



Minister Zdrowia

NKM.050.2.2026.3.KCZ
Warszawa, 21 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 18112 Pana Posła Wiesława Krajewskiego i Pani Posel Olgi Ewy Semeniuk-Patkowskiej z dnia 2 lipca 2026 r. w sprawie realizacji wniosków pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli¹ dotyczących realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia², uprzejmie informuję, co następuje.

W pierwszej kolejności uprzejmie informuję, iż kontrola NIK P/24/046 – „*Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024*” została przeprowadzona w: Centrali NFZ i w trzech Oddziałach Wojewódzkich³ NFZ (Opolskim, Warmińsko-Mazurskim i Wielkopolskim), zaś badania kontrolne w toku ww. kontroli P/24/046 nie były realizowane w Ministerstwie Zdrowia. Powyższe oznacza, że zdecydowana większość ustaleń przedstawionych w dokumentach NIK, sporządzonych w konsekwencji przedmiotowej kontroli, dotyczy ocen funkcjonowania Centrali NFZ i OW NFZ, a nie Ministerstwa Zdrowia.

Niezależnie od powyższego, poniżej przedstawiam odpowiedzi na pytania skierowane do Ministra Zdrowia w ww. interpelacji nr 18112.

Ad. 1, 2., 3., 14. i 15.

Na wstępie uprzejmie informuję, że w ww. Informacji o wynikach kontroli NIK skierowała 3 wnioski: 1 do Ministra Zdrowia, 1 do Prezesa NFZ i 1 do Prezesa NFZ i Dyrektorów OW NFZ.

Niezależnie od wniosków sformułowanych przez NIK w Informacji o wynikach kontroli, uprzejmie informuję, że w wystąpieniach pokontrolnych sporządzonych w następstwie ww. kontroli, NIK skierowała 7 wniosków pokontrolnych do Prezesa NFZ i 11 wniosków pokontrolnych do Dyrektorów OW NFZ.

Uprzejmie informuję, iż Centrala NFZ wskazała, że zrealizowano wnioski pokontrolne nr 1-5 i 7 skierowane do Prezesa NFZ w wystąpieniu pokontrolnym NIK. W trakcie realizacji pozostaje wniosek pokontrolny nr 6, który zostanie w pełni zrealizowany po wdrożeniu nowego, właściwego rozwiązania informatycznego.

Zgodnie z wyjaśnieniami Centrali NFZ, wnioski skierowane do Dyrektorów OW NFZ zostały zrealizowane lub pozostają w trakcie bieżącego wdrażania w toku podejmowanych działań.

¹ Zwanej dalej „NIK”.

² Zwany dalej „NFZ”.

³ Zwanych dalej „OW”.

Ponadto uprzejmie informuję, że informacje o stanie wykonania wszystkich wniosków NIK sformułowanych w konsekwencji przedmiotowej kontroli P/24/046 (zarówno w Informacji o wynikach kontroli, jak i w wystąpieniach pokontrolnych), zostały ujęte w tabeli, która stanowi załącznik do odpowiedzi na interpelację. Przedmiotowa tabela została podzielona na 3 arkusze: „*Wnioski z Informacji*”, „*Wnioski do Prezesa NFZ*” i „*Wnioski do Dyrektorów Oddziałów*”, w których znajdują się wnioski pogrupowane zgodnie z ww. tytułami arkuszy tabeli.

Odnosząc się do wniosku NIK skierowanego do Ministra Zdrowia dotyczącego podjęcia działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej płatnika publicznego oraz dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych, informuję jak poniżej.

W odniesieniu do pierwszej części ww. wniosku, należy wskazać, że pomimo nieustannie podejmowanych działań mających na celu zwiększenie środków w budżecie NFZ, które skutkują istotnym zwiększaniem nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r.

Na obecną sytuację finansową w ochronie zdrowia istotny wpływ miała również epidemia COVID-19, w czasie której dodatkowe środki na świadczenia związane z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 pochodziły z budżetu państwa, z części, której dysponentem był Minister Zdrowia oraz z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Oznacza to, że finansowanie zapobiegania i zwalczania epidemii COVID-19 nie odbywało się kosztem innych świadczeń, za które płacił NFZ. W tym okresie został uruchomiony także szereg mechanizmów wsparcia dla świadczeniodawców, którzy z powodu walki z pandemią nie mogli w pełni realizować swoich standardowych umów zawartych z NFZ. Główne zasady opierały się na zapewnieniu stabilności finansowej placówek, mimo ograniczenia planowych zabiegów. Podmioty lecznicze korzystały m.in. z możliwości pobrania zaliczki, tzw. 1/12 kwoty zobowiązania, określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a świadczeniodawcy byli zobowiązani do odpracowania wypłaconej kwoty. Obserwowano ograniczoną liczbę nadwykonań za ten okres, wynikającą m.in. z konieczności odpracowania niedowykonań powstałych w okresie trwania epidemii COVID-19.

W związku z powyższym, coraz większą część przychodów NFZ stanowią środki budżetu państwa, w tym przede wszystkim dotacja podmiotowa na finansowanie świadczeń gwarantowanych, która w ostatnich latach wyniosła:

- w 2023 r.: 200 mln zł,
- w 2024 r.: blisko 14,8 mld zł,
- w 2025 r.: blisko 33 mld zł.

Ponadto, dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia, w 2025 r. zostały przyznane również środki finansowe dla NFZ w kwocie blisko 1,77 mld zł, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ. Minister Finansów i Gospodarki wyemitował także obligacje skarbowe przeznaczone na podwyższenie funduszu zapasowego NFZ o łącznej wartości nominalnej 922 mln zł.

Jednocześnie wejście w życie nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym pozwoliło na przekazanie do NFZ z Funduszu Medycznego 3,56 mld zł z przeznaczeniem na sfinansowanie pełnej kwoty wartości nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych na rzecz osób poniżej 18 roku życia w 2025 r.

Dotacja podmiotowa dla NFZ zaplanowana pierwotnie w 2026 r. wynosiła 26 mld zł, a dzięki decyzjom Ministra Finansów i Gospodarki oraz Ministra Zdrowia obecnie zaplanowane środki na ten cel w 2026 r. wynoszą 33,6 mld zł. Kolejne zwiększenia zaplanowanej dotacji podmiotowej dla NFZ na bieżący rok będą możliwe na podstawie art.

131d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴.

Niezależnie od powyższego, uprzejmie informuję, że poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia jest obecnie priorytetem dla Ministra Zdrowia, wobec czego aktualnie jest ona szeroko dyskutowana oraz analizowana na wszystkich poziomach, zarówno w ramach rozmów z Ministrem Finansów i Gospodarki, przy stałej współpracy z NFZ i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁵, jak i w ramach wspólnego dialogu, w tym m.in. w ramach prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Należy przy tym zapewnić, że priorytetem w podejmowanych działaniach oraz ostatecznie wdrażanych rozwiązaniach jest uwzględnienie konieczności zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Dodatkowo, w odniesieniu do drugiej części ww. wniosku NIK do Ministra Zdrowia, dotyczącej podjęcia działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych, należy wskazać, że Minister Zdrowia systematycznie podejmuje działania i inicjatywy legislacyjne, umożliwiające osiągnięcie powyższego.

Informuję, że w ustawie z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej, określono niezbędne uprawnienia dla Ministra Zdrowia, NFZ oraz AOTMiT do pozyskiwania i przetwarzania szczegółowych danych o wynagrodzeniach powiązanych z konkretnym numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu. Przedmiotowe zmiany mają istotne znaczenie w kontekście prowadzonych przez AOTMiT analiz dla stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia, a także aktualnych wyzwań związanych z regulacją wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych. Umożliwienie Ministrowi Zdrowia, AOTMiT oraz NFZ pozyskiwania i przetwarzania danych o wynagrodzeniach w taki sposób, aby możliwe było uzyskanie wiedzy o faktycznych poziomach wynagrodzeń poszczególnych osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, poprzez powiązanie danych z konkretnym numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu, pozwoli na uzyskanie rzetelnych danych dotyczących tych wynagrodzeń, które w sposób rzeczywisty odzwierciedlą ich faktyczny wpływ na poziom kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy również wskazać na regulacje, wprowadzone przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej⁶, które przewidują nowe rozwiązania w zakresie restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych. Procesy te zostaną dodatkowo wsparte finansowo w ramach programu „*Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent*”, który zakłada stworzenie instrumentów wsparcia na cele infrastrukturalne, doposażenie szpitali i zakup sprzętu medycznego. Obszar dotyczący wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych został uwzględniony w ramach budżetu Funduszu Medycznego i ujęty w alokacji środków na Subfundusz Modernizacji Podmiotów Leczniczych. Uchwała nr 93 Rady Ministrów z dnia 12 marca 2026 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „*Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych*”⁷ określa zasady wsparcia konsolidacji podmiotów leczniczych.

Działanie ma na celu m.in. zwiększenie efektywności wykorzystania personelu medycznego i infrastruktury w szpitalach. Zakres wspartych inwestycji będzie wynikać z podjętych procesów konsolidacyjnych i służyć racjonalizacji działalności skonsolidowanych podmiotów. Wsparcie będzie przeznaczone na budowę, modernizację, przebudowę lub doposażenie podmiotów leczniczych. Dzięki zmianom, oferta szpitali zostanie lepiej dostosowana do lokalnych potrzeb, w tym do zmian demograficznych.

⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.

⁵ Zwaną dalej „AOTMiT”.

⁶ Dz. U. poz. 1211.

⁷ M. P. poz. 343.

Minister Zdrowia popiera wszelkie działania mające na celu poprawę sytuacji podmiotów leczniczych oraz osiąganie optymalnych rozwiązań organizacyjnych, które zarazem wpływają korzystnie na dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych.

Ponadto ww. ustawa umożliwiła dokonanie pewnych dostosowań w strukturze systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁸.

Świadczeniodawcy mogą – za zgodą NFZ opartą o ocenę potrzeb zdrowotnych na danym obszarze – wycofywać się z realizacji określonych profili szpitalnych w ramach PSZ, co oznacza równocześnie zwiększenie skali działalności w zakresie tych profili w innych szpitalach w regionie, pociągając za sobą koncentrację/konsolidację danych świadczeń szpitalnych.

Dodatkowym rozwiązaniem jest umożliwienie świadczeniodawcy, który otrzymał zgodę na rezygnację z profilu PSZ, zawarcia umowy na tożsamy zakres świadczeń wykonywany w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia lub umowy na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej.

Konsolidacja profili szpitalnych w ramach PSZ jest jednym z narzędzi porządkowania struktury leczenia szpitalnego i wzmacniania stabilności systemu ochrony zdrowia. Proces ten umożliwi optymalne wykorzystanie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych oraz ograniczenie dublowania świadczeń szpitalnych na tym samym obszarze zabezpieczenia, a jednocześnie będzie sprzyjać podniesieniu jakości leczenia.

Obecnie jest realizowana również reforma systemu opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych i odejście od modelu opieki nad pacjentem w dużym szpitalu psychiatrycznym w kierunku modelu opieki środowiskowej w formie centrum zdrowia psychicznego⁹. Trwają prace nad implementacją do systemu ochrony zdrowia CZP na podstawie programu pilotażowego CZP, który obejmował ok. 49% dorosłej populacji i zakończy się w 2026 r. W oparciu o pilotaż, powstaną nowe CZP, które obejmą opieką pacjentów w całym kraju, co dwukrotnie zwiększy dostępność do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dorosłych.

Aktualnie jest procedowany projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁰ - trwają konsultacje publiczne. Rozwiązania przewidziane w projekcie zakładają, że dorośli będą mogli skorzystać z różnych form opieki psychiatrycznej, m.in. w poradniach oraz w ramach leczenia domowego (środowiskowego). Wejście w życie przepisów planowane jest na dzień 1 stycznia 2027 r.

W Ministerstwie Zdrowia trwają również prace nad określeniem zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia¹¹. Celem projektowanych zmian jest zwiększenie dostępności do świadczeń mieszkańcom tych powiatów, na obszarze których nie ma szpitali, a odległość do najbliższego świadczeniodawcy realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w trybie nagłym przekracza 30 kilometrów mierzonej ciągiem dróg publicznych.

Świadczenia gwarantowane w PCZ obejmą podstawowe świadczenia chirurgiczne (drobne zabiegi bez znieczulenia ogólnego) oraz konsultacje lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, porady pielęgniarskie, jak również dostęp do łóżek w przypadku konieczności poddania pacjenta kilkugodzinnej obserwacji.

Świadczenia będą przeznaczone dla pacjentów stanach nagłych, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają niezwłocznej diagnostyki i leczenia, a których nie mogą zrealizować w tym czasie świadczeniodawcy udzielający świadczeń w innych zakresach. Świadczenia w

⁸ Zwanego dalej „PSZ”.

⁹ Zwanym dalej „CZP”.

¹⁰ Dz. U. z 2026 r. poz. 383.

¹¹ Zwanym dalej „PCZ”.

PCZ obejmą też zapewnienie transportu sanitarnego w sytuacji konieczności przewiezienia pacjenta do szpitala w celu kontynuacji leczenia.

Minister Zdrowia, na konferencji prasowej z udziałem Prezesa NFZ i Rzecznika Praw Pacjenta, przedstawiła pakiet propozycji kompleksowych zmian w systemie ochrony zdrowia, którego najważniejszymi celami są: wzmocnienie bezpieczeństwa pacjentów, zapewnienie równego dostępu dla pacjentów do świadczeń oraz zwiększenie przejrzystości funkcjonowania ww. systemu. Zaprezentowane rozwiązania przewidują także przyspieszenie i rozwój cyfryzacji opieki zdrowotnej, co ma zwiększyć jego przejrzystość, ograniczyć ryzyko nieprawidłowości, podnieść poziom bezpieczeństwa i komfortu pacjentów, a także ułatwić i usprawnić zarządzanie podmiotami leczniczymi.

Przedstawione propozycje zmian obejmują m.in.:

- 1) wprowadzenie maksymalnych poziomów wydatków szpitali na wynagrodzenia personelu oraz maksymalnych poziomów wynagrodzeń indywidualnych. Proponowane mechanizmy mają na celu wyeliminowanie sytuacji, gdy w strukturze wydatków szpitali zdecydowanie dominującą pozycją są pobory personelu medycznego oraz rozwiązanie niepokojącej opinii publicznej zjawiska tzw. kominów płacowych;
- 2) zwiększenie przejrzystości zatrudnienia personelu medycznego, poprzez jawne wyniki konkursów, raportowanie rzeczywistych grafików pracy do NFZ i ograniczenie możliwości zawierania umów za pośrednictwem spółek;
- 3) przyspieszenie wdrażania Centralnej e-Rejestracji, która obejmie wszystkie 39 specjalizacji do końca 2027 r., dwukrotnie szybciej niż planowano,
- 4) implementację nowego narzędzia, tj. Centralnej e-Kolejki, która ma zapewnić przejrzyste, jednakowe i równe dla wszystkich pacjentów zasady zapisów na planowe zabiegi szpitalne;
- 5) zmiany w zakresie funkcjonowania korpusu kontrolerskiego, a także wzmocnienie uprawnień kontrolnych NFZ, co zwiększy liczbę prowadzonych kontroli i podniesie efektywność nadzoru nad wykonywaniem umów zawieranych przez świadczeniodawców z NFZ;
- 6) wzmocnienie ochrony praw pacjentów, poprzez możliwość nakładania surowych sankcji na podmioty lecznicze, które naruszają zasady równego dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad 4., 5. i 13.

Minister Zdrowia, zgodnie z przyjętymi wewnętrznymi procedurami, monitoruje stopień realizacji uwag i wniosków NIK po każdym półroczu w odniesieniu do uwag i wniosków przekazanych przez NIK w poprzednich sześciu miesiącach.

Jednocześnie wskazania wymaga fakt, że Minister Zdrowia prowadzi stały, wynikający z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, nadzór nad działalnością NFZ, w ramach którego systematycznie i na bieżąco pozyskuje informacje o różnych obszarach funkcjonowania NFZ, a następnie – w ramach wykonywanego nadzoru – poddaje otrzymane informacje analizom i ocenom.

Ad 6.

Wskazania wymaga fakt, iż NIK nie formułuje w swoich wystąpieniach pokontrolnych ani w Informacjach o wynikach kontroli terminów realizacji zaleceń pokontrolnych. Dodatkowo zauważenia wymaga, że przepisy powszechnie obowiązującego prawa nie nakładają na podmioty kontrolowane obowiązku wykorzystywania uwag i wykonywania wniosków NIK.

Niemniej, uwagi i wnioski NIK są w resorcie zdrowia każdorazowo starannie analizowane i stanowią cenne wsparcie w prowadzonych procesach zarządczych w odniesieniu do kreowania rozwiązań służących zwiększeniu efektywności funkcjonowania systemu

ochrony zdrowia. Działania podejmowane w następstwie kontroli NIK są planowane i wdrażane z uwzględnieniem charakteru i zakresu poszczególnych zaleceń.

Ad 7.

W Ministerstwie Zdrowia uwagi i wnioski NIK są przekazywane do właściwych merytorycznie komórek organizacyjnych w celu ich przeanalizowania i ewentualnego podjęcia działań zmierzających do ich wykorzystania i wykonania, zgodnie z kompetencjami przypisanymi w regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia.

Z kolei Centrala NFZ wskazała, iż wszystkie zalecenia pokontrolne z kontroli NIK są przekazywane do właściwych merytorycznie komórek organizacyjnych Centrali NFZ, które realizują je zgodnie ze swoimi kompetencjami. Biuro Nadzoru Wewnętrznego Centrali NFZ zbiera cyklicznie, od właściwych merytorycznie komórek organizacyjnych Centrali NFZ, informacje o podjętych działaniach, etapie prowadzonych prac i ich wynikach, bądź o przyczynach niepodjęcia działań wynikających z zaleceń NIK.

Ad 8., 9. i 10.

Na podstawie informacji przekazanych przez Centralę NFZ, informuję, że w zakresie wniosków pokontrolnych nr 6 i 7, adresowanych do Prezesa NFZ w wystąpieniu pokontrolnym NIK, został przeprowadzony audyt wewnętrzny w zakresie funkcjonowania wybranych elementów systemu kontroli zarządczej. Po kontroli NIK i audycie wewnętrznym zostały wprowadzone następujące zmiany:

- 1) uwzględniono w procesie dokonywania analizy ryzyka cele zawarte w Planie pracy. Po zmianie systemu informatycznego do analizy ryzyka, zapisy te znajdują odzwierciedlenie w „*Metodyce zarządzania ryzykiem organizacyjnym w NFZ*”;
- 2) wprowadzono dodatkowe monitorowanie przez Centralę NFZ wykonania oddziałowych Planów postępowania z ryzykiem. Przynajmniej raz w roku, po jego zakończeniu, jest uzyskiwana informacja od OW NFZ o poziomie realizacji Planów postępowania z ryzykiem, przekazanych podczas analizy ryzyka.
- 3) po zebraniu informacji z komórek organizacyjnych Centrali NFZ, poziom realizacji Planów postępowania z ryzykiem jest tematem spotkania z Zarządem Funduszu;
- 4) po zakończeniu kwartału i przygotowaniu sprawozdania z realizacji Planu pracy Funduszu oraz analizie zagrożeń w realizacji wskaźników, poziom realizacji Planu pracy jest tematem spotkania z Zarządem Funduszu.

Ponadto Centrala NFZ przekazała, że zostały przeprowadzone czynności sprawdzające realizację zalecenia po zadaniu audytowym, zleconym w zakresie funkcjonowania wybranych elementów systemu kontroli zarządczej: „*Niezbędne jest uwzględnienie w procesie dokumentowania zarządzania ryzykiem w odniesieniu do celów zawartych w Planie pracy. Dla zapewnienia spójności analizy ryzyka wskazane jest połączenie z analizą ryzyka przeprowadzaną w odniesieniu do procesów. Zalecam uzupełnienie zapisów procedury i formalne jej zatwierdzenie.*”.

Czynności sprawdzające potwierdziły:

- przeprowadzanie organizacyjnej analizy ryzyka w kontekście realizowanych procesów i celów zawartych w Planie pracy,
- zatwierdzenie przez Prezesa NFZ w dniu 23 września 2024 r. procedury Z.08.05 Zarządzanie zmianą w organizacji 2.0, której część stanowi „*Przygotowanie i monitorowanie planu pracy*”.

Obszar rozliczania oraz monitorowania realizacji świadczeń jest uwzględniany corocznie w ramach oceny ryzyka do planu audytu wewnętrznego. Podlegał analizie także przy planowaniu na 2025 r. oraz 2026 r. i w oparciu o ocenę ryzyka, został uwzględniony w planach audytu.

W zakresie wniosku pokontrolnego nr 4, wystosowanego do Prezesa NFZ w wystąpieniu pokontrolnym NIK, dotyczącego podjęcia skutecznych działań zmierzających do nieprzekraczania planu kosztów przez Centralę i OW NFZ, Centrala NFZ poinformowała, że Prezes NFZ zobowiązał Dyrektorów OW NFZ i Dyrektorów komórek organizacyjnych Centrali NFZ do wzmocnienia nadzoru nad realizacją zadań i podjęcia skutecznych działań zmierzających do dotrzymania bezpieczeństwa planu finansowego NFZ.

W zakresie wniosku pokontrolnego nr 5, skierowanego do Prezesa NFZ w wystąpieniu pokontrolnym NIK, Centrala NFZ przekazała, iż Biuro Księgowości Centrali NFZ przeprowadziło analizę poprawności zastosowanych formuł i algorytmów obliczeń we wzorach sprawozdań finansowych i zestawieniach oraz dokonało aktualizacji sprawozdań finansowych (FM-01), w szczególności w zakresie poprawności formuł i algorytmów. Zostały złożone stosowne korekty, przeprowadzono spotkanie z oddziałami wojewódzkimi, na którym poinstruowano oddziały o konieczności weryfikacji poprawności formuł stosowanych w sprawozdaniach. W celu ograniczenia ryzyka generowania niewłaściwych algorytmów i formuł, dla pracowników Biura Księgowości Centrali NFZ, przeprowadzono szkolenia z obsługi programu Excel.

Ad 11.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez Centralę NFZ, uprzejmie informuję, że w zakresie wniosków pokontrolnych nr 1 i 2, adresowanych do Prezesa NFZ w wystąpieniu pokontrolnym NIK, w celu umożliwienia skutecznego monitorowania przez Prezesa NFZ obszarów, w których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w sposób niewystarczający dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej oraz ujednolicenia planów zakupów świadczeń zdrowotnych, aby było możliwe porównywanie danych zamieszczanych w tych planach, została zaktualizowana procedura „*Opracowanie i aktualizacja planu zakupu świadczeń*”.

Zmiany te zostały wprowadzone w celu zwiększenia przejrzystości procesu planowania zakupu świadczeń oraz usprawnienie identyfikacji obszarów, wymagających zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Nadto Centrala NFZ przekazała, iż przedmiotowa procedura w wersji 2.3 z dnia 7 października 2025 r. została zmodyfikowana w zakresie załącznika nr 1, stanowiącego spis treści do części opisowej planu zakupu. Zakres zmian obejmował w szczególności rozszerzenie dokumentu o informacje dotyczące świadczeń deficytowych oraz planowanych postępowań konkursowych.

Po otrzymaniu przez Centralę NFZ planów zakupu i analizie części opisowej, NFZ zidentyfikował potrzebę wprowadzenia zmian w zakresie sposobu prezentacji danych zawartych w procedurze.

W konsekwencji opracowana została kolejna wersja procedury - 2.4, obowiązująca od dnia 15 czerwca 2026 r. W ramach przeprowadzonych zmian, informacje, dotyczące m. in. świadczeń deficytowych oraz planowanych postępowań konkursowych zostały ujednolicone i przedstawione w formie ustandaryzowanych tabel.

Celem tej zmiany było zapewnienie jednolitego sposobu prezentacji danych, zwiększenie ich czytelności oraz stworzenie spójnego materiału analitycznego, umożliwiającego efektywniejsze monitorowanie realizacji planów zakupu świadczeń, porównywanie między OW NFZ oraz usprawnienie procesu podejmowania decyzji w zakresie zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad 12.

Minister Zdrowia podejmuje różne inicjatywy legislacyjne, których celem jest poprawa sytuacji w sektorze ochrony zdrowia, w tym: zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, optymalizacja organizacji sposobu udzielania świadczeń w różnych zakresach, a także zwiększenie efektywności finansowej podmiotów leczniczych, które zostały w

sposób wyczerpujący przedstawione w odpowiedzi na pytania nr 1-3 i 14-15 z interpelacji nr 18112.

Powyższe działania korespondują z treścią wniosku NIK do Ministra Zdrowia, sformułowanego w Informacji wynikach kontroli P/24/046 – „*Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024*”.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Tomasz Maciejewski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik:

Tabela dotycząca stanu wykonania wniosków Najwyższej Izby Kontroli wystosowanych w następstwie kontroli P/24/046 – „*Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024*”.