie, chorobę niedokrwienną serca czy zwyrodnienia stawów. Wielu z tych pacjentów pozostaje pod stałą kontrolą co najmniej kilku poradni specjalistycznych, co z kolei znacząco wpływa na możliwość przyjmowania przez te poradnie pacjentów nowych, tzw. pierwszorazowych.

Dodatkowymi problemami wpływającymi na czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej są kwestie związane z organizacją prowadzenia list oczekujących, takie jak zjawisko zapisywania się przez pacjentów do kilku różnych placówek na tę samą procedurę czy nieodwoływanie wizyt w przypadku rezygnacji, co blokuje dostępne miejsca innym potrzebującym. W celu walki z tym problemem Ministerstwo Zdrowia wdraża system centralnej e-rejestracji, co w założeniu ma ułatwić pacjentom wyszukiwanie dostępnych terminów świadczeń, usprawnić zapisywanie się na listy oczekujących oraz zapewnić bardziej równomierny rozkład osób między placówkami medycznymi, jak również zapewnić lepszą organizację kolejek, eliminując przypadki wielokrotnego wpisywania się na to samo świadczenie oraz usuwając osoby zmarłe.

Wpływ na wzrost czasu oczekiwania ma również zwiększanie grup osób uprawnionych do świadczeń poza kolejnością, które to zapełniają wolne terminy z pominięciem kolejki. Dodatkowo bardzo często znaczną część wolnych terminów zapełniają również pacjenci w trakcie leczenia, którzy muszą być przyjęci zgodnie z planem leczenia, co skutkuje ograniczeniem możliwości przyjęcia pacjentów pierwszorazowych.

Odpowiadając na pytania dotyczące podejmowanych działań, należy wskazać, że w latach 2022-2026 Fundusz podejmował szereg działań ukierunkowanych na zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Główne działania zaradcze i nadzorcze, to:

- ogłaszanie uzupełniających postępowań konkursowych,
- zwiększanie finansowania określonych świadczeń u poszczególnych świadczeniodawców,
- wyrażanie zgody na dokonywane przez świadczeniodawców przekształcenia, w tym zmianę trybu udzielania świadczeń,
- alokacje środków finansowych w umowach w celu dostosowania struktury kontraktów do potrzeb zdrowotnych pacjentów,
- współpraca i dialog ze świadczeniodawcami w celu ustalenia przyczyn pogorszenia dostępności do świadczeń i możliwych rozwiązań,
- analiza sygnałów kierowanych bezpośrednio od pacjentów,
- współpraca z władzami publicznymi, celem pozyskania dodatkowych środków finansowych na zabezpieczenie jak największą puli świadczeń,
- zwiększenia ryczałtu systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń.

W przypadku tzw. „białych plam”, których nie udało się zabezpieczyć z uwagi na brak realizatora usług na danym obszarze, oddział wojewódzki Funduszu monitoruje migrację pacjentów np. do powiatów ościennych i w miarę posiadanych środków zwiększa wartości umów, zachęca świadczeniodawców, z terenów o deficycie specjalistów z wybranej dziedziny, do przystąpienia do opieki koordynowanej. W przypadku np. zawieszenia działalności środki finansowe przekierowywane są do podmiotów, które przejmą opiekę nad pacjentami.

Ponadto oddziały wojewódzkie w zakresie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w przypadku problemu z dostępnością dla mieszkańców danego terenu, występują do podmiotów z terenu zagrożonego utratą zabezpieczenia lub z terenów sąsiednich o objęcie opieką pacjentów. Organizują również spotkania indywidualne w siedzibie oddziału wojewódzkiego Funduszu z kierownikami placówek z terenu zagrożonego utratą ciągłości udzielania świadczeń i kierownikami placówek pobliskich miejscowości oraz informują o możliwym problemie władze samorządowe.

Odpowiadając na pytanie dotyczące wskaźników ostrzegawczych lub alertów dotyczących pogarszającej się dostępności, należy wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia przyjął, że alertem pogarszającej się dostępności do świadczeń są:

- powiadomienia świadczeniodawców o przerwach w udzielaniu świadczeń spowodowanych np. brakiem personelu, ograniczeniem dostępności godzinowej personelu, rozwiązaniem umów,
- zgłoszenia pacjentów dotyczące ograniczonej dostępności czasu pracy, trudności z umówieniem się na wizytę itp.,
- spadki realizacji planu umowy,
- wydłużenie pierwszych wolnych terminów (od 1 lipca br. zastąpionych przez prognozowany czas na udzielenie świadczenia).

W roku 2025, jak i w roku bieżącym rozszerzone zostały dotychczas prowadzone analizy np. w zakresie opieki szpitalnej. Pozwoliło to na kompleksowe zobrazowanie zarówno struktury realizacji świadczeń przez poszczególnych świadczeniodawców, jak również preferowanego trybu ich udzielania (stosunek przyjęć planowych do nagłych), wykorzystania łóżek szpitalnych, określenia średniej długości pobytu, migracji pacjentów pomiędzy powiatami i poza województwo oraz liczby osób oczekujących. Działania te pozwalają na uzyskanie pełnego obrazu faktycznej dostępności do świadczeń w poszczególnych podmiotach leczniczych i będą kontynuowane w kolejnych latach.

W związku z pytaniem o systemy informatyczne wspierające analizę dostępności świadczeń, należy wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia wdrożył:

- 1) monitoring kolejek - wdrożono dedykowane narzędzia analityczne oparte na skryptach R, które umożliwiają monitorowanie terminowości sprawozdawczości raportów z harmonogramów przyjęć/ list oczekujących oraz sprawozdawanego do niedawna pierwszego wolnego terminu - w tym wprowadzono również identyfikację przypadków, w których okres oczekiwania na świadczenie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przekraczał 3 lata,
- 2) monitoring realizacji umów - stworzono pakiet raportów, przygotowywanych w oparciu o narzędzia Business Objects, w celu wyłapania nieprawidłowości w zakresie realizacji umów, potencjału świadczeniodawców.
- 3) narzędzia wspomagające analizę rozmieszczenia i dostępności komórek - mapki, tworzone w oparciu o skrypty R i mapy open source, pokazujące możliwość dotarcia pacjentów w ciągu 1 godziny np. do oddziałów położniczo-ginekologicznych (porody) lub SOR.

Ponadto m.in. zmodyfikowano działanie systemu informatycznego w zakresie dodawania umów podwykonawstwa, wprowadzono również zmiany w zakresie wniosków o przerwy w udzielaniu świadczeń zgłaszanych przez Świadczeniodawców - aktualnie jest możliwość zwrócić wniosek do uzupełnienia formalnego lub odrzucić wniosek (co umożliwi m.in. wprowadzenie informacji o nałożeniu kar umownych lub innych uwag) oraz wdrożono dobre praktyki umożliwiające spójny proces monitorowania umów, np. instrukcje weryfikacji wniosków o przerwę w udzielaniu świadczeń czy instrukcje zmiany miejsca udzielania świadczeń.

Ustosunkowując się do pytania dotyczącego monitorowania są różnic pomiędzy planowaną a rzeczywistą realizacją planu zakupu świadczeń, należy wskazać, że różnice te są monitorowane na poziomie oddziałów wojewódzkich przez comiesięczne zestawienia obejmujące wszystkich świadczeniodawców i wszystkie zakresy świadczeń. Analizowany jest poziom realizacji umów, w tym wykonanie, nadwykonanie i niedowykonanie, wartości rozliczonych rachunków oraz stopień wykorzystania środków finansowych. Dane te pozwalają na identyfikację odchyień od założonego poziomu realizacji i stanowią podstawę do dalszych działań.

Monitorowanie różnic pomiędzy planowaną a rzeczywistą realizacją planu zakupu świadczeń ma charakter ciągły i odbywa się na poziomie systemowym, umownym oraz planistycznym. Proces ten realizowany jest przez:

- a) Systemy informatyczne i weryfikacja danych - narzędziem służącym do bezpośredniego wychwytywania różnic plan a wykonanie są systemy informatyczne Fundusz. Dane o rzeczywistej realizacji wpływają do oddziału wojewódzkiego Fundusz comiesięcznie w formie raportów statystycznych. Algorytmy automatycznie zestawiają te wartości z limitami przypisanymi do umów.
- b) bieżące monitorowanie umów - oddział wojewódzki po każdym okresie sprawozdawczym analizuje poziom realizacji umów i ewentualnie dokonuje zmian struktury w zawartych umowach w ramach obowiązującego prawa i posiadanych środków.
- c) cykliczną aktualizację i ewaluację planu zakupu świadczeń. Plan zakupu świadczeń jest aktualizowany dwa razy do roku - ponownie porządkując informacje o dokonanych modyfikacjach wraz z ich szczegółowym uzasadnieniem.

Odpowiadając na pytania czy Ministerstwo Zdrowia otrzymuje cykliczne raporty dotyczące zmian dostępności świadczeń i jakie działania planowane są w celu dalszego usprawnienia systemu monitorowania należy wskazać, że zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami Narodowy Fundusz Zdrowia sporządza i przekazuje roczne i okresowe sprawozdania z działalności (przekazywane przez kwartał), w których m.in. zawarte są informacje dotyczące informacji o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu, wyrażone w liczbie osób oczekujących, czasie oczekiwania wyrażonym medianą oraz trzecim kwantylem średniego czasu oczekiwania oraz liczbie osób skreślonych z listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z powodu wykonania świadczenia opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem informacji dotyczącej przyczyn ograniczonej dostępności oraz analizy zmian zachodzących w czasie oczekiwania.

W najbliższej przyszłości planowana jest kontynuacja działań związanych z rozwojem narzędzi wspierających monitorowanie dostępności świadczeń oraz prowadzeniem list oczekujących. Działania obejmują:

- dalszy rozwój centralnej e-rejestracji, zakładający objęcie do końca 2027 r. wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- rozwój portalu „Gdzie się leczyć”;
- rozwój funkcjonalności aplikacji AP-KOLCE, która umożliwi prowadzenie harmonogramu przyjęć w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia. Prowadzenie harmonogramów przyjęć w aplikacji AP KOLCE oznacza, że harmonogramy przyjęć (w tym listy oczekujących) prowadzone przez wszystkich świadczeniodawców udzielających danego świadczenia opieki zdrowotnej znajdują się w jednym, centralnym systemie, co zapewnia Narodowemu Funduszowi Zdrowia dostęp do aktualnych danych dotyczących czasów oczekiwania oraz liczby osób oczekujących na takie świadczenie w skali kraju i przez to umożliwia bieżące monitorowanie prawidłowości prowadzenia list oczekujących, prowadzenie szczegółowych analiz czasów oczekiwania oraz eliminowanie przypadków wielokrotnych zapisów tej samej osoby na to samo świadczenie.
- sukcesywne przenoszenie kolejnych procedur zabiegowych realizowanych w leczeniu szpitalnym, do prowadzenia harmonogramów przyjęć i list oczekujących w aplikacji AP-

KOLCE.

Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi prace związane z rozwojem usługi SMS umożliwiającej pacjentowi potwierdzenie lub odwołanie wizyty oraz wdrożeniem mechanizmu automatycznej weryfikacji osób zmarłych wpisanych na listy oczekujących

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