



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

KZD.430.5.2024

Nr ewid. 2/2025/P/24/046/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA W LATACH 2021–2024

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia

Marcin Stolarczyk

/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Michał Jędrzejczyk

/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

/podpisano elektronicznie/

Warszawa, maj 2025 r.

Najwyższa Izba Kontroli

ul. Filtrowa 57

02-056 Warszawa

+48 22 444 50 00

nik@nik.gov.pl

Spis treści

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć	4
1. Wprowadzenie	7
2. Ocena ogólna	9
3. Synteza wyników kontroli.....	12
4. Wnioski	26
5. Ważniejsze wyniki kontroli	27
5.1. Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych.....	27
5.1.1. Planowanie zakupów świadczeń zdrowotnych	28
5.1.2. Dostęp do świadczeń zdrowotnych	41
5.1.3. Monitorowanie przez Prezesa NFZ dostępu do świadczeń zdrowotnych.....	66
5.2. Sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia	74
5.2.1. Opracowywanie i dokonywanie zmian planów finansowych.....	75
5.2.2. Realizacja planu finansowego	79
5.3. Opracowanie i wykonanie planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia.....	106
6. Załączniki	112
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	112
6.1.1. Wykaz ocen kontrolowanych jednostek	116
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	124
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	135
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	138

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, instytucja działająca na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹ oraz ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych ² ;
„Białe plamy”	Konkretne obszary (np. gminy, powiaty, grupy powiatów, województwo), w których zgodnie z przyjętym planem zakupu świadczeń nie zabezpieczono dostępu do nich dla pacjentów lub był on niewystarczający;
Centrala	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia;
Dostępność świadczeń	osiągalność świadczenia opieki zdrowotnej i dogodność (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona (a produkt wytwarzany) w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Dogodność natomiast jest wyznaczona przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek pacjenta związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumiane koszty jakie ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego ³ ;
Działalność lecznicza	polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz wykonywaniu czynności z zakresu promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ⁴);
Jednostka rozliczeniowa	miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień (§ 1 pkt 3

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

² Dz. U. z 2024 r. poz. 930, ze zm.

³ Definicja na podstawie: Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2004 r., Ministerstwo Zdrowia, 2004 r.

⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵;

Koszty świadczeń koszty świadczeń opieki zdrowotnej poniesione przez NFZ zgodnie z planem finansowym;

KDROLO Baza prowadzona w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia do obsługi tzw. kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych;

NFZ lub Fundusz Narodowy Fundusz Zdrowia;

Obszar kontraktacyjny wyodrębniony region na terenie działania oddziału wojewódzkiego NFZ będący najczęściej powiatem, ale także gminą, ich grupą, grupą powiatów, województwem, w obrębie którego oddział prowadzi postępowania mające na celu zawarcie umów ze świadczeniodawcami i zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych określonych w planie ich zakupu;

OW NFZ oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;

OWU załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

Podmiot leczniczy m.in. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. *Prawo przedsiębiorców*⁶, jednostka budżetowa, a także instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, w zakresie w jakim wykonują działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 pkt 1-5 ustawy o działalności leczniczej);

Potrzeby zdrowotne liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach);

Profile zabezpieczenia oddziały szpitalne oraz odpowiadające im poradnie specjalistyczne, wymienione w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁷;

Rodzaj świadczeń grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach;

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 236, ze zm.

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 2153, ze zm.

Sieć szpitali lub PSZ	system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (art. 95I ustawy o <i>świadczeniach</i>);
Świadczenie	świadczenie opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (§ 1 pkt 13 i 14 <i>OWU</i>);
Świadczeniobiorca	osoba wymieniona w art. 2 ustawy o <i>świadczeniach</i> ;
Świadczeniodawca	podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o <i>działalności leczniczej</i> (art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o <i>świadczeniach</i>);
Ubezpieczony	osoba objęta powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w art. 2 ust. 1 pkt 1 i art. 3 ustawy o <i>świadczeniach</i> ;
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o <i>świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> ;
Współczynniki korygujące	współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych grup świadczeniobiorców, albo świadczeń, albo grup świadczeniodawców, albo grup osób wykonujących dany zawód medyczny, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (§ 1 pkt 16 <i>OWU</i>);
TERYT	numer identyfikacyjny jednostki administracyjnej określony w Krajowym Rejestrze Urzędowym Podziału Terytorialnego Kraju;
Zakres świadczeń	świadczenie lub grupa świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania (§ 1 pkt 17 <i>OWU</i>).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia zapewniła realizację jego zadań w sposób pozwalający na poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

Czy prawidłowo i rzetelnie realizowano zadania dotyczące zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej?

Czy prawidłowo i rzetelnie opracowano oraz wykonano plan finansowy NFZ?

Czy prawidłowo i rzetelnie opracowano i wykonano plan pracy Funduszu?

Czy oddziały wojewódzkie prawidłowo i rzetelnie opracowały oraz realizowały plan zakupu świadczeń?

Jednostki kontrolowane

Centrala i trzy oddziały wojewódzkie NFZ

Sprawnie funkcjonujący publiczny system ochrony zdrowia powinien spełniać trzy podstawowe założenia, tj. zapewnić:

- równy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych bez zbędnej, z medycznego punktu widzenia, zwłoki,
- równowagę finansową płatnika oraz
- równowagę finansową podmiotów leczniczych⁹.

Pierwsze z tych założeń zostało wprost wskazane w ustawie o świadczeniach, która nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych¹⁰.

Głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia¹¹. Fundusz został utworzony na podstawie tej ustawy jako państwowa jednostka organizacyjna mająca osobowość prawną¹², której podstawowym zadaniem jest pełnienie funkcji płatnika oraz m.in. określenie jakości i dostępności świadczeń, analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹³.

Na sposób realizacji ustawowych zadań Funduszu, w szczególności dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, kluczowe znaczenie ma wielkość środków pozostających w jego dyspozycji. Niedostateczna ilość środków, wadliwy sposób kontraktowania świadczeń i w konsekwencji wydatkowania środków publicznych, a także niewłaściwa wycena świadczeń może zaburzyć tę równowagę. Przejawem tego może być długi czas oczekiwania na uzyskanie świadczeń zdrowotnych przez uprawnionych (czyli oczekiwanie pacjentów na diagnostykę i leczenie), brak dostępu do nich w określonych regionach kraju, narastanie zobowiązań wymagalnych podmiotów leczniczych, wykazywanie strat przez płatnika publicznego.

W ostatnich latach następowało „przerzucanie” kosztów leczenia pacjentów z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia, m.in. na zadania związane z udzielaniem świadczeń w ramach ratownictwa medycznego, finansowaniem świadczeń wysokospecjalistycznych,

⁸ Z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.

⁹ Na podstawie „Solidarność w procesie transformacji – Reforma służby zdrowia w Europie wschodniej”, Janos Kornai, Karen Egglestone, Warszawa, 2002 r.

¹⁰ Art. 6 i nast. (7-11) ustawy o świadczeniach.

¹¹ Art. 97 ust. 1 i art. 116 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

¹² Art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

¹³ Art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

bezpłatnego zaopatrzenia w leki pacjentom do ukończenia 18. roku życia i po ukończeniu 65. roku życia oraz kobietom w okresie ciąży albo połogu, leczeniem osób chorych na AIDS, hemofilię, zakupem szczepionek. Dodatkowo wydzielono środki ze składek na sfinansowanie kosztów działalności takich instytucji jak np. AOTMiT czy Agencja Badań Medycznych¹⁴. W związku z tymi zmianami planowano, że Fundusz na 2023 r. wygospodaruje dodatkowe 13 mld zł¹⁵.

Jednocześnie NFZ został zobowiązany do ponoszenia coraz wyższych kosztów związanych z wynagrodzeniami personelu medycznego, na lata 2023 i 2024 zaplanowano kolejne tury podwyżek (pierwsza tura podwyżek w II półroczu 2022 r. wyniosła 9,3 mld zł)¹⁶.

Wszystkie te czynniki, w połączeniu ze zmniejszoną dynamiką przychodów ze składek zdrowotnych spowodowaną spowolnieniem gospodarczym, wskazywały na pogarszającą się sytuację finansową Funduszu, co może ograniczać dostęp do świadczeń dla pacjentów.

Najwyższa Izba Kontroli ostatnią kontrolę realizacji zadań NFZ przeprowadziła w 2020 r.¹⁷ Kontrola ta objęła wykonanie zadań przez Fundusz w 2019 r. W ostatnich latach przeprowadzono kontrole związane z oceną sytuacji finansowej wybranych grup podmiotów leczniczych¹⁸.

W kontroli P/24/046 „Realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021–2024”, podjętej z inicjatywy własnej NIK, skoncentrowano się przede wszystkim na zagadnieniach związanych z sytuacją finansową płatnika publicznego (NFZ) i zapewnieniem dostępu do świadczeń dla uprawnionych pacjentów.

Wyniki niniejszej kontroli oraz wcześniejszych kontroli prowadzonych w podmiotach leczniczych pozwoliły na udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy system ochrony zdrowia spełnia podstawowe założenia jego funkcjonowania.

¹⁴ Dalej: ABM.

¹⁵ Z dniem 1 stycznia 2023 r. weszła w życie ustawa z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 2770, ze zm.).

¹⁶ Skutki realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1352). Dalej: ustawa o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

¹⁷ Kontrola Nr P/20/052 Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku, grudzień 2020 r.

¹⁸ Kontrola Nr P/22/048 Funkcjonowanie szpitali powiatowych, Warszawa, marzec 2023 r. oraz Kontrola Nr P/24/044 Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich, Warszawa, luty 2025 r.

2. OCENA OGÓLNA

Brak poprawy
dostępności
świadczeń z powodu
sytuacji finansowej
NFZ

Pomimo wzrostu w latach 2021–2024 przychodów ogółem Narodowego Funduszu Zdrowia jego sytuacja finansowa nie zapewniła realizacji zadań w sposób pozwalający na poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła realizację w latach 2021–2024 podstawowego zadania NFZ, jakim było zapewnienie prawidłowego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych. W okresie objętym kontrolą dostęp do świadczeń (diagnostyki i leczenia) pogorszył się.

Negatywnie oceniono również sytuację finansową Funduszu, na co miały wpływ czynniki zewnętrzne, niezależne od działań Funduszu. W okresie objętym kontrolą (2021–2023) **przychody NFZ rosły bowiem wolniej niż koszty. Przychody ogółem zwiększyły się o 8,3% (tj. realnie zmniejszyły się uwzględniając wskaźnik inflacji), zaś koszty ogółem wzrosły o 30,2%**¹⁹. Potwierdzeniem trudnej sytuacji finansowej NFZ w 2024 r. była również sprzedaż otrzymanych obligacji Skarbu Państwa poniżej ich wartości nominalnej.

Trudna sytuacja Funduszu była spowodowana przede wszystkim obciążeniem Funduszu **na łączną kwotę ok. 113,1 mld zł**²⁰, **głównie z tytułu finansowania corocznego wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego (w kwocie 90,6 mld zł)**²¹. Oznacza to, że wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych w latach 2021–2023 przeznaczony był głównie na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego. NIK nie kwestionując potrzeby godnego wynagradzania pracowników systemu ochrony zdrowia, zwraca uwagę, że koszty wynagrodzeń stanowią zasadniczy składnik kosztów podmiotów leczniczych, utrzymanie tak wysokiej dynamiki ich wzrostu w przyszłych latach i uwzględnianie go w wycenach świadczeń zdrowotnych **będzie negatywnie oddziaływało**

¹⁹ Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem wyniósł 114,4 w 2022 r. w stosunku do 2021 r. oraz 111,4 w 2023 r. w stosunku do 2022 r. (odpowiednio wzrost cen o 14,4% i o 11,4%). Źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/>

²⁰ NIK zauważa, że w latach 2021–2024 przychody ogółem NFZ wyniosły 604,5 mld zł (dla 2024 r. do wyliczenia przyjęto kwotę wskazaną w planie finansowym, według stanu na 10 września 2024 r.). Kwota 113,1 mld zł, stanowiła ok. 18,7% łącznych przychodów ogółem.

²¹ Pozostałe obciążenia to m.in. przeniesienie obowiązku finansowania świadczeń dotychczas finansowanych z budżetu państwa (w 2023 r. - **9,9 mld zł**, w 2024 r. - **9,7 mld zł**) oraz ponoszenie kosztów na rzecz instytucji trzecich (w latach 2021–2024 ponad **2,9 mld zł**).

na finanse Funduszu oraz ograniczało możliwość zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów.

W okresie objętym kontrolą na wielu obszarach Kraju nie zabezpieczono dostępu do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupu („białe plamy”). Prezes NFZ nie dysponował zbiorczymi informacjami o takich sytuacjach. W ocenie NIK, brak mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń świadczył o nieprawidłowym nadzorze Prezesa NFZ nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich NFZ, określonym art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach. Na pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych wskazuje również wzrost średniego czasu oczekiwania pacjentów na diagnostykę i leczenie (w „przypadkach stabilnych” – 63,7% i w „przypadkach pilnych” – 40,2% objętych analizą komórek organizacyjnych) oraz znaczące wydłużenie się okresu potrzebnego na udzielenie świadczeń wszystkim oczekującym (z 2,8 miesiąca do 3,6 miesiąca).

NIK negatywnie oceniła zróżnicowany dostęp pacjentów do świadczeń w poszczególnych województwach, mierzony liczbą i wartością świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych (pacjentów), czasem oczekiwania na diagnostykę i leczenie, a także możliwością skorzystania z kompleksowej opieki dla wybranych grup pacjentów. Dysproporcje te w okresie objętym kontrolą dalej się pogłębiały. Natomiast jednym z celów wskazanych w „Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023” miało być wyrównywanie tych dysproporcji²².

W okresie objętym kontrolą plany finansowe NFZ oraz roczne sprawozdania zostały opracowane zgodnie z przepisami prawnymi i terminowo. Zastrzeżenia NIK budzi jednak realizacja planów finansowych NFZ, ponieważ przekroczono plan wybranych pozycji kosztów w OW NFZ i Centrali NFZ, co naruszało art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²³ oraz zmieniano plany finansowe (rozwiązywanie rezerwy migracyjnej), mimo że nie zachodziły przesłanki określone w art. 124 ust. 1 ustawy o świadczeniach²⁴.

Przygotowanie planów zakupu świadczeń zdrowotnych w skontrolowanych oddziałach wojewódzkich NFZ, co do zasady przebiegało prawidłowo. Jednak Prezes NFZ nie zapewnił spójności i porównywalności informacji zawartych w planach zakupów świadczeń. NIK zwraca uwagę, że to planowane środki finansowe decydowały

²² Przyjęta 28 marca 2019 roku uchwałą Rady NFZ nr 7/2019/III; dalej: Strategia NFZ na lata 2019–2023.

²³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze zm.

²⁴ Zgodnie z art. 124 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zmiany planu finansowego można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.

głównie o kształcie planów zakupu, co w połączeniu z praktyką wielokrotnego aneksowania (przedłużania obowiązywania) umów nie sprzyjało przesuwaniu środków finansowych i ograniczało wprowadzanie zmian zgodnie z potrzebami zdrowotnymi pacjentów, określonymi m.in. w planach transformacji i mapach potrzeb zdrowotnych.

Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w skontrolowanych oddziałach przeprowadzono na ogół zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. nieinformowania kierownictwa NFZ o odstępieniu od procedury postępowań oraz nieogłaszania wyników rozstrzygnięć postępowań.

Plany pracy NFZ były przyjmowane terminowo oraz dokonywano oceny stopnia realizacji wskazanych w nim zadań. Negatywnie oceniono jednak rzetelność ich opracowania, bowiem Prezes Funduszu nie dokonywał oceny ryzyka w sposób zgodny ze standardami kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Opracowanie planów zakupów świadczeń	Plany zakupów świadczeń na lata 2021–2024 w skontrolowanych OW NFZ były sporządzane na podstawie rozpoznania potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na terenie danego województwa jak i lokalnych zasobów systemu ochrony zdrowia. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przekazania przez Dyrektora Opolskiego OW NFZ do Centrali NFZ z opóźnieniem ostatecznej wersji planu zakupu świadczeń na rok 2022 r. Natomiast w Wielkopolskim OW NFZ nie opublikowano na stronie internetowej Oddziału planów zakupu świadczeń na lata 2021–2023, co było niezgodne z postanowieniami procedury planowania zakupu świadczeń ²⁵ . [str. 31–31]
Niejednolity sposób sporządzania planów zakupów świadczeń	Prezes NFZ, mimo określenia i wdrożenia jednolitych procedur związanych z opracowywaniem planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie, nie zapewnił ich pełnej spójności i porównywalności zamieszczonych w nich informacji. W niektórych oddziałach wojewódzkich ²⁶ wskazano na występowanie „białych plam”, tj. konkretnych obszarów ²⁷ , dla których zaplanowano udzielanie świadczeń w przyjętym planie zakupu, ale nie zabezpieczono dostępu do nich lub był on niewystarczający. W innych OW NFZ ²⁸ ograniczano się np. jedynie do analizy wartości świadczeń przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych rodzajach świadczeń i porównaniu tych wyników do innych OW NFZ. [str. 29]
Zatwierdzanie niekompletnych planów zakupów świadczeń	Prezes NFZ zaakceptował plany zakupów świadczeń opieki zdrowotnej niektórych OW NFZ na 2022 r., choć nie zawierały one wymaganego elementu, tj. „planu weryfikacji realizacji priorytetów określonych w latach następnych” ²⁹ . W przypadku OW NFZ, które zamieściły taki plan, Prezes NFZ nie weryfikował po zakończonym roku, stopnia realizacji przyjętych w nim celów. Było to niezgodne z wewnętrzną procedurą „Weryfikacji założeń planu zakupu z ogólnopolskimi priorytetami”.

W ocenie NIK, obowiązki ustawowe Prezesa NFZ nie ograniczają się jedynie do wypełnienia formalnych wymogów wskazanych mu w art. 102

²⁵ Procedura: planowanie rzeczowe – opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej z 16 października 2020 r. (str. 9) oraz w wersji v.2.0 obowiązującej od 24 listopada 2022 r. (str. 7).

²⁶ Przykładowo w Dolnośląskim, Śląskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim OW w 2021 r. lub 2022 r.

²⁷ Tj. np. gmin, powiatów, grup powiatów.

²⁸ Przykładowo Lubelski OW NFZ – plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2022 r., Kujawsko-Pomorski na 2023 r.

²⁹ Przykładowo: Kujawsko-Pomorskiego, Lubuskiego, Małopolskiego, Opolskiego, Podkarpackiego, Pomorskiego, Warmińsko-Mazurskim OW NFZ na 2022 r.

ust. 5 pkt 25 ustawy o świadczeniach³⁰. Ustawodawca wyraźnie wskazał w art. 102 ust. 5 pkt 21 tej ustawy, że obowiązkiem Prezesa jest również sprawowanie nadzoru nad realizacją zadań przez oddziały wojewódzkie NFZ, a ten nie był skutecznie prowadzony, skoro Prezes nie miał kluczowych informacji o skali problemów związanych z zabezpieczeniem dostępu do świadczeń oraz stopniu realizacji przyjmowanych priorytetów.

Takie zaniechanie ogranicza Prezesowi NFZ możliwość zarządzania ryzykiem, do czego zobowiązuje art. 68 ust. 2 pkt 7 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy o finansach publicznych. [str. 29–30]

**Ograniczenia
w opracowaniu
planów zakupów
świadczeń**

Kluczowym czynnikiem przy opracowywaniu planu zakupów świadczeń przez OW NFZ była wielkość środków przewidzianych w planie finansowym, a także stopień realizacji umów z poszczególnymi świadczeniodawcami. Dodatkowo uwzględniano kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz czas oczekiwania na nie. Z kolei wojewódzkie plany transformacji (art. 95c ust. 1 ustawy o świadczeniach), które, zgodnie z art. 131b ustawy o świadczeniach, powinny być uwzględniane w planach zakupu świadczeń zdrowotnych oraz mapy potrzeb zdrowotnych (95a ustawy o świadczeniach) miały ograniczony wpływ na proces zakupu świadczeń zdrowotnych przez OW NFZ.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że nieuwzględnianie w planach zakupów świadczeń, wojewódzkich planów transformacji czy map potrzeb zdrowotnych, ogranicza możliwość przebudowy całego systemu ochrony zdrowia zgodnie z potrzebami zdrowotnymi pacjentów, określonymi w tych dokumentach. Nie zawsze bowiem wykonywanie świadczeń ponad limit określony w umowie z NFZ stanowi odzwierciedlenie uzasadnionego z medycznego punktu widzenia popytu na świadczenia zdrowotne. Należy zauważyć, że świadczeniodawcy mogą kierować się rentownością usług medycznych, czemu sprzyja zjawisko tzw. asymetrii informacji w ochronie zdrowia³¹. [str. 31, 40–41]

**Niezabezpieczenie
dostępu do
świadczeń
zdrowotnych**

W latach 2021–2024 (I półrocze) występowały obszary, w których nie zabezpieczono pacjentom dostępu do wybranych świadczeń lub był on niewystarczający, zgodnie z przyjętymi przez OW NFZ planami ich zakupu („białe plamy”). W niektórych oddziałach wojewódzkich obszary takie

³⁰ Zgodnie z którą Prezes NFZ ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały.

³¹ Patrz np.: Feldman r., Dowd B., what does the demand curve for medical care measure?, „Journal of health Economics”, 12 (2), 1993; Fuchs V. r., the supply of surgeons and the demand for operation, „Journal of human resources”, 1978, 12 – Supplement; Arrow K. J., Eseje z teorii ryzyka, PWN, Warszawa 1979; t. E. Getzen, Ekonomia zdrowia, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 147 i nast.

występowały w kolejnych latach³². Przykładowo w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, gdy obszarem kontraktacyjnym był powiat, „białe plamy” obejmowały: w 2021 r. – 134 powiaty, w 2022 r. – 137 powiatów, w 2023 r. – 167 powiatów, zaś w 2024 r. – 150 powiatów, a gdy obszarem kontraktacyjnym była gmina: w 2021 r. – 31 gmin, w 2022 r. – 42 gminy, w 2023 r. – 217 gmin, w 2024 r. (I półrocze) – 199 gmin³³.

Jak wynikało z wyjaśnień Dyrektorów OW NFZ, przyczyną tego stanu był najczęściej brak oferentów gotowych do zawarcia z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych danego rodzaju lub brak akceptacji przez nich warunków finansowych proponowanych przez Fundusz. [str. 41–50]

Niemonitorowanie zabezpieczenia dostępu do świadczeń

Prezes NFZ nienależycie monitorował realizację planu zakupu świadczeń. Nie dysponował bowiem zbiorczymi informacjami dotyczącymi obszarów, na których w poszczególnych OW NFZ nie zapewniono uprawnionym dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupu.

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień w Centrali NFZ, analiza taka jest możliwa jedynie na poziomie OW NFZ, a podejmowanie działań związanych z likwidowaniem „białych plam” jest obowiązkiem dyrektorów OW NFZ.

Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu³⁴ i nie można uznać, że zabezpieczenie dostępu do świadczeń jest jedynie zadaniem dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. W ocenie NIK, brak mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń, narusza art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach, zobowiązujący Prezesa NFZ do sprawowania nadzoru nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich NFZ, wskazuje na niewypełnianie jego obowiązków związanych z kontrolą zarządczą.

Wdrożenie bieżącego monitorowania jest tym bardziej zasadne, że w niektórych obszarach, w których nie zapewniono dostępu do świadczeń w 2021 r. taki stan utrzymywał się również w kolejnych latach.

³² Np. w Dolnośląskim OW NFZ. Analizie poddano zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w następujących ich rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: AOS), leczenie szpitalne (dalej: SZP), opieka paliatywna i hospicyjna (dalej: OPH), programy profilaktyczne finansowane ze środków NFZ (dalej: PRO), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: PSY), rehabilitacja lecznicza (dalej: REH), świadczenia kontraktowane odrębnie (dalej: SOK), leczenie stomatologiczne (dalej: STM), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (dalej: OPD).

³³ W tym „białe plamy” w zakresie świadczeń „świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii” stwierdzono na obszarze 3 gmin w 2021 r., 5 gmin w 2022 r., 178 gmin w 2023 r. i 193 gmin w 2024 r.

³⁴ Art. 102 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Przez co mieszkańcy niektórych obszarów kraju mieli długotrwały ograniczony dostęp do niektórych świadczeń zdrowotnych. [str. 71–72]

Nieprawidłowości przy postępowaniach konkursowych

Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w skontrolowanych oddziałach przeprowadzano na ogół zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami. Nieprawidłowości stwierdzone w skontrolowanych OW NFZ polegały m.in. na nieinformowaniu dyrektora oddziału NFZ i Prezesa NFZ o odstąpieniu od procedury konkursów i rokowań, niepublikowaniu planów zakupu świadczeń na stronie oddziału, nieprzekazaniu lub nieterminowym przekazaniu informacji o ogłoszonych postępowaniach do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń okręgowych samorządów zawodowych medycznych czy ogłoszeń o wynikach rozstrzygnięć postępowań do Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich. [str. 31–34]

Wielokrotne aneksowanie umów

W okresie objętym kontrolą, w przypadku sześciu analizowanych rodzajów świadczeń³⁵ umowy były wielokrotnie aneksowane; zwiększył się również odsetek umów obowiązujących pow. 5 lat, a w przypadku rodzajów ambulatoryjna opieka specjalistyczna i świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zwiększył się też odsetek umów obowiązujących pow. 10 lat. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej blisko 75% umów zawarto przed 2014 r. a praktyka ich wielokrotnego przedłużenia w danym rodzaju świadczeń występowała, także przed wystąpieniem epidemii, którą NFZ wskazywał jako główną przyczynę takiego stanu (w I kw. 2020 r. umowy obowiązujące pow. 5 lat stanowiły 82,2%, a pow. 10 lat, tj. zawarte przed 2010 r. 40,4% (2637 umów z ogólnej liczby 6527).

W art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach wskazano, że podstawą zawierania przez Fundusz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań.

Zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 3a ustawy o świadczeniach, do zadań Prezesa NFZ należy zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes Funduszu może to zadanie przekazać dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ – udzielając stosownego pełnomocnictwa³⁶. Udzielenie pełnomocnictwa nie zwalniało jednak Prezesa z obowiązku nadzoru nad realizacją zadań w oddziale.

Prezes NFZ nie podejmował działań, które powinny spowodować ogłaszanie przez dyrektorów OW NFZ postępowań w sprawie zawarcia

³⁵ Tj. ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, opieka paliatywna i hospicyjna oraz leczenie stomatologiczne.

³⁶ Art. 107 ust. 5 pkt 7 ustawy o świadczeniach.

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie NIK, niepodjęcie takich działań świadczy o nieprawidłowym nadzorze nad realizacją zadań OW NFZ, do którego Prezes NFZ był zobowiązany na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach. W trzech skontrolowanych OW NFZ również negatywnie oceniono proces aneksowania umów. [str. 35–39]

Wydłużenie kolejek do świadczeń zdrowotnych

W okresie objętym kontrolą pogorszył się dostęp do świadczeń mierzony liczbą osób oczekujących oraz czasem oczekiwania na udzielenie świadczeń. Porównanie danych 72 komórek organizacyjnych za lata 2021–2023 wykazało, że:

- w „przypadkach stabilnych”, czas oczekiwania wydłużył się w 48 komórkach organizacyjnych (66,7%), nie zmienił się w przypadku 17 z nich (23,6%)³⁷, zaś skrócił w siedmiu (9,7%). Liczba oczekujących wzrosła w 59 komórkach organizacyjnych (81,9%), zaś zmniejszyła w 13 (18,1%);
- w „przypadkach pilnych” czas oczekiwania wydłużył się w 27 komórkach, tj. 37,5%, nie zmienił się w 41, tj. 56,9%, zaś skrócił w 4, tj. 5,6%. Liczba oczekujących wzrosła w 56 komórkach organizacyjnych (77,8%), zmniejszyła w przypadku 11 (15,3%), a pozostała bez zmian w pięciu z nich (6,9%).

Z kolei analiza danych dotyczących liczby oczekujących i czasu oczekiwania dla 30 świadczeń wykazała, że:

- w „przypadkach stabilnych”, czas oczekiwania wydłużył się w przypadku 17 świadczeń (56,7%), nie zmienił się w przypadku dziewięciu (30,0%), zaś skrócił w przypadku czterech (13,3%). Liczba oczekujących wzrosła w przypadku 20 świadczeń (66,7%), zaś zmniejszyła w przypadku 10 (33,3%);
- w „przypadkach pilnych”, czas oczekiwania wydłużył się w przypadku 14 świadczeń (46,7%), nie zmienił się w przypadku 13 (43,3%), zaś skrócił do trzech (10,0%). Liczba oczekujących wzrosła do 24 świadczeń (80,0%), zaś zmniejszyła do 6 (20,0%). [str. 45–57]

Nierówny dostęp do świadczeń zdrowotnych na terenie kraju

W latach 2021–2023, zarówno średni koszt leczenia pacjentów³⁸ w poszczególnych rodzajach świadczeń i OW NFZ, jak również liczba świadczeń przypadających na określoną liczbę pacjentów były zróżnicowane. W okresie objętym kontrolą dysproporcje te powiększały

³⁷ W tym komórki organizacyjne, w których w latach 2021–2023 pacjentów przyjmowano na bieżąco.

³⁸ Obliczony jako iloraz wykonania kosztów świadczeń oraz liczby ubezpieczonych i świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni objętych opieką danego oddziału.

się, co wskazuje na pogłębienie regionalnego zróżnicowania w dostępie do usług medycznych finansowanych ze środków publicznych.

Różnica średniego kosztu leczenia pacjentów³⁹, w 15 analizowanych rodzajach świadczeń, w poszczególnych OW NFZ, w 2023 r. wynosiła od 36,8% do 380,6%, przy czym w przypadku dziewięciu rodzajów świadczeń różnice te sięgały ponad 100%. W porównaniu do 2021 r. takie różnice pogłębiły się w przypadku 10 rodzajów świadczeń (66,7%).

Również liczba wykonanych świadczeń na 10 tys. uprawnionych w przypadku dziewięciu analizowanych rodzajów świadczeń była zróżnicowana w poszczególnych OW NFZ. W 2023 r. dysproporcje te wyniosły od 37,5% do 1116,3%. W porównaniu do 2021 r. dysproporcje te pogłębiły się w przypadku czterech rodzajów świadczeń, w jednym przypadku nie zmieniły się⁴⁰, zaś w odniesieniu do czterech innych rodzajów świadczeń zmniejszyły się. [str. 57–58]

**Nierówny
i ograniczony dostęp
do opieki
koordynowanej**

NIK negatywnie ocenia również ograniczoną dostępność do świadczeń opieki koordynowanej i znaczne jej zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi OW NFZ. Opieka koordynowana w założeniu miała przynieść poprawę jakości i dostępności udzielanych świadczeń.

W 2023 r. udział pacjentów leczonych w ramach programu KON-Pierś, w skali kraju wyniósł 59,0%. W poszczególnych OW NFZ kształtował się on jednak od 0,0% (Lubuski, Opolski OW NFZ⁴¹) do 81,0% (Świętokrzyski OW NFZ).

W przypadku kompleksowej specjalistycznej opieki kardiologicznej dla pacjentów po zawale serca (tzw. program KOS-Zawał)⁴² porównanie liczby pacjentów objętych tą opieką do „liczby zawałów” wykazało różnice pomiędzy poszczególnymi OW NFZ. Przykładowo w 2023 r. wartość miernika wyniosła od 0,02 (Świętokrzyski OW NFZ), 0,03 (Podlaski OW NFZ) i 0,07 (Kujawsko-Pomorski OW NFZ) do 0,66 (Śląski OW NFZ)⁴³.

W ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na I i II poziomie referencyjnym (KOC I) zawarto w latach 2021–2022 jedynie 11 umów o realizację takiej opieki, w 2023 r. – 12, a w pierwszym półroczu 2024 r. – 8. Z kolei w przypadku koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II i III

³⁹ Mierzone rozpiętością pomiędzy ceną maksymalną, a ceną minimalną.

⁴⁰ Różnica wyniosła mniej niż punkt procentowy.

⁴¹ W I półroczu 2024 r. dla Opolskiego OW NFZ wartość tego miernika wyniosła 78%; w dalszym ciągu dla Lubuskiego OW NFZ wynosiła 0%.

⁴² KOS-Zawał to program kompleksowej specjalistycznej opieki w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego i rehabilitacji kardiologicznej, przeznaczony dla pacjentów, którzy przeszli zawał mięśnia sercowego.

⁴³ Dla I półroczu 2024 r. najniższą wartość tego miernika odnotowano dla Świętokrzyskiego OW NFZ – 0,01, zaś w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ było to 0,07 oraz Podlaskim OW NFZ – 0,1.

poziomie referencyjnym (KOC II) w latach 2021–2024 (I poł) podpisano od 30 do 35 umów. Nie zabezpieczono dostępu do świadczeń KOC I (na I poziomie referencyjnym) w Lubuskim OW NFZ. [str. 60]

**Niska efektywność
wydatkowania
środków na
świadczenia
zdrowotne**

W latach 2021–2023 ponad połowa środków wydatkowanych na świadczenia zdrowotne była przeznaczona na leczenie szpitalne (od 51,6% do 53,8%). NIK zwraca uwagę, że leczenie szpitalne m.in. z powodu kosztów pobytu pacjenta w szpitalu⁴⁴, jest kosztowną formą sprawowania opieki medycznej. Pomimo że wiele świadczeń zdrowotnych można wykonać w trybie ambulatoryjnym, to w okresie objętym kontrolą przeznaczano na: podstawową opiekę zdrowotną⁴⁵ od 10,8% do 15,6% wydatkowanych środków na świadczenia, natomiast na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną od 6,8% do 9,9%.

Szereg działań NFZ zmierzających do zwiększenia roli świadczeń ambulatoryjnych, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej, okazało się nieskutecznych. Dotyczyło to przede wszystkim wprowadzenia współczynnika 3,2 dla pacjentów leczonych m.in. z powodu wybranych chorób⁴⁶, który nie spowodował ograniczenia liczby skierowań do AOS, jak również zniesienia limitów. Z kolei wprowadzenie w POZ tzw. „opieki koordynowanej”⁴⁷, po dwóch latach od jego wdrożenia dotyczy jedynie ok. 34% umów w tym rodzaju świadczeń (w NFZ nie prowadzono analiz

⁴⁴ Obejmujących m.in.: koszty całonocnego pobytu pacjenta, tzw. osobodzień, w tym: koszty wyżywienia (posiłki dostarczane pacjentowi podczas pobytu w szpitalu), zakwaterowania (opłaty za łóżko i pokój, w którym pacjent przebywa), zużytych leków i wyrobów medycznych (nie tylko koniecznych do leczenia schorzenia, które jest przyczyną hospitalizacji pacjenta, ale także przy tzw. schorzeniach współistniejących, w tym przewlekłych).

⁴⁵ Dalej: POZ.

⁴⁶ Współczynnik korygujący stawkę kapitaacyjną wynoszący 3,2 stosowany był do czerwca 2023 r. dla pacjentów leczonych z powodu wielu chorób przewlekłych, dzięki temu lekarze podstawowej opieki zdrowotnej otrzymywali wyższą (mnożoną przez ten współczynnik) stawkę kapitaacyjną (roczną opłatę przekazywaną przez NFZ za każdego pacjenta objętego opieką). Następnie zmieniono zasady finansowania pacjentów z wielochorobowością – zrezygnowano ze współczynnika 3,2 na rzecz dodatku kwotowego, którego wartość zależy od liczby chorób u pacjenta.

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965) oraz zarządzenie Nr 124/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 września 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna wprowadzono nowy zakres świadczeń, tj.: „opiekę koordynowaną”. Koordynacja opieki nad pacjentem dotyczy schorzeń, z zakresu kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii i endokrynologii (nefrologii od 1 listopada 2023 r.). „Opieka koordynowana” w POZ, wiązała się z poszerzeniem listy badań diagnostycznych, które może zlecić lekarz rodzinny, wdrożeniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, a także konsultacją między lekarzem POZ a lekarzem specjalistą. Rozwiązanie to w założeniu miało pozwolić na szybsze i skuteczniejsze diagnozowanie i leczenie chorób przewlekłych – zmniejszenie liczby osób oczekujących do specjalistów.

dotyczących wpływu zmian zakresu liczby badań diagnostycznych realizowanych w ramach POZ na kolejki oczekujących na świadczenia w AOS).

W latach 2021–2023 w AOS przeważały porady udzielane w związku z kontynuacją leczenia. Oznacza to, że w dalszym ciągu leczenie nie odbywało się w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W ocenie NIK, zwiększenie udziału pacjentów kontynuujących leczenie na poziomie POZ, powinno odciążyć pozostałe szczeble systemu ochrony zdrowia, w szczególności AOS i skrócić czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych⁴⁸. Co więcej, koordynacja opieki ambulatoryjnej powinna również zmniejszyć popyt na świadczenia udzielane w lecznictwie szpitalnym, a w konsekwencji ograniczyć koszty systemu ochrony zdrowia.

[str. 66–68]

Pogorszenie sytuacji finansowej NFZ

W latach 2021–2023 przychody ogółem NFZ wzrosły ze 136 779 262,55 tys. zł do 148 199 018,54 tys. zł, o 8,3%, tj. nastąpił ich realny spadek⁴⁹. Koszty ogółem wzrosły ze 126 351 582,49 tys. zł do 164 561 401,10 tys. zł (tj. o 30,2%).

Również w przypadku pozostałych kategorii przychodów odnotowano negatywne zjawiska. Rosły one wolniej niż koszty. Przychody netto z działalności ze 109 047 424,9 tys. zł do 144 302 007,2 tys. zł (tj. o 32,3%), zaś przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równe przypisowi składki ze 103 007 154,3 tys. zł do 141 019 126,9 tys. zł (tj. o 36,9%). W tym okresie koszty realizacji zadań wzrosły ze 115 849 613,9 tys. zł do 162 790 276,0 tys. zł (tj. o 40,5%), zaś koszty realizacji świadczeń wzrosły ze 112 574 184,66 tys. zł do 156 258 170,00 tys. zł (tj. o 38,8%).

Potwierdzeniem negatywnych tendencji jest, w ocenie NIK fakt, że w latach 2021–2024 (I półrocze) zrealizowane przychody NFZ z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki, zawsze były niższe niż koszty świadczeń zdrowotnych. Tym samym przychody ze składki nie pokrywają kosztów zakupionych usług medycznych dla uprawnionych. W latach 2021–2024 (I półrocze) wskaźnik pokrycia kosztów wyniósł od 90,3% do 96,26%.

Wskazuje to na rosnącą rolę finansowania świadczeń z innych, poza-składkowych źródeł, w szczególności z budżetu państwa.

⁴⁸ Należy zauważyć, że w tzw. kolejkach osób oczekujących na udzielenie świadczeń wykazywani są jedynie pacjenci pierwszorazowi.

⁴⁹ Obliczenia własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/> oraz przyjmując rok 2021 za 100.

Niedostateczna kwota przychodów NFZ występowała mimo istotnego zwiększenia obciążeń z tytułu składki ubezpieczeniowej wybranych grup płatników, w szczególności prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą.

Jednocześnie liczba osób ubezpieczonych obowiązkowo (ok. 34 mln osób) i opłacających składkę (ok. 26 mln osób, w tym ok. 8 mln emerytów) kształtowała się w tym okresie na zbliżonym poziomie i była niższa od liczby rezydentów zamieszkujących Polskę o ok. 2,1 mln osób. NFZ podjął w 2023 r. próbę weryfikacji osób nieubezpieczonych, które po wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego przez ostatnie 10 lat nie były zgłoszone do ubezpieczenia i podały miejsce zamieszkania poza RP. Jak wynika z ustaleń, ponad 732 tys. nieubezpieczonych podawało zagraniczny adres zamieszkania.

W ocenie NIK, należy skoordynować działania organów państwa w celu ustalenia rzeczywistej liczby osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, zwłaszcza zobowiązanych do opłacania składki. Jest to szczególnie istotne w sytuacji prognozowanej niższej dynamiki przychodów z tytułu składki w najbliższych latach. [str. 77–78]

Niższe przychody ze składki ubezpieczenia zdrowotnego

W poszczególnych miesiącach okresu 2021–2024 (I–VII) wykonanie przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi odbiegały od planowanych wartości. W latach 2021–2023 były one wyższe od wartości planowanych. Z kolei w pierwszych siedmiu miesiącach 2024 r. niższe (łącznie o 1 626 368,67 tys. zł).

Kwota składek faktycznie wpływających do NFZ w latach 2021–2024 r. (I półrocze) odbiegała od kwot wykonania składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi wskazywanej w sprawozdaniach z realizacji planów finansowych NFZ i była niższa⁵⁰: w 2021 r. o 375 968,74 tys. zł, w 2022 r. o 2 088 708,30 tys. zł, w 2023 r. o 2 173 518,70 tys. zł, zaś w I półroczu 2024 r. o 651 284,32 tys. zł. Pomimo niższego wpływu środków z tytułu składki, Fundusz nie dokonywał odpisów aktualizujących jej wysokość, choć wzór planu finansowego określony w Załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia*⁵¹ dawał taką możliwość. W ocenie NIK, dokonywanie takich odpisów stanowi, poza „rezerwą ogólną”, jeden z mechanizmów zabezpieczających Fundusz przed nieprzewidzianymi, niekorzystnymi zjawiskami wpływającymi na jego stan finansów. Należy zauważyć, że podstawę do zaciągania zobowiązań względem świadczeniodawców

⁵⁰ Od ZUS i KRUS; bez składek z lat ubiegłych.

⁵¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 541, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie gospodarki finansowej NFZ.

stanowiła planowana wartość składki należnej brutto równa przypisowi składki. [str. 79–80]

**Sprzedaż obligacji
Skarbu Państwa**

Według stanu na koniec I półrocza 2024 r., NFZ miał obligacje skarbowe, dla których wydano listy emisyjne, o łącznej wartości 3 mld 375 mln zł. Do 30 września 2024 r. Fundusz zbył obligacje Skarbu Państwa o wartości nominalnej 1 500 000 tys. zł. Kwota uzyskana z tytułu zbycia obligacji wyniosła 1 451 669 tys. zł, tj. była niższa od ich wartości nominalnej. W ocenie NIK, sprzedaż tych obligacji poniżej ich wartości nominalnej wynikała z trudnej sytuacji finansowej Funduszu. [str. 88–89]

**Czasowy wzrost
wartości
niesfinansowanych
przez NFZ świadczeń
nielimitowanych**

O trudnościach finansowych Funduszu świadczy również, w ocenie NIK, wzrost wartości niesfinansowanych świadczeń nielimitowanych. O ile na koniec czerwca 2024 r. wartości niesfinansowanych i niezręczonych przez świadczeniodawców świadczeniach nielimitowanych, zrealizowanych ponad limit określony w umowie w latach 2021–I kw. 2024 r., wyniosła: za 2021 r. 4 208,70 tys. zł, za 2022 r. 2 324,04 tys. zł, za 2023 r. 12 732,25 tys. zł, zaś za I kw. 2024 r. 91 440,08 tys. zł, to 17 września 2024 r. wartość niesfinansowanych i niezręczonych przez świadczeniodawców świadczeniach nielimitowanych, zrealizowanych ponad limit określony w umowie wykonanych w I półroczu 2024 r., wzrosła do 1 652 643,34 tys. zł.

Przyczyną tego stanu był długotrwały proces weryfikacji danych sprawozdawczych przesyłanych przez świadczeniodawców oraz brak „wolnych” środków finansowych, niezaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe zjawisko w praktyce oznacza, że świadczeniodawcy kredytowali Fundusz.

Według stanu na 11 października 2024 r., wartość niesfinansowanych i niezręczonych ponadlimitowych świadczeń zrealizowanych w I półroczu 2024 r. w zakresach nielimitowanych zmniejszyła się do 316 883,76 tys. zł. [str. 89–90]

**Przerzucanie kosztów
na NFZ
bez zapewnienia
wystarczających
przychodów**

W latach 2021–2024 (I półrocze) Narodowy Fundusz Zdrowia został obciążony realizacją szeregu dodatkowych zadań, których koszty wyniosły ok. **113,1 mld zł**.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw, na Fundusz został przeniesiony obowiązek finansowania świadczeń dotychczas finansowanych z budżetu państwa⁵²; jednocześnie budżet państwa zaprzestał opłacania składki od niektórych grup ubezpieczonych.

⁵² Tj. koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy – „65+” i „18-”, koszty finansowania leku i wyrobu medycznego, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy – kobiety w ciąży.

W związku z wejściem w życie tej ustawy, NFZ poniósł w 2023 r. dodatkowe koszty w wysokości **9,9 mld zł**, zaś w 2024 r. **9,7 mld zł**.

W latach 2021–2022 Fundusz przekazywał świadczeniodawcom środki finansowe na wzrost wynagrodzeń wybranego personelu medycznego. Ich wartość wyniosła ponad **12,5 mld zł**. Od II półrocza 2022 r. środki na ten cel były uwzględniane w rekomendacjach Prezesa AOTMiT, dotyczących zmiany wyceny jednostek rozliczeniowych⁵³. Koszty realizacji rekomendacji wyniosły ponad **78,1 mld zł**.

Ponadto w latach 2021–2024 NFZ poniósł koszty na rzecz instytucji trzecich, w łącznej kwocie ponad **2,9 mld zł**⁵⁴.

W ocenie NIK, utrzymanie dotychczasowego mechanizmu indeksacji cen jednostek rozliczeniowych, tj. poprzez zmianę wycen poszczególnych świadczeń w związku z corocznym wzrostem wynagrodzeń wybranych grup personelu medycznego **będzie negatywnie oddziaływało na finanse NFZ oraz ograniczało możliwość zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów**.

Wiceprzewodnicząca Rady Funduszu zwróciła na posiedzeniu Rady 11 lipca 2024 r. uwagę, że zwiększanie wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia skutkuje ograniczeniem dostępu do świadczeń zdrowotnych. Podobną opinię wyraził zarówno Dyrektor Wielkopolskiego OW NFZ w wyjaśnieniach złożonych w toku kontroli NIK, jak również Z-ca Prezesa NFZ podczas posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia 1 października 2024 r. dotyczącej "Rozpatrzenia informacji Ministra Zdrowia na temat aktualnej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia i możliwościach opłacenia nadwykonań w 2024 roku"⁵⁵. [str. 90–94]

Terminowość i rzetelność sporządzania sprawozdań finansowych

Sporządzane przez Prezesa NFZ Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na lata 2021–2023, Roczne sprawozdania z działalności NFZ w kolejnych latach okresu 2021–2023 oraz łączne sprawozdania finansowe NFZ za lata 2021–2023 zostały sporządzone terminowo oraz zgodnie z określonymi wzorami. Natomiast w miesięcznych sprawozdaniach FM-01 Centrali oraz zbiorczych NFZ za okres 2022–2024 (I półrocze), zamieszczano błędne dane.

⁵³ Rekomendacje Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r., 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. i 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r.

⁵⁴ Tj. AOTMiT, ABM, Prokuratura Generalna, Fundusz Kompensacyjny, Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej, ZUS i KRUS.

⁵⁵ Zapis przebiegu posiedzenia - Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (str. 9 i 28 zapisu przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia nr 35).

W Wielkopolskim OW NFZ nierzetelnie sporządzono przekazane Prezesowi NFZ⁵⁶ zestawienie spraw sądowych, którego wzór określono w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw⁵⁷. Powyższe zestawienie stanowiło podstawę opracowania rocznego sprawozdania z działalności NFZ za rok 2022. [str. 103–105]

Przekroczenia planu kosztów

W latach 2021–2023 doszło do przekroczenia planowanych kosztów w OW NFZ i Centrali NFZ zgodnie z treścią art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy o finansach publicznych, wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych. Takie przekroczenie planowanych kosztów było także niezgodne z przepisem § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie gospodarki finansowej NFZ. [str. 97–99]

Rozwiązanie rezerwy migracyjnej przed rozpoczęciem realizacji planu finansowego

Rezerwę migracyjną przewidzianą w planach finansowych na lata 2021–2024, rozwiązywano przed rozpoczęciem danego roku na który została utworzona (jako pierwszą zmianę planu dokonywaną bezpośrednio po ich zatwierdzeniu), pomimo tego, że art. 124 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi, że zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu. Co więcej, rezerwa ta była faktycznie wykorzystywana do innych celów, niż wynikające z planu finansowego, tj. do zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych na terenie działania swojego oddziału zarówno ubezpieczonym z tego oddziału wojewódzkiego, jak i z pozostałych regionów kraju.

Kwota tej rezerwy była corocznie niższa niż faktyczne wykonanie kosztów świadczeń związanych z migracją pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ. [str. 77]

Realizacja zadań finansowanych z Funduszu Medycznego

W okresie objętym kontrolą NFZ realizował siedem zadań finansowanych na podstawie umów dotacji celowych ze środków Funduszu Medycznego. Na ich realizację w latach 2021–2024 (30 września) rozliczono środki w łącznej kwocie 5 235 605,3 tys. zł⁵⁸. Jednym z realizowanych przez NFZ zadań było finansowanie świadczeń nie objętych limitami, wykonanych na

⁵⁶ Przekazane do Centrali NFZ przy piśmie nr NFZ15-WP.0333.2.2023 z 16 lutego 2023 r.

⁵⁷ Dz. U. poz. 923, ze zm.

⁵⁸ W 2021 r. 687 688,8 tys. zł, w 2022 r. 1 143 082,2 tys. zł, w 2023 r. 2 084 531,8 i w 2024 r. 1 320 302,5 tys. zł

rzecz dzieci do 18 roku życia (tzw. „nadwykonań nielimitowanych”)⁵⁹. W okresie objętym kontrolą znacząco wzrosła wartość kosztów z tego tytułu: w 2023 r. wyniosły 2 344 096,4 tys. zł i były wyższe o 44,8% niż poniesione w 2022 r. (1 619 013,9 tys. zł) i o 344,7% niż poniesione w 2021 r. (527 171,7 tys. zł). Poniesione koszty do 30 września 2024 r. wyniosły 2 330 689,9 tys. zł.

W latach 2022–2024 r. środki z Funduszu Medycznego, przekazywane do wysokości limitu określonego w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o *Funduszu Medycznym*⁶⁰, nie były wystarczające do sfinansowania kosztów świadczeń nie objętych limitami, wykonanych na rzecz dzieci do 18 roku życia. W związku z powyższym NFZ sfinansował koszty z tego tytułu w kwocie 3 983 800,2 tys. zł⁶¹ ze środków pochodzących z innych źródeł, w szczególności z przychodów ze składki zdrowotnej.

Prezes NFZ występował do Ministra Zdrowia z prośbą o podjęcie działań w celu zwiększenia wartości środków przekazywanych z Funduszu Medycznego. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych w Ministerstwie Zdrowia trwały analizy dotyczące liczby i wartości świadczeń udzielonych dzieciom do 18. roku życia. [str. 101]

Akceptowanie przerw w udzielaniu świadczeń przez nieuprawnionych pracowników

Zgodnie z § 9 ust. 2 *OWU*, świadczeniodawca powiadamia na piśmie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń. W Warmińsko-Mazurskim OW NFZ w 41 przypadkach (50,6% zbadanych) powiadomienia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń zaakceptowało dziewięciu pracowników Oddziału, którzy w dniu dokonywania tej czynności nie mieli pisemnego pełnomocnictwa, z którego wynikałoby, że zostali upoważnieni przez dyrektora OW NFZ do dokonania takiej czynności w jego imieniu, co było niezgodne z § 9 ust. 3 *OWU*. [str. 62–65]

Prezes NFZ nie dokonywał analiz i ocen ryzyka organizacji

W okresie objętym kontrolą Prezes Funduszu nie dokonywał oceny ryzyka zgodnie z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami, tj. zgodnie z „Metodyką zarządzania ryzykiem organizacyjnym w Narodowym Funduszu Zdrowia”. Dokonywano jej w sposób uproszczony, tj. w oparciu o tzw. katalog obszarów ryzyka. W planach pracy komórek organizacyjnych Centrali nie

⁵⁹ Tj. na podstawie art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy o *świadczeniach* w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w każdym zakresie świadczeń, w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia, kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy.

⁶⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 889. W latach 2021-2022 – 630 000,0 tys. zł, 2023–2024 – 840 000,0 tys. zł.

⁶¹ W 2022 r. 989 013,9 tys. zł, w 2023 r. 1 504 096,4 tys. zł, a w 2024 r. (do 30 września) 1 490 689,9 tys. zł.

zamieszczano zadań wynikających z Planów Postępowania z Ryzykiem, o których mowa w § 23 Metodyki oraz nie udokumentowano faktu dokonywania nawet uproszczonej analizy ryzyka w odniesieniu do celów określonych w Planach pracy Funduszu. Powyższa praktyka była niezgodna ze Standardami kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (standard B.9 Reakcja na ryzyko).

**Nieopracowanie
rocznych raportów
z zarządzania
ryzykiem**

W latach 2021–2023 Koordynator kontroli zarządczej w Centrali Funduszu nie opracował rocznych raportów z zarządzania ryzykiem. W konsekwencji Zespół ds. Kontroli Zarządczej nie przedstawiał ich wraz ze swoją rekomendacją Prezesowi Funduszu. Było to niezgodne z Metodyką zarządzania ryzykiem organizacyjnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

[str. 106–111]

4. WNIOSKI

Biorąc pod uwagę narastającą nierównowagę systemu ochrony zdrowia, której objawami są pogorszenie sytuacji finansowej płatnika publicznego oraz ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- Minister Zdrowia** podjęcie działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej płatnika publicznego oraz dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych;
- Prezes Funduszu** opracowanie i wdrożenie mechanizmu pozwalającego na bieżące monitorowanie przez Prezesa NFZ obszarów, w których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w sposób niewystarczający dostęp do świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupów;
- Prezes Funduszu i Dyrektorzy OW NFZ** podjęcie działań zmierzających do niezwłocznego przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła realizację w latach 2021–2024 podstawowego zadania NFZ, jakim było zapewnienie prawidłowego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych. W okresie objętym kontrolą dostęp do świadczeń (diagnostyki i leczenia) pogorszył się. Na wielu obszarach kraju nie zabezpieczono dostępu do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupu („białe plamy”). Prezes NFZ nie dysponował zbiorczymi informacjami o takich sytuacjach. Brak mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń świadczył o nieprawidłowym nadzorze Prezesa NFZ nad realizacją zadań dyrektorów OW NFZ⁶².

Na pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych wskazuje również wzrost średniego czasu oczekiwania pacjentów na diagnostykę i leczenie (w „przypadkach stabilnych” – 63,7% i w „przypadkach pilnych” – 40,2% objętych analizą komórek organizacyjnych) oraz znaczące wydłużenie się okresu potrzebnego na udzielenie świadczeń wszystkim oczekującym (z 2,8 miesiąca do 3,6 miesiąca).

NIK negatywnie oceniła zróżnicowany dostęp pacjentów do świadczeń w poszczególnych województwach mierzony liczbą i wartością świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych (pacjentów), czasem oczekiwania na diagnostykę i leczenie, a także możliwością skorzystania z kompleksowej opieki dla wybranych grup pacjentów. Dysproporcje te w okresie objętym kontrolą dalej się pogłębiały. Należy podkreślić, że jednym z celów wskazanych w „Strategii NFZ na lata 2019–2023” miało być wyrównywanie tych dysproporcji⁶³.

Przygotowanie planów zakupu świadczeń zdrowotnych w skontrolowanych oddziałach wojewódzkich NFZ, co do zasady przebiegało prawidłowo. Jednak Prezes NFZ nie zapewnił spójności i porównywalności informacji zawartych planach zakupów świadczeń. Realizacja planów napotykała trudności m.in. z powodu braku zainteresowania świadczeniodawców współpracą z NFZ, z uwagi na proponowane warunki finansowe lub niedobory kadry medycznej.

Planowane środki finansowe decydowały głównie o kształcie planów zakupu, co w połączeniu z praktyką wielokrotnego aneksowania (przedłużania obowiązywania) umów nie sprzyjało przesuwaniu środków finansowych i ograniczało wprowadzanie zmian zgodnie z potrzebami

⁶² Określony w art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach.

⁶³ Uchwała Rady Narodowego Funduszu Zdrowia nr 7/2019/III z 28 marca 2019 roku.

zdrowotnymi pacjentów, określonymi m.in. w planach transformacji i mapach potrzeb zdrowotnych.

Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w skontrolowanych oddziałach przeprowadzono na ogół zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. nieinformowania kierownictwa NFZ o odstąpieniu od procedury postępowań oraz nieogłaszania wyników rozstrzygnięć postępowań.

5.1.1. PLANOWANIE ZAKUPÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ograniczony wpływ wojewódzkich planów transformacji na proces planowania zakupu świadczeń zdrowotnych

W latach 2021–2024 (I półrocze) w NFZ obowiązywały, określone przez Prezesa NFZ, jednolite zasady opracowywania planu zakupów świadczeń zdrowotnych⁶⁴. Prezes NFZ corocznie zwracał się do dyrektorów OW NFZ⁶⁵, o przekazanie planów zakupu świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie przekazywał wytyczne, które dyrektorzy OW zobowiązani byli uwzględnić w procesie planowania. W pismach kierowanych do OW NFZ przez Prezesa Funduszu dotyczących zasad sporządzania tych planów wskazywano w szczególności, że zabezpieczenie świadczeń powinno obejmować cały rok, a kwoty zobowiązań powinny zachować poziom dostępności do świadczeń nie niższy niż w roku poprzednim (lub wskazanej jego części).

Ponadto Prezes NFZ wskazywał na konieczność uwzględnienia nowych czynników, takich jak np. zmiany przepisów prawa, zmiany wyceny świadczeń.

Centrala NFZ przekazywała do OW NFZ dane wykorzystywane w procesie planowania zakupu świadczeń (np. dotyczące: migracji pacjentów, liczby osób ubezpieczonych według Centralnego Rejestru Ubezpieczonych, średnich cen jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń).

W ograniczonym stopniu w procesie planowania uwzględniano dokumenty zewnętrzne, takie jak mapy potrzeb zdrowotnych lub wojewódzkie plany transformacji, a także ogólnopolskie priorytety zdrowotne przyjęte przez NFZ. Główną determinantą uwzględnianą w planach zakupu była wielkość środków finansowych.

⁶⁴ Przykładowo: na 2021 r. była to „Procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń (wersja 4.1)”, na 2022 r. i lata następne zasady sporządzania planu zakupu świadczeń określono w dokumencie pn. „Opracowanie, aktualizacja, monitorowanie planu zakupu świadczeń v.2.0.” (obowiązującym od 24 listopada 2021 r.).

⁶⁵ W dniu 1 grudnia 2020 r. w odniesieniu do planu na 2021 r., w dniu 22 października 2021 r. w odniesieniu do planu na 2022 r.

Niespójne i nieporównywalne dane w planach zakupów świadczeń

Nie wszystkie przekazane przez dyrektorów OW NFZ plany zakupów świadczeń zawierały wymagane elementy, a sposób ich prezentacji był zróżnicowany. W praktyce, w latach 2021–2024 określone w planach cele realizowano w miarę możliwości, z uwzględnieniem dynamiki zmian limitów planu finansowego oraz bieżących i doraźnych potrzeb.

W ocenie NIK, obowiązki ustawowe Prezesa nie ograniczają się jedynie do wypełnienia formalnych wymogów wskazanych Prezesowi NFZ w art. 102 ust. 5 pkt 25 ustawy *o świadczeniach*, w którym wskazano, że Prezes NFZ ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddział.

Ustawodawca wyraźnie wskazał w art. 102 ust. 5 pkt 21 tej ustawy, który stanowi, że obowiązkiem Prezesa jest również sprawowanie nadzoru nad realizacją zadań przez oddziały wojewódzkie NFZ. Tego zadania Prezes nie mógł realizować skutecznie, skoro nie miał kluczowych informacji o skali problemów związanych z zabezpieczeniem dostępu do świadczeń oraz stopniu realizacji przyjmowanych priorytetów. Takie zaniechanie ogranicza Prezesowi NFZ możliwość zarządzania ryzykiem, do czego zobowiązuje art. 68 ust. 2 pkt 7 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy *o finansach publicznych*.

Przykłady

Centrala NFZ

Prezes NFZ, mimo określenia i wdrożenia jednolitych procedur dotyczących opracowywania planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie, nie zapewnił ich pełnej spójności i porównywalności zamieszczonych w nich informacji. W szczególności:

- w niektórych oddziałach wojewódzkich⁶⁶ wskazano na występowanie „białych plam”, zaś w innych OW ograniczono się np. jedynie do analizy wartości świadczeń przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych rodzajach świadczeń i porównaniu tych wyników do wyników innych OW NFZ⁶⁷;
- objętość planów i szczegółowość prezentowanych danych, przeprowadzonych analiz znacząco się różniła pomiędzy poszczególnymi OW NFZ⁶⁸.

Ponadto Prezes NFZ zaakceptował plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej części OW NFZ na 2022 r., choć nie zawierały one wymaganego elementu, tj. „planu weryfikacji realizacji priorytetów określonych w latach następnich”⁶⁹. W przypadku OW NFZ, które zamieściły taki plan, Prezes NFZ nie weryfikował po zakończonym roku, stopnia realizacji przyjętych w nim celów. Było to niezgodne z procedurą „Weryfikacji założeń planu zakupu z ogólnopolskimi priorytetami”.

Procedura miała zastosowanie w postępowaniu związanym z weryfikacją planu zakupu świadczeń z zastosowaniem priorytetów ogólnopolskich określonych przez Prezesa NFZ. Była powiązana z procedurą "Planowanie rzeczowe – opracowanie planu zakupu świadczeń", zgodnie z którą OW NFZ powinien przekazać do Centrali NFZ informację o zgodności założeń planu zakupu świadczeń z ogólnopolskimi priorytetami zdrowotnymi. OW NFZ powinien to zrobić w terminie do 14 dni kalendarzowych od dnia przyjęcia ostatecznej wersji planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie otrzymanych z OW NFZ pism, pracownik Departamentu Analiz i Innowacji sporządzał sprawozdanie w terminie do 31 grudnia roku, w którym ustalono ostateczny plan zakupu na rok następny. Sprawozdanie powinno być przekazane Prezesowi NFZ do zapoznania się z nim. Następnie w terminie do 7 dni roboczych od dnia zapoznania się z treścią zestawienia przez Prezesa NFZ, informacja o wynikach weryfikacji powinna być przekazana do OW NFZ.

⁶⁶ Przykładowo w Dolnośląskim, Śląskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim OW w 2021 r. lub 2022 r.

⁶⁷ Przykładowo Lubelski OW NFZ – plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2022 r., Kujawsko-Pomorski na 2023 r.

⁶⁸ Przykładowo plan zakupu Mazowieckiego OW NFZ to blisko 180 stron, Wielkopolskiego OW 309 stron, Zachodniopomorskiego OW – 432 stron, zaś Lubuskiego OW – 73 strony. Tym samym wielkość OW NFZ (wielkość populacji objętej opieką danego Oddziału)

Opracowanie planów zakupów świadczeń w OW NFZ

Plany zakupu świadczeń na lata 2021–2024 w skontrolowanych OW NFZ były sporządzane na podstawie rozpoznawanych potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na terenie danego województwa jak i dostępności świadczeniodawców. W procesie planowania uwzględniano m.in. wskaźniki zabezpieczenia świadczeń i dostępność świadczeniodawców w województwie, a także priorytety ogólnopolskie i wojewódzkie. W jednym OW NFZ stwierdzono nieprawidłowości związane z opracowaniem planów zakupów świadczeń, a w kolejnym z udostępnieniem planów zakupu świadczeń na stronie internetowej.

Przykłady

Opolski OW NFZ

Dyrektor Opolskiego OW NFZ nie przekazał do Centrali NFZ wstępnych wersji planów zakupu świadczeń na rok 2023 i rok 2024, pomimo obowiązku wynikającego z pkt 2.III.3 procedury z 2021 r., natomiast ostateczną wersję planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2022 r. przekazał 27 czerwca 2022 r., zamiast do 24 czerwca 2022 r.

Wielkopolski OW NFZ

Planów zakupu świadczeń na lata 2021–2023 nie opublikowano na stronie internetowej Oddziału wbrew postanowieniom procedury planowania zakupu świadczeń w wersji obowiązującej od 16 października 2020 r. (str. 9) oraz w wersji v.2.0 obowiązującej od 24 listopada 2022 r. (str. 7), dot. obowiązku dyrektora Oddziału zlecenia publikacji planu zakupu świadczeń na stronie Oddziału. Niedopełnienie obowiązków dotyczących publikacji planów zakupu świadczeń było naruszeniem obowiązującej Oddział procedury.

Postępowania konkursowe w OW NFZ

W okresie objętym kontrolą, w skontrolowanych oddziałach prowadzono postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursów ofert oraz rokowań.

Wielkopolski OW NFZ przeprowadził łącznie 928 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursów ofert, w 11 rodzajach świadczeń, w tym 75 w 2021 r., 374 w 2022 r., 386 w 2023 r. i 93 w 2024 r. (do 30 czerwca) oraz pięć

nie miała związku z zakresem danych prezentowanych w planach zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

⁶⁹ Przykładowo: Kujawsko-Pomorskiego, Lubuskiego, Małopolskiego, Opolskiego, Podkarpackiego, Pomorskiego, Warmińsko-Mazurskim OW NFZ na 2022 r.

postępowań w trybie rokowań, w czterech rodzajach świadczeń, w tym jedno w 2021 r. i cztery w 2022 r.

Opolski OW NFZ przeprowadził łącznie 423 postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 401 w trybie konkursów ofert⁷⁰ w 11 rodzajach świadczeń: 53 w 2021 r., 69 w 2022 r., 239 w 2023 r. i 40 w 2024 r. (do 30 czerwca) oraz 15 postępowań w trybie rokowań, w dwóch rodzajach świadczeń: dziewięć w 2022 r. i sześć w 2023 r.

Warmińsko – Mazurski OW NFZ przeprowadził 730 postępowań w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym w: 2021 r. – 112 postępowań (111 w trybie konkursu i jedno w trybie rokowania, 2022 r. – 167 postępowań (odpowiednio: 161 i 6), 2023 r. – 353 postępowania (350 i 3), 2024 r. (30 czerwca) – 98 postępowania (92 i 6).

Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w skontrolowanych oddziałach przeprowadzono na ogół zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami, jednakże we wszystkich trzech kontrolowanych OW stwierdzono nieprawidłowości dotyczące pojedynczych postępowań.

⁷⁰ 18 w trybie rokowań oraz 4 umowy w 2022 r. w rodzaju STM w trybie ustalenia kwoty zobowiązania na kolejny okres rozliczeniowy.

Przykłady

Opolski OW NFZ

W trzech (z dwunastu objętych szczegółowym badaniem) postępowaniach konkursowych w rodzajach AOS i REH, w których złożono więcej niż jedną ofertę, w ramach prowadzonych negocjacji, komisje konkursowe przedstawiły czterem oferentom propozycje zawarcia umowy przewidujące większą liczbę jednostek rozliczeniowych niż proponowana pozostałym, wyżej sytuowanym w rankingu oferentom. W ocenie NIK, świadczy to o braku rzetelności podejmowanych w tym zakresie czynności.

Zgodnie z pkt 3.2.3.1. procedury Sporządzania końcowego rankingu, ranking końcowy zawiera wszystkie oferty, które nie zostały odrzucone. Oferty są uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji (o ile negocjacje były przeprowadzone). Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu oraz maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ogłoszeniu.

W jednym z postępowań oferent z pozycji 1 w rankingu otrzymał propozycję nabycia przez NFZ świadczeń w ilości 679 203 jednostek rozliczeniowych co stanowiło 22,3% planowanego w tym postępowaniu zakupu, a oferent z pozycji 2 w rankingu otrzymał propozycję nabycia przez NFZ 2 370 406 jednostek rozliczeniowych co stanowiło 77,7% planowanego w tym postępowaniu zakupu.

W kolejnym postępowaniu oferent z pozycji 2 w rankingu otrzymał propozycję nabycia 834 330 jednostek rozliczeniowych, co stanowiło 17,4% planowanego w tym postępowaniu zakupu, a oferent z pozycji 3 w rankingu 2 687 135 jednostek rozliczeniowych co stanowiło 56,1% planowanego w tym postępowaniu zakupu.

Ponadto w jednym z postępowań zakres świadczeń przewidziany do zakupu przez NFZ pokrywały łącznie oferty nr 1 i 2 w rankingu, zatem zgodnie z treścią pkt 3.2.3.1. tej procedury, komisja winna zarekomendować zawarcie umów jedynie z dwoma świadczeniodawcami. W dwóch postępowaniach pełen zakres świadczeń przewidziany do zakupu przez NFZ pokrywały w obu przypadkach oferty z pierwszych miejsc w rankingu zatem komisje winny zarekomendować zawarcie umowy z jednym oferentem.

W jednym z postępowań miała miejsce redukcja proponowanej liczby jednostek rozliczeniowych oferenta z drugiej pozycji w rankingu, w trakcie prowadzonych negocjacji, przy pozostawieniu 100% liczby świadczeń oferowanych przez podmiot usytuowany na pierwszym miejscu w rankingu.

Warmińsko-Mazurski OW NFZ

W przypadku 12 postępowań (3,5% badanych) w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzonych w formie konkursu lub rokowań, OW NFZ nie wywiązał się z obowiązku wynikającego z § 3 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy⁷¹. W przypadku jednego postępowania nie przesłano informacji o ogłoszeniu postępowania do odpowiednich jednostek⁷², zaś w pozostałych 11 przypadkach informacje przekazano z opóźnieniem od 1 do 12 dni od dnia ogłoszenia o postępowaniu.

Dodatkowo w przypadku sześciu postępowań⁷³, Oddział NFZ nie przekazał do Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszeń o wyniku rozstrzygnięcia, po przeprowadzeniu których zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o wartościach przekraczających wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania, co było niezgodne z art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach. Powyższe zostało skorygowane i ogłoszenia zostały przekazane na tę platformę w dniach 5, 6 oraz 16 września 2024 r.

Wielkopolski OW NFZ

W pięciu przypadkach komisje konkursowe nie informowały dyrektora Oddziału o odstąpieniu od procedury konkursów i rokowań. Ponadto informacji o odstąpieniu nie wysyłano również do Prezesa NFZ, mimo obowiązku poinformowania o odstąpieniu zawartym w procedurze konkursów i rokowań.

Analiza 11 postępowań konkursowych i jednego postępowania w trybie rokowań, prowadzonych w latach 2021–2024 wykazała, że w czterech ogłoszeniach o konkursach ofert nie zawarto adresu poczty elektronicznej Oddziału, wbrew obowiązkowi określonemu w § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu.

⁷¹ Dz. U. poz. 1858; dalej: rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu. Zgodnie z § 3 ust. 5 tego rozporządzenia informację o ogłoszeniu o postępowaniu przesyła się równocześnie z zamieszczeniem ogłoszenia o postępowaniu, do właściwych, ze względu na miejsce udzielania świadczeń, okręgowych izb lekarskich i okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz do Krajowej Izby Fizjoterapeutów w celu opublikowania na stronie internetowej lub zamieszczenia na tablicy ogłoszeń.

⁷² Według stanu na 17 września 2024 r.

⁷³ Według stanu na 30 sierpnia 2024 r.

Liczba i wartość umów o udzielenie świadczeń

Na koniec I półrocza 2024 r. w poszczególnych rodzajach świadczeń obowiązywało 39 867 umów o udzielenie świadczeń o łącznej wartości 151 700 279,6 tys. zł⁷⁴

Tabela nr 1

Liczba i wartość umów ze świadczeniodawcami w poszczególnych rodzajach świadczeń – według stanu na koniec II kw. 2024 r.

rodzaj świadczeń	liczba umów	wartość umów w tys. zł
podstawowa opieka zdrowotna	9 381	16 934 619,3
nocna i świąteczna podstawowa opieka zdrowotna	236	1 063 399,4
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	6 508	13 149 850,3
leczenie szpitalne	1 246	74 162 085,1
leczenie szpitalne - chemioterapia	110	1 715 650,9
leczenie szpitalne - programy lekowe	888	9 078 788,2
leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne	21	457 449,8
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 635	5 337 878,7
rehabilitacja lecznicza	3 069	5 818 878,2
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 612	3 502 294,1
opieka paliatywna i hospicyjna	639	1 659 119,8
leczenie stomatologiczne	5 385	3 166 646,2
lecznictwo uzdrowiskowe	138	1 302 302,3
ratownictwo medyczne	23	4 067 081,2
pomoc doraźna i transport sanitarny	91	269 939,6
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	956	403 834,3
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	501	3 864 207,3
zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie	3 905	2 373 304,0
Programy pilotażowe	3 523	3 372 950,8
Razem	39 867	151 700 279,6

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie okresowego sprawozdania z działalności NFZ za II kw. 2024 r.

Wielokrotne aneksowanie umów zamiast przeprowadzania konkursów

W latach 2021–2024, w ramach kontroli prowadzonych w Centrali oraz trzech OW NFZ stwierdzono, że umowy były wielokrotnie aneksowane. Prezes NFZ oraz Dyrektorzy OW NFZ nie podejmowali działań w celu przeprowadzania konkursów i zawierania umów, stosownie do art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który stanowi, że podstawą zawierania przez Fundusz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań.

Wprowadzenie przepisów nakazujących przeprowadzanie konkursów nie rzadziej niż raz na 5 lat miało na celu wykorzystanie elementów konkurencyjnych w systemie, by poprawić jego efektywność. Stan

⁷⁴ Dane z okresowego sprawozdania z działalności za II kw. 2024 r.

epidemii obowiązywał do 16 maja 2022 r. i od II półrocza 2022 r. oraz w kolejnych latach sukcesywnie konkursy w poszczególnych rodzajach świadczeń mogły być ogłaszane.

Również w rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, w których prowadzone są prace (w Ministerstwie Zdrowia) dotyczące zmian warunków wymaganych od świadczeniodawców wskazane było przeprowadzenie konkursu, wyłonienie świadczeniodawców na okres potrzebny do ich opracowania, a następnie ogłoszenie kolejnych konkursów na zmienionych warunkach (dałoby to również czas świadczeniodawcom na dostosowanie do nowych warunków realizacji świadczeń).

Terminy przeprowadzania postępowań były przesuwane na kolejne lata, przykładowo w rodzaju leczenie stomatologiczne w 2023 r. NFZ planował przeprowadzanie postępowań już w 2024 r.⁷⁵, a w ramach niniejszej kontroli wskazano termin 2025 r.

Ponadto w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna blisko 75% umów zawarto przed 2014 r. a praktyka ich wielokrotnego przedłużenia w tym rodzaju świadczeń występowała, także przed wystąpieniem epidemii, którą NFZ wskazywał jako główną przyczynę takiego stanu, ponieważ w I kw. 2020 r. umowy obowiązując pow. 5 lat stanowiły 82,2%, a pow. 10 lat – 40,4% (2637 umów z ogólnej liczby 6527)⁷⁶ i były to umowy zawarte przed 2010 r.

⁷⁵ Kontrola P/23/043 pt. Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych; <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/23/043>.

⁷⁶ Okresowe sprawozdania z działalności NFZ za I kwartał 2020 r. przyjęte uchwałą Nr 6/2020/IV Rady NFZ z dnia 9 września 2020 r.

Przykłady

Centrala NFZ

W przypadku sześciu analizowanych rodzajów świadczeń umowy były wielokrotnie aneksowane oraz zwiększył się odsetek umów obowiązujących pow. 5 lat. W przypadku świadczeń z rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zwiększył się również odsetek umów obowiązujących pow. 10 lat opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zwiększył się również odsetek umów obowiązujących pow. 10 lat⁷⁷:

– ambulatoryjna opieka specjalistyczna z 6 508 umów o wartości 13 149 850,3 tys. zł umowy obowiązujące na okres:

- ponad 3 lat – 93,6% (6090 umów),
- ponad 5 lat – 81,6% (5308 umów),
- ponad 10 lat – 71,0% (4618 umów),

co stanowiło spadek/wzrost w okresie kontrolnym, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o -1,5% (spadek o 45 umów), 0,1% (wzrost o 53 umowy) i 13,0% (wzrost o 882 umów)

– opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z 1 635 umów o wartości 5 337 878,7 tys. zł umowy obowiązujące na okres:

- ponad 3 lat – 89,5% (1463 umów),
- ponad 5 lat – 77,6% (1269 umów),
- ponad 10 lat – 6,5% (106 umów),

co stanowiło spadek/wzrost w okresie objętym kontrolą, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o -3,4% (spadek o 27 umów), 68,6% (wzrost o 1125 umów) i -0,6% (spadek o 7 umów);

– rehabilitacja lecznicza z 3 069 umów o wartości 5 818 878,2 tys. zł umowy obowiązujące na okres:

- ponad 3 lat – 89,5% (2930 umów),
- ponad 5 lat – 65,3% (2005 umów),
- ponad 10 lat – 1 umowa,

co stanowiło wzrost w okresie objętym kontrolą, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o 5,6% (wzrost 18 umów), 65,1% (wzrost 1 996);

– świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej z 1 612 umów o wartości 3 502 294,1 tys. zł umowy obowiązujące na okres:

- ponad 3 lat – 94,7% (1527 umów),
- ponad 5 lat – 74,7% (1204 umów),
- na ponad 10 lat – 5,1% (82 umowy),

co stanowiło spadek/wzrost w okresie objętym kontrolą, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o -3,6% (mniej o 72 umowy), 68,7% (wzrost o 1116 umów) i 5,1% (wzrost o 82 umowy);

- opieka paliatywna i hospicyjna z 639 umów o wartości 1 659 119,8 tys. zł umowy obowiązujące na okres:
 - ponad 3 lat – 94,5% (604 umów),
 - ponad 5 lat – 54,6% (349 umów),co stanowiło spadek/wzrost w okresie objętym kontrolą, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o -2,3% (mniej o 85 umowy), 54,6% (wzrost o 349 umów);
- leczenie stomatologiczne z 5385 umów o wartości 3 166 646,2 tys. zł umowy obowiązujące na okres:
 - ponad 3 lat – 96,4% (5190 umów),
 - ponad 5 lat – 84,8% (4564 umów),co stanowiło spadek/wzrost w okresie objętym kontrolą, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio -1,8% (mniej o 1000 umów) i 84,7% (wzrost o 4563 umów).

Dyrektor DSOZ przedłużanie umów uzasadniała przede wszystkim sytuacją epidemiczną w latach 2021–2023 (utrudnienie przeprowadzenia postępowań konkursowych), koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń oraz kontynuowania realizacji umów przez tych samych świadczeniodawców, którzy otrzymali zaliczki w wysokości 1/12 wartości umowy, celem umożliwienia ich odrobienia w terminie późniejszym.

Dodatkowo: w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień podjęto decyzję o aneksowaniu umów w związku z wprowadzonym programem pilotażowym, który był sześciokrotnie przedłużany (aktualnie do 30 czerwca 2025 r.). Dyrektorem OW NFZ rekomendowano przedłużenie obowiązywania umów do 31 grudnia 2024 r.⁷⁸ W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej stan epidemii wpłynął również na przesunięcie przeprowadzania kolejnej (drugiej) kwalifikacji i ogłoszenie wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ, co spowodowało konieczność przesunięcia ogłoszenia dużych postępowań konkursowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, które de facto są postępowaniami wyłaniającymi poradnie specjalistyczne niezakwalifikowane do systemu PSZ. W przypadku świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w 2023 r., w Ministerstwie Zdrowia toczyły się prace nad zmianami aktów prawnych w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które mają wpływ na wymagane warunki realizacji świadczeń w tym zakresie (uwzględniane w prowadzonych postępowaniach konkursowych). W kwestii świadczeń leczenia stomatologicznego wskazano, że OW NFZ planuje konkursy ofert dotyczące świadczeń stomatologicznych od 2025 r.

Opolski OW NFZ

Na podstawie aneksów zawartych w latach 2021–2024 przedłużono łącznie 1850 umów w dziewięciu rodzajach świadczeń, których okres obowiązywania w wyniku zawartych aneksów przekroczył okres 5 lat. Wśród umów obowiązujących w latach 2021–2024, w AOS przedłużono

674 umowy, a w STM 687 umów.

Oddział wskazywał, że przedłużał termin obowiązywania umów w zakresach świadczeń, których okres obowiązywania wygasał w czasie jej trwania, ponieważ był zobowiązany do stosowania obowiązujących aktów prawnych⁷⁹ oraz zaleceń Centrali NFZ, w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii, gdy sytuacja dotycząca świadczeń z danego zakresu świadczeń tego wymagała.

W przypadku trzech, z czterech objętych szczegółowym badaniem, umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS (1 umowa) i STM (2 umowy), okres obowiązywania tych umów został przedłużony łącznie o 12 miesięcy.

Warmińsko-Mazurski OW NFZ

W latach 2021–2024 (do dnia 30 czerwca) w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ wydłużono okresy obowiązywania 3133 umów, w tym: w 2336 odbyło się to na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19, a w 797 przypadkach na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach.

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że przedłużając umowy na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach OW NFZ przeprowadzał analizę dostępności do świadczeń w rodzajach⁸⁰, które były przedłużane, która obejmowała potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa, dostęp do świadczeń pod kątem danych demograficznych, epidemiologicznych oraz Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Pod uwagę wzięto aktualny poziom realizacji umów, długość kolejek oczekujących na świadczenia z poszczególnych zakresów. Ponadto analizowano skutki nieprzedłużenia umów w całych rodzajach świadczeń, które doprowadziłyby m.in. do braku zabezpieczenia świadczeń.

W przypadku 20 umów, z 24 objętych szczegółowym badaniem⁸¹, okres ich obowiązywania przedłużono do 31 grudnia 2024 r. Oddział w październiku 2024 r. wystąpił do podmiotów medycznych realizujących te świadczenia z wnioskiem o kolejne przedłużenie umów, w trybie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, do 30 czerwca 2025 r., nie przeprowadzając postępowań dotyczących wyboru świadczeniodawców, do realizowania świadczeń, którzy realizowaliby świadczenia od 1 stycznia 2025 r.⁸² Było to postępowanie nierzetelne.

Wielkopolski OW NFZ

W Wielkopolskim OW NFZ na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, w 2021 r. i 2022 r. nie przedłużono żadnej umowy w 15 rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, w 2023 r. przedłużono łącznie 195 umów, w sześciu rodzajach świadczeń⁸³, a w 2024 r. przedłużono łącznie 1 098 umów w dziewięciu rodzajach świadczeń⁸⁴:

Wbrew przepisowi art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, który stanowi, że w przypadku, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy, 16

umów w rodzaju AOS przedłużono na okres 12 miesięcy.

Priorytety ogólnopolskie NFZ

Na potrzeby właściwego przygotowania planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez OW NFZ, Prezes NFZ określił, a następnie przekazał OW NFZ listę 12 „Ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych Funduszu na lata 2019–2023”⁸⁵. Do każdego priorytetu ogólnopolskiego przypisane zostały mierniki realizacji celu. Za priorytetowe uznane zostały działania mające na celu:

- zwiększenie dostępności do poradni specjalistycznych (AOS);
- zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki po incydencie zawału mięśnia sercowego na terenie wszystkich oddziałów wojewódzkich oraz zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworem piersi na terenie wszystkich oddziałów wojewódzkich (SZP);
- zwiększenie o 20% na poziomie POZ liczby pacjentów leczonych z powodu chorób przewlekłych (kardiologia, diabetologia, endokrynologia, inne);
- zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji i poprawa dostępności do świadczeń poprzez zmianę struktury ich udzielania na rzecz świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym (PSY);
- zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych po urazach i zabiegach operacyjnych (REH);

⁷⁷ Centrala NFZ nie gromadzi i nie może wygenerować z systemów informatycznych danych dotyczących pierwotnej daty umów obowiązujących w latach 2021–2024. Dane z okresowych Sprawozdania z działalności za II kw. 2024 r. i II kw. 2021 r. - umowy są pogrupowane według okresu obowiązywania. Nie jest istotne, ile obejmują okresów rozliczeniowych. Przez okres obowiązywania należy rozumieć faktyczny okres obowiązywania umowy (jeżeli umowa została przedłużona, to należy sumować okresy obowiązywania).

⁷⁸ W oparciu o art. 18 ust 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567).

⁷⁹ Tamże.

⁸⁰ W rodzaju AOS, PDT, POZ, PSY, REH, OPD, STM, SZP, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (dalej: ZPO).

⁸¹ W rodzaju AOS - 22 umowy i STM – dwie umowy.

⁸² Stan na 6 listopada 2024 r.

⁸³ PSY, AOS, PDT, POZ, SOK i SZP.

⁸⁴ STM, REH, PSY, OPD, SZP, AOS, PDT, POZ i SOK.

⁸⁵ Lista priorytetów ogólnopolskich została przekazana do OW NFZ 29 sierpnia 2018 r.

- wyrównanie poziomu dostępności do świadczeń opieki długoterminowej dla pacjentów powyżej 18 roku życia w szczególności poprzez zwiększenie finansowania świadczeń na obszarach, na których utrzymują się dysproporcje w dostępie do tych świadczeń (OPD);
- wyrównanie dostępności do stomatologii dziecięcej w skali województwa oraz kraju (STM);
- skrócenie czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowskawe⁸⁶, tak aby odbywało się ono w okresie krótszym niż 18 miesięcy od daty złożenia skierowania do OW NFZ - uzdrowskawe leczenie sanatoryjne (UZD);
- poprawa dostępności do świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów dorosłych i poniżej 18. roku życia (OPH).

Co roku w Centrali NFZ aktualizowano priorytety.

W związku z wejściem w życie, 1 stycznia 2022 r., zmian w przepisach prawa⁸⁷, dotyczących m.in. rezygnacji z formułowania priorytetów zdrowotnych przez Ministra Zdrowia⁸⁸ oraz obowiązku brania pod uwagę przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń na danym obszarze, Krajowego i Wojewódzkich Planów Transformacji oraz map potrzeb zdrowotnych, Prezes NFZ wyraził zgodę, aby od 2024 r. Fundusz zaprzestał określania priorytetów ogólnopolskich na kolejne lata.

5.1.2. DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W latach 2021–2023 dostęp do świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych pogorszył się. Wskazuje na to:

Pogorszenie dostępności do świadczeń

- niezabezpieczenie lub niedostateczne zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnie z przyjętymi przez OW NFZ planami ich zakupu („białe plamy”);
- wydłużenie mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń oraz wzrost liczby osób oczekujących na udzielenie tych świadczeń;

⁸⁶ Dalej: UZD.

⁸⁷ Ustawa z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292).

⁸⁸ Uchylenie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach, który przewidywał konieczność definiowania w drodze rozporządzenia przez Ministra Zdrowia priorytetów zdrowotnych.

- pogłębianie się dysproporcji pomiędzy poszczególnymi OW NFZ w liczbie i wartości świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych.

„Białe plamy”

W latach 2021–2024 (I półrocze) występowały obszary, w których nie zabezpieczono dostępu do świadczeń lub był on niewystarczający, pomimo zaplanowania ich w przyjętych przez OW NFZ planach zakupu świadczeń („białe plamy”). W niektórych oddziałach wojewódzkich obszary bez zabezpieczenia, do tych samych świadczeń, występowały w kolejnych latach⁸⁹. Dotyczyło to każdego, z analizowanych rodzajów świadczeń⁹⁰.

Jak wynikało z wyjaśnień dyrektorów OW NFZ, przyczyną tego stanu był najczęściej brak oferentów gotowych do zawarcia z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych danego rodzaju lub brak akceptacji przez nich warunków finansowych proponowanych przez Fundusz.

„Białe plamy” na obszarach województw

W latach 2021–2024 (I półrocze) nie zabezpieczono dostępu do świadczeń lub był on niewystarczający w poszczególnych zakresach świadczeń, dla których w planie zakupu świadczeń przyjęto obszary kontraktacyjne obejmujące województwo.

Wykres nr 1

Liczba zakresów, w przypadku których stwierdzono występowanie „białych plam”, gdy obszarem kontraktacyjnym było województwo, w latach 2021–2024 (I półrocze)

⁸⁹ Np. w Dolnośląskim OW NFZ.

⁹⁰ Analizie poddano zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w następujących ich rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), lecnictwo szpitalne (SZP), opieka paliatywna i hospicyjna (OPH), programy profilaktyczne finansowane ze środków NFZ (PRO), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY), rehabilitacja lecznicza (REH), świadczenia kontraktowane odrębnie (SOK), leczenie stomatologiczne (STM), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (OPD).

w jednym zakresie w 2022 r. i 2024 r., w Lubuskim OW w jednym zakresie w 2022 r. i w Mazowieckim OW NFZ w trzech zakresach w 2024 r.

W leczeniu stomatologicznym w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w trzech zakresach w 2021 r. i jednym zakresie w latach 2022 i 2023, w Lubuskim OW NFZ w dwóch zakresach w latach 2021–2022, czterech zakresach w 2023 r. i pięciu zakresach w 2024 r. w Pomorskim OW NFZ w trzech zakresy w latach 2022 i 2024, w Świętokrzyskim OW NFZ w dwóch zakresach w 2022 r. i jednym zakresie w 2024 r., w Wielkopolskim OW w trzech zakresach w 2023 r. i w Opolskim OW NFZ w dwóch zakresach w 2024 r.

W opiece paliatywnej i hospicyjnej w jednym zakresie w Kujawsko-Pomorskim i Świętokrzyskim OW NFZ w latach 2021–2024, w Zachodniopomorskim OW NFZ w latach 2022–2024 i w Mazowieckim OW NFZ w 2023 r. W przypadku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, także w jednym zakresie w Lubelskim OW NFZ w latach 2022–2024 i w Lubuskim OW NFZ w 2024 r.

„Białe plamy” na obszarach powiatów

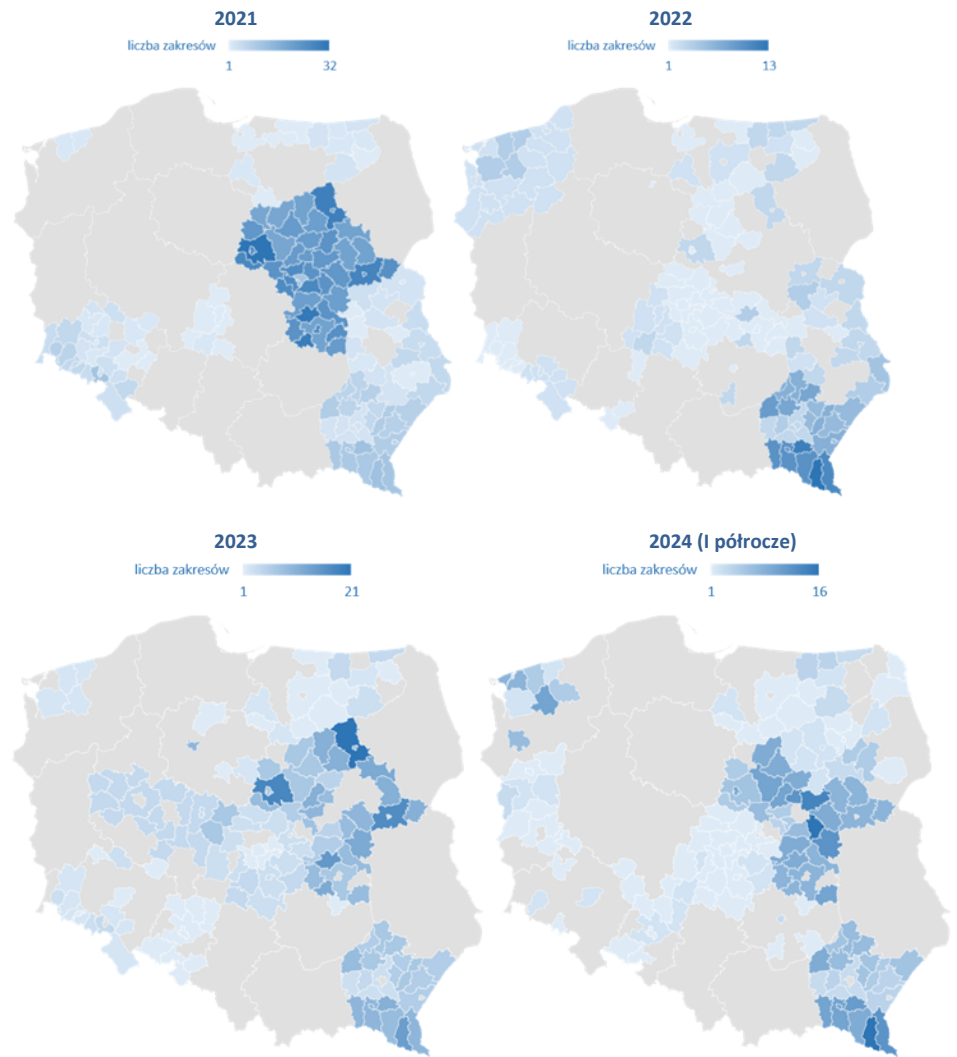
W latach 2021–2024 (I półrocze) „białe plamy” występowały także, gdy obszarem kontraktacyjnym był powiat lub gmina. Przykładowo w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dotyczyło to: w 2021 r. – 134 powiatów, w 2022 r. – 137 powiatów, w 2023 r. – 167 powiatów, zaś w 2024 r. – 150 powiatów. W sytuacji, gdy w planie zakupu świadczeń przyjęto obszar kontraktacyjny gmina było to: w 2021 r. – 31 gmin, w 2022 r. – 42 gminy, w 2023 r. – 217 gmin, w 2024 r. (I półrocze) – 199 gmin⁹³.

Wykres nr 2

Liczba zakresów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w przypadku których stwierdzono występowanie „białych plam”, gdy obszarem kontraktacyjnym był powiat w latach 2021–2024 (I półrocze)

⁹³ W tym „białe plamy” w zakresie świadczeń „świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii” stwierdzono na obszarze 3 gmin w 2021 r, 5 gmin w 2022 r., 178 gmin w 2023 r. i 193 gmin w 2024 r.

Ważniejsze wyniki kontroli



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Przykłady

Warmińsko-Mazurski OW NFZ

W okresie objętym kontrolą na terenie województwa warmińsko-mazurskiego znajdowały się obszary (teryty), gdzie pomimo podejmowanych przez Oddział działań nie było placówek udzielających świadczeń w siedmiu rodzajach.

Tabela nr 2

„Białe plamy” w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ w latach 2021–2024 r. (I półrocze)

Rodzaj świadczeń	
Zakres świadczeń	
Czas i miejsce występowania białych plam	Działania Oddziału
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
Diabetologia	

Ważniejsze wyniki kontroli

od 26 grudnia 2020 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie iławskim	postępowanie na wybór świadczeniodawcy przeprowadzono tylko w lipcu 2021 r. – brak ofert
od 10 października 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie nowomiejskim	postępowanie przeprowadzono w lutym 2024 r. – brak ofert
endokrynologia	
od 1 października 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie węgorzewskim	postępowanie wszczęto w lutym 2022 r., maju 2022 r. i lipcu 2023 r. – brak ofert
Kardiologia	
od 1 marca 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie olsztyńskim	postępowanie w lutym 2022 r. – brak ofert
Dermatologii i wenerologii	
od 1 lipca 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie kętrzyńskim i nidzickim	postępowania w lipcu 2023 r. i lutym 2024 r. – brak ofert
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie oleckim	postępowania w marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert
od 1 maja 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie mrągowskim	brak postępowania na wybór świadczeniodawcy
trzy powiaty na terenie których nie realizowano świadczenia jeszcze przed 2021 r. do dnia 30 czerwca 2024 r.,	nie wszczynano okresie od stycznia 2021 r. do dnia 30 czerwca 2024 r. postępowań na wybór świadczeniodawcy
Neurologia	
od 1 lipca 2023 r. do 30 czerwca 2024 r., powiecie: gołdapskim	postępowania wszczęto w marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie węgorzewskim	
leczenie bólu	
od 1 stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. powiecie olsztyńskim	postępowanie z lipca 2021 r. – brak ofert
gruźlica i chorób płuc	
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie piskim	postępowanie wszczęto w lipcu 2021 r., marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert
Reumatologia	
od 30 listopada 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie: piskim i szczycieński	postępowania dla grupy powiatów piskiego i szczycieńskiego wszczęto w lutym 2022 r. – brak ofert, a oddzielnie dla powiatu piskiego wszczęto w marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert
od 1 maja 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie działdowskiego	postępowanie w lutym 2024 r. – brak ofert
położnictwa i ginekologii	
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie: Barciany, Orneta, Srokowo, Węgorzewo	postępowania wszczęto w marcu i lipcu 2023 r. dla gmin Barciany, Orneta, Srokowo – brak ofert, w lipcu 2021 r. i lutym 2022 r. dla gminy Węgorzewo – brak ofert
chirurgii onkologicznej	
od 1 grudnia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie giżyckim	postępowania w lutym 2022 r. i marcu 2023 r. – brak ofert
ortopedii i traumatologii narządu ruchu	

od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie węgorzewskim	postępowania w lipcu 2021 r., lutym i maju 2022 r., marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert
leczenia osteoporozy	
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie kętrzyńskim	postępowanie w lutym 2024 r. – brak ofert
preluksacji	
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie kętrzyńskim	postępowanie w lutym 2024 r. – brak ofert
okulistyki	
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie kętrzyńskim	postępowania w lipcu 2021 r., lutym i maju 2022 r., styczniu, marcu, lipcu i wrześniu 2023 r., lutym 2024 r. – brak ofert

opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny	
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie bartoszyckim, kętrzyńskim, mragowskim, piskim, szczycieńskim, gołdapskim, oleckim	postępowania wszczęte: listopad 2020 r. dla grupy powiatu: bartoszyckiego i kętrzyńskiego – brak ofert, mragowskiego, piskiego i szczycieńskiego – brak ofert, gołdapskiego i oleckiego – oferta odrzucona, marzec 2023 r. – brak ofert oraz w styczniu 2024 r. – oferta odrzucona dla powiatu oleckiego i bartoszyckiego, marzec 2023 r. dla powiatu gołdapskiego, piskiego i mragowskiego – postępowanie unieważnione
świadczenia seksuologiczne i patologia współżycia	
1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w województwie	postępowania wszczęte w lutym 2023 r. i styczniu 2024 r. – brak ofert
terapii zaburzeń preferencji seksualnych	
od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w województwie	postępowania wszczęte w lutym 2023 r. i styczniu 2024 r. – brak ofert

leczenie stomatologiczne

ogólnostomatologiczne	
od marca 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Węgorzewo	postępowanie w czerwcu 2021 r.
od października 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Wilczęta	brak postępowania o wybór świadczeniodawcy
od października 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Płoskinia	postępowanie w styczniu 2022 r.
od lutego 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Dźwierzuty	postępowanie w czerwcu 2021 r.
od stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Braniewo	brak postępowania o wybór świadczeniodawcy

od stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Budry, Kozłowo, Pasym, Rozogi, Jedwabno, Markusy, Prostki, Świętajno, Szczytno,	postępowanie w czerwcu 2021 r.
od stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Działdowo	postępowanie w czerwcu 2021 r. i we wrześniu 2022 r.
od stycznia do końca czerwca 2024 r. w gminie Kalinowo	brak postępowania
stomatologicznej pomocy doraźnej	
od stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. dla grupy powiatów elckiego, węgorzewskiego, gołdapskiego, giżyckiego, oleckiego i piskiego, a także dla grupy powiatów Elbląg, elbląskiego, braniewskiego, lidzbarskiego, ostródzkiego, działdowskiego, nowomiejskiego i iławskiego	postępowania na wybór świadczeniodawcy na terenie ww. powiatów prowadzono w czerwcu 2021 r., styczniu i wrześniu 2022 r. oraz lutym 2024 r. – wszystkie unieważniono z powodu braku ofert
ortodontycji dla dzieci i młodzieży	
od 18 listopada 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie ostródzkim	Oddział nie przeprowadził postępowań na wybór świadczeniodawcy
od 1 marca 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie braniewskim	

rehabilitacja lecznicza

fizjoterapia domowa	
od 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiatach; piskim, elbląskim, kętrzyńskim, ostródzkim, gołdapskim	Oddział w tym czasie nie planował zakupu świadczeń i nie prowadził postępowań w celu wyboru świadczeniodawcy;
lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	
od 1 czerwca 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie węgorzewskim	w styczniu 2024 r. przeprowadzono postępowanie, które unieważniono z powodu braku ofert,
od 1 października 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie giżyckim	nie przeprowadzono takich postępowań dla powiatu giżyckiego;

profilaktyczne programy zdrowotne

profilaktyki raka piersi etap pogłębionej diagnostyki	
w okresie od 1 stycznia 2021 r. – 30 czerwca 2024 r. w grupie powiatów elckim, oleckim, gołdapskim, piskim, węgorzewskim i giżyckim	w lutym 2023 r. przeprowadzono postępowanie na wybór świadczeniodawcy, który unieważniono z powodu braku ofert,
profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) etap specjalistyczny	
w okresie od 1 stycznia 2021 r. – 30 czerwca 2024 r. na terenie województwa	Oddział w 2023 r. wszczął trzy postępowania na wybór świadczeniodawcy, które unieważniono w dwóch przypadkach z powodu braku ofert, a w jednym przypadku oferent nie spełniał warunków określonych w przepisach prawa oraz przez Prezesa NFZ

świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

dializoterapia otrzewnowa

styczeń 2022 r. - 30 czerwca 2024 r. w powiecie ełckim	jedynie w maju 2022 r. Oddział przeprowadził postępowanie na wybór świadczeniodawcy w tym zakresie dla wskazanych powiatów, które unieważniono z powodu braku ofert
styczeń 2021 r. – 30 czerwca 2024 r. w powiecie piskim	
styczeń 2022 r. – 30 czerwca 2024 r. w powiecie kętrzyńskim i mrągowskim	
styczeń 2021 – 30 czerwca 2024 r. w powiecie oleckim i gołdapskim	
opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego zachorowania na siatkówczaka lub chorobę VON HIPPEL-LINDAU (VHL)	
od stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. na terenie województwa	w sierpniu 2022 r. Oddział przeprowadził postępowanie na wybór świadczeniodawcy w tym zakresie, które unieważniono z powodu braku ofert

opieka paliatywna i hospicyjna

poradnia medycyny paliatywnej	
od 16 kwietnia 2021 r. do 29 sierpnia 2024 r dla grupy powiatów: iławskiego i ostródzkiego.	Oddział czterokrotnie wszczął postępowania na wybór świadczeniodawcy, (trzy w 2023 r. i jeden w 2024 r.), które unieważniono z powodu braku ofert.
od 1 lipca 2023 r. do 29 sierpnia 2024 r. dla powiatów mrągowskiego i olsztyńskiego oraz bartoszyckiego i kętrzyńskiego	

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że: w celu poprawy terytorialnej dostępności do świadczeń w latach 2021–2024 analizowano dostępność do świadczeń na poszczególnych obszarach kontraktowania i analizowano migrację wewnętrzną pacjentów. Prowadzono uzupełniające postępowania konkursowe na obszarach województwa, grupy powiatów, powiatów, grupy gmin oraz gmin. Powyższe działania oparte były również na informacji otrzymywanych ze strony jednostek samorządowych oraz potencjalnych oferentów jak i organizacji pozarządowych zrzeszających pacjentów. Podał też, że w zależności od zasobu własnych środków finansowych zaplanowano i przeprowadzono postępowania konkursowe na obszarach „białych plam”. Część postępowań rozstrzygnięto i zawarto umowy, a część postępowań została unieważniona z powodu braku oferentów.

Dyrektor OW NFZ podał, że głównymi przyczynami niepodjęcia działań przez Oddział zmierzające do wyboru świadczeniodawcy na obszarach, na których nie zabezpieczono realizacji siedmiu świadczeń zdrowotnych w latach 2021–2024 (30 czerwca) były:

a) ustanowienie określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Wiele podmiotów realizujących świadczenia medyczne w poszczególnych rodzajach świadczeń zawiesiło lub znacznie ograniczyło realizację świadczeń. Utrudniało to przeprowadzanie postępowań konkursowych;

b) prowadzone prace legislacyjne w rodzaju świadczenia: PSY – reformujące system ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zdrowia psychicznego dorosłych oraz organizacji świadczeń w zakresie leczenia uzależnień, w wyniku których akty prawne regulujące zakres realizowanych świadczeń, sposób ich organizacji i finansowania, zmieniają się dynamicznie, STM zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne było zmieniane trzykrotnie, co miało istotny wpływ na możliwość ogłaszania postępowań uzupełniających w 2023 r.,

c) brak podmiotów leczniczych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL) które miałyby zdolność podpisać umowę na realizację świadczeń na terenie w którym występował brak zabezpieczenia świadczeń,

d) brak informacji od podmiotów leczniczych, które zainteresowane były udzielaniem świadczeń w latach 2021–2024 (30 czerwca) na obszarach występowania białych plam,

e) z roku na rok zmniejsza się liczba pacjentów leczonych z wykorzystaniem dializy otrzewnowej w warunkach domowych; nie ma też zainteresowania ze strony stacji dializ dla leczenia z wykorzystaniem domowej dializoterapii otrzewnowej. Należy podkreślić, że pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek są zabezpieczeni stałą hemodializoterapią.

Wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Porównanie czasu oczekiwania⁹⁴ i liczby osób oczekujących⁹⁵ na udzielenie świadczenia w latach 2021–2023 wykazało, że w 72 komórkach organizacyjnych objętych badaniem nastąpiło pogorszenie dostępu do świadczeń. Podobnie wyglądała analiza czasu i liczby osób oczekujących na 30 wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, na które są prowadzone wyodrębnione listy oczekujących.

⁹⁴ Tj. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

⁹⁵ Analizy dokonano dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” oraz „przypadek pilny” obejmujących komórki organizacyjne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących w poszczególnych rodzajach świadczeń (Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Leczenie szpitalne, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Rehabilitacja lecznicza, Opieka paliatywna i hospicyjna, Leczenie stomatologiczne) oraz 30 świadczeń opieki zdrowotnej z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” i „przypadek pilny”, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących według stanu na koniec grudnia 2021 r., 2022 r. i 2023 r.

Przykłady

Centrala NFZ

- Porównanie czasu i liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia w latach 2021–2023 wykazało, że w 72 komórkach organizacyjnych objętych:

w „przypadkach stabilnych”



Czas oczekiwania wydłużył się w 48 komórkach, tj. 66,7%, nie zmienił się w przypadku 17, tj. 23,6%⁹⁶, zaś skrócił do 7, tj. 9,7%.



Liczba oczekujących wzrosła do 59 komórek organizacyjnych (81,9%), zaś zmniejszyła do 13 (18,1%).



Według stanu na koniec grudnia 2023 r., pacjenci byli przyjmowani na bieżąco do 12 (16,7%) komórek organizacyjnych, w przypadku 33 komórek (45,8%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.



w „przypadkach pilnych”

Czas oczekiwania wydłużył się w odniesieniu do 27 komórek, tj. 37,5%, nie zmienił się w przypadku 41, tj. 56,9%, zaś skrócił do 4, tj. 5,6%.

Liczba oczekujących wzrosła do 56 komórek organizacyjnych (77,8%), zmniejszyła do 11 (15,3%), pozostała bez zmian do 5 (6,9%).

Według stanu na koniec grudnia 2023 r., pacjenci byli przyjmowani na bieżąco do 42 (58,3%) komórek organizacyjnych, w przypadku 8 komórek (11,1%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

- Analiza czasu i liczby oczekujących dla 30 świadczeń, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących wykazała, że:

w „przypadkach stabilnych”



Czas oczekiwania wydłużył się w przypadku 17 świadczeń, tj. 56,7%, nie zmienił się w przypadku 9, tj. 30,0%, zaś skrócił dla 4, tj. 13,3%.



Liczba oczekujących wzrosła w przypadku 20 świadczeń (66,7%), zaś zmniejszyła dla 10 (33,3%).

Według stanu na koniec grudnia 2023 r., pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w przypadku 5 świadczeń (16,7%), w przypadku 14 (46,7%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

w „przypadkach pilnych”



Czas oczekiwania wydłużył się w przypadku 14 świadczeń, tj. 46,7%, nie zmienił się w przypadku 13, tj. 43,3%, zaś skrócił dla 3, tj. 10,0%.



Liczba oczekujących wzrosła w przypadku 24 świadczeń (80,0%), zaś zmniejszyła dla 6 (20,0%).

Według stanu na koniec grudnia 2023 r., pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w przypadku 13 świadczeń (43,3%), w przypadku 8 (26,7%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

Według stanu koniec I półrocza 2024 r., NFZ zbierał dane dotyczące liczby osób oczekujących oraz mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w 284 komórkach organizacyjnych oraz do 184 świadczeń opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących⁹⁷. Porównanie czasu i liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia dla Polski do danych sprawozdawanych w I kw. 2021 r.⁹⁸ wykazało, że:

- w 284 komórkach organizacyjnych:

w „przypadkach stabilnych”



Czas oczekiwania wydłużył się w 183 komórkach, tj. 68,5%, nie zmienił się w przypadku 135, tj. 18,7%⁹⁹, zaś skrócił do 34, tj. 12,7%.



Liczba oczekujących wzrosła do 223 komórek organizacyjnych (83,5%), zaś zmniejszyła do 32 (12,0%).

Według stanu na koniec I półrocza 2024 r., pacjenci byli przyjmowani na bieżąco do 57 (20,1%) komórek organizacyjnych, w przypadku 133 komórek (46,8%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

w „przypadkach pilnych”

⁹⁶ W tym komórki organizacyjne do których w latach 2021–2023 pacjenci byli przyjmowani na bieżąco.

⁹⁷ Okresowe sprawozdanie z działalności za II kwartał 2024 r. – dane wyliczone przez Fundusz na podstawie informacji otrzymanych od świadczeniodawców o liczbie oczekujących i średnich rzeczywistych czasach oczekiwania.

⁹⁸ W latach 2021–2024 liczba sprawozdawanych list oczekujących zmieniła się. W okresowym sprawozdaniu z działalności za II kwartał 2024 r. w porównaniu do okresowego sprawozdania z działalności za I kwartał 2021 r. były sprawozdane dane dotyczące tych samych list oczekujących w 267 komórkach organizacyjnych oraz do 65 świadczeń opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących.

⁹⁹ W tym komórki organizacyjne do których w latach 2021–2024 (I półrocze) pacjenci byli przyjmowani na bieżąco.



czas
oczekiwania

Czas oczekiwania wydłużył się w odniesieniu do 123 komórek, tj. 46,1%, nie zmienił się w przypadku 135, tj. 50,6%, zaś skrócił do 9, tj. 3,4%.



liczba
oczekujących

Liczba oczekujących wzrosła do 210 komórek organizacyjnych (78,7%), zmniejszyła do 18 (6,7%).

Według stanu na koniec grudnia 2023 r., pacjenci byli przyjmowani na bieżąco do 143 (50,4%) komórek organizacyjnych, w przypadku 55 komórek (19,4%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

- Analiza czasu i liczby oczekujących dla 184 świadczeń, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących wykazała, że:

w „przypadkach stabilnych”



czas
oczekiwania

Czas oczekiwania wydłużył się w przypadku 34 świadczeń, tj. 52,3%, nie zmienił się w przypadku 8, tj. 12,3%, zaś skrócił dla 23, tj. 35,4%.



liczba
oczekujących

Liczba oczekujących wzrosła w przypadku 43 świadczeń (66,2%), zaś zmniejszyła dla 20 (30,8%).

Według stanu na koniec I półrocza 2024 r., pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w przypadku 140 świadczeń (76,1%), w przypadku 18 (9,8%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

w „przypadkach pilnych”



czas
oczekiwania

Czas oczekiwania wydłużył się w przypadku 23 świadczeń, tj. 35,4%, nie zmienił się w przypadku 28, tj. 43,1%, zaś skrócił dla 14, tj. 21,5%.



liczba
oczekujących

Liczba oczekujących wzrosła w przypadku 38 świadczeń (58,5%), zaś zmniejszyła dla 11 (16,9%).

Według stanu na koniec I półrocza 2024 r., pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w przypadku 163 świadczeń (88,6%), w przypadku 7 (3,8%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

Różny czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie w poszczególnych OW NFZ

Liczba osób oczekujących oraz mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególnymi OW NFZ również była zróżnicowana (według stanu na koniec I półrocza 2024 r.).

Wykres nr 3

Liczba osób oczekujących oraz mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w AOS i SZP według stanu na koniec I półrocza 2024 r.

Ważniejsze wyniki kontroli

Rodzaj świadczeń

Przypadek stabilny

liczba dni minimum OW NFZ
maksimum OW NFZ

liczba osób minimum OW NFZ
oczekujących maksimum OW NFZ

Przypadek pilny

liczba dni minimum OW NFZ
maksimum OW NFZ

liczba osób minimum OW NFZ
oczekujących maksimum OW NFZ



Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Poradnia okulistyczna

czas oczekiwania	40	Lubelski	czas oczekiwania !	3	Mazowiecki
	155	Małopolski		42	Podlaski
liczba oczekujących	9589	Świętokrzyski	liczba oczekujących !	384	Lubelski
	71 851	Śląski		7907	Śląski

Poradnia neurologiczna

czas oczekiwania	35	Lubelski	czas oczekiwania !	4	Lubelski
	101	Małopolski		71	Mazowiecki
liczba oczekujących	5908	Mazowiecki	liczba oczekujących !	857	Świętokrzyski
	42 010	Śląski		13 867	Mazowiecki

Poradnia kardiologiczna

czas oczekiwania	46	Lubelski	czas oczekiwania !	9	Lubelski
	228	Opolski		92	Opolski
liczba oczekujących	3983	Świętokrzyski	liczba oczekujących !	405	Świętokrzyski
	26 153	Śląski		9392	Mazowiecki

Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej

czas oczekiwania	33	Łódzki, Świętokrzyski	czas oczekiwania !	7	Lubelski
	77	Mazowiecki		55	Mazowiecki
liczba oczekujących	2813	Świętokrzyski	liczba oczekujących !	563	Świętokrzyski
	29 607	Śląski		12 866	Mazowiecki

Ważniejsze wyniki kontroli





Poradnia endokrynologiczna

czas  oczekiwania	65 318	Lubelski Opolski	czas  oczekiwania	11 154	Lubelski Zachodniopomorski
liczba  oczekujących	2467 18 003	Świętokrzyski Śląski	liczba  oczekujących	11 4467	Świętokrzyski Mazowiecki

Poradnia alergologiczna

czas  oczekiwania	35 164	Lubelski Opolski	czas  oczekiwania	0 59	Lubelski Warmińsko-Mazurski Mazowiecki
liczba  oczekujących	2467 9604	Warmińsko-Mazurski Pomorski	liczba  oczekujących	11 4467	Świętokrzyski Mazowiecki

Poradnia gastroenterologiczna

czas  oczekiwania	52 288	Świętokrzyski Śląski	czas  oczekiwania	0 174	Świętokrzyski Podlaski
liczba  oczekujących	1050 13 050	Świętokrzyski Śląski	liczba  oczekujących	80 4467	Świętokrzyski Śląski

Poradnia gastroenterologiczna

czas  oczekiwania	17 105	Lubuski Małopolski	czas  oczekiwania	0 41	trzy OW ¹⁰⁰ Małopolski
liczba  oczekujących	2965 28 527	Świętokrzyski Śląski	liczba  oczekujących	168 4641	Warmińsko-Mazurski Mazowiecki

Poradnia chorób płuc i gruźlicy

czas  oczekiwania	32 107	Lubelski, Podlaski Opolski	czas  oczekiwania	0 56	Lubelski Warmińsko-Mazurski Kujawsko-Pomorski
liczba  oczekujących	2467 9604	Warmińsko-Mazurski Pomorski	liczba  oczekujących	152 2050	Lubelski Mazowiecki

Poradnia reumatologiczna

czas  oczekiwania	36 148	Lubelski Zachodniopomorski	czas  oczekiwania	0 89	trzy OW ¹⁰¹ Podlaski
liczba  oczekujących	1200 8627	Lubuski Śląski	liczba  oczekujących	109 3174	Warmińsko-Mazurski Mazowiecki

Poradnia chirurgii ogólnej

czas  oczekiwania	5 21	Podlaski Małopolski	czas  oczekiwania	0 12	Warmińsko-mazurski Małopolski
liczba  oczekujących	716 18 924	Podlaski Śląski	liczba  oczekujących	124 3488	Świętokrzyski Śląski

Ważniejsze wyniki kontroli

Poradnia otorynolaryngologiczna

czas  oczekiwania	24	Warmińsko-Mazurski	czas  oczekiwania	0	Warmińsko-Mazurski
	148	trzy OW ¹⁰²		26	Mazowiecki
liczba  oczekujących	3538	Świętokrzyski	liczba  oczekujących	285	Świętokrzyski
	25 345	Mazowiecki		7809	Mazowiecki





Poradnia urologiczna

czas  oczekiwania	34	Lubelski	czas  oczekiwania	8	Lubelski
	107	Opolski		51	Świętokrzyski
liczba  oczekujących	2330	Świętokrzyski	liczba  oczekujących	264	Zachodniopomorski
	14 421	Śląski		3496	Mazowiecki







Leczenie szpitalne





Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej

czas  oczekiwania	4	Świętokrzyski	czas  oczekiwania	0	Świętokrzyski
	180	Kujawsko-Pomorski		50	Kujawsko-Pomorski
liczba  oczekujących	731	Świętokrzyski	liczba  oczekujących	108	Świętokrzyski
	10 741	Wielkopolski		5159	Wielkopolski

Oddział otorynolaryngologiczny

czas  oczekiwania	17	łódzki	czas  oczekiwania	0	Podkarpacki
	231	Małopolski		79	Świętokrzyski
liczba  oczekujących	1913	Lubuski	liczba  oczekujących	18	Podlaski
	39 056	Mazowiecki		1854	Świętokrzyski
					Mazowiecki

Oddział chirurgiczny ogólny

czas  oczekiwania	5	Podlaski	czas  oczekiwania	0	siedem OW ¹⁰³
	79	Pomorski		14	Śląski
liczba  oczekujących	592	Podlaski	liczba  oczekujących	18	Świętokrzyski
	10 801	Śląski		491	Mazowiecki

¹⁰⁰ Lubelski, Świętokrzyski i Warmińsko-Mazurski.

¹⁰¹ Lubelski, Świętokrzyski, Warmińsko-Mazurski.

¹⁰² Małopolski, Podlaski, Pomorski.

¹⁰³ Kujawsko-Pomorski, Lubelski, Opolski, Podkarpacki, Podlaski, Świętokrzyski i Zachodniopomorski.

Ważniejsze wyniki kontroli

Oddział neurochirurgiczny

czas oczekiwania	18	Mazowiecki	czas oczekiwania !	0	Świętokrzyski
	239	Świętokrzyski		69	Lubuski
liczba oczekujących	95	Podlaski	liczba oczekujących !	0	Świętokrzyski
	9059	Kujawsko-pomorski		3368	Kujawsko-Pomorski

Oddział urologiczny

czas oczekiwania	0	Świętokrzyski	czas oczekiwania !	0	sześć OW ¹⁰⁴
	70	Lubuski		4	Dolnośląski, Lubuski
liczba oczekujących	138	Świętokrzyski	liczba oczekujących !	19	Zachodniopomorski
	3252	Mazowiecki		404	Śląski

Oddział chorób wewnętrznych

czas oczekiwania	17	Łódzki	czas oczekiwania !	0	Podkarpacki
	231	Małopolski		79	Podlaski
liczba oczekujących	1913	Lubuski	liczba oczekujących !	18	Świętokrzyski
	39 056	Mazowiecki		1854	Mazowiecki

Oddział kardiologiczny

czas oczekiwania	10	Łódzki	czas oczekiwania !	0	sześć OW ¹⁰⁵
	46	Dolnośląski		27	Śląski
liczba oczekujących	57	Podlaski	liczba oczekujących !	2	Zachodniopomorski
	5024	Mazowiecki		1915	Mazowiecki

Oddział kardiologiczny

czas oczekiwania	6	Zachodniopomorski	czas oczekiwania !	0	trzy OW ¹⁰⁶
	79	Kujawsko-pomorski		78	Kujawsko-pomorski
liczba oczekujących	46	Podkarpacki	liczba oczekujących !	0	Łódzki
	754	Śląski		723	Dolnośląski

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Różny średni koszt leczenia w poszczególnych OW NFZ

Średni koszt leczenia pacjentów w analizowanych rodzajach świadczeń (15) w latach 2021–2023, w poszczególnych OW NFZ, był zróżnicowany. Różnice te sięgały w 2023 r. od 36,8% do 380,6%, przy czym w przypadku dziewięciu rodzajów świadczeń różnice te sięgały ponad 100%. W porównaniu do 2021 r. zróżnicowanie to pogłębiło się w przypadku 66,7% rodzajów świadczeń (10):

¹⁰⁴ Łódzki, Opolski, Podkarpacki, Podlaski, Świętokrzyski i Zachodniopomorski.

¹⁰⁵ Kujawsko-Pomorski, Lubelski, Łódzki, Podkarpacki, Świętokrzyski i Zachodniopomorski.

¹⁰⁶ Lubelski, Łódzki, Świętokrzyski.

Tabela nr 3

Średni koszt leczenia pacjentów w OW NFZ na 10 tys. uprawnionych w latach 2021 i 2023

rodzaj świadczeń	2021				2023				
	średni koszt		rozpiętość		średni koszt		rozpiętość		
	najniższy	najwyższy			najniższy	najwyższy			
POZ	17,5	28,8	11,3	64,6%	47,1	67,7	20,6	43,7%	↓
AOS	184,4	249,1	64,7	35,1%	369,4	533,4	164,0	44,4%	↑
SZP	1010,7	1374,9	364,2	36,0%	1816,7	2485,8	669,1	36,8%	↑
PSY	61,0	131,1	70,1	114,9%	95,0	257,4	162,4	170,9%	↓
REH	69,8	138,6	68,8	98,6%	152,6	282,0	129,4	84,8%	↑
OPD	29,2	78,8	49,6	169,9%	56,6	158,4	101,8	179,9%	↓
H	14,2	30,5	16,3	114,8%	31,2	67,4	36,2	116,0%	↑
STM	34,6	69,7	35,1	101,4%	52,2	131,1	78,9	151,1%	↑
UZD ¹⁰⁷	11,7	17,5	5,8	49,6%	26,6	54,9	28,3	106,4%	↑
PDT	4,8	18,2	13,4	279,2%	3,1	14,9	11,8	380,6%	↑
PRO	3,5	7,6	4,1	117,1%	7,6	15,4	7,8	102,6%	↓
SOK	50,4	101,0	50,6	100,4%	80,3	167,3	87,0	108,3%	↑
ZPO	33,1	51,6	18,5	55,9%	48,1	113,1	65,0	135,1%	↑
REF ¹⁰⁸	237,2	310,6	73,4	30,9%	276,9	399,0	122,1	44,1%	↑
RTM ¹⁰⁹	55,5	88,4	32,9	59,3%	86,3	137,7	51,4	59,6%	↑

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Różny średni koszt leczenia w poszczególnych OW NFZ

Średni koszt leczenia pacjentów ogółem w danym OW NFZ na 10 tys. uprawnionych w okresie objętym kontrolą¹¹⁰ również był zróżnicowany i w 2021 r. wynosił od 2,03 tys. zł w Wielkopolskim OW NFZ do 2,42 tys. zł w Śląskim OW NFZ, a w 2023 r. od 3,59 tys. zł w Lubuskim OW NFZ do 4,31 tys. zł w Podlaskim OW NFZ.

¹⁰⁷ Do wyliczenia przyjęto względem oddziału wojewódzkiego NFZ kierującego na leczenie uzdrowiskowe.

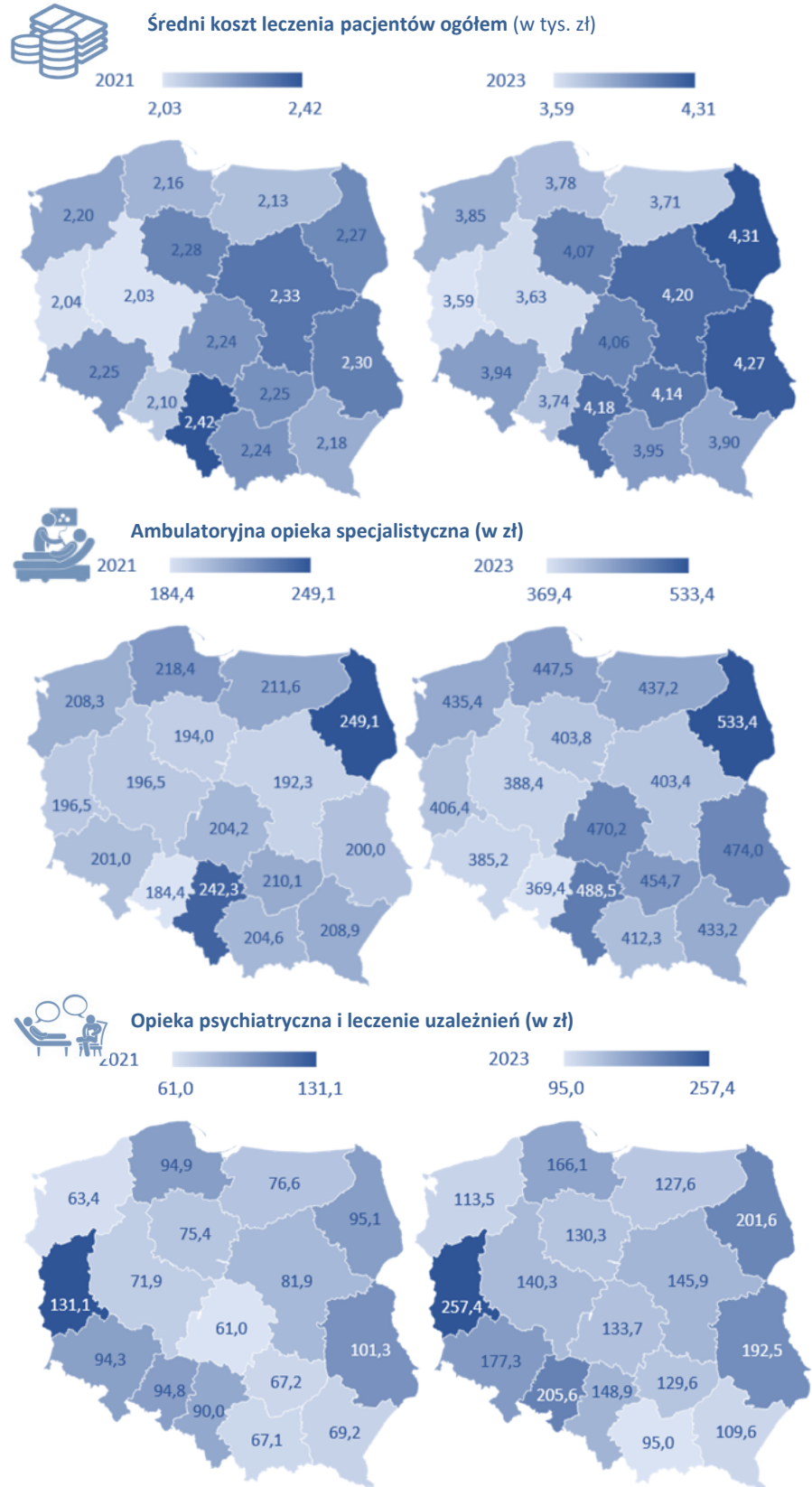
¹⁰⁸ Ratownictwo Medyczne - z uwagi na fakt, iż świadczenia ratownictwa medycznego udzielane są każdej osobie pozostającej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez względu na status jej uprawnienia do świadczeń Ratownictwo medyczne - do obliczenia średniego kosztu leczenia wzięto ogólną liczbę ludności na obszarze danego województwa wg GUS na dany rok.

¹⁰⁹ Refundacja cen leków.

¹¹⁰ Wartości dotyczące ratownictwa medycznego zostały dosumowane do pozostałych rodzajów i przeliczone w odniesieniu do liczby uprawnionych.

Wykres nr 4

Średni koszt leczenia pacjentów w OW NFZ na 10 tys. uprawnionych w latach 2021 i 2023 ogółem (w tys. zł) i wybranych rodzajach świadczeń (w zł)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Różna liczba świadczeń w poszczególnych OW NFZ na 10 tys. uprawnionych

Dysproporcje w liczbie wykonanych świadczeń na 10 tys. uprawnionych sięgały w 2023 r. od 37,5% do 1116,3%. W dziewięciu analizowanych rodzajach świadczeń¹¹¹ dysproporcje te, w porównaniu do 2021 r. pogłębiły się w przypadku pięciu rodzajów świadczeń, w przypadku jednego nie zmieniły się¹¹², zaś w odniesieniu do trzech zmniejszyły się.

Tabela nr 4

Najniższa i najwyższa liczba świadczeń w OW NFZ na 10 tys. uprawnionych w latach 2021 i 2023 w poszczególnych rodzajach świadczeń

rodzaj świadczeń	2021				2023				
	liczba świadczeń		rozpiętość		liczba świadczeń		rozpiętość		
	najniższa	najwyższa			najniższa	najwyższa			
POZ	38 613	50 749	12 136	31,4%	40 818	56 133	15 315	37,5%	↑
AOS	18 007	25 119	7 112	39,5%	19 210	28 703	9 493	49,4%	↑
SZP	3047	4569	1522	50,0%	3 964	6 086	2122	53,5%	↑
PSY	2382	4128	1746	73,3%	2 215	4 925	2710	122,3%	↑
REH	7222	26 955	19 733	273,2%	9 310	33 417	24 107	258,9%	↓
STM	2761	15 320	12 559	454,9%	2 718	15 075	12 357	454,6%	—
SOK	756	1294	538	71,2%	939	1382	443	47,2%	↓
OPD	114	1475	1361	1193,9%	160	1946	1786	1116,3%	↓
OPH	159	822	663	417,0%	171	901	730	426,9%	↓
UZD ¹¹³	-	-	-	-	74	161	87	117,6%	↑

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że przyczyny znacznych różnic pomiędzy liczbą wykonanych świadczeń przypadających na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych OW NFZ mogą wynikać m.in. z innej dostępności infrastruktury medycznej (przychodni, szpitali, placówek rehabilitacyjnych), liczby specjalistów, prawa świadczeniobiorcy do wyboru świadczeniodawcy w innym województwie, migracja ubezpieczonych do większych ośrodków bez zmiany województwa. W przypadku stomatologii i rehabilitacji pacjent korzysta ze świadczeń w miejscu czasowego zamieszkania i zatrudnienia, a nie w swoim „macierzystym”; w regionach o większej liczbie osób starszych lub przewlekle chorych, zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne czy opiekuńcze jest większe w tych rodzajach świadczeń.

Ograniczony dostęp do opieki koordynowanej

W Strategii NFZ na lata 2019–2023 wskazano pięć celów. Jeden z nich dotyczył: poprawy jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym poprzez: skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie (cel 2.1); zwiększenie oferty opieki koordynowanej i kompleksowej nad pacjentem, w tym poprzez rozwój usług teleinformatycznych (cel 2.2);

¹¹¹ Bez lecznictwa uzdrowiskowego.

¹¹² Różnica wyniosła mniej niż punkt procentowy.

¹¹³ W 2021 r. udzielanie świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego było zawieszane do 10 marca 2021 r. z powodu epidemii COVID-19.

poprawa jakości świadczonych usług (cel 2.3), zwiększenie zakresu działań profilaktycznych (cel 2.4).

W latach 2021–2024 (I półrocze) Fundusz podpisał w skali kraju jedynie od 11 (lata 2021–2022) do 12 (rok 2023) lub 8 (I półrocze 2024 r.) umów o realizację koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na I i II poziomie referencyjnym (KOC I). Z kolei w KOC II na II i III poziomie referencyjnym było to (w latach 2021–2024 I półrocze) od 30 do 35. W latach 2022–2024 (I półrocze) nie zabezpieczono dostępu do świadczeń KOC I (na I poziomie referencyjnym) w Lubuskim OW NFZ.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że założeniem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży jest objęcie ciężarnej opieką od początku ciąży, przez cały okres jej trwania, aż do porodu. Wymaga to odpowiednio rozbudowanej sieci poradni specjalistycznych, które zapewnią każdej ciężarnej poradnictwo ambulatoryjne zgodnie ze standardem wynikającym z przepisów. Podkreśliła, że KOC, jest to tylko jedna z form finansowania świadczeń dla kobiet w ciąży. Wszystkie świadczenia gwarantowane kobietom w ciąży mogą być realizowane w ramach umów podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie położnictwa i ginekologii w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie programu badań prenatalnych, w ramach leczenia szpitalnego czy psychiatrii.

Z kolei z wprowadzonej od 1 października 2022 r. „opieki koordynowanej” w POZ skorzystać mogła jedynie część uprawnionych. Liczba świadczeniodawców realizujących ten zakres świadczeń zwiększyła się ze 122 na koniec 2022 r. do 1683 na koniec 2023 r. oraz 1984 na koniec I półrocza 2024 r. Iloraz liczby podpisanych umów na realizację „opieki koordynowanej” do liczby umów ogółem (lekarz POZ) wynosił w poszczególnych województwach od 16% w woj. opolskim do 62% w woj. lubelskim (średnio 34% w kraju)¹¹⁴.

Dostęp do kompleksowej opieki medycznej po wystąpieniu zawału serca (tzw. program KOS-Zawał) był różny w poszczególnych OW NFZ. Porównanie liczby pacjentów objętych KOS-Zawał do „liczby zawałów”¹¹⁵. Wykazało, że wartość tego miernika wyniosła (w 2023 r.) od 0,02

¹¹⁴ Według stanu na 18 czerwca 2024 r.

¹¹⁵ Przy analizie uwzględniono przedstawione w zestawieniu informacje o świadczeniach stosowanych do leczenia ostrej fazy zawału, sprawozdawane w ramach rodzaju świadczeń - leczenie szpitalne jednorodnych grup pacjentów: E10, E11, E12G, E15, E16, E17G, E23G, E24G, E26, E29, E04, E05G, E06G, E05, E06, E07. Z zestawienia wyłączone hospitalizacje zakończone zgonem pacjenta (hospitalizacje z trybem wypisu 9). Dane na 27 września 2024 r.

w Świętokrzyskim OW, 0,03 w Podlaskim OW, 0,07 w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ do 0,66 w Śląskim OW NFZ¹¹⁶.

Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku pacjentów leczonych w ramach kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworem piersi (tzw. KON-Pierś). Wskaźnik udziału tych pacjentów programu, w 2023 r wyniósł w skali kraju 59%. W poszczególnych OW kształtował się od 0% (Lubuski, Opolski OW NFZ¹¹⁷) do 81% (Świętokrzyski OW NFZ).

Przerwy w udzielaniu świadczeń

Zgodnie z § 9 ust. 2 *OWU*, świadczeniodawca powiadamia na piśmie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu z którym zawarł umowę, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.

Powiadomienia o planowanej przerwie, z wykorzystaniem serwisów internetowych lub usług informatycznych, przeznaczonych do przekazywania takich informacji, uważa się za spełnienie obowiązku informacyjnego, przy czym świadczeniodawca może skorzystać wyłącznie z jednej dopuszczalnej formy przekazania informacji.

Informacje dotyczące przerw w udzielaniu świadczeń, zgłoszone przez świadczeniodawców do poszczególnych OW NFZ, są dostępne na stronie internetowej pt. *Gdzie Się Leczyć*, <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/Uniwersalne>. W przypadku, gdy wyświetlony świadczeniodawca zgłosił przerwę w udzielaniu świadczeń widoczne jest okienko „Uwaga – Przerwy”, w którym zawarte są informacje o terminie oraz rodzaju zgłoszonej przerwy (podświetlone jest po lewej stronie, na czerwono).

¹¹⁶ Dla I półrocza 2024 r. najniższą wartość tego miernika odnotowano dla Świętokrzyskiego OW NFZ – 0,01, zaś w Kujawsko-Pomorskim było to 0,07 oraz Podlaskim OW NFZ – 0,1.

¹¹⁷ W I półroczu 2024 r. dla Opolskiego OW NFZ wartość tego miernika wyniosła 78%; w dalszym ciągu dla Lubuskiego OW NFZ wyniosła 0%.

Przykłady

Warmińsko-Mazurski OW NFZ

W Warmińsko-Mazurskim OW NFZ nie opracowano procedur akceptacji zgłoszeń o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń. Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że Oddział rozpatruje wnioski złożone przez świadczeniodawców o przerwy w udzielaniu świadczeń wyłącznie w oparciu i na zasadach określonych w § 9 *OWU*.

W trakcie trwania czynności kontrolnych, tj. 7 listopada 2024 r., opracowano Procedury rozpatrywania wniosków świadczeniodawcy zgłaszającego przerwę w udzielaniu świadczeń, w których określono sposób postępowania z wnioskami świadczeniodawców o planowanej przerwie.

W latach 2021–2024 (do 30 czerwca) do OW NFZ wpłynęło od świadczeniodawców 22 467 powiadomień¹¹⁸ o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, spośród których 21 547 rozpatrzone pozytywnie¹¹⁹.

Dostęp do KS-SIKCH - zakładka/strona dla zgłoszenia przerw w udzielaniu świadczeń¹²⁰ miało 172 pracowników Oddziału, natomiast od 9 maja 2024 r. do 30 czerwca 2024 r. - 61 osób.

Analiza 80 powiadomień dotyczących przerw w udzielaniu świadczeń danych o powiadomieniach o czasowym zawieszeniu działalności¹²¹ wykazała, m.in., że wszystkie zawierały informacje o sposobie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w czasie przerwy; w każdym przypadku weryfikowano, czy podmiot wskazany jako podmiot zastępujący ma umowę zawartą z OW NFZ w zakresie, w którym zgłoszona została przerwa w udzielaniu świadczeń; nie stwierdzono przypadków zapłaty za świadczenia udzielone przez świadczeniodawców w okresie zgłoszonej przez nich przerwy, akceptacji dokonywano, po uprzedniej weryfikacji spełnienia warunku zgłoszenia przerwy na 30 dni przed jej zaistnieniem, okresu przerwy w udzielaniu świadczeń oraz konieczności wskazania odpowiedniego podmiotu zastępującego; przerwa w udzielaniu świadczeń w każdym ze zbadanych przypadków została zaakceptowana w przewidzianych terminach.

W latach 2021–2022 w 41 przypadkach (50,6% zbadanych) powiadomienia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń zostały zaakceptowane przez dziewięciu pracowników Oddziału¹²², którzy w dniu dokonywania tej czynności nie mieli pisemnego pełnomocnictwa, z którego wynikałoby, że zostali upoważnieni przez Dyrektora OW NFZ do dokonania takiej czynności w jego imieniu, co było niezgodne z § 9 ust. 3 *OWU*, w którym określono, że osobą uprawnioną do udzielenia zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń jest Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Opolski OW NFZ

W Oddziale nie opracowano procedury akceptacji zgłoszenia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń. Dyrektor Oddziału upoważnił pisemnie wybranych pracowników Oddziału do akceptacji w jej imieniu wniosków świadczeniodawców o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń.

W przypadkach długotrwałych przerw w udzielaniu świadczeń, mogących mieć istotny wpływ na ograniczenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, komórki merytoryczne wnioskuje do Dyrektora Opolskiego OW NFZ o wyrażenie zgody na przedmiotową przerwę. W przypadku krótkotrwałych przerw, niemających znaczącego wpływu na ograniczenie dostępności do świadczeń, pracownicy komórek merytorycznych akceptują przekazane przez świadczeniodawców zgłoszenia (w przypadku wniosków elektronicznych) bądź przyjmują do wiadomości zgłoszoną w formie pisemnej przerwę.

W poszczególnych latach okresu 2021–2024 (30 września) świadczeniodawcy zgłaszali 1076, 790, 905 i 600 przerw w realizacji świadczeń. Zgłoszenia były odnotowywane w systemie informatycznym NFZ. Oddział weryfikował zgłoszenia przerw w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie sposobu zapewnienia ciągłości ich udzielania. W przypadku zgłoszenia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń bez zachowania terminu przesyłane było pismo o niewyrażeniu zgody na przerwę oraz wskazujące świadczeniodawcy, że informację o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń należy zgłaszać co najmniej 30 dni przed jej wystąpieniem. Oddział nie nakładał kar umownych na świadczeniodawców, którzy dokonali zgłoszenia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń bez zachowania wymogów.

Od 15 listopada 2019 r. wprowadzono procedurę wewnętrzną Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej dotyczącą korekty ryczałtu systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego PSZ w przypadku przerwy w działalności poszczególnych komórek/profilu podmiotu leczniczego realizującego umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie PSZ. Weryfikacja faktur odbywała się w systemach informatycznych Oddziału. Od 15 stycznia 2024 r. wprowadzono do Centralnych Reguł Weryfikacyjnych sprawdzenie 50811031, tj. sprawdzenie czy świadczenie nie było udzielone w okresie zgłoszonej przez świadczeniodawcę przerwy.

Wielkopolski OW NFZ

W Oddziale nie opracowano procedury akceptacji zgłoszenia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń. Dyrektor Oddziału opiniowała wnioski przesyłane przez Wojewodę Wielkopolskiego o czasowym zaprzestaniu działalności przez podmioty lecznicze wykonujące działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, przy czym zgodnie z art. 34 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej, niewydanie opinii w terminie 7 dni jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.

W okresie objętym kontrolą świadczeniodawcy zgłaszali przerwy w realizacji świadczeń w danym zakresie oraz miejscu. W stosunku do

świadczeniodawców, którzy nie dochowali terminu określonego w § 9 ust. 2 *OWU* Oddział kierował pouczenia, bądź nakładał kary umowne. W latach 2021–2024 (I półrocze) WOW NFZ, z tytułu niedochowania terminu określonego w § 9 ust. 2 *OWU*, nałożył na 11 świadczeniodawców kary w łącznej wysokości 31,8 tys. zł.

WOW NFZ weryfikował zgłoszenia przerw w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie sposobu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń. W przypadku świadczeń w rodzaju POZ w odniesieniu do umów realizowanych wieloosobowo Oddział sprawdzał zabezpieczenie świadczeń przez pozostały personel świadczeniodawcy; w sytuacji udzielania świadczeń jednoosobowo Oddział weryfikował zabezpieczenie świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń poprzez zagwarantowanie zastępstwa u innego świadczeniodawcy. W tym przypadku Oddział wymagał, aby podmiot wskazany na zastępstwo potwierdził, że będzie realizować świadczenia w danym zakresie i czasie dla pacjentów podmiotu zgłaszającego przerwę w udzielaniu świadczeń.

W przypadku zgłoszeń przerw w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców działających w ramach umowy w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej Oddział weryfikował zapewnienie ciągłości realizacji świadczeń, których dotyczy zgłoszona przerwa, poprzez uzyskanie kopii porozumień między szpitalem zgłaszającym przerwę, a szpitalem zabezpieczającym wykonywanie świadczeń w odpowiednim, tożsamym obszarze świadczeń. Po zakończeniu przerwy, Oddział podejmował ocenę poziomu przejęcia realizacji danych świadczeń przez te podmioty, celem ewentualnego zwiększenia wartości ryczałtu tych szpitali.

Pracownicy dokonujący rozliczeń realizacji umów o świadczenia opieki zdrowotnej w okresie objętym kontrolą mieli wiedzę o wynikach kontroli przeprowadzonych przez NFZ u świadczeniodawców.

¹¹⁸ Świadczeniodawcy złożyli, wg stanu na 31 grudnia okresu 2021–2023 i na 30 czerwca 2024 r. odpowiednio: 4635, 5981, 8644 i 3186 powiadomień o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń.

¹¹⁹ Do 9 października 2022 r. powiadomienia składano w formie papierowej, a od tego dnia – w systemie SZOI, poprzez który następowała wymiana danych pomiędzy OW NFZ a podmiotem leczniczym, które następnie przekazywane były do systemu KS-SIKCH (Zintegrowany System Informatyczny Obsługi Ubezpieczyciela).

¹²⁰ W okresie od 28 lutego 2022 r. do 5 maja 2024 r.

¹²¹ Dobór próby w sposób losowy, po 20 z każdego roku objętego kontrolą oraz jedno powiadomienie wynikające ze skargi.

¹²² Łącznie 13 pracowników miało pełnomocnictwa do wyrażania zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

5.1.3. Monitorowanie przez Prezesa NFZ dostępu do świadczeń zdrowotnych

**Analizy
i opracowania
sporządzane przez
NFZ**

Prezes Funduszu monitorował realizację umów zawartych ze świadczeniodawcami. Na podstawie danych przekazywanych z OW NFZ, sporządzano kwartalne sprawozdania (przekazywane do Ministerstwa Zdrowia) dotyczące m.in. liczby prowadzonych postępowań konkursowych i rokowań, liczby zawartych umów w poszczególnych rodzajach świadczeń w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie. Prezes NFZ dysponował informacjami o stopniu realizacji planu kosztów, w tym kosztów świadczeń zdrowotnych.

Prezes Funduszu dysponował również analizami dotyczącymi dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności dotyczące czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W dokumencie „Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej”¹²³, w celu porównania tendencji wskaźników dotyczących liczby pacjentów oczekujących oraz liczby skreśleń z listy z powodu wykonania świadczenia, wyznaczono wskaźnik teoretycznego czasu likwidacji kolejki, który przedstawiał liczbę miesięcy potrzebną do „wyzerowania” kolejki, przy braku napływu nowych pacjentów¹²⁴. Wskazano, że teoretyczny czas likwidacji kolejki przed epidemią COVID-19 wynosił ok. 4,5 miesiąca, w 2022 r. osiągnął minimum poniżej 3 miesięcy, i od tamtej pory rośnie, ponownie zbliżając się do 4 miesięcy (3,6)¹²⁵. Autorzy opracowania zwrócili uwagę na fakt wzrostu liczby pacjentów w kolejce oraz równoczesny wzrost liczby skreśleń z powodu udzielenia świadczenia. Konkludują, że wzrost liczby oczekujących nie jest efektem spadku wydolności systemu (liczba skreśleń rośnie), a wynika ze zwiększonego popytu na świadczenia, po okresie epidemii COVID-19. W dokumencie tym dokonano również porównania udziału wizyt

¹²³ Opracowanie sporządzone przez Zespół do oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 80), przekazane do Ministra Zdrowia 16 października 2023 r. Analizowano tendencje na podstawie danych z lat 2016–2023.

¹²⁴ Jest to iloraz liczby pacjentów oczekujących oraz liczby skreśleń z listy z powodu wykonania świadczenia.

¹²⁵ Wskazano, że istnieją świadczenia takie jak usunięcie zaćmy, endoprotezoplastyki, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny w których obserwowana jest poprawa dostępności do świadczeń poprawa dostępności w tych obszarach, wpływa na statystyki globalne (istotne ilościowo kolejki).

pierwszorazowych w wybranych zakresach AOS za lata 2019–2022¹²⁶. Choć odnotowano tendencję wzrostową udziału wizyt pierwszorazowych, to ich udział nie przekraczał 33%. Analiza najczęstszych rozpoznań w poszczególnych poradniach specjalistycznych wskazała na tendencję utrzymywania w AOS pacjentów z rozpoznaniem pozostającymi w kompetencji lekarza POZ. W szczególności dotyczy to bardzo wysokiego udziału pacjentów z nadciśnieniem tętniczym samoistnym oraz przewlekłą niedokrwinną chorobą serca (prawie 40%), w grupie pacjentów kontynuujących leczenie w poradni kardiologicznej. Podobne zjawisko dotyczy pacjentów z cukrzycą insulinozależną w poradni diabetologicznej, czy niedoczynności tarczycy w poradni endokrynologicznej. W opracowaniu wykazano na brak wpływu wprowadzenia współczynnika 3,2 na ograniczenie liczby skierowań do AOS¹²⁷. W związku z powyższym „wprowadzono dodatkowe interwencje w postaci opieki koordynowanej z budżetem powierzonym na finansowanie szerszego panelu badań zlecanych przez lekarza POZ w diagnostyce powszechnych chorób kardiologicznych, diabetologicznych, endokrynologicznych i pulmonologicznych oraz konsultacji specjalistów”. Dodatkowo wprowadzono odrębne finansowanie porad kompleksowych z ustaleniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej oraz porad edukacyjnych i dietetycznych. Zmieniono także zasady finansowania pacjentów z wielochorobowością – zrezygnowano ze współczynnika 3,2 na rzecz dodatku kwotowego, którego wartość zależy od liczby chorób u pacjenta.

Podkreślono, że interwencje polegające tylko na zwiększeniu refundacji (współczynniki), czy zniesienie limitów nie przyniosły istotnego, spodziewanego efektu¹²⁸.

Wskazano na istotny problem, jakim jest niestawianie się pacjentów na wizytę. Dotyczy to ok. 10% wszystkich porad.

¹²⁶ M.in. alergologii, diabetologii, dermatologii, endokrynologii, gastroenterologii, kardiologii, hematologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii.

¹²⁷ Był on stosowany do czerwca 2023 r.

¹²⁸ Jako wyjątek wskazano endokrynologię, lecz zmiany wycen były połączone z innymi działaniami, w tym m.in. pakietami świadczeń w chorobach tarczycy. Z-ca Przewodniczącego Rady Funduszu na jej posiedzeniu 11 lipca 2024 r. dotyczącego wzrostu wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia poinformował, że w związku ze zmianami wynagrodzeń i wartości punktów doszliśmy do takiej sytuacji, że istotnie zmniejsza się dostępność do świadczeń (o tym też mówią świadczeniodawcy) i czy nie powinno być takich mechanizmów, które powodowałyby modyfikacje wartości umowy bo jeżeli nie zmienia się umowa a wzrasta wartość usługi, to tych usług będziemy mogli mniej zaoferować pacjentom. Wskazał, że w tej sytuacji w ocenie Pani Przewodniczącej beneficjentem systemu przestaje być pacjent.

Największy udział w kosztach świadczeń ogółem miały w latach 2021–2024: lecnicstwo szpitalne (od 51,6% do 53,8%), podstawowa opieka zdrowotna (od 10,8% do 15,6%), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (od 6,8% do 9,9%).

Priorytety ogólnopolskie NFZ brak informacji o ich realizacji

Departament Analiz i Innowacji Centrali NFZ¹²⁹ przekazywał dyrektorom OW NFZ ogólnopolskie priorytety zdrowotne na lata 2021–2023¹³⁰ oraz corocznie zbierał informacje dotyczące realizacji przez poszczególne oddziały wojewódzkie ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych.

Analizą objęto realizację pięciu priorytetów ogólnopolskich w latach 2021–2023¹³¹:

- a) priorytet dotyczący AOS - zwiększenie o 5% liczby wykonanych świadczeń pierwszorazowych na 10 tys. mieszkańców dla świadczeń określonych ośmioma kodami¹³². Wskazano wartości bazowe z roku 2019 oraz docelowe dla 2023 r. Cele zostały, co do zasady, osiągnięte, za wyjątkiem świadczeń o kodzie: 02.1221.401.02 „Świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej – świadczenia pierwszorazowe”, gdzie osiągnięto wartość nieznacznie niższą, tj. wartość docelowa 29, zaś w 2023 r. osiągnięto 27.
- b) priorytet dotyczący leczenia uzdrowiskowego – skrócenie czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne, tak aby odbywało się ono w okresie krótszym niż 18 miesięcy od daty skierowania do OW NFZ. Cele zostały osiągnięte;
- c) priorytet dotyczący leczenia szpitalnego – zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworem piersi (tzw. KON-Pierś) na terenie wszystkich OW NFZ. Jako sposób obliczania miernika służącego do oceny realizacji celu wskazano udział pacjentów objętych opieką w ramach KON-Pierś, wśród wszystkich pacjentów z tym rakiem¹³³. Dodatkowo, do 2023 r. różnica

¹²⁹ Dalej: DAil.

¹³⁰ Na 2021 r. wskazano 13 priorytetów ogólnopolskich, zaś w 2022 r. i 2023 r. po 12.

¹³¹ Na podstawie Aktualizacji wskaźników ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych obowiązujących do 2023 r. Pismo z 16 czerwca 2023 r., znak: NFZ-DAil.622.2.2023.

¹³² Świadczenia te dotyczył takich dziedzin jak: alergologia, kardiologia, endokrynologia, neurologia z zakresami skojarzonymi; były oznaczone kodami: 02.1010.401.02; 02.1011.401.02; 02.1030.401.02; 02.1031.401.02; 02.1100.401.02; 02.1101.401.02; 02.1220.401.02; 02.1221.401.02.

¹³³ Na podstawie danych uwzględniających informacje o świadczeniach sprawozdanych z rozpoznaniem głównym C50 wg ICD-10 oraz sprawozdanym rozpoznaniem głównym Z51 i rozpoznaniem współistniejącym C50 wg ICD-10 (kody bez sprawozdanego rozszerzenia oraz z dowolnym rozszerzeniem); W przypadku programów lekowych uwzględniono wyłącznie program lekowy B.9 - leczenie chorych na raka piersi oraz program lekowy B.134 - zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów

w przypadku każdego OW NFZ, powinna zmaleć o 50,0% w stosunku do OW o największej liczbie wybranych świadczeń. Wskazano wartości bazowe z roku 2019 oraz docelowe dla 2023 r.

Udział pacjentów leczonych w ramach KON-Pierś w 2023 r. w skali kraju wyniósł 59,0%. W poszczególnych OW kształtował się on jednak od 0,0% (Lubuski, Opolski OW NFZ¹³⁴) do 81,0% (Świętokrzyski OW NFZ).

Odnosząc się do zróżnicowanego dostępu do tych świadczeń w poszczególnych OW dyrektor DSOZ wyjaśniła, że możliwość realizacji KON-Pierś uwarunkowana jest jedynie potwierdzeniem przez OW NFZ spełniania wymaganych warunków określonych przez Ministra Zdrowia¹³⁵. Jeżeli świadczeniodawca nie spełnia wymaganych warunków, to świadczenia diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego piersi będą mogły być realizowane w ramach umowy PSZ na dotychczasowych zasadach. Zatem zwiększanie dostępu do onkologicznych świadczeń kompleksowych jest realizowane również przez NFZ pośrednio poprzez kwalifikację świadczeniodawców do PSZ¹³⁶ oraz zagwarantowanie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Zwróciła też uwagę, że w związku z wejściem w życie dnia 20 kwietnia 2023 r. ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej¹³⁷, rozważano modyfikację priorytetu w zakresie KON-Pierś. W 2024 r. NFZ przeprowadził pierwszą kwalifikację świadczeniodawców na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej KSO. Przepisy ustawy o KSO determinują model opieki kompleksowej i koordynację leczenia na terenie całego kraju, również w najmniejszych województwach, które mogą nie mieć szpitali spełniających kryteria dla Centrów

z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu – stan na 27 września 2024 r.

¹³⁴ W I półroczu 2024 r. dla Opolskiego OW NFZ wartość tego miernika wyniosła 78,0%; w dalszym ciągu dla Lubuskiego OW NFZ wyniosła 0,0%.

¹³⁵ Świadczeniodawca, który zamierza realizować świadczenia w zakresie KON-Pierś zobowiązany jest przedstawić każdego roku do dnia 10 listopada do właściwego OW NFZ dokumenty potwierdzające spełnienie warunków określonych dla Centrum Kompetencji Raka Piersi (dalej: CKRP). Przystąpienie do realizacji onkologicznych świadczeń kompleksowych KON-Pierś, następuje po potwierdzeniu przez właściwy OW NFZ w terminie do dnia 10 grudnia każdego roku spełnienia przez dany podmiot warunków wymaganych dla CKRP. Natomiast brak spełnienia warunków wymaganych określonych przez Ministra Zdrowia uniemożliwia funkcjonowanie podmiotów jako CKRP.

¹³⁶ Zgodnie z art. 95m ust. 1 ustawy o świadczeniach, cykliczna kwalifikacja jest wydawana na okres 4 lat.

¹³⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 1208, ze zm., dalej: KSO.

Kompetencji danego typu nowotworu (obecnie województwo lubuskie);

- d) priorytet dotyczący opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji. Jako sposób obliczenia miernika wskazano udział świadczeń ambulatoryjnych do wszystkich świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Jako wartość docelową podano 97,0% w 2022 r. Udział świadczeń ambulatoryjnych i dziennych w stosunku do wszystkich świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna (bez ryczałtów i leczenia uzależnień) dla dzieci i młodzieży w rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniósł 86,8% w tym roku¹³⁸.

Dla 2023 r. nie podano wartości miernika dla opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Jednocześnie wskazano wzrost liczby osób korzystających z poradni i oddziałów dziennych o 20,0%, przy jednoczesnym spadku hospitalizacji o 10,0%. Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że powyższa sytuacja spowodowana jest m.in. brakiem dostępności do oferty świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym, dziennym, i środowiskowym, których koszt realizacji jest niewspółmiernie niższy. Jedynie ok. 35,0% hospitalizacji zostało w przeciągu roku poprzedzonych świadczeniami ambulatoryjnymi. 60,0% nakładów finansowych na leczenie stacjonarne pozwala leczyć 6,5% pacjentów, przy czym 35,0% nakładów finansowych pozwala leczyć aż 90,0% pacjentów.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że w przypadku priorytetu ogólnopolskiego dotyczącego opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień celem priorytetu było zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji. Pożądanym wynikiem był wzrost liczby osób korzystających z poradni

¹³⁸ Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że przekazane dane obrazują udział świadczeń psychiatrycznych dla dzieci, realizowanych w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń psychiatrycznych dla dzieci, realizowanych w warunkach dziennych w stosunku do wszystkich świadczeń psychiatrycznych dla dzieci. Z uwagi na fakt, że w latach 2021 – I, II 2022 świadczenia w zakresie - ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny w całości finansowane były za pomocą jednostki rozliczeniowej – ryczałt miesięczny, który był zależny od liczby zrealizowanych świadczeń, w zestawieniu uwzględniono również dane za okres finansowany ryczałtem. Dopiero od marca 2022 roku, został wyodrębniony ryczałt miesięczny przeznaczony głównie na infrastrukturę. Dane za okres III – XII 2022 – 2024 (I półrocze) uwzględniają już wyłącznie jednostki rozliczeniowe w pkt i osobodniach.

i oddziałów dziennych o 20,0%, przy jednoczesnym spadku hospitalizacji o 10%. Jednocześnie sposób wyliczenia wskaźnika określono poprzez udział świadczeń ambulatoryjnych i dziennych w stosunku do wszystkich świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna. Przy tak określonym mierniku wartość docelowa byłaby matematycznie trudna do zdefiniowania, natomiast głównym celem było uzyskanie tendencji wzrostowej dla świadczeń ambulatoryjnych. Od 2020 roku rozpoczęło się wdrażanie reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży i w związku ze znacznym zwiększeniem dostępności do takich świadczeń ambulatoryjnych spowodowało nagły wzrost liczby dzieci korzystających ze świadczeń¹³⁹. W przypadku samej liczby hospitalizacji widoczny jest wzrost z roku na rok, natomiast jest on 3-krotnie mniejszy niż wzrost liczby dzieci korzystających ze świadczeń psychiatrycznych (odsetek dzieci hospitalizowanych z 7,4% w roku 2019 spadł do 5,8% w roku 2023) oraz liczby rehospitalizacji.

- e) Priorytet dotyczący leczenia szpitalnego – zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki po incydencie zawału mięśnia sercowego (tzw. KOS-Zawał) na terenie wszystkich OW NFZ. Jako sposób obliczania miernika wskazano iloraz liczby pacjentów objętych KOS-Zawał do „liczby zawałów”. Jako wartość docelową dla 2023 r. wskazano: 0,37; osiągnięto 0,35, zaś w I półroczu 2024 r. 0,39. Wartość tego miernika była zróżnicowana w poszczególnych OW NFZ i wyniosła (w 2023 r.) od 0,02 w Świętokrzyskim OW, 0,03 w Podlaskim OW, 0,07 w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ do 0,66 w Śląskim OW NFZ¹⁴⁰.

NFZ do dnia zakończenia czynności kontrolnych¹⁴¹ nie sporządził końcowego sprawozdania z realizacji ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych zawierających ocenę ich realizacji w latach 2019–2023.

Brak wiedzy Prezesa NFZ o „białych plamach”

Prezes NFZ nierzetelnie monitorował realizację planu zakupu świadczeń, bowiem nie dysponował zbiorczymi informacjami dotyczącymi obszarów, dla których w poszczególnych OW NFZ nie zapewniono

¹³⁹ W stosunku do roku 2019 (sprzed reformy) liczba dzieci korzystających z podstawowej opieki psychiatrycznej (bez świadczeń leczenia uzależnień, sądowych oraz ZOL) wzrosła o ponad 116,2%. Liczba pacjentów hospitalizowanych w stosunku do wszystkich korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej w roku 2023 r. wyniosła 5,8%, kiedy w roku 2019 była na poziomie 7,4%. Również widoczny jest spadek liczby hospitalizacji na pacjenta z 1,25 do 1,007, co oznacza iż w roku 2019 25,0% dzieci było hospitalizowanych więcej niż 1 raz, a w roku 2023 już tylko ok. 0,7%.

¹⁴⁰ Dla I półroczu 2024 r. najniższą wartość tego miernika odnotowano dla Świętokrzyskiego OW NFZ – 0,01, zaś w Kujawsko-Pomorskim było to – 0,07 oraz Podlaskim OW NFZ – 0,1.

¹⁴¹ Tj. do dnia 8 listopada 2024 r.

uprawnionym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupu.

Prezes Funduszu nie zbierał i nie analizował informacji o występowaniu obszarów, dla których nie zabezpieczono dostępu do świadczeń w poszczególnych OW NFZ (lub gdzie był on niewystarczający), zgodnie z przyjętymi planami zakupu świadczeń.

Z-ca Dyrektora DSOZ wyjaśnił, że taka analiza jest możliwa jedynie na poziomie OW NFZ. Odnośnie nadzoru Prezesa NFZ związanego z wykazywaniem przez część OW NFZ „białych plam”, Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że likwidowanie „białych plam” jest obowiązkiem dyrektorów OW NFZ, którzy muszą zapewnić równomierny dostęp do świadczeń zdrowotnych w swoim regionie, w ramach możliwości prawnych oraz finansowych. Zadaniem dyrektorów OW NFZ jest monitorowanie lokalnych potrzeb zdrowotnych oraz podejmowanie działań mających na celu zaspokojenie tych potrzeb. Prezes Funduszu podejmuje bieżące działania nadzorcze organizując regularne robocze spotkania z dyrektorami oddziałów wojewódzkich, które uwzględniają zagadnienia związane z kontraktowaniem i działaniami służącymi optymalnemu zabezpieczeniu dostępności świadczeń w danym regionie, uwzględniając możliwości prawne i finansowe Funduszu. Dyrektor DSOZ, w odniesieniu do „białych plam” wykazanych przez Dolnośląski OW NFZ w planie zakupu na 2022 r. wskazała, że Oddział ten przeprowadził dodatkowe postępowania konkursowe, dzięki którym wyłoniono świadczeniodawców, którzy zabezpieczyli dostęp do części świadczeń.

NIK nie podzieliła tych argumentów. W ocenie NIK, brak mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń narusza art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o *świadczeniach*, zobowiązujący Prezesa NFZ do sprawowania nadzoru nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu, a także wskazuje na niewypełnianie obowiązków związanych z kontrolą zarządczą. Nie można bowiem zarządzać ryzykiem, nie znając jego skali. Taki obowiązek został nałożony na kierownika jednostki sektora finansów publicznych, na mocy art. 68 ust. 2, pkt 7 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy o *finansach publicznych*. W związku z powyższym nie można uznać, że zabezpieczenie dostępu do świadczeń jest jedynie zadaniem dyrektorów OW NFZ. Zwłaszcza w sytuacji, gdy to Prezes NFZ zawiera umowy, a dyrektorzy działają jedynie w ramach udzielonego im przez Prezesa pełnomocnictwa

Wdrożenie mechanizmów nadzoru jest tym bardziej zasadne, że niektóre obszary, w których nie zapewniono dostępu do świadczeń w 2021 r. występowały w kolejnych latach. Wskazuje to na długotrwałe ograniczenia w dostępie do zakresów świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców części obszarów kraju, w przypadku których, w latach

2021–2024, stwierdzono występowanie „białych plam”, gdy obszarem kontraktacyjnym był powiat.

Niewykonanie świadczeń i występowanie „nadwykonań”

W latach 2021–2023 nie wykonano świadczeń o wartości odpowiednio: w 2021 r. 7 576 787,3 tys. zł, w 2022 r. 4 509 479,3 tys. zł, w 2023 r. 2 664 355,0 tys. zł¹⁴².

Jednocześnie w OW NFZ miało miejsce wykonanie świadczeń ponad limity określone w zawartych umowach. W 2021 r. było to 141 978,8 tys. zł, w 2022 r. 760 946,9 tys. zł, w 2023 r. 2 284 166,7 tys. zł, zaś w I półroczu 2024 r. 6 925 388,0 tys. zł.

Kontrole świadczeniodawców

W latach 2021–2024 (I półrocze) Fundusz skontrolował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ordynację leków. Wartość należności Funduszu z tytułu nienależycie wypłaconych środków za udzielone świadczenia zdrowotne, w tym ordynacji leków, po wyczerpaniu środków odwoławczych wyniosła 111 021,55 tys. zł, zaś wartość należności z tytułu nałożonych kar związanych z realizacją umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub ordynacją leków, po wyczerpaniu środków odwoławczych wyniosła 172 164,71 tys. zł¹⁴³. Wartość należności wyegzekwowanych z tych tytułów, w tym okresie, wyniosła 259 787,27 tys. zł.

Wartość należności NFZ z tytułu kar i nienależnie wypłaconych środków za udzielone świadczenia zdrowotne, w tym ordynacji leków (ostatecznie ustalona po wyczerpaniu środków odwoławczych), w odniesieniu do świadczeniodawców, z którymi umowa o udzieleniu świadczeń wygasła w latach 2021–2024 (I półrocze), wyniosła 2 050,64 tys. zł, zaś wyegzekwowana kwota to 691,29 tys. zł¹⁴⁴. W jedenastu OW NFZ ewidencja księgową nie pozwoliła na ustalenie, czy kwota należności dotyczy świadczeniodawcy, z którym wygasła umowa na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

¹⁴² Sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na 2021 r., 2022 r. i 2003 r. (pozycja B2).

¹⁴³ Dane zebrane przez Centralę NFZ z OW NFZ, bez Świętokrzyskiego OW NFZ.

¹⁴⁴ Dane przekazane tylko przez: Lubelski, Mazowiecki, Podlaski, Pomorski i Warmińsko-Mazurski OW NFZ. W pozostałych przypadkach ewidencja księgową nie jest prowadzona w podziale na umowy czynne i wygasłe.

5.2. Sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia

Ocena sytuacji finansowej Funduszu

W latach 2021–2023 przychody ogółem NFZ wzrosły ze 136 779 262,55 tys. zł do 148 199 018,5 tys. zł, tj. o 8,3%, przychody netto z działalności z 109 047 424,9 tys. zł do 144 302 007,2 tys. zł (tj. o 32,3%), zaś przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równe przypisowi składki ze 103 007 154,3 tys. zł do 141 019 126,9 tys. zł (tj. o 36,9%)¹⁴⁵.

Negatywnie oceniono sytuację finansową Funduszu, na co miały wpływ czynniki zewnętrzne, niezależne od działań Funduszu. W okresie objętym kontrolą (2021–2023) przychody NFZ rosły bowiem wolniej niż koszty. Przychody ogółem zwiększyły się o 8,3% (tj. realnie zmniejszyły się uwzględniając wskaźnik inflacji), zaś koszty ogółem wzrosły o 30,2%¹⁴⁶. Potwierdzeniem trudnej sytuacji finansowej NFZ w 2024 r. była również sprzedaż otrzymanych obligacji Skarbu Państwa poniżej ich wartości nominalnej.

Trudna sytuacja Funduszu była spowodowana przede wszystkim obciążeniem Funduszu na łączną kwotę ok. 113,1 mld zł¹⁴⁷, głównie z tytułu finansowania corocznego wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego (w kwocie 90,6 mld zł)¹⁴⁸. Oznacza to, że wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych w latach 2021–2023 przeznaczony był głównie na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego. NIK nie kwestionując potrzeby godnego wynagradzania pracowników systemu ochrony zdrowia, zwraca uwagę, że koszty wynagrodzeń stanowią zasadniczy składnik kosztów podmiotów leczniczych, utrzymanie tak wysokiej dynamiki ich wzrostu w przyszłych latach i uwzględnianie go w wycenach świadczeń zdrowotnych będzie

¹⁴⁵ Tj. po uwzględnieniu inflacji; dane za <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/> oraz przyjmując rok 2020 za 100.

¹⁴⁶ Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem wyniósł 114,4 w 2022 r. w stosunku do 2021 r. oraz 111,4 w 2023 r. w stosunku do 2022 r. (odpowiednio wzrost cen o 14,4% i o 11,4%). Źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/>

¹⁴⁷ NIK zauważa, że w latach 2021–2024 przychody ogółem NFZ wyniosły 604,5 mld zł (dla 2024 r. do wyliczenia przyjęto kwotę wskazaną w planie finansowym, według stanu na 10 września 2024 r.). Kwota 113,1 mld zł, stanowiła ok. 18,7% łącznych przychodów ogółem.

¹⁴⁸ Pozostałe obciążenia to m.in. przeniesienie obowiązku finansowania świadczeń dotychczas finansowanych z budżetu państwa (w 2023 r. - 9,9 mld zł, w 2024 r. - 9,7 mld zł) oraz ponoszenie kosztów na rzecz instytucji trzecich (w latach 2021–2024 ponad 2,9 mld zł).

negatywnie oddziaływało na finanse Funduszu oraz ograniczało możliwość zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów.

Plany finansowe NFZ na lata 2021–2024 zostały sporządzone stosowanie do przepisów, określonych w art. 120 i 121 ustawy o *świadczeniach*. Roczne sprawozdania NFZ w okresie objętym kontrolą zostały opracowane zgodnie z przepisami prawnymi i terminowo.

Nieprawidłowości stwierdzono przy realizacji planów finansowych NFZ, ponieważ wykonanie wybranych pozycji kosztów było wyższe niż ustalone w planie finansowym OW NFZ i Centrali NFZ, co naruszało art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy o *finansach publicznych* oraz zmieniano plan finansowy (rozwiązywanie rezerwy migracyjnej), mimo że nie zachodziły przesłanki określone art. 124 ust. 1 ustawy o *świadczeniach*.

5.2.1. OPRACOWYWANIE I DOKONYWANIE ZMIAN PLANÓW FINANSOWYCH

Sporządzanie planów finansowych

Plany finansowe NFZ na lata 2021–2024, zostały sporządzone zgodnie z art. 120 i 121 ustawy o *świadczeniach*¹⁴⁹. Podstawą ich sporządzenia były: prognozy przychodów i kosztów Funduszu na kolejne trzy lata, projekty planów finansowych Centrali oraz OW Funduszu przekazane przez dyrektorów OW. Plany finansowe były opracowywane w oparciu o wskaźniki makroekonomiczne na dany rok, przekazane przez Ministerstwo Finansów. Plany były zgodne ze wzorem planu finansowego Funduszu, określonym w załączniku do rozporządzenia w sprawie gospodarki finansowej NFZ.

Tzw. „pierwotne plany finansowe”¹⁵⁰ sporządzane na poszczególne lata były równoważone w zakresie przychodów i kosztów. W planach utworzono, zgodnie z art. 118 ust. 5 ustawy o *świadczeniach*, rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. W planach finansowych, opracowywanych na poszczególne lata okresu 2021–2024, dokonano

¹⁴⁹ Tj. w oparciu o: 3-letnie prognozy przychodów i kosztów Funduszu; projekty planów finansowych OW NFZ przekazane przez dyrektorów OW oraz projekty planów finansowych Centrali NFZ; w oparciu o wskaźniki makroekonomiczne przekazywane przez Ministerstwo Finansów, dostępne na etapie opracowywania prognoz; zgodnie ze wzorem planu finansowego Funduszu określonym przez Ministra Finansów w załączniku do rozporządzenia w sprawie gospodarki finansowej NFZ., a następnie terminowo zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, po uzyskaniu opinii Rady Funduszu oraz komisji właściwej do spraw finansów publicznych i komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁵⁰ Tj. plany finansowe przedkładane przez Prezesa NFZ do zatwierdzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

podziału środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń pomiędzy Centralę i poszczególne OW, zgodnie z postanowieniami art. 118 ustawy o świadczeniach, z uwzględnieniem: liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w OW; wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych; różnego rodzaju ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych.

Podział rodzajowy planowanych w latach 2021–2024 nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej uwzględniał m.in.: zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń; utrzymanie, co do zasady, dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń. Dyrektorzy OW NFZ dokonali podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne rodzaje świadczeń.

W przypadku zmian planu finansowego, Prezes podejmując decyzję o uruchomieniu rezerw wskazanych w art. 124 ust. 7 ustawy o świadczeniach, informował uprzednio o tym fakcie, Ministrów Zdrowia i Finansów.

Prezes NFZ przy opracowywaniu planów finansowych na lata 2021–2024 (na potrzeby opracowania prognozy przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne) wykorzystywał otrzymywane na bieżąco od ZUS i KRUS informacje o liczbie osób opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne i wartości przypisu składki w poszczególnych miesiącach. Dane te były podstawą do prognozowania wysokości przypisu ze składek na ubezpieczenie zdrowotne na lata kolejne.

Zmiany planów finansowych

Pierwotne plany finansowe NFZ (oddziałów wojewódzkich i Centrali) na poszczególne lata 2021–2024 były zmieniane w trakcie roku, co także powodowało zmiany nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej.

Zmiany planu poprzedzone były analizami uzasadniającymi ich dokonanie. W 2021 r. dokonano w Centrali i OW NFZ 100 zmian planu finansowego. W latach 2022–2024 (I półrocze) było to odpowiednio: 105, 114 oraz 45 zmian.

Część zmian polegała na zwiększeniu lub zmniejszeniu określonej pozycji planu finansowego, a następnie (w okresie niekiedy kilku dni) dokonania odwrotnej zmian (całkowicie lub częściowo)¹⁵¹. Z-ca Dyrektora

¹⁵¹ Przykładowo: - zmiana z listopada 2021 r. w odniesieniu do pozycji B planu (FM, 75+, Leki dla ciężarnych) o wartości 104 950,0 tys. zł; - zmiana z maja 2022 r. w pozycji B (Polecenia MZ), kwota 64 576,0 tys. zł; - zmiana z czerwca 2022 r. w pozycji B (Polecenia MZ), kwota 316 187,0 tys. zł; - zmiana z listopada 2022 r. w pozycji B, (Polecenia MZ; FP), kwota 424 850,0 tys. zł; - zmiana z grudnia 2023 r. w pozycji B (COVID-19, FP), kwota 44 071,0 tys. zł; - zmiana z lutego 2024 r. w pozycji B (Niepłodność, FM), kwota 24 750,0 tys. zł.

Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Centrali NFZ¹⁵² wyjaśnił, że wymienione zmiany¹⁵³ zostały wprowadzone w odpowiedzi na aktualne potrzeby, w tym m.in. na podstawie wniosków przekazanych przez Dyrektorów OW lub rozdysponowania dodatkowych środków otrzymanych przez NFZ.

W ocenie NIK, tak liczne zmiany planu (średnio co 3–4 dni) w praktyce wskazują, że nie są realizowane jego podstawowe funkcje tj. alokacji środków zgodnie z przyjętymi priorytetami, ograniczeniem i zarządzaniem ryzykiem działalności podmiotu. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, przyczyną tak licznych zmian były czynniki niezależne od Funduszu, jak np. przeznaczanie dodatkowych środków na realizację przez NFZ zadań finansowanych ze środków zewnętrznych (np. Fundusz Medyczny, Fundusz Pomocy, środki na zadania zlecone), zwiększenia prognozowanych przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, zwiększenia środków z dotacji podmiotowej, uwzględnienia przesunięć zarówno w kosztach świadczeń zdrowotnych, jak i kosztach administracyjnych, m.in. OW NFZ.

Nieprawidłowe rozwiązywanie rezerwy migracyjnej

Rezerwę migracyjną, przewidzianą w planach finansowych na poszczególne lata, rozwiązywano przed rozpoczęciem danego roku (rozpoczęciem jego realizacji), pomimo tego, że art. 124 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi, że zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu. Kwota tej rezerwy była corocznie niższa niż faktyczne wykonanie kosztów świadczeń związanych z migracją pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ. Rezerwa migracyjna w 2021 r. 3 552 613,0 tys. zł, w 2022 r. 4 178 856,0 tys. zł, w 2023 r. 5 109 010,0 tys. zł i w 2024 r. 7 273 045,0 tys. zł.

Co więcej, środki z tej rezerwy były wykorzystywane także na inny cel niż ten, dla którego ją utworzono. Rzeczywistym celem jej rozwiązania było bowiem, dążenie do zwiększenia możliwości kontraktacyjnych oddziałów i umożliwienie zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych także dla ubezpieczonych z tego oddziału wojewódzkiego.

Ograniczona baza osób opłacających składkę

Negatywny wpływ na wielkość przychodów Funduszu miała ograniczona liczba ubezpieczonych, w tym opłacających składkę. Zarówno NFZ, jak również ZUS nie dysponowały rzetelnymi informacjami pozwalającymi na ustalenie przyczyn rozbieżności dotyczące liczby ubezpieczonych wskazanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych prowadzonym

¹⁵² Dalej: DEF.

¹⁵³ Podstawa prawna: art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach.

przez Fundusz, a liczbą rezydentów podawaną przez GUS (ok 2,1 mln osób).

W latach 2021–2024 (I półrocze) liczba ubezpieczonych obowiązkowo kształtowała się na zbliżonym poziomie (w 2021 r. – 34 108 107, w 2022 r. – 34 106 175, w 2023 r. – 24 151 956, w 2024 r. (na 30 czerwca) – 34 214 440); zmniejszyła się w tym okresie liczba opłacających składkę dobrowolnie z 22 788 w 2021 r. do 17 107 w 2024 r. (30 czerwca).

NFZ dokonał weryfikacji osób nieubezpieczonych, które po wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego przez ostatnie 10 lat nie były zgłoszone do ubezpieczenia i podały miejsce zamieszkania poza RP¹⁵⁴. Weryfikacja dotyczyła 1 319 003 osób. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, największą liczbę stanowili obywatele Polski, którzy mogli wyemigrować, stąd brak ich dalszej historii ubezpieczenia zdrowotnego¹⁵⁵.

W ocenie NIK, ustalenie rzeczywistych przyczyn znacznie mniejszej liczby osób ubezpieczonych obowiązkowo, w tym opłacających składki, od liczby faktycznych rezydentów przebywających na terenie kraju może przyczynić się do zwiększenia przychodów Funduszu (rozszerzenie liczby osób podlegających ubezpieczeniu i zobowiązanych do opłacania składki), co pozytywnie wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Nierówne obciążanie składkami poszczególnych grup ubezpieczonych obowiązkowo

Wysokość średniomiesięcznej składki w 2022 r., w porównaniu do 2021 r., wzrosła o 18,4% (z 294,29 zł w 2021 r. do 348,47 zł w 2022 r.). W 2023 r. wzrost wyniósł 19,8%, zaś w I półroczu 2024 r. – 7,0%.

Różny był wzrost średniomiesięcznej składki dla poszczególnych tytułów ubezpieczenia. W przypadku „pracownika podlegającego ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu” składka wzrosła z 388,56 zł w 2021 r. do 556,57 zł w I półroczu 2024 r. Średniomiesięczna liczba tytułów, stanowiących podstawę odprowadzenia składki, kształtowała się na zbliżonym poziomie i wyniosła 11 762,9 tys. do 11 856,1 tys. W 2022 r. nastąpił znaczny wzrost przychodów NFZ z tytułu składki od osób prowadzących działalność gospodarczą¹⁵⁶. Średniomiesięczna ich wartość wzrosła z 398,84 zł

¹⁵⁴ Na 20 grudnia 2023 r.

¹⁵⁵ Grupę osób nieubezpieczonych, które podały adres zagraniczny było 732 846 osób (z grupy wszystkich nieubezpieczonych).

¹⁵⁶ Tj. Od osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, osoba prowadząca niepubliczną bądź publiczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty (kod tytułu 0510).

w 2021 r. do 784,71 zł w 2022 r., 908,55 zł w 2023 r. oraz 971,96 zł w I połowie 2024 r.

5.2.2. REALIZACJA PLANU FINANSOWEGO

Wyższa dynamika wzrostu kosztów niż przychodów Funduszu

W latach 2021–2023 przychody ogółem NFZ wzrosły ze 136 779 262,55 tys. zł do 148 199 018,5 tys. zł, tj. o 8,3%, przychody netto z działalności z 109 047 424,9 tys. zł do 144 302 007,2 tys. zł (tj. o 32,3%), zaś przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równe przypisowi składki ze 103 007 154,3 tys. zł do 141 019 126,9 tys. zł (tj. o 36,9%)¹⁵⁷.

W latach 2021–2023 koszty ogółem Funduszu wzrosły ze 126 351 582,49 tys. zł do 164 561 401,1 tys. zł (tj. o 30,2%), koszty realizacji zadań ze 115 849 613,9 tys. zł do 162 790 276,0 tys. zł (tj. o 40,5%). Koszty realizacji świadczeń wzrosły ze 112 574 184,7 tys. zł do 156 258 170,0 tys. zł (tj. o 38,8%).

Różnice pomiędzy planowanymi a zrealizowanymi przychodami ze składki ubezpieczenia zdrowotnego

W poszczególnych miesiącach okresu 2021–2024 (I–VII) wykonanie przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi odbiegały od planowanych wartości. W 2021 r. w 11 miesiącach były wyższe (na łączną kwotę 5 190 338,9 tys. zł), a w jednym niższe (na kwotę 107 053,1 tys. zł). W 2022 r. w ośmiu miesiącach były wyższe (na łączną kwotę 6 323 724,8 tys. zł), zaś w czterech miesiącach niższe (na łączną kwotę 2 141 581,5 tys. zł). W 2023 r. w dziewięciu miesiącach wyższe (na łączną kwotę 7 624 094,7 tys. zł), zaś w trzech miesiącach niższe (na łączną kwotę 2 488 764,6 tys. zł). W 2024 r. (I–VII) w dwóch miesiącach wyższe (na łączną kwotę 718 738,4 tys. zł), zaś w pięciu niższe (na łączną kwotę 2 345 107,1 tys. zł).

Jednak wielkość składek faktycznie wpływających do NFZ w latach 2021–2024 (I półrocze) odbiegała od kwot wykonania składki należnej brutto (od ZUS i KRUS; bez składek z lat ubiegłych), wskazywanej w sprawozdaniach z realizacji planów finansowych NFZ i była niższa: w 2021 r. o 375 968,7 tys. zł, w 2022 r. o 2 088 708,3 tys. zł, w 2023 r. o 2 173 518,7 tys. zł, zaś w I półroczu 2024 r. o 651 284,3 tys. zł.

NIK zwraca uwagę, że podstawę do zaciągania zobowiązań względem świadczeniodawców stanowiła planowana wartość składki należnej brutto równa przypisowi. W sytuacji niższych, faktycznych wpływów ze składki od prognozowanych i przyjętego do planu finansowego

¹⁵⁷ Tj. po uwzględnieniu inflacji; dane za <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/> oraz przyjmując rok 2020 za 100.

przychodów ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi, zwiększa to ryzyko pojawienia się w NFZ trudności z regulowaniem zobowiązań. W takiej sytuacji zasadne byłoby planowanie kosztów, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem zasady ostrożności. Wzór planu finansowego NFZ, określony rozporządzeniem Ministra Zdrowia daje taką możliwość, poprzez dokonanie odpisu aktualizującego przychody z tytułu składki należnej brutto. W latach 2021–2024, z takiej możliwości Fundusz jednak nie korzystał, wyjaśniając, że realizacja przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w latach poprzedzających rok planowania, była na poziomie zbliżonym do planowanego.

Wpływy ze składki, stan środków na rachunkach NFZ, a zobowiązania ogółem

W miesiącach 2024 r.: styczeń, luty, marzec i czerwiec wpływ składki był niższy niż stan zobowiązań na koniec tych miesięcy odpowiednio o: 2 045 699,5 tys. zł, 488 275,1 tys. zł, 37 719,6 tys. zł oraz 444 746,4 tys. zł, zaś w kwietniu i maju wyższy odpowiednio o: 259 126,6 tys. zł i 1 437 022,3 tys. zł. W I półroczu 2024 r. zmalał stan środków Funduszu na rachunkach z 14 059 606,6 tys. zł do 7 681 119,7 tys. zł na koniec czerwca 2024 r. (najniższą wartość osiągnął na koniec marca 5 589 808,7 tys. zł).

Oddziały wojewódzkie Funduszu, w latach 2021–2024 (I półrocze) nie zgłaszały trudności z bieżącym regulowaniem zobowiązań. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, pomimo niższej od planowanej realizacji przychodów w poszczególnych miesiącach 2024 r. środki zgromadzone na funduszu zapasowym NFZ oraz niższa od planowanej realizacja kosztów w tym okresie umożliwiły NFZ terminowe regulowanie zobowiązań.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela w pełni wyżej cytowanej argumentacji. NIK zauważa, że w 2024 r. doszło bowiem do istotnego wydłużenia czasu oczekiwania na uzyskanie środków przez świadczeniodawców za wykonanie niektórych świadczeń Nielimitowanych¹⁵⁸. W ten sposób doszło do odroczenia płatności, w którym to okresie możliwe było np. uzyskanie kolejnych przychodów z tytułu składki ubezpieczenia zdrowotnego lub też uzyskanie przychodów ze sprzedaży obligacji Skarbu Państwa w celu uregulowania zobowiązań. Przejawem nierównowagi systemu w takiej sytuacji było faktyczne kredytowanie Funduszu przez świadczeniodawców.

Przychody i koszty w 2021 roku

W 2021 r. zwiększono planowane przychody i koszty ogółem NFZ o 30 205 355 tys. zł (z 104 918 382 tys. zł do 135 123 737 tys. zł), w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 21 474 741 tys. zł oraz tzw.

¹⁵⁸ Analizy dokonano na przykładzie badań rezonansu magnetycznego.

„pozostałe koszty” o 9 440 585 tys. zł¹⁵⁹. Źródłem finansowania tych zmian było głównie zwiększenie planowanych: przychodów z tytułu składki¹⁶⁰ o 5 064 771 tys. zł oraz tzw. pozostałych przychodów o 25 009 215 tys. zł.

Wartość przychodów ogółem, zrealizowanych przez NFZ w roku 2021, wyniosła 136 779 262,6 tys. zł (w tym przychodów netto z działalności 109 047 424,9 tys. zł¹⁶¹), co stanowiło 101,2% wartości planowanej i była wyższa od przychodów uzyskanych w roku 2020 r. o 34 371 098,4 tys. zł (tj. o 33,6%). Największy udział w przychodach ogółem stanowiły: przychody ze składki¹⁶² 75,3% (103 007 154,3 tys. zł) oraz pozostałe przychody¹⁶³ 20,1% (27 473 218,8 tys. zł, w tym środki na finansowanie zadań związanych z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w łącznej wysokości 23 911 138,7 tys. zł).

Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2021 r. kosztów ogółem wyniosła 126 351 582,5 tys. zł (w tym kosztów realizacji zadań 115 849 613,9 tys. zł¹⁶⁴) i była wyższa od poniesionych w 2020 r. o 21 547 506,4 tys. zł, tj. o 20,6%.

¹⁵⁹ Ustalona w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2021 r., wartość planowanych pozostałych kosztów wynosiła 640 761 tys. zł; plan pierwotny - plan finansowy NFZ na 2021 r. zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów 30 września 2020 r.

¹⁶⁰ Tj. składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki.

¹⁶¹ Przychody netto z działalności to: składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki - planowany odpis aktualizujący składkę należną + przychody ze składek z lat ubiegłych - koszt poboru i ewidencjonowania składek - odpis dla AOTMiT, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy + przychody wynikające z przepisów o koordynacji + przychody z tytułu realizacji zadań zleconych + dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b, 2c i 2e ustawy + dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego + dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy.

¹⁶² Tj. składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki.

¹⁶³ Przychody z pozostałej działalności Funduszu obejmują w szczególności: darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwotę umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikającą z rozliczeń międzyokresowych przypadającą na rok planowania, przychody z innych opłat ustawowych, w tym m.in. opłatę od środków spożywczych i opłatę ze sprzedaży alkoholu w opakowaniach do 300 ml, opłatę z tytułu obronności, opłatę dodatkową za ubezpieczenie dobrowolne, opłatę za zmianę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przychody ze sprzedaży towarów i materiałów, zmianę stanu produktów, przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych, odpisane zobowiązania, otrzymane odszkodowania, kary i grzywny, rozwiązane rezerwy, przychody korygujące przychody lat ubiegłych i inne (w tym środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, Funduszu Medycznego oraz Funduszu Solidarnościowego).

¹⁶⁴ Koszty realizacji zadań to: obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną + koszty świadczeń opieki zdrowotnej + koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie + koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego + koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy + koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy + koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy.

Największy udział w kosztach ogółem stanowiły: koszty świadczeń opieki zdrowotnej 89,1% oraz pozostałe koszty 7,3%. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 112 574 184,7 tys. zł¹⁶⁵, tj. 93,7% planu. Nie zrealizowano świadczeń o wartości 7 576 787,3 tys. zł.

Poniesione w roku 2021 pozostałe koszty¹⁶⁶ w wysokości 9 232 146,6 tys. zł stanowiły 91,6% wartości planowanej i były wyższe od kosztów poniesionych w 2020 r. o 6 818 608,9 tys. zł. Największy udział w pozycji pozostałe koszty stanowiły tzw. inne koszty.

Wartość innych kosztów poniesionych w 2021 r. przez NFZ wyniosła 9 221 429,8 tys. zł¹⁶⁷, były to m.in.: odpisy aktualizujące należności: 595 766,6 tys. zł; koszty sądowe: 1 226,3 tys. zł; koszty zapewnienia bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów w czasie pandemii COVID-19: 121 846,0 tys. zł; koszty finansowania ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu medycznego i jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu niemedycznego: 7 528 270,8 tys. zł; miejsc odpoczynku dla personelu szpitali jednoimiennych i szpitali z oddziałami zakaźnymi: 9 560,0 tys. zł; zobowiązania wynikające z kwot wypłaconych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach: 530 423,3 tys. zł); pozostałe: 412 625,8 tys. zł, w tym m.in. odpis dla ABM w wysokości 286 174,5 tys. zł, środki finansowe przekazane dla Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu w wysokości 117 000 tys. zł, opłata roczna abonamentowa dla Urzędu Prokuraturii Generalnej RP w wysokości 246 tys. zł.

„Wynik na działalności” i „wynik finansowy ogółem netto” w 2021 roku

„Wynik na działalności”¹⁶⁸ zamknął się stratą w wysokości (-)6 802 189,0 tys. zł. Fundusz zamknął rok dodatnim „wynikiem finansowym ogółem netto”¹⁶⁹, który wyniósł 10 427 680,1 tys. zł. W ocenie NFZ, kluczowymi czynnikami wpływającymi na wynik finansowy

¹⁶⁵ Wartość odnotowanych w ewidencji pozabilansowej świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła w 2021 r. 141 979 tys. zł.

¹⁶⁶ Pozostałe koszty Funduszu obejmują: koszty wydania i utrzymania kart ubezpieczenia, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych, inne rezerwy, inne koszty.

¹⁶⁷ Inne koszty Funduszu obejmują: koszty sądowe, zapłacone kary, grzywny, odszkodowania, wartość sprzedanych towarów i materiałów, odpis aktualizujący należności, wartość zbytych niefinansowych aktywów trwałych, pozostałe odpisy aktualizujące, opłatę abonamentową na rzecz Prokuraturii Generalnej, odpis dla ABM, odpis na Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej oraz pozostałe.

¹⁶⁸ Tj. przychody netto z działalności – koszty realizacji zadań - pozycja C planu finansowego NFZ.

¹⁶⁹ Pozycja I planu finansowego NFZ.

netto było niepełne wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyższa niż planowano wartość zrealizowanych przychodów ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi¹⁷⁰.

Przychody i koszty w 2022 roku

W 2022 r. dokonano zwiększenia planowanych przychodów i kosztów ogółem NFZ o 24 532 131 tys. zł (z 114 125 014 tys. zł do 138 657 145 tys. zł), w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 23 790 603 tys. zł. Źródłem finansowania tych zmian było m.in. zwiększenie planowanych: przychodów z tytułu składki o 14 350 993 tys. zł, tzw. pozostałych przychodów o 5 252 740 tys. zł, przychodów finansowych o 1 158 731 tys. zł.

Wartość zrealizowanych przez NFZ w roku 2022 przychodów ogółem wyniosła 140 767 827,1 tys. zł (w tym przychodów netto z działalności 129 422 685,1 tys. zł¹⁷¹), co stanowiło 101,5% wartości planowanej i była wyższa od przychodów uzyskanych w roku 2021 r. o 3 988 564,6 tys. zł (tj. o 2,9%). Największy udział w przychodach ogółem stanowiły: przychody ze składki 86,7% (121 990 729,5 tys. zł) oraz pozostałe przychody¹⁷² 7% (9 857 316,1 tys. zł, w tym środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w wysokości 8 372 313,7 tys. zł).

Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2022 r. kosztów ogółem wyniosła 133 531 795,4 tys. zł (w tym kosztów realizacji zadań

¹⁷⁰ O 2 550 900,3 tys. zł.

¹⁷¹ Przychody netto z działalności to: składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki - planowany odpis aktualizujący składkę należną + przychody ze składek z lat ubiegłych - koszt poboru i ewidencjonowania składek - odpis dla ABM, o którym mowa w art. 97 ust. 3e Ustawy + przychody wynikające z przepisów o koordynacji + przychody z tytułu realizacji zadań zleconych + dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b, 2c, 2e i 4c ustawy + dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego + dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy + środki uzyskane z tytułu opłat, o których mowa w art. 12a ust. 1 i art. 12i ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956 i 2469), oraz w art. 92 ust. 11 i 21 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119 i 2469) + środki z funduszy celowych.

¹⁷² Przychody z pozostałej działalności Funduszu obejmują w szczególności: darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwotę umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikającą z rozliczeń międzyokresowych przypadającą na rok planowania, opłatę z tytułu obronności, opłatę dodatkową za ubezpieczenie dobrowolne, opłatę za zmianę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przychody ze sprzedaży towarów i materiałów, zmianę stanu produktów, przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych, odpisane zobowiązania, otrzymane odszkodowania, kary i grzywny, rozwiązane rezerwy, przychody korygujące przychody lat ubiegłych, środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i z Funduszu Pomocy.

130 839 486,1 tys. zł¹⁷³) i była wyższa od poniesionych w 2021 r. o 7 180 212,9 tys. zł, tj. o 5,7%. Największy udział w kosztach ogółem stanowiły: koszty świadczeń opieki zdrowotnej 94,9%, koszt realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego 2,4% oraz pozostałe koszty 1,0%. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 126 724 740,7 tys. zł¹⁷⁴, tj. 96,6% planu. Nie zrealizowano świadczeń o wartości 4 509 479,3 tys. zł.

Poniesione w roku 2022 koszty z tytułu realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły 3 151 477,5 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 6 155,5 tys. zł i wyższe od kosztów poniesionych w roku 2021 o 702 098,6 tys. zł, tj. o 28,7%.

Poniesione w roku 2022 pozostałe koszty w wysokości 1 392 214,3 tys. zł stanowiły 81,8% wartości planowanej i były niższe od kosztów poniesionych w 2021 r. o 7 839 932,3 tys. zł. Największy udział w tej pozycji stanowiły tzw. inne koszty. Wartość poniesionych w 2022 r. przez NFZ innych kosztów wyniosła 1 377 238,3 tys. zł: z tego m.in.: odpisy aktualizujące należności w wysokości: 38 814,8 tys. zł; koszty sądowe w wysokości: 879,6 tys. zł; zapłacone kary, grzywny i odszkodowania w wysokości: 19,2 tys. zł; koszty w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w łącznej wysokości: 1 317 867,0 tys. zł, z tego m.in.: koszty finansowania ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu medycznego i jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu niemedycznego w wysokości: 1 110 504,9 tys. zł; koszty dotyczące zwiększenia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców w wysokości: 205 212,2 tys. zł; pozostałe koszty w łącznej wysokości: 19 620,3 tys. zł, w tym m.in. pozostałe odpisy aktualizujące w wysokości 24,6 tys. zł, opłata roczna abonamentowa dla Urzędu Prokuraturii Generalnej RP, w wysokości 209,4 tys. zł.

„Wynik na działalności” i „wynik finansowy ogółem netto” w 2022 roku

„Wynik na działalności” zamknął się stratą w wysokości (-)1 416 801,0 tys. zł. Miało to miejsce w sytuacji niewykonania kosztów świadczeń zdrowotnych na kwotę 4 509 479,3 tys. zł, tj. 96,6% planu finansowego. Fundusz zamknął rok dodatnim „wynikiem finansowym ogółem netto” w kwocie 7 236 031,7 tys. zł. W ocenie NFZ, kluczowymi

¹⁷³ Koszty realizacji zadań to: obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną + koszty świadczeń opieki zdrowotnej + koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie + koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego + koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy + koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy + koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c i pkt 16 i 17 ustawy.

¹⁷⁴ Wartość odnotowanych w ewidencji pozabilansowej świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła w 2022 r. 760 946,9 tys. zł.

czynnikami wpływającymi na wynik finansowy netto było niepełne wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyższa niż planowano „wyniku na pozostałej działalności” o 2 350 188,8 tys. zł.

Przychody i koszty w 2023 roku

W 2023 r. zwiększono planowane przychody ogółem NFZ o 1 713 581 tys. zł (z 144 157 194 tys. zł do 145 870 775 tys. zł), zaś planowane koszty ogółem o 2 399 435 tys. zł (z 144 157 194 tys. zł do 167 556 629 tys. zł, tj. o 16,2%), w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 22 450 746 tys. zł (z 136 471 779 tys. zł do 158 922 525 tys. zł tj. o 16,5%). Źródłem finansowania tych zmian były głównie środki pochodzące z funduszu zapasowego NFZ w wysokości 20 419 879 tys. zł¹⁷⁵, rezerwa ogólna w wysokości 1 338 175 tys. zł¹⁷⁶.

Wartość przychodów ogółem, zrealizowanych przez NFZ w roku 2023, wyniosła 148 199 018,5 tys. zł (w tym przychodów netto z działalności 144 302 007,2 tys. zł¹⁷⁷), co stanowiło 101,6% wartości planowanej i była wyższa od przychodów uzyskanych w roku 2022 o 7 431 191,4 tys. zł (tj. o 5,3%). Największy udział w przychodach ogółem stanowiły: przychody ze składki 95,2% (141 019 126,9 tys. zł) oraz pozostałe przychody¹⁷⁸ 1,6% (2 296 210,9 tys. zł), a także środki z funduszy celowych 1,4% (2 074 689,3 tys. zł).

¹⁷⁵ Przeznaczone na dodatkowe koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁷⁶ Jw.

¹⁷⁷ Przychody netto z działalności to: składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki - planowany odpis aktualizujący składkę należną + przychody ze składek z lat ubiegłych - koszt poboru i ewidencjonowania składek - odpis dla AOTMiT, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy - odpis dla ABM, o którym mowa w art. 97 ust. 3e Ustawy - odpis dla Funduszu Kompensacyjnego, o którym mowa w art. 97 ust. 3i i 3j ustawy + przychody wynikające z przepisów o koordynacji + przychody z tytułu realizacji zadań zleconych + dotacja z budżetu państwa na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy+ dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy + środki uzyskane z tytułu opłat, o których mowa w art. 12a ust. 1 i art. 12i ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym oraz w art. 92 ust. 11 i 21 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi + środki z funduszy celowych.

¹⁷⁸ Przychody z pozostałej działalności Funduszu obejmują w szczególności: darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwotę umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikającą z rozliczeń międzyokresowych przypadającą na rok planowania, opłatę z tytułu obronności, opłatę dodatkową za ubezpieczenie dobrowolne, opłatę za zmianę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przychody ze sprzedaży towarów i materiałów, zmianę stanu produktów, przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych, odpisane zobowiązania, otrzymane odszkodowania, kary i grzywny, rozwiązane rezerwy, przychody korygujące przychody lat ubiegłych, środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i z Funduszu Pomocy.

Wartość zrealizowanych kosztów ogółem wyniosła 164 561 401,1 tys. zł (w tym kosztów realizacji zadań 162 790 276,0 tys. zł¹⁷⁹) i była wyższa od poniesionych w roku 2022 o 31 029 605,7 tys. zł, tj. o 23,2%. Największy udział w kosztach ogółem stanowiły: koszty świadczeń opieki zdrowotnej 94,9%, koszt realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego 2,3%. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 156 258 170,0 tys. zł¹⁸⁰, tj. 98,3% planu. Nie zrealizowano świadczeń o wartości 2 664 355,0 tys. zł.

Poniesione w roku 2023 koszty z tytułu realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły 3 767 606,2 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 23 261,8 tys. zł i wyższe od kosztów poniesionych w 2022 r. o 616 128,7 tys. zł, tj. o 19,6%.

Poniesione w roku 2023 pozostałe koszty w wysokości 345 779,1 tys. zł stanowiły 91,0% wartości planowanej i były niższe od poniesionych w 2022 r. o 1 046 435,2 tys. zł. Największy udział w tej pozycji stanowiły tzw. inne koszty. Wartość poniesionych w 2023 r. przez NFZ innych kosztów wyniosła 334 985,5 tys. zł: z tego m.in.: odpisy aktualizujące należności w wysokości 38 155,3 tys. zł; koszty sądowe w wysokości 1 930,1 tys. zł; koszty w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w wysokości: 219 442,2 tys. zł, koszty dotyczące zwiększenia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców w wysokości: 228 841,0 tys. zł; pozostałe koszty w łącznej wysokości: 75 374,1 tys. zł¹⁸¹.

„Wynik na działalności” i „wynik finansowy ogółem netto” w 2023 roku

„Wynik na działalności” zamknął się stratą w wysokości (-)18 488 268,8 tys. zł. Miało to miejsce w sytuacji niewykonania kosztów świadczeń zdrowotnych na kwotę 2 664 355,0 tys. zł, tj. 1,7% planu finansowego. Fundusz zamknął rok stratą netto w kwocie (-)16 362 382,6 tys. zł. Odnotowany na koniec 2023 r. „wynikiem finansowym ogółem netto” NFZ był konsekwencją dokonanej zmiany planu finansowego skutkującej zwiększeniem planów oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu jedynie po stronie kosztów,

¹⁷⁹ Koszty realizacji zadań to: obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną + koszty świadczeń opieki zdrowotnej + koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie + koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego + koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy + koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy + koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3d, 3e, 3f, 4c i 4d, 16 i 17 ustawy.

¹⁸⁰ Wartość odnotowanych w ewidencji pozabilansowej świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła w 2023 r. 2 284 166,7 tys. zł.

¹⁸¹ Kwotę 75 374,1 tys. zł stanowiły w szczególności utworzone w księgach rachunkowych Funduszu za 2023 r. bierne rozliczenia kosztów na rzecz pracowników NFZ, związane z kosztami odpraw emerytalnych, rentowych, nagród jubileuszowych, w kwocie 71 245,1 tys. zł.

o dodatkowe środki finansowe pochodzące z funduszu zapasowego NFZ.

Pokrycie straty z funduszu zapasowego

W celu pokrycia straty za rok 2023 Prezes NFZ wystąpił do Rady Funduszu z wnioskiem o pokrycie straty za 2023 r. ze środków funduszu zapasowego. Rada Funduszu uchwałą Nr 14/2024/IV Rady NFZ z 18 czerwca 2024 r., postanowiła pokryć stratę netto funduszu zapasowego NFZ w pełnej kwocie.

Przychody i koszty w 2024 roku

W „pierwotnym”¹⁸² planie finansowym NFZ na 2024 r. przychody i koszty ogółem NFZ określono na 168 415 572,0 tys. zł. W trakcie I półrocza plan był zmieniany. Na 30 czerwca 2024 r. przychody ogółem zostały zwiększone do 175 453 202,0 tys. zł, zaś koszty ogółem do 178 545 199,0 tys. zł.

W I półroczu 2024 r. dokonano zwiększenia planowanych przychodów ogółem NFZ o 7 037 630,0 tys. zł (tj. o 4,2%), zaś planowanych kosztów ogółem o 10 129 627 tys. zł (tj. o 6,0%), w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 8 985 984 tys. zł (z 157 558 513,0 tys. zł do 166 544 497 tys. zł, tj. o 5,7%). Źródłem finansowania tych zmian było w szczególności zwiększenie planowanych przychodów z tytułu składki o 5 416 714 tys. zł, zwiększenie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy o 1 246 000 tys. zł.

W I półroczu 2024 r. Prezes NFZ podjął również dwie decyzje o uruchomieniu funduszu zapasowego¹⁸³, na łączną kwotę 3 091 997 tys. zł, z przeznaczeniem na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym kosztów świadczeń wykonanych w 2023 r. na łączną kwotę 2 237 597,4 tys. zł (świadczenia ponadumowne w limitowanych zakresach świadczeń – 1 744 178,8 tys. zł i świadczenia ponadumowne w nielimitowanych zakresach świadczeń 493 418,6 tys. zł).

W I półroczu 2024 r. przychody ogółem NFZ wyniosły 87 953 566,2 tys. zł, z tego przychody z tytułu składki 76 706 830,8 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 2 674 944,8 tys. zł.

Koszty ogółem wyniosły 88 285 712,6 tys. zł, w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej Funduszu zrealizowane zostały w wysokości 82 914 202,2 tys. zł, tj. na poziomie 99,6% planu okresu¹⁸⁴. W badanym okresie 2024 r. Narodowy Fundusz Zdrowia odnotował stratę netto w wysokości: (-)332 146,3 tys. zł. Strata ta miała miejsce w sytuacji, gdy w zakresie pozostałej działalności Fundusz odnotował na koniec czerwca

¹⁸² Tj. zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 września 2023 r.

¹⁸³ Tj. decyzja z 4 marca 2024 r. oraz z 21 maja 2024 r.

¹⁸⁴ Wartość świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców ponad limit określony w umowach w I półroczu 2024 r., wyniosła 6 925 388,0 tys. zł.

2024 r. nadwyżkę przychodów nad kosztami w wysokości 4 061 800,8 tys. zł.

W II półroczu 2024 r. plan finansowy NFZ podlegał dalszym zmianom. Zgodnie z planem finansowym NFZ z 10 września 2024 r. przychody ogółem określono na 178 756 585 tys. zł, z tego przychody z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki ustalono na 158 763 551 tys. zł. Koszty ogółem ustalono na 188 172 093 tys. zł, w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej na 177 103 718 tys. zł.

Sprzedaż przez NFZ obligacji Skarbu Państwa

Według stanu na 5 czerwca 2024 r. NFZ, posiadał obligacje skarbowe, dla których wydano listy emisyjne o łącznej wartości 3 375 000,0 tys. zł¹⁸⁵, w tym o wartości nominalnej 375 000,0 tys. zł otrzymanych w dniu 30 grudnia 2022 r.¹⁸⁶ oraz 3 000 000,0 tys. zł otrzymanych w dniu 5 czerwca 2024 r.¹⁸⁷ Według wyceny tych obligacji na dzień 5 czerwca 2024 r., dokonanej na wniosek NFZ przez Bank Gospodarstwa Krajowego, ich wartość notowana na giełdzie stanowiła kwotę 3 246 mln zł – różnica ok. 130 mln zł.

Prezes Funduszu 6 czerwca 2024 r. wystąpił z wnioskiem do Ministra Finansów o wyrażenie zgody na zbycie obligacji otrzymanych w 2022 r. i 2024 r. Minister Finansów poinformował, że odnośnie sprzedaży obligacji skarbowych na rynku wtórnym przez podmioty, które nieodpłatnie otrzymały te papiery wartościowe ustalono, m.in. następującą zasadę: dziennie jednostka może zaoferować do sprzedaży obligacje skarbowe o łącznej wartości nominalnej nie wyższej niż 50 000 000 (pięćdziesiąt milionów) złotych, a kwartalnie nie wyższej niż 500 000 000 (pięćset milionów) złotych.

Powyższa zasada pozwalała NFZ na sprzedaż obligacji z 5 czerwca 2024 r. na poziomie jedynie 1,5 mld zł w 2024 r. (III kw. 2024 r. od czasu otrzymania obligacji). Minister Finansów na wniosek NFZ z 1 lipca 2024 r. uznał za dopuszczalne odstępstwo od tej zasady dotyczącej kwartalnego limitu sprzedaży pod warunkiem, że NFZ dziennie będzie sprzedawał obligacje o łącznej wartości nominalnej nie większej niż 50 000 tys. zł. Jednocześnie zaznaczył, że w przypadku jednej z emisji obligacji z 2022 r.

¹⁸⁵ Podstawą prawną otrzymania przez NFZ obligacji Skarbu Państwa były przepisy art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 16 stycznia 2024 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2024 (Dz. U. poz. 123) oraz art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2022 (Dz. U. poz. 2445, ze zm.).

¹⁸⁶ Planowany termin wykupu 25 listopada 2031 r. oraz 25 kwietnia 2032 r.

¹⁸⁷ Planowany termin wykupu 25 kwietnia 2026 r., 25 lipca 2029 r., 25 listopada 2029 r. i 25 października 2033 r.

(o wartości 187,5 mln zł) jest duża różnica w cenie w przypadku sprzedaży¹⁸⁸.

Uchwałą Nr 23/2024/IV z dnia 11 lipca 2024 r. Rada NFZ wyraziła zgodę na sprzedaż przedmiotowych obligacji. Według stanu na 30 września 2024 r. Fundusz zbył obligacje Skarbu Państwa o wartości nominalnej 1 500 000 tys. zł. Kwota uzyskana z tytułu zbycia obligacji wyniosła 1 451 669 tys. zł¹⁸⁹. Do końca września 2024 r. sfinansowano ze środków uzyskanych z tytułu skarbowych papierów wartościowych koszty świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie 1 298 374,8 tys. zł.

Odnosnie do sytuacji w roku 2024 r. Dyrektor DEF wyjaśnił, że odnotowane przez NFZ w okresie I-VII 2024 r. przychody ogółem były niższe od poniesionych kosztów ogółem i są odzwierciedleniem dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. skutkujące zwiększeniem planów OW i Centrali Funduszu jedynie po stronie kosztów, o dodatkowe środki finansowe pochodzące z funduszu zapasowego NFZ, w łącznej wysokości 9 415 508,0 tys. zł. W następstwie powyższego powstała możliwość niezbilansowania poniesionych kosztów z uzyskanymi przychodami w kwocie nie większej niż środki zgromadzone na funduszu zapasowym. Dodatkowo wyjaśnił, że na bieżąco monitoruje realizację przychodów i kosztów oraz poziom wyniku finansowego ujętych w planie finansowym. Zgodnie ze sprawozdaniem z wykonania planu finansowego NFZ za okres styczeń–sierpień 2024 r. stopień realizacji przychodów ogółem powyższy okres wyniósł 100,0%, przy poziomie realizacji kosztów ogółem 97,6% oraz wyniku finansowym o 3 048 383,7 tys. zł wyższym niż planowany na ten okres.

Opóźnienia w zapłacie za świadczenia nielimitowane

Wartości niesfinansowanych i niezręczonych przez świadczeniodawców świadczeń nielimitowanych, zrealizowanych ponad limit określony w umowie w latach 2021–I kw. 2024 r., wyniosła: za 2021 r. 4208,7 tys. zł, za 2022 r. 2324,0 tys. zł, za 2023 r. 12 732,3 tys. zł, zaś za I kw. 2024 r. 91 440,1 tys. zł¹⁹⁰.

Z kolei wartość niesfinansowanych ponadlimitowych świadczeń zrealizowanych w I półroczu 2024 r. w zakresach nielimitowanych i pozytywnie zweryfikowanych wzrosła do 1 652 643,3 tys. zł¹⁹¹.

¹⁸⁸ Na posiedzeniu Rady Funduszu dnia 11 lipca 2024 r. Dyrektor DEF NFZ poinformował, że w związku z dużą stratą w momencie sprzedaży tych obligacji, ze strony Ministra Finansów była sugestia, żeby ze sprzedażą tych obligacji jeszcze poczekać, w przyszłości może będzie można uzyskać lepsze środki.

¹⁸⁹ W 2023 r. z tytułu posiadania obligacji Skarbu Państwa NFZ uzyskał odsetki w kwocie 16 884,4 tys. zł, zaś w 2024 r. 58 584,4 tys. zł.

¹⁹⁰ Pismo NFZ z 17 września 2024 r.

¹⁹¹ Stan na 23 września 2024 r. pismo NFZ z dnia 23 września 2024 r.

Wartość niesfinansowanych i niezreczonych świadczeń ponadlimitowych, zrealizowanych w I półroczu br. w zakresach Nielimitowanych była następstwem:

- braku złożenia przez świadczeniodawcę wniosku po zakończeniu II kwartału o zapłatę za nadwykonane świadczenia Nielimitowane,
- trwającej weryfikacji świadczeń i wniosku przekazanych przez świadczeniodawcę do oddziału wojewódzkiego Funduszu o zapłatę za nadwykonane świadczenia Nielimitowane,
- uzupełniania przez świadczeniodawców sprawozdawczości lub sprawozdawania przez świadczeniodawcę kolejnych świadczeń ponadlimitowych po terminie sporządzenia przez oddział wojewódzki aneksów rozliczających I półrocze br.,
- braku złożenia przez świadczeniodawcę wniosku o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe dla umów zakończonych w I półroczu br. (tj. wypłaty wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w trybie art. 132c ustawy o świadczeniach),
- braku akceptacji przez część świadczeniodawców propozycji aneksu finansującego nadwykonane w I półroczu br. świadczenia z uwagi na niekompletną sprawozdawczość,
- braku „wolnych” środków finansowych, niezaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pozostających w planach oddziałów wojewódzkich, które mogłyby być wykorzystane przez oddziały na zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Według stanu na 11 października 2024 r., wartość niesfinansowanych i niezreczonych ponadlimitowych świadczeń zrealizowanych w I półroczu 2024 r. w zakresach Nielimitowanych zmniejszyła się do 316 883,7 tys. zł.

Przekazywanie przez NFZ środków na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego

W latach 2021–2023 Fundusz przekazywał świadczeniodawcom środki finansowe na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyków (ze specjalizacją), a także pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych oraz niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ich wartość wyniosła: w 2021 r. – 8 069 785,3 tys. zł, w 2022 r. – 4 435 874,0 tys. zł, w 2023 r. – 18 539,4 tys. zł.

Łącznie w latach 2021–2023 poniesiono koszty z tego tytułu 12 524 198,7 tys. zł.

Rekomendacje AOTMiT w sprawie wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego

Od II półrocza 2022 r. środki na wzrost wynagrodzeń wprowadzane były, w drodze zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia, rekomendacji przygotowanych przez Prezesa AOTMiT¹⁹², które uwzględniały we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy *o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego*.

Skutki finansowe wprowadzenia tych rekomendacji wyniosły:

- w 2022 r. II półrocze – ok. 9 270 000,0 tys. zł (nr 65/2022 z 13 lipca 2022 r.),
- w 2023 r. I półrocze – ok. 9 270 000,0 tys. zł (nr 65/2022 z 13 lipca 2022 r.),
- w 2023 r. II półrocze – ok. 7 963 817,7 tys. zł i 9 270 000,0 tys. zł (nr 54/2023 z 31 maja 2023 r. i 65/2022 z 13 lipca 2022 r.),
- w 2024 r. I półrocze – ok. 7 963 817,7 tys. zł i 9 270 000,0 tys. zł (nr 54/2023 z 31 maja 2023 r. i 65/2022 z 13 lipca 2022 r.),
- w 2024 r. II półrocze – ok. 7 856 970,0 tys. zł, 7 963 817,7 tys. zł i 9 270 000,0 tys. zł (nr 48/2024 z 24 maja 2024 r., 54/2023 z 31 maja 2023 r. i 65/2022 z 13 lipca 2022 r.).

Łącznie skutki finansowe związane z przywołaną ustawą wyniosły w latach 2022–2024 – 78 098 423,1 tys. zł¹⁹³.

Rekomendacja AOTMiT nr 65/2022

Prezes AOTMiT w rekomendacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. wskazał trzy warianty wzrostu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniające we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy *o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego*. Minister Zdrowia zatwierdził wariant środkowy (nr 2). Koszty wprowadzenia wyniosły w pierwszym roku (2022 r. II półrocze i 2023 r. I półrocze) obowiązywania ok. 18 540 000,0 tys. zł.

Rekomendacja AOTMiT nr 54/2023

W dniu 5 czerwca 2023 r. Prezes AOTMiT wydał Obwieszczenie w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes Agencji rekomendował wzrost poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (trzy warianty) uwzględniający we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy *o zmianie ustawy o sposobie*

¹⁹² Rekomendacje w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r., 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. i 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r.

¹⁹³ 46 350 000 tys. zł - rekomendacja nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r., 23 891 453 tys. zł - rekomendacja nr 54/2023 z 31 maja 2023 r. i 7 856 970,0 tys. zł - rekomendacja Nr 48/2024 z 24 maja 2024 r.

ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów. W zależności od przyjętego wariantu, koszt realizacji zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia, rekomendacji Prezesa AOTMiT oszacowano w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie na kwoty od 6,91 mld zł do 15,05 mld zł. Przyczyną wydania rekomendacji był wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej¹⁹⁴. Minister Zdrowia zatwierdził do realizacji rekomendacje uwzględnione w najwyższym wariantcie (nr 3), tj. w wariantcie najbardziej obciążającym koszty dla NFZ¹⁹⁵.

Rekomendacja AOTMiT nr 48/2024

Prezes AOTMiT przygotował na zlecenie Ministra Zdrowia rekomendację Nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia, 13 czerwca 2024 r., ponownie zatwierdził do realizacji rekomendację w wariantcie najbardziej obciążającym koszty dla NFZ (nr 3), tj.: w wariantcie uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów oraz uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, w tym istotnych dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu oraz zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych w ryczałcie PSZ i liczby jednostek rozliczeniowych w obszarach o największym potencjale do wzrostu liczby realizowanych świadczeń, co do których jednocześnie wystąpiły największe różnice pomiędzy wartością zawartych umów na okres styczeń–marzec 2024, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie. Aneksowaniem objęto 35 687 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwiększając ich wartość na II półrocze 2024 r. o 7 856 969,98 tys. zł.

¹⁹⁴ W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 1 lipca 2024 r. wzrost minimalnego wynagrodzenia dla lekarzy, lekarzy dentyków ze specjalizacją wyniósł 94,5% - wyliczenie własne NIK.

¹⁹⁵ Wariant nr 3 uwzględniający we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego, oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów oraz dodatkowo uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ, wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, wzrostu inflacji, dodatkowego wzmocnienia dla wybranych obszarów, a także poziomu realizacji umów w pierwszych miesiącach 2023 roku, w szczególności ryczałtu PSZ, a także dodatkowo dokonanie wzmocnienia wycen w wybranych obszarach (interna/chirurgia ogólna/położnictwo) o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Wyjaśnienia Ministra Zdrowia odnośnie wyboru rekomendacji AOTMiT

Minister Zdrowia odnośnie wyboru najkosztowniejszych wariantów rekomendacji Prezesa AOTMiT w 2023 r. i 2024 r. wyjaśnił, że wprowadzenie w życie przepisów ustawy o wynagrodzeniach wiąże się z istotnymi skutkami finansowymi dla NFZ, co zostało również sformułowane w ocenie skutków regulacji w ramach prac nad tą ustawą. Podkreślił, że przyjęte warianty rekomendacji zawierały rozwiązania najkorzystniejsze dla placówek medycznych i personelu, a przy wyborze wariantu rekomendacji kierował się przede wszystkim koniecznością poprawy sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, urealnienia wyceny oraz poprawy dostępności do świadczeń, w szczególności w sytuacji występowania długu zdrowotnego spowodowanego epidemią COVID-19, co było możliwe dzięki m.in. wzmocnieniu wycen w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu, czyli głównie placówek powiatowych.

O sytuacji finansowej NFZ na Sejmowej Komisji Zdrowia

Potwierdzeniem oceny NIK dotyczącej trudnej sytuacji finansowej NFZ są wypowiedzi Zastępcy Prezesa NFZ na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia w dniu 1 października 2024 r.¹⁹⁶, który stwierdził m.in. że „największy wpływ na stronę kosztową, to pozycje związane z rekomendacjami prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącymi realizacji ustawy o minimalnym wynagrodzeniu właśnie”. Ponadto dodał, że „z tytułu realizacji ustawy o minimalnym wynagrodzeniu plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia od połowy 2022 r. do końca 2024 r. został lub zostanie obciążony – bo jeszcze mamy trzy miesiące do końca roku – kwotą blisko 80 mld zł. Do połowy przyszłego roku to będzie prawie 90 mld zł. Że z tytułu przeniesienia określonej części zadań z części 46 budżetu państwa do planu finansowego NFZ koszt roczny, który był szacowany pierwotnie na niecałe 7 mld zł, faktycznie w pierwszym roku obowiązywania ustawy opiewał na kwotę 7,7 mld zł, a więc o ponad 10% więcej niż założenie, a koszt planowany na rok 2024 to już kwota 9,5 mld zł”.

Przeniesienie na NFZ kosztów realizacji wybranych zadań oraz finansowanie podmiotów trzecich

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw*, Fundusz poniósł w 2023 r. koszty jej realizacji w wysokości 9 860 221,5 tys. zł, zaś szacowane jej koszty w 2024 r. na dzień

¹⁹⁶ Posiedzenie dotyczące "Rozpatrzenia informacji Ministra Zdrowia na temat aktualnej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia i możliwościach opłacenia nadwykonań w 2024 roku". [Zapis przebiegu posiedzenia - Sejm Rzeczypospolitej Polskiej](#) (str. 9 i 28 zapisu przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia nr 35)

30 czerwca 2024 r. zaplanowano na 8 933 127,0 tys. zł¹⁹⁷, a na dzień 30 września 2024 r. zaplanowane koszty wzrosły do 9 663 766,0 tys. zł¹⁹⁸.

W ocenie NIK, miało to negatywny wpływ na zapewnienie dostępu do świadczeń dla uprawnionych, gdyż nie przewidziano jednocześnie dodatkowych źródeł przychodów NFZ.

W latach 2021-2024 (I półrocze) NFZ ponosił łączne koszty w wysokości 2 925 009,7 tys. zł na rzecz instytucji trzecich, tj.:

- w 2021 r. odpis na rzecz ABM¹⁹⁹ w wysokości 286 174,5 tys. zł; środki finansowe przekazane dla Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu w wysokości 117 000 tys. zł²⁰⁰, opłatę roczną abonamentową dla Urzędu Prokuraturii Generalnej RP w wysokości 246 tys. zł²⁰¹, koszty poboru i ewidencjonowania składek na rzecz ZUS i KRUS 203 098,0 tys. zł;
- w 2022 r. odpis na rzecz ABM w wysokości 322 778,0 tys. zł, opłatę roczną abonamentową dla Urzędu Prokuraturii Generalnej RP w wysokości 209,4 tys. zł, środki finansowe przekazane dla Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu w wysokości 117 000 tys. zł, koszty poboru i ewidencjonowania składek na rzecz ZUS i KRUS 241 624,5 tys. zł;
- w 2023 r. odpis dla AOTMiT w wysokości 80 696 tys. zł²⁰², odpis dla ABM w wysokości 403 478 tys. zł, środki finansowe przekazane dla Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu w wysokości 117 000 tys. zł, koszty poboru i ewidencjonowania składek na rzecz ZUS i KRUS 280 048,2 tys. zł, odpis dla Funduszu Kompensacyjnego – 6 750,0 tys. zł²⁰³, opłatę abonamentową na rzecz Prokuraturii Generalnej 284 tys. zł;
- w 2024 r. (I półrocze) koszty poboru i ewidencjonowania składek od ZUS i KRUS w kwocie 157 466,5 tys. zł, środki na rzecz Funduszu

¹⁹⁷ Plan finansowy NFZ, wg stanu na 30 czerwca 2024 r. (sprawozdanie miesięczne z wykonania planu finansowego NFZ na 2024 r. za czerwiec 2024 r.).

¹⁹⁸ Według sprawozdania miesięcznego z wykonania planu finansowego NFZ na 2024 r. za wrzesień 2024 r.

¹⁹⁹ Na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 14 ustawy o świadczeniach.

²⁰⁰ W związku z realizacją zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 16 ustawy o świadczeniach.

²⁰¹ W związku z § 5 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 maja 2017 r. w sprawie osób prawnych zastępowanych przez Prokuraturę Generalną Rzeczypospolitej Polskiej oraz opłat ponoszonych za usługi prawne świadczone przez Prokuraturę Generalną Rzeczypospolitej Polskiej, a także opłat za przeprowadzenie postępowania przed Sądem Polubownym przy Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1580).

²⁰² W związku z art. 31t ust. 5-9 ustawy o świadczeniach.

²⁰³ W związku z art. 97 ust. 3i i 3j ustawy o świadczeniach.

Rozwoju Kultury Fizycznej, w wysokości 58 500,0 tys. zł, odpis dla AOTMiT w wysokości 41 155,0 tys. zł, odpis dla ABM w wysokości 460 041,0 tys. zł, odpis dla Funduszu Kompensacyjnego w wysokości 31 260,0 tys. zł, opłata abonamentowa na rzecz Prokuratury Generalnej 200,7 tys. zł

Przychody ze składek i koszty udzielania świadczeń obywatelom Ukrainy

Koszty wynikające z realizacji zadania z tytułu pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa w latach 2022–2024 (I–VII) wyniosły: 604 470,1 tys. zł w 2021 r., 832 908,8 tys. zł w 2023 r. oraz 407 975,7 tys. zł w 2024 r.

Liczba ubezpieczonych obowiązkowo zwiększyła się w latach 2021–2024 z 643,4 tys. do 808,6 tys. Kwota przypisu ze składek wyniosła w 2021 r. 1 569 767,1 tys. zł, w 2022 r. 2 241 891,5 tys. zł, w 2023 r. 2 891 974,5 tys. zł, zaś w I półroczu 2024 r. 1 681 634,3 tys. zł

Koszty finansowe

Wartość poniesionych przez NFZ w 2021 r. kosztów finansowych wyniosła 19 357,8 tys. zł i objęła m.in. odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań za świadczenia zdrowotne i leki w kwocie 1,04 tys. zł; w 2022 r. koszty finansowe wyniosły 52 253,3 tys. zł i objęły m.in.:

- odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań podatkowych i zrównanych z nimi: 0,02 tys. zł;
- odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań za świadczenia zdrowotne i leki: 1,2 tys. zł.

Z kolei koszty finansowe w 2023 r. wyniosły 24 606,5 tys. zł i objęły m.in.: odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań podatkowych i zrównanych z nimi 0,7 tys. zł.

Wartość poniesionych przez NFZ w 2024 r. (I półrocze) kosztów finansowych wyniosła 5 361,6 tys. zł, w tym m.in. (w okresie I–VII): odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań pozostałych w wysokości 0,03 tys. zł.

Z uwagi na fakt, że odsetki za zwłokę zostały zapłacone w kwocie niższej od kwoty minimalnej określonej w art. 26 ust. 1 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, co nie stanowi naruszenia, Prezes NFZ nie zawiadomił rzeczownika dyscypliny finansów publicznych o jej naruszeniu.

Koszty tzw. „opieki transgranicznej”

W latach 2021–2023 koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju, na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy o świadczeniach, wyniosły: w 2021 r. – 19 713,4 tys. zł; w 2022 r. 138 873,7 tys. zł; w 2023 r. 128 241,4 tys. zł.

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach przepisów o koordynacji

W 2021 r. OW Funduszu sfinansowały koszty rzeczowych świadczeń zdrowotnych, niezbędnych ze wskazań medycznych, udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z NFZ, obywatelom UE i EOG na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, rozliczanych na podstawie formularzy E-125, w łącznej wysokości 229 668,7 tys. zł, tj. o kwotę 15 803,0 tys. zł niższą niż w roku 2020. W 2022 r. koszty te wyniosły 343 101,4 tys. zł, tj. o kwotę 113 432,7 tys. zł wyższą niż w roku 2021, zaś w 2023 r. 533 516,0 tys. zł, tj. o kwotę 190 414,6 tys. zł wyższą niż w 2022 r. W I półroczu 2024 r. koszty te wyniosły 256 479,8 tys. zł.

Koszty realizacji przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Wartość płatności dokonanych przez NFZ z tytułu realizacji przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w latach 2021–2023 wyniosła 2 283 659,1 tys. zł, zaś wartość nieuregulowanych płatności za lata 2004–2023 r., na koniec 2023 r. wyniosła 830 428,0 tys. zł.

Koszty administracyjne

Zrealizowane w latach 2021–2023 koszty administracyjne NFZ wzrosły z 1 047 366,2 tys. zł w 2021 r. do 1 120 691,2 tys. zł w 2023 r., tj. o 7,0%. Koszty administracyjne w tym okresie nie przekraczały 1,0% kosztów ogółem²⁰⁴.

Największy udział w kosztach administracyjnych miały koszty wynagrodzeń oraz usług obcych²⁰⁵. W latach 2021–2023 nie realizowano planowanych kosztów wynagrodzeń. Niższa niż planowana realizacja kosztów wynagrodzeń wynikała m.in. z: niepełnego zatrudnienia w stosunku do przyjętego na te lata planu etatyzacji (zgodnie z planem zatrudnienia w latach 2021–2023 liczba planowanych w NFZ etatów wynosiła odpowiednio: 5912,17, 5912,21 oraz 5939,29); stan zatrudnienia na koniec lat 2021–2023 wyniósł odpowiednio: 5574,93 etatów, 5576,16 etatów oraz 5657,92 etatów. Przyczyną był m.in. brak zainteresowania potencjalnych kandydatów pracą w NFZ.

Zgodnie z planem finansowym na 2024 r. (obowiązującym w czerwcu 2024 r.), planowane koszty administracyjne ustalono na 1 505 613,0 tys. zł. Na koniec czerwca 2024 r. ich wykonanie wyniosło 610 804,7 tys. zł. Największy udział w kosztach administracyjnych miały koszty wynagrodzeń – 335 541,2 tys. zł.

Przeciętne zatrudnienie w 2021 r. wyniosło 5543,42 etatu. Prezes i jego zastępcy oraz dyrektorzy OW NFZ i ich zastępcy zatrudnieni byli na 60,59 etatach. Pozostała kadra kierownicza w Funduszu była zatrudniona średniorocznie na 906,18 etatach. W 2022 r. przeciętne roczne

²⁰⁴ W 2021 r. było to 0,83% kosztów ogółem, w 2022 r. – 0,75%, zaś w 2023 r. – 0,68%.

²⁰⁵ W 2021 r. odpowiednio 45,7% oraz 35,2%; w 2022 r. było to 52,4% oraz 26,1%; zaś w 2023 r. było to 52,4% oraz 25,9%.

zatrudnienie w przeliczeniu na etaty wzrosło i wyniosło 5565,60 etatu, w tym na stanowiskach Prezesa, jego zastępców, dyrektorów OW i ich zastępców – 61,74 etatu, zaś pozostała kadra kierownicza NFZ była zatrudniona na 907,66 etatach. W 2023 r. nastąpił dalszy wzrost przeciętnej liczby zatrudnionych w przeliczeniu na etaty i wyniósł 5612,60 etatu, z tego w odniesieniu do Prezesa NFZ, jego zastępców, dyrektorów OW i ich zastępców było to 58,71 etatu, pozostałej kadry kierowniczej 912,67 etatów.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w przeliczeniu na etat wyniosło: 7183,83 zł w 2021 r. (Prezes i jego zastępcy 39 044,36 zł, dyrektorzy OW i ich zastępcy 20 990,41 zł, pozostała kadra kierownicza 11 027,67 zł), w 2022 r. odpowiednio 7872,01 zł (34 277,10 zł, 22 370,40 zł, i 11 813,50 zł), w 2023 r. 8700,57 zł (35 360,96 zł, 24 393,02 zł i 12 910,21 zł), w 2024 r. 9553,15 zł (31 838,90 zł, 24 601,71 zł i 13 974,48 zł).

Koszty realizacji zadań inwestycyjnych w latach 2021–2023 wyniosły łącznie 422 295,5 tys. zł; zrealizowano plany na kwotę 237 182,6 tys. zł, tj. w 56,2%. W 2024 r. zaplanowano realizację zadań inwestycyjnych na kwotę 143 772,1 tys. zł, zaś na koniec I półrocza wykonano zadania o wartości 22 007,8 tys. zł (15,3%). Największy udział w planowanych kosztach realizacji zadań inwestycyjnych w latach 2021–2024 (I półrocze) miały zakupy zestawów komputerowych.

Koszt wynajmu powierzchni biurowej, pomocniczej, miejsc postojowych i pozostałych kosztów wyniósł²⁰⁶: w 2021 r. 8928,0 tys. zł, w 2022 r. 10 028,2 tys. zł, w 2023 r. 11 054,4 tys. zł, w 2024 r. 8 799,3 tys. zł (do 30 września). Koszt sprzątnięcia i wywozu nieczystości wyniósł: w 2021 r. 969,2 tys. zł, w 2022 r. 1044,9 tys. zł, w 2023 r. 1222,5 tys. zł oraz w 2024 r. 982,3 tys. zł (do 30 września).

Przekroczenia planu finansowego

Planowane koszty świadczeń zdrowotnych różniły się w planach pierwotnych i ostatecznych. W 2021 r. w pierwotnym planie finansowym określono je w wysokości 98 676 231,0 tys. zł, a w ostatecznym 120 150 972,0 tys. zł (121,8%). W 2022 r. odpowiednio 107 443 617,0 tys. zł oraz 131 234 220,0 tys. zł (122,1%). W 2023 r. 136 471 779,0 tys. zł oraz 158 922 525,0 tys. zł (116,5%).

W okresie objętym kontrolą miały miejsce przekroczenia planowanych kosztów w OW NFZ i Centrali NFZ. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła dopuszczenie do przekroczenia przez OW i Centralę NFZ w latach 2021–2023 planu finansowego w części pozycji kosztów, co było

²⁰⁶ Podatek od nieruchomości, energia elektryczna, energia cieplna, woda i ścieki.

niezgodne z treścią art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy o finansach publicznych, który stanowi, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych. Powyższe działania były także niezgodne z przepisem § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie gospodarki finansowej NFZ.

W ocenie NIK, nadzór Prezesa NFZ nad realizacją planu finansowego NFZ był nieskuteczny, skoro miały miejsca coroczne przekraczania planu finansowego Funduszu.

Przykłady

Centrala NFZ

W 2021 r. plan finansowy przekroczone w:

- Dolnośląskim OW NFZ w poz. B2.14.3. refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy, na kwotę 2,0 tys. zł;
- Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w poz. B2.9. leczenie uzdrowiskowe, na kwotę 19,6 tys. zł oraz w poz. B2.21 koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 6,3 tys. zł;
- Małopolskim OW NFZ w poz. B2.3. leczenie szpitalne, na kwotę 69 170,1 tys. zł, w poz. B2.9. leczenie uzdrowiskowe, na kwotę 165,5 tys. zł, w poz. B2.10 pomoc doraźna, na kwotę 51,0 tys. zł, w poz. B2.14. refundacja, na kwotę 2 933,6 tys. zł, w poz. B2.14.1. refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, na kwotę 3 490,3 tys. zł, w poz. B2.21. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 47,9 tys. zł;
- Opolskim OW NFZ w poz. F pozostałe koszty, na kwotę 3 866,1 tys. zł, poz. F4 pozostałe koszty na kwotę 5 695,1 tys. zł;
- Podkarpackim OW NFZ w poz. B2.14.3. refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy, na kwotę 51,9 tys. zł, poz. B2.21 koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 3,7 tys. zł;
- Centrali NFZ w poz. F pozostałe koszty, na kwotę 412 267,7 tys. zł, poz. F4 pozostałe koszty na kwotę 413 061,6 tys. zł.

W 2022 r. plan finansowy przekroczone w:

- Małopolskim OW NFZ w poz. H koszty finansowe, na kwotę 517,7 tys. zł;

- Mazowieckim OW NFZ w poz. H koszty finansowe, na kwotę 2 813,1 tys. zł;
- Podkarpackim OW NFZ w poz. B2.13. zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, na kwotę 99,8 tys. zł, w poz. B2.14. refundacja na kwotę 3 096,0 tys. zł, w poz. B2.14.1. refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, na kwotę 3 986,4 tys. zł, poz. B2.21. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 15,1 tys. zł, poz. B7. koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy, na kwotę 6,6 tys. zł;
- Podlaskim OW w poz. H koszty finansowe, na kwotę 287,1 tys. zł;
- Świętokrzyskim OW NFZ w poz. B2.14. refundacja na kwotę 2 181,2 tys. zł, w poz. B2.14.1. refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, na kwotę 2 334,9 tys. zł;
- Wielkopolskim OW NFZ w poz. B2.19. koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy, na kwotę 890,6 tys. zł;
- Zachodniopomorskim OW NFZ w poz. B2.21. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 411,8 tys. zł, w poz. B2.21.1. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego, na kwotę 426,8 tys. zł;
- Centrali NFZ w poz. F pozostałe koszty, na kwotę 7 489,1 tys. zł, poz. F4 pozostałe koszty, na kwotę 7 499,1 tys. zł.

W 2023 r. plan finansowy przekroczone w:

- Dolnośląskim OW NFZ w poz. B13. Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4d ustawy, na kwotę 97,2 tys. zł;
- Podkarpackiego OW NFZ w poz. B13. Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4d ustawy, na kwotę 5,2 tys. zł;
- Śląskim OW NFZ w poz. B2.3.4. świadczenia wysokospecjalistyczne, na kwotę 63,7 tys. zł, poz. B2.21. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 12,2 tys. zł;
- Centrali NFZ w poz. F pozostałe koszty, na kwotę 53 235,3 tys. zł, poz. F4 pozostałe koszty, na kwotę 53 299,6 tys. zł.

W 2024 r. na koniec I półrocza, wyższe niż planowane wykonanie planu finansowego NFZ dotyczyło²⁰⁷:

- poz. B2.1. podstawowa opieka zdrowotna o 727 528,3 tys. zł;
- poz. B2.13. zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji o 197 394,2 tys. zł;
- poz. B2.18. koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych o 678 879,4 tys. zł;
- poz. B5. koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o 416 199,4 tys. zł;
- poz. B9. koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 17 ustawy o 11 000,0 tys. zł;
- poz. D3.11. podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego o 34,4 tys. zł;
- poz. D3.6 inne o 128,6 tys. zł.

NFZ w latach 2021–2024 (I półrocze) nie zapłacił kar umownych z tytułu niezrealizowanych zobowiązań.

Należności

Na koniec 2021 r. należności długoterminowe NFZ wyniosły 203,0 tys. zł a krótkoterminowe - 13 171 358,0 tys. zł²⁰⁸. Fundusz odpisał należności na kwotę 1 820,4 tys. zł. W 2022 r. było to odpowiednio - 218,4 tys. zł i 12 951 910,9 tys. zł²⁰⁹ oraz 1 640,3 tys. zł. W 2023 r. 21 611,2 tys. zł i 13 971 541,8 tys. zł²¹⁰ oraz 920,5 tys. zł (na wzrost wysokości należności długoterminowych w 2023 r. wpłynęło podpisanie przez Małopolski OW NFZ ugód sądowych z dwoma kontrahentami).

Zobowiązania

Na koniec 2021 r. zobowiązania długoterminowe Funduszu wyniosły 716,8 tys. zł a krótkoterminowe – 13 483 006,0 tys. zł²¹¹. W 2022 r. było to

²⁰⁷ Przedstawiono zgodnie ze sprawozdaniem miesięcznym z wykonania planu finansowego za czerwiec 2024 r. sporządzonym na podstawie § 6 ust. 1 pkt 1, § 7 i § 11 rozporządzenie w sprawie gospodarki finansowej NFZ. W sprawozdaniach miesięcznych dane wykazuje się za miesiąc oraz narastająco od początku roku obrotowego do końca miesiąca, którego sprawozdanie dotyczy. Dane dotyczące planu finansowego wykazuje się w wysokości 1/12 rocznego planu finansowego Funduszu, a w ujęciu narastającym w wysokości n/12 rocznego planu finansowego Funduszu, gdzie n oznacza liczbę miesięcy od początku roku do końca miesiąca sprawozdawczego.

²⁰⁸ W 2021 r. dokonano zwiększenia odpisów aktualizujących należności o 600 974,2 tys. zł oraz ich zmniejszenia o 84 862,5 tys. zł (stan na koniec roku to 845 673,7 tys. zł).

²⁰⁹ W 2022 r. odpowiednio o 54 339,0 tys. zł oraz o 98 696,8 tys. zł (801 315,9 tys. zł).

²¹⁰ W 2023 r. o 60 307,1 tys. zł oraz o 68 543,2 tys. zł (793 079,8 tys. zł).

²¹¹ NFZ wykazał na koniec tego roku rezerwy na zobowiązania w kwocie 3 286 431,6 tys. zł.

odpowiednio - 318,8 tys. zł i 14 195 255,7 tys. zł²¹², w 2023 r. 439,8 tys. zł i 15 977 767,7 tys. zł²¹³.

Na koniec czerwca 2024 r. zobowiązania ogółem Funduszu wyniosły 12 455 456,2 tys. zł, w tym: 443,0 tys. zł zobowiązań długoterminowych.

Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024 (I półrocze) nie zapłacił kar umownych z tytułu niezrealizowanych zobowiązań.

Realizacja zadań finansowanych z Funduszu Medycznego

W okresie objętym kontrolą NFZ realizował siedem zadań finansowanych na podstawie umów dotacji celowych ze środków Funduszu Medycznego. Na ich realizację w latach 2021-2024 (30 września) rozliczono środki w łącznej kwocie 5 235 605,3 tys. zł (w 2021 r. 687 688,8 tys. zł, w 2022 r. 1 143 082,2 tys. zł, w 2023 r. 2 084 531,8 i w 2024 r. 1 320 302,5 tys. zł).

W związku z realizacją zadań ze środków Funduszu Medycznego, wskazano możliwość finansowania kosztów obsługi tych zadań - maksymalnie 1% całkowitych kosztów zadania, którego dotyczą²¹⁴. Łącznie NFZ mógłby otrzymać z tytułu kosztów obsługi zadań środki w kwocie 52 356,0 tys. zł. W trakcie uzgodnień zapisów umów dotacji NFZ wnosił o ujęcie środków na pokrycie kosztów obsługi zadań. Minister Zdrowia poinformował NFZ, że art. 6 ust. 6a ustawy o *Funduszu Medycznym* ma charakter fakultatywny. W związku z dyspozycją art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o *finansach publicznych*, stanowiącego, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, wnioski NFZ nie zostały uwzględnione.

Dyrektorzy BK i DEF wyjaśnili, że zgodnie z postanowieniami art. 6 ust. 2-3 ustawy o *Funduszu Medycznym* do wyłącznych kompetencji dysponenta - Ministra Zdrowia należy podział środków Funduszu Medycznego oraz oznaczenie treści i przedmiotu umowy.

Finansowanie „nadwykonań nielimitowanych” dzieciom

W okresie objętym kontrolą na podstawie art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy o *świadczeniach* w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w każdym zakresie świadczeń, w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia, kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy. Do wysokości limitu określonego w art. 31 ust. 4 ustawy o *Funduszu*

²¹² Utworzono rezerwy na zobowiązania w kwocie 2 913 124,5 tys. zł.

²¹³ Rezerwy na zobowiązania wyniosły na koniec roku 2 676 221,7 tys. zł.

²¹⁴ Art. 6 ust. 6a ustawy o *Funduszu Medycznym* w brzmieniu obowiązującym od 20 grudnia 2022r., a poprzednio art. 5 i 6 ustawy o *Funduszu Medycznym*.

*Medycznym*²¹⁵ świadczenia nie objęte limitami, udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia były finansowane z Funduszu Medycznego²¹⁶.

Koszty z tego tytułu wyniosły w:

- w 2021 r. 527 171,7 tys. zł, pokryte w całości ze środków Funduszu Medycznego,
- w 2022 r. 1 619 013,9 tys. zł, w tym:
 - 630 000,0 tys. zł ze środków Funduszu Medycznego
 - 989 013,9 tys. zł dodatkowo ze środków NFZ,
- w 2023 r. 2 344 096,4 tys. zł, w tym:
 - 840 000,0 tys. zł ze środków Funduszu Medycznego
 - 1 504 096,4 tys. zł dodatkowo ze środków NFZ,
- w 2024 r. (do 30 września) 2 330 689,9 tys. zł, w tym:
 - 840 000,0 tys. zł z dotacji z Funduszu Medycznego,
 - 1 490 689,9 tys. zł dodatkowo ze środków NFZ.

Łączne koszty z tego tytułu w 2023 r. były wyższe o 725 082,5 tys. zł, tj. o 44,8% niż poniesione w 2022 r. i o 1 816 924,7 tys. zł, tj. o 344,7% niż poniesione w 2021 r. W 2024 r. I kw. koszty (713 235,4 tys. zł) były ponad dwukrotnie wyższe niż w analogicznym okresie poprzedniego roku (270 299,9 tys. zł). Poniesione koszty do 30 września 2024 r. były minimalnie niższe niż poniesione w całym 2023 r.

W latach 2022–2024 r. środki z Funduszu Medycznego, przekazywane do wysokości limitu w ustawie, nie były wystarczające do sfinansowania kosztów z tego tytułu. W związku z powyższym Prezes Funduszu sfinansował świadczenia nie objęte limitami, udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia ze środków pochodzących z innych źródeł, w szczególności z przychodów ze składki zdrowotnej.

Łączna wartość sfinansowanych ze środków NFZ „nadwykonań nielimitowanych” do dnia 30 września 2024 r. wyniosła 3 983 800,2 tys. zł i była o 40,4% wyższa niż wartość świadczeń sfinansowanych ze środków Funduszu Medycznego (2 837 171,7 tys. zł).

Prezes NFZ występował do Ministra Zdrowia z prośbą o rozważenie podjęcia działań w celu zwiększenia wartości środków określonych w art. 31 ust. 4 ustawy o *Funduszu Medycznym*. Do dnia zakończenia czynności w Ministerstwie Zdrowia dokonywano analizy dotyczącej liczby i wartości świadczeń dzieciom do 18. roku życia.

²¹⁵ W latach 2021-2022 – 630 000,0 tys. zł, 2023-2024 – 840 000,0 tys. zł.

²¹⁶ Na podstawie art. 31 ustawy o Funduszu Medycznym.

Sporządzane rocznych sprawozdań

Prezes Funduszu terminowo sporządził Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na lata 2021–2023, Roczne sprawozdania z działalności NFZ w kolejnych latach okresu 2021–2023 oraz łączne sprawozdania finansowe NFZ za lata 2021–2023. Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu oraz sprawozdania z działalności NFZ w latach 2021–2023 były zgodne ze wzorami określonymi w rozporządzeniach²¹⁷. Dane zawarte w łącznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Funduszu wynikały ze sprawozdań jednostkowych Centrali i OW NFZ. Nieprawidłowości stwierdzono miesięcznych sprawozdaniach FM-01 Centrali oraz zbiorczych NFZ za okres 2022–2024 (I półrocze).

²¹⁷ Rozporządzenie w sprawie gospodarki finansowej NFZ oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 923, ze zm.).

Przykłady

Centrala NFZ

W Funduszu od 2003 r. na podstawie Uchwały Zarządu NFZ²¹⁸ sporządzane były miesięczne (narastająco) sprawozdania finansowe oznaczone symbolem FM-01. Sprawozdanie FM-01 Centrali oraz zbiorcze NFZ podpisywane jest przez dyrektora Biura Księgowości, oddziałów przez ich dyrektora, zastępcę dyrektora do spraw ekonomiczno - finansowych oraz głównego księgowego oddziału.

Miesięczne sprawozdania FM-01 Centrali oraz zbiorcze NFZ za okres 2022–2024 (I półrocze) zawierały błędne dane liczbowe, z związku z omyłkami. Dotyczyło to pozycji „plan” oraz „odchylenia wykonania do planu” w zakresie prezentacji pozycji planistycznych przykładowo:

- „Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 16 ustawy”²¹⁹ w sprawozdaniach FM-01 zbiorczych NFZ podano:
 - za grudzień 2022 r. plan „18 007 957,0 tys. zł” zamiast „117 000,0 tys. zł”;
 - za grudzień 2023 r.: plan „21 487 337,0 tys. zł” zamiast „117 000,0 tys. zł”;
 - za czerwiec 2024 r.: plan „24 253 480,0 tys. zł” zamiast „117 000,0 tys. zł”;
- „Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 17 ustawy”²²⁰ w sprawozdaniach FM-01
 - za grudzień 2022 r.: plan „-6 002 291,0 tys. zł” zamiast „3 384,0 tys. zł”;
 - za grudzień 2023 r.: plan „-23 394 520,0 tys. zł” zamiast „25 000,0 tys. zł”;
 - za czerwiec 2024 r.: plan „-2 734 171,0 tys. zł” zamiast „22 000,0 tys. zł”.

Dyrektor BK wyjaśnił, że omyłka, do której doszło w związku z aktualizacją wzoru sprawozdania łącznego (niewłaściwe odwołanie formuły), nie miała wpływu na realizację obowiązków sprawozdawczych wynikających z postanowień ustawowych. W związku z kontrolą NIK przeprowadzaną w Centrali NFZ dokonano [dotychczas] aktualizacji miesięcznych sprawozdań finansowych FM-01 za okresy: 1.01 - 31.12.2022 r., 1.01-31.12.2023 r., 1.01-31.01.2024 r., 1.01-29.02.2024 r., 1.01-31.03.2024 r., 1.01-30.04.2024 r., 1.01-31.05.2024 r., 1.01-30.06.2024 r.

Ponadto wyjaśnił, że BK dokona analizy poprawności stosowanych formuł i algorytmów obliczeń stosowanych we wzorach sprawozdań finansowych FM-01 oraz ewentualnej aktualizacji pozostałych sprawozdań finansowych. Jednocześnie podjęte zostały działania w celu wdrożenia mechanizmów umożliwiających, ograniczenie w przyszłości występowanie ww. omyłek.

Wielkopolski OW NFZ

Nierzetelnie sporządzono przekazane Prezesowi NFZ²²¹ zestawienie spraw sądowych, w którym nie wykazano jednego postępowania toczącego się przeciwko Oddziałowi, w toku którego zawarto ugodę na kwotę 275,1 tys. zł. Wzór zestawienia określał załącznik do rozporządzenia

w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw, a stanowiło ono podstawę opracowania rocznego sprawozdania z działalności NFZ za rok 2022.

Dyrektor WOW NFZ wyjaśniła, że w zestawieniu spraw sądowych zakończonych za 2022 rok, omyłkowo pominięto i nie wskazano przedmiotowej sprawy, w której zawarto ugodę.

²¹⁸ Uchwała Nr 134/2003 Zarządu NFZ z dnia 26 czerwca 2003 r. w sprawie miesięcznego sprawozdania finansowego NFZ.

²¹⁹ Wspieranie zadań finansowanych w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, o którym mowa w art. 86 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 227).

²²⁰ Wspieranie zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych.

²²¹ Przekazane do Centrali NFZ przy piśmie z 16 lutego 2023 r.

5.3. Opracowanie i wykonanie planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia

Plany pracy Funduszu	<p>Plany pracy NFZ na lata 2021–2024 były przyjmowane terminowo. Dokonywano oceny realizacji przyjętych celów. Zastrzeżenia NIK budzi opóźnienie w zatwierdzeniu procedury dla procesu „Zarządzanie zmianą w organizacji” (Z.08.05), w tym zawartej w niej procedury dla podprocesu „Przygotowanie i monitorowanie planu pracy” (Z.08.05.04), a także coroczne odstępowanie Prezesa NFZ od dokonywania oceny ryzyka w sposób zgodny z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami, tj. z Metodyką. Zaniechania te naruszały określone przez Ministra Finansów Standardy kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (standard B.9 Reakcja na ryzyko). Ponadto w latach 2021–2023 KKZ nie opracował rocznych raportów z zarządzania ryzykiem, które powinny być przedstawiane wraz z rekomendacjami Prezesowi Funduszu.</p> <p>W ocenie NIK, sposób wyłaniania zadań (celów) do zamieszczenia w planach pracy był wadliwy. Nie gwarantował bowiem identyfikowania i brania pod uwagę w planach pracy zadań (celów), których mogły dotyczyć nieakceptowalne rodzaje ryzyka, mogące mieć istotny wpływ na realizację założonych celów związanych z funkcjonowaniem oraz rozwojem organizacji (NFZ).</p>
Opracowanie planów pracy Funduszu	<p>W latach 2021–2024 projekty rocznych Planów pracy – zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 7 ustawy o świadczeniach – były zatwierdzane przez Prezesa Funduszu, a także przedkładane Radzie Funduszu w terminach umożliwiających przyjęcie ich przed rozpoczęciem okresów, których dotyczyły²²².</p> <p>Plany pracy Funduszu były publikowane na stronie internetowej NFZ i składały się każdorazowo z: planu pracy Centrali NFZ²²³ i planów pracy oddziałów wojewódzkich NFZ²²⁴. W trakcie roku nie były modyfikowane.</p>
Zmiana Statutu NFZ	<p>Z dniem 1 września 2020 r. wszedł w życie nowy zapis Statutu NFZ, zgodnie z którym Prezes Funduszu realizuje zadania należące do</p>

²²² Uchwały Nr: 13/2020/IV, 34/2021/IV, 23/2022/IV, 27/2023/IV. Zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 2 lit. a) ustawy o świadczeniach.

²²³ Plan pracy Centrali (o którym mowa np. w § 15 ust. 1 pkt 6 Regulaminu organizacyjnego NFZ) jest to część Planu pracy Funduszu, w zakresie celów przewidzianych do realizacji wyłącznie przez Centralę NFZ lub przez Centralę i OW NFZ (informacja taka znajduje się w Planie pracy NFZ w kolumnie „Realizowany przez”).

²²⁴ Rada Funduszu przyjmowała plan pracy NFZ, który obejmował cele łącznie dla Centrali NFZ i dla Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

zakresu jego działania przy pomocy komórek organizacyjnych Centrali i OW NFZ²²⁵. Dyrektor Gabinetu Prezesa Funduszu²²⁶ wyjaśniła, że zmiana zapisu w Statucie związana była z tzw. „pionizacją” NFZ. Powyższe zmiany wprowadziły jednolitość strukturalną Centrali oraz OW NFZ w celu zapewnienia właściwego poziomu koordynacji i nadzoru merytorycznego nad realizacją zadań i procesów w NFZ. Wszystkie procedury do procesów przygotowywane są centralnie i obejmują również działania, jakie mają miejsce w oddziałach wojewódzkich. Dyrektorzy OW NFZ wykonują swoje zadania na podstawie ustawy oraz pełnomocnictw udzielonych przez Prezesa Funduszu.

W regulaminach organizacyjnych Centrali NFZ obowiązujących w okresie 2021–2024²²⁷ określono (w rozdziale V) ogólne zasady planowania i sprawozdawczości z wykonania zadań, określonych w Planie pracy Funduszu. Wskazywano także procedury, które miały m.in. określać szczegółowy przebieg procesów związanych z przygotowaniem, zatwierdzaniem, aktualizacją, monitorowaniem realizacji planu pracy Funduszu i Centrali NFZ. Procedury te od 18 lutego 2021 r. zaczęły obowiązywać jako procedury, z których został wyłączony Plan pracy²²⁸.

²²⁵ Wprowadzono zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu NFZ poprzez dodanie w załączniku do rozporządzenia („Statut Narodowego Funduszu Zdrowia”) nowego zapisu (ustępu 3) w § 2 w brzmieniu: „Prezes Funduszu realizuje zadania należące do zakresu jego działania przy pomocy: 1) komórek organizacyjnych Centrali Funduszu; 2) oddziałów wojewódzkich Funduszu.”

²²⁶ Dalej: GPF.

²²⁷ Zarządzenie Nr 152/2020/GPF Prezesa NFZ z dnia 30 września 2020 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (wraz ze zmianami), zarządzenie Nr 147/2021/GPF Prezesa NFZ z dnia 25 sierpnia 2021 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (wraz ze zmianami), zarządzenie Nr 45/2022/GPF Prezesa NFZ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (wraz ze zmianami), zarządzenie 134/2023/GPF Prezesa NFZ z dnia 14 września 2023 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (wraz ze zmianami).

²²⁸ Procedury: „Przygotowanie i zatwierdzanie Planu Pracy” (przyjęta jako „Przygotowanie i zatwierdzanie Planu Pracy v1” od 28.02.2020 r.), „Opracowanie i aktualizacja planu pracy” (przyjęta jako „Procedura Aktualizacja Planu Pracy i Portfela Projektów v1.0” od 04.03.2020 r.), „Monitorowanie (realizacji) planu pracy” (przyjęta jako „Monitorowanie Portfela Projektów i Planu Pracy v1.0” od 07.05.2020 r.). Procedury te od 18 lutego 2021 r. zaczęły obowiązywać jako procedury: „Opracowanie i aktualizacja Portfela Projektów v1.0” i „Monitorowanie Portfela Projektów v1.1, z których został wyłączony Plan pracy.

W obowiązującym w 2023 r. regulaminie organizacyjnym Centrali NFZ²²⁹ dla opisanego szczegółowego postępowania dotyczącego Planu pracy wskazano procedurę dla procesu „Zarządzanie zmianą w organizacji” (Z.08.05), która miała zawierać m.in. procedurę dla podprocesu „Przygotowanie i monitorowanie planu pracy” (Z.08.05.04). Do 22 września 2024 r. nie została ona zatwierdzona przez Prezesa NFZ²³⁰.

Regulamin Centrali NFZ

Dyrektor GPF wyjaśniła, że mimo, iż procedura „Zarządzania zmianą w organizacji” (Z.08.05) do 23 września 2024 r. nie była ostatecznie zatwierdzona (była w trakcie przygotowywania i opiniowania), to cały proces odbywał się (testowo) w oparciu o jej zapisy. Dotychczasowe niezatwierdzenie procedury wynikało z konieczności skupienia uwagi pracowników na realizacji zadań bieżących oraz wątpliwości co do zakresu samej procedury. Niezatwierdzenie procedury pozostało przy tym bez wpływu na skuteczne i efektywne wykonywanie zadań objętych regulacją i samo w sobie nie generowało takiego ryzyka.

W § 22 regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ ustalono m.in., że jej zadania na dany rok (bez zadań, do których stosuje się przepisy o ochronie informacji niejawnych) są określane w rocznym Planie pracy, którego projekt będzie opracowany zgodnie ze standardami kontroli zarządczej.

Identyfikacja rodzajów ryzyka w NFZ

W Komunikacie Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych²³¹ wskazano, że nie rzadziej niż raz w roku należy dokonać identyfikacji ryzyka w odniesieniu do celów i zadań (standard B.7 Identyfikacja ryzyka), a w stosunku do każdego istotnego ryzyka powinno się określić rodzaj reakcji²³². Ponadto należy określić działania, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu (standard B.9 Reakcja na ryzyko).

W „Metodyce zarządzania ryzykiem organizacyjnym w Narodowym Funduszu Zdrowia”²³³ wskazano, że dla zidentyfikowanych nieakceptowalnych obszarów/rodzajów ryzyka przygotowywany jest

²²⁹ W § 23 ust. 1 Regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ. Poczynając od Regulaminu organizacyjnego Centrali po zmianach wprowadzonych zarządzeniem Nr 43/2023/GPF Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2023 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ - obowiązującym od 1 marca 2023 r.

²³⁰ Prezes Funduszu zatwierdził ją w trakcie kontroli, tj. 23 września 2024 r.

²³¹ Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15, poz. 84).

²³² Tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie.

²³³ Przyjętej w 2017 r.; dalej „Metodyka”.

Plan Postępowania z Ryzykiem dla Centrali²³⁴ (§ 23), a zadania wynikające z tego Planu zamieszczane są - dla poszczególnych komórek, zgodnie z kompetencjami - w Planie Pracy Centrali (§ 10 ust. 17). W działalności jednostki w tym obszarze stwierdzono nieprawidłowości.

²³⁴ Plany są także przygotowywane indywidualnie dla każdego oddziału wojewódzkiego.

Przykłady

Centrala NFZ

- W okresie objętym kontrolą (w latach 2021–2024²³⁵) Prezes Funduszu nie dokonywał oceny ryzyka w sposób zgodny z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami (tj. w Metodyce). Oceny ryzyka corocznie, po każdorazowym wyrażeniu zgody przez Prezesa NFZ na odstępianie od Metodyki²³⁶, odbywała się w sposób uproszczony. W konsekwencji nie było obowiązku zamieszczania w planach pracy komórek organizacyjnych Centrali zadań wynikających z Planów Postępowania z Ryzykiem, o których mowa w § 23 Metodyki, których mogły dotyczyć ryzyka nieakceptowalne. Ponadto nie udokumentowano faktu dokonywania nawet uproszczonej analizy ryzyka w odniesieniu do celów określonych w Planach pracy Funduszu. Powyższa praktyka była niezgodna ze Standardami kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (standard B.9 Reakcja na ryzyko). Proces analizy ryzyka (w tym aktualizacja katalogu rodzajów ryzyka) w 2024 r. nie został w trakcie czynności kontrolnych rozpoczęty.

Dyrektor GPF wyjaśniła, że katalogi rodzajów ryzyka są aktualizowane przed każdym rozpoczęciem procesu analizy ryzyka, przy udziale wszystkich komórek organizacyjnych Centrali oraz oddziałów wojewódzkich. NFZ nie ma udokumentowanej analizy ryzyka w odniesieniu do Planów pracy, ale cele są realizowane w ramach procesów, w odniesieniu do których analiza ryzyka była dokumentowana. Fundusz będzie dokumentował przeprowadzanie analizy ryzyka pod kątem celów zawartych w Planie pracy – zalecenie BAW.

- W latach 2021–2023 Koordynator Kontroli Zarządczej w Centrali Funduszu²³⁷ nie opracował rocznych raportów z zarządzania ryzykiem i w konsekwencji nie przedstawiał Prezesowi Funduszu tych raportów wraz ze swoją rekomendacją dotyczącą działań koniecznych do podjęcia w ramach reakcji na ryzyko, co było niezgodne z zarządzeniami w sprawie systemu kontroli zarządczej w NFZ z 2018 r. i 2023 r. (w rozdziale 5 „Zasady zarządzania ryzykiem”)²³⁸.
- Nie przygotowywano rocznych raportów z zarządzania ryzykiem, przewidzianych w Metodyce. Dyrektor GPF wyjaśniła, że w związku z odstępowaniem corocznie (za zgodą Prezesa Funduszu) od Metodyki z 2017 r. sformalizowane raporty nie były tworzone.

²³⁵ Rok 2020 jako rok przedplanowy.

²³⁶ A więc także od ww. § 23 Metodyki, tj. konieczności zamieszczania w planach pracy Centrali zadań wynikających z Planów Postępowania z Ryzykiem.

²³⁷ Dalej: KKZ.

Audyt systemu kontroli zarządczej w NFZ

W 2024 r. Biuro Audytu Wewnętrznego NFZ²³⁹ przeprowadziło planowe zadanie zlecone w zakresie funkcjonowania wybranych elementów systemu kontroli zarządczej²⁴⁰. Dyrektor GPF przyjęła zalecenia do zrealizowania w 2024 r. wyznaczyła terminy i osoby odpowiedzialne.

W planach pracy każdorazowo do celów przypisano mierniki, które zapewniały możliwość określenia efektów podjętych działań.

Narzędziem stosowanym do okresowego rozliczania realizacji zadań/celów zawartych w planie pracy były sprawozdania z realizacji Planu pracy. Zatwierdzenie przez Prezesa NFZ rocznych sprawozdań odbywało się w terminach nieprzekraczających terminów przedłożenia Prezesowi sprawozdania wynikających z regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ. Co do zasady²⁴¹ założone cele w planach pracy były osiągnięte.

²³⁸ Zarządzenie Nr 132/2018/DAIS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Narodowym Funduszu Zdrowia; zarządzenie Nr 76/2023/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 maja 2023 r. w sprawie kontroli zarządczej w Narodowym Funduszu Zdrowia.

²³⁹ Dalej: BAW.

²⁴⁰ Rozpoczęcie czynności audytowych: 02.04.2024 r., sprawozdanie z zadania z dnia 26.06.2024 r.

²⁴¹ Np. w 2023 roku niezrealizowane zostały 3 z 38 cele/zadania: 1) Terminowe przekazywanie przez właściwą komórkę organizacyjną Centrali do Biura Rady Funduszu materiałów do podpisu Prezesa Funduszu na posiedzenie Rady Funduszu celem sprawdzenia i oceny pod względem formalnym; 2) Skrócenie czasu reakcji na zgłoszenie; czas między odebraniem zgłoszenia a jego odczytaniem; 3) Zwiększenie jakości przeprowadzanych czynności sprawdzających.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było: Czy sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia zapewniła realizację jego zadań w sposób pozwalający na poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych?
Cele szczegółowe	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy prawidłowo i rzetelnie realizowano zadania dotyczące zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej? 2. Czy prawidłowo i rzetelnie opracowano oraz wykonano plan finansowy NFZ? 3. Czy prawidłowo i rzetelnie opracowano i wykonano plan pracy Funduszu? 4. Czy oddziały wojewódzkie prawidłowo i rzetelnie opracowały oraz realizowały plan zakupu świadczeń?
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto cztery jednostki: Centralę NFZ oraz trzy OW NFZ (Opolski, Warmińsko-Mazurski oraz Wielkopolski).
Kryteria kontroli	Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 oraz art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto lata 2021–2024 do czasu zakończenia czynności kontrolnych (tj. 15 listopada 2024 r.) ²⁴² .
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W ramach kontroli, w trybie art. 29 ust. 1, pkt 2, lit f) ustawy o NIK, uzyskano informacje z ZUS i Ministerstwa Zdrowia.
Pozostałe informacje	Kontrola P/24/046 „Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021–2024” została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Poprzedziły ją analizy przedkontrolne prowadzone dla zidentyfikowanych obszarów (problemów) oraz kluczowych obszarów ryzyka związanych z dostępnością świadczeń zdrowotnych. Kontrola prowadzona była na terenie województw: opolskiego, warmińsko – mazurskiego i wielkopolskiego. Wyboru jednostek do kontroli (oddziałów wojewódzkich) dokonano w sposób losowy:

²⁴² Z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.

- Centrala NFZ – podmiot odpowiedzialny za zapewnienie jednolitych zasad realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie kraju;
- oddziały wojewódzkie NFZ – podmioty odpowiedzialne za realizację i nadzór nad udzielaniem świadczeń na podstawie.

Kontrolę przeprowadzono od 24 czerwca 2024 r. do 15 listopada 2024 r. (podpisanie ostatniego wystąpienia pokontrolnego).

Prezes NFZ oraz Dyrektorzy Warmińsko-Mazurskiego i Wielkopolskiego OW NFZ skorzystali z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, zgodnie z art. 54 ustawy o NIK. Złożono 10 zastrzeżeń, z których jedno przyjęto całkowicie, cztery częściowo, a pięć oddalono.

Prezes NFZ zgłosił osiem zastrzeżeń, z których jedno zostało w całości uwzględnione, trzy w części, a pozostałe cztery oddalono. Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ zgłosił jedno zastrzeżenie, które zostało oddalone. Dyrektor Wielkopolskiego OW NFZ również złożył jedno zastrzeżenie, które zostało uwzględnione w części.

Wnioski pokontrolne

W czterech wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do Prezesa NFZ sformułowano ogółem 18 wniosków pokontrolnych.

Do Prezesa NFZ o:

1. Opracowanie i wdrożenie mechanizmu pozwalającego na bieżące monitorowanie przez Prezesa NFZ obszarów, w których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w sposób niewystarczający dostęp do świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupów;
2. Ujednoczenie planów zakupów świadczeń zdrowotnych opracowywanych przez OW NFZ, w taki sposób aby było możliwe porównywanie danych zamieszczanych w tych planach;
3. Rozwiązywanie rezerwy migracyjnej w trakcie roku, którego dotyczy oraz zgodnie z faktycznie ponoszonymi przez OW NFZ kosztami świadczeń zdrowotnych na rzecz uprawnionych objętych opieką innych OW;
4. Podjęcie skutecznych działań zmierzających do nieprzekraczania planu kosztów przez Centralę i OW NFZ;
5. Dokonanie analizy poprawności stosowanych formuł i algorytmów obliczeń stosowanych we wzorach sprawozdań finansowych (zwłaszcza w FM-01), aktualizacji pozostałych sprawozdań finansowych (FM-01) oraz wdrożenia mechanizmów zapewniających ograniczenie występowania błędów;
6. Dokonywanie oceny ryzyka w sposób zgodny z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami, tj. w sposób zgodny z „Metodyką

zarządzania ryzykiem organizacyjnym w Narodowym Funduszu Zdrowia” oraz zamieszczanie zadań wynikających z Planów Postępowania z Ryzykiem, o których mowa w § 23 Metodyki w planach pracy komórek organizacyjnych Centrali;

7. Coroczne opracowywanie raportów z zarządzania ryzykiem i ich przedkładanie wraz z rekomendacjami Prezesowi NFZ.

Do dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ o:

1. Przestrzeganie terminów przedłużania umów zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach,
2. Informowanie Dyrektora Oddziału i Prezesa NFZ o każdorazowym odstąpieniu od stosowania procedury konkursów i rokowań,
3. Rzetelne opracowywania sprawozdań w zakresie związanym z działalnością Oddziału,
4. Publikowanie na stronie internetowej Oddziału planów zakupu świadczeń,
5. Zapewnienie kompletności danych zamieszczanych w ogłoszeniach o postępowaniach konkursowych, w tym adresu poczty elektronicznej.
6. Terminowe przekazywanie okręgowym izbom lekarskim i okręgowym izbom pielęgniarek i położnych oraz do Krajowej Izby Fizjoterapeutów właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń, informacji o ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
7. Podjęcie działań zmierzających do niezwłocznego przeprowadzania postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadkach określonych w art. 156 ust. 1e ustawy o świadczeniach.
8. Przekazywanie Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich bez zbędnej zwłoki ogłoszeń o wyniku rozstrzygnięcia postępowań, których wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania.
9. Zapewnienie przestrzeganie terminów oraz zasad opracowania i przekazywania planów zakupu świadczeń.
10. Przestrzeganie procedury Sporządzenie końcowego rankingu przy dokonywaniu wyboru oferentów i określaniu oferty Oddziału.
11. Ustalenie zasad podziału środków odrębnie dla każdego oferenta z uwzględnieniem zachowania zależności pomiędzy pozycją w rankingu.

**Stan realizacji
wniosków
pokontrolnych**

Adresaci wystąpień pokontrolnych, zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na dzień 31 marca 2025 r. wynika, że zrealizowano 9 wniosków (50,0 %) oraz podjęto działania w celu realizacji pozostałych 9 (50,0 %).

**Finansowe rezultaty
kontroli**

Finansowe rezultaty kontroli (finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości) według stanu na dzień 31 marca 2025 r. wyniosły 564 119,9 tys. zł – Kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa.

**Wykaz jednostek
kontrolowanych**

W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia oraz trzy Delegatury NIK.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	NFZ (Centrala)	Filip Nowak <i>Prezes NFZ</i>
2.	Delegatura NIK w Opolu	NFZ (Opolski OW)	Filip Nowak <i>Prezes NFZ</i> Beata Cyganiuk <i>Dyrektor OW</i>
3.	Delegatura NIK w Olsztynie	NFZ (Warmińsko-Mazurski OW)	Filip Nowak <i>Prezes NFZ</i> Andrzej Zakrzewski <i>Dyrektor OW</i>
4.	Delegatura NIK w Poznaniu	NFZ (Wielkopolski OW)	Filip Nowak <i>Prezes NFZ</i> Magdalena Kraszewska <i>Dyrektor OW</i>

6.1.1. WYKAZ OCEN KONTROLOWANYCH JEDNOSTEK

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{*/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	NFZ (Centrala)	w formie opisowej	<p>Pozytywnie oceniono działania NFZ zmierzające do zwiększenia liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym, w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Niemniej jednak mimo upływu dwóch lat od wprowadzenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej jedynie ok. 34% świadczeniodawców realizowało tę formę opieki nad pacjentem.</p> <p>Plany finansowe NFZ na lata 2021–2024 zostały sporządzone zgodnie z art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach.</p> <p>Prezes Funduszu terminowo sporządził Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na lata 2021–2023, Roczne sprawozdania z działalności NFZ w kolejnych latach okresu 2021–2023 oraz łączne sprawozdania finansowe NFZ za lata 2021–2023. Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu oraz sprawozdania z działalności NFZ w latach 2021–2023 były zgodne ze wzorami określonymi w rozporządzeniach²⁴³. Dane zawarte w łącznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Funduszu wynikały ze sprawozdań jednostkowych Centrali i OW NFZ.</p>	<p>Niezapewnienie równego dostępu w różnych częściach kraju do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych.</p> <p>Na wielu obszarach kraju nie zabezpieczono dostępu do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przyjętymi w OW NFZ planami ich zakupu („białe plamy”). Prezes NFZ nie dysponował zbiorczymi informacjami o takich sytuacjach - brak mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń narusza art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach zobowiązujący Prezesa NFZ do sprawowania nadzoru nad realizacją zadań OW NFZ.</p> <p>Wzrost średniego czasu oczekiwania na ich udzielenie. W latach 2021–2023 w „przypadkach stabilnych”, czas oczekiwania wydłużył się do 63,7% komórek organizacyjnych świadczeniodawców, nie zmienił się w przypadku 25,5%²⁴⁴, zaś skrócił do 10,8%. W „przypadkach pilnych” czas oczekiwania wydłużył się do 40,2% komórek organizacyjnych, nie zmienił się do 52,9% z nich oraz skrócił do 6,9%. W latach 2022–2023 okres, który byłby potrzebny do udzielenia świadczeń wszystkim oczekującym (bez zgłaszania się nowych pacjentów) wydłużył się z 2,8 miesiąca do 3,6 miesiąca.</p> <p>Zróżnicowany dostęp pacjentów do świadczeń w poszczególnych województwach. Liczba i wartość świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych wykazywały znaczne dysproporcje, które w latach 2021–2023 uległy pogłębieniu w przypadku większości²⁴⁵ lub znacznej części²⁴⁶ analizowanych rodzajów świadczeń. Również czas oczekiwania na udzielenie</p>

			<p>Plany pracy NFZ na lata 2021–2024 były przyjmowane terminowo. Dokonywano oceny realizacji przyjętych celów. Zastrzeżenia NIK budzi opóźnienie w zatwierdzeniu procedury dla procesu „Zarządzanie zmianą w organizacji” (Z.08.05), w tym zawartej w niej, procedury dla podprocesu „Przygotowanie i monitorowanie planu pracy” (Z.08.05.04).</p>	<p>Świadczeń zdrowotnych wykazywał istotne różnice pomiędzy województwami. Podobne dysproporcje pomiędzy OW NFZ dotyczyły dostępu do kompleksowej opieki nad wybranymi grupami pacjentów²⁴⁷.</p> <p>Jednym z celów wskazanych w „Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023” miało być wyrównywanie tych dysproporcji.</p> <p>Coroczne przekraczaniu w latach 2021–2023 planu wybranych pozycji kosztów w części OW i Centrali NFZ, co naruszało art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁴⁸, stanowiącym, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych;</p> <p>Rozwiązywanie rezerwy migracyjnej przed rozpoczęciem danego roku, choć art. 124 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowił, że zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu;</p> <p>Brak w planach zakupów świadczeń przekazanych przez dyrektorów OW NFZ wszystkich wymaganych elementów;</p> <p>Niepodejmowanie działań przez Prezesa NFZ mających na celu przeprowadzanie konkursów i zawarcie umów przez dyrektorów OW NFZ stosownie do art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach, mimo że zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach, był zobowiązany do sprawowania nadzoru nad realizacją zadań przez OW NFZ;</p> <p>Niedokonywanie oceny ryzyka w sposób zgodny z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami, co było niezgodne ze Standardami kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (standard B.9 Reakcja na ryzyko);</p>
--	--	--	--	---

				<p>Nieopracowanie rocznych raportów z zarządzania ryzykiem i w konsekwencji ich nieprzedstawianie Prezesowi Funduszu wraz z rekomendacjami.</p> <p>Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła również sytuację finansową Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
2.	NFZ (Opolski OW)	w formie opisowej	<p>Oddział zapewniał mieszkańcom województwa dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na porównywalnym poziomie. W wyniku corocznego zwiększania środków przeznaczonych na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej, skrócił się przeciętny czas oczekiwania osób ujętych na listach prowadzonych przez świadczeniodawców (w tzw. kolejkach). Wzrosła też liczba wykonanych świadczeń sfinansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W Oddziale, planując zakup świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2021–2024 prawidłowo określano potrzeby, a sporządzone plany oraz ich aktualizacje były uzasadnione. W procesie planowania uwzględniano m.in. wskaźniki dostępności świadczeń oraz priorytety ogólnopolskie i wojewódzkie. Podejmowano również skuteczne działania w celu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym uzupełniającego, co przyczyniło się do zwiększenia dostępności świadczeń.</p> <p>Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: opieka paliatywna i hospicyjna, rehabilitacja lecznicza oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, prowadzono zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o <i>świadczeniach</i>, rozporządzeniach</p>	<p>Zwiększenia środków przeznaczonych na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej, skrócenie przeciętnego czasu oczekiwania oraz wzrost liczby wykonanych świadczeń nie spowodowało jednak zmniejszenia się liczby osób oczekujących, co świadczy o niewystarczającym wciąż poziomie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego.</p> <p>Stwierdzone nieprawidłowości w obszarze planowania i kontraktowania polegały na nieprzestrzeganiu niektórych wymogów - o charakterze formalnym - przy sporządzaniu planów, przedłużaniu umów o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej oraz prowadzeniu postępowań konkursowych w zakresie przygotowania i prowadzenia negocjacji.</p> <p>Prawidłowe opracowanie planów finansowych nie zapobiegło jednak przekroczeniu kosztów Oddziału ujętych w pozycji F <i>Pozostałe koszty</i>, w tym w pozycji F4 <i>Inne koszty</i> planu finansowego OOW na 2021 r. W pozostałym zakresie realizacja kosztów Oddziału, w tym kosztów świadczeń, nie przekroczyła wysokości określonych w planach finansowych.</p>

			<p>Ministra Zdrowia obowiązujących w tym zakresie, jak też procedurach wewnętrznych ustalonych przez Prezesa NFZ.</p> <p>Dyrektor Oddziału prawidłowo opracował plany finansowe na lata 2021-2024. W projektach przedmiotowych dokumentów uwzględniano założenia Prezesa NFZ, a w przypadku planowania kosztów świadczeń zdrowotnych, również realny wzrost kosztów wynikający z rosnącej inflacji oraz ustawy o obowiązek ujęcia w planie kosztów świadczeń w wysokości nie niższej od zaplanowanej na rok poprzedni. Przesunąć w planach finansowych OOW dokonywano zgodnie z obowiązującą procedurą. Dyrektor Oddziału monitorował też realizację umów oraz skutecznie egzekwował należności z tytułu kar umownych i zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych.</p>	
3.	NFZ (Warmińsko-Mazurski OW)	w formie opisowej	<p>W okresie objętym kontrolą w Oddziale rzetelnie rozpoznano potrzeby zdrowotne osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych jak i dostępność świadczeniodawców na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego. W oparciu o te rozpoznania sporządzano plany zakupu świadczeń, ujmując w nich kwoty zgodne z przyjętymi w planach finansowych na lata 2021-2024.</p> <p>Postępowania na udzielanie świadczeń przeprowadzono na ogół zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami, gdyż m.in. weryfikowano czy oferenci mają wymagane</p>	<p>W Oddziale nie podejmowano działań w celu przeprowadzenia 20 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przedłużonych w trybie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach oraz art. 18 ust. 2 ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.</p> <p>Pomimo ogłaszania i przeprowadzania postępowań konkursowych, po przeprowadzeniu których zawierano umowy ze świadczeniodawcami, działania te nie przynosiły w niektórych rodzajach świadczeń oczekiwanego zmniejszenia liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń.</p> <p>Nie przekazano oraz nieterminowo przekazano²⁴⁹ informacji o ogłoszonych postępowaniach do właściwych ze względu na</p>

			<p>dokumenty i jaki jest potencjał tych, którzy nie mieli dotychczas zawartej umowy z NFZ lub z którymi rozwiązano wcześniej umowę.</p> <p>W Oddziale podejmowano działania w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych mieszkańcom obszarów, na których świadczeniodawcy czasowo zaprzestali udzielania świadczeń.</p> <p>W Oddziale prawidłowo i rzetelnie opracowano plany finansowe na lata 2021–2024, a przed dokonaniem każdej zmiany prowadzono analizę zaangażowania środków finansowych oraz zapotrzebowania na dany rodzaj świadczeń. Prawidłowo także wykonano plany finansowe na lata 2021–2023, w tym m.in. koszty świadczeń zdrowotnych ponoszono do wysokości kwot ujętych w planach finansowych. Prowadzono także skutecznie windykację należności Funduszu wynikających z zawartych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.</p>	<p>miejsce udzielania świadczeń okręgowych izb lekarskich, okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz do Krajowej Izby Fizjoterapeutów.</p> <p>Nie przekazano do 30 sierpnia 2024 r. Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszeń o wynikach rozstrzygnięć sześciu postępowań o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z lat 2022–2024 (do 30 czerwca), których wartość przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro,</p> <p>Wydano, w przypadku 41 powiadomień (50,6% zbadanych), zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń, przez pracowników, którzy na dzień dokonania tej czynności nie mieli pełnomocnictwa do akceptowania w imieniu Dyrektora NFZ wniosków świadczeniodawców o planowanej przerwie.</p>
4.	NFZ (Wielkopolski OW)	w formie opisowej	<p>W Oddziale w okresie 2021–2024 prawidłowo określano zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, na podstawie których opracowano plany zakupu tych świadczeń, a zmiany w planach były umotywowane. W procesie planowania uwzględniano m.in. wskaźniki zabezpieczenia świadczeń i dostępność świadczeniodawców w województwie wielkopolskim, a także priorytety ogólnopolskie i wojewódzkie.</p> <p>Podejmowano działania w celu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, co miało zapewnić</p>	<p>Pomimo corocznego zwiększania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń. Odnotowano także występowania obszarów, na których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w niewystarczającym stopniu dostęp do świadczeń zgodnie z przyjmowanymi przez WOW planami ich zakupu.</p> <p>Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: przedłużania umów na świadczenia opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż określony przepisem, nieinformowania dyrektora Oddziału i Prezesa NFZ o odstąpieniu od procedury konkursów i rokowań, niepublikowania planów zakupu świadczeń na lata 2021-2023 na</p>

		<p>dostępność do świadczeń. Oddział zapewnił mieszkańcom województwa w porównywalnym stopniu dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, choć istniały miejsca, w których ich nie zapewniono na równym poziomie.</p> <p>Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń w rodzajach: opieka paliatywna i hospicyjna, rehabilitacja lecznicza oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, prowadzono z zachowaniem zasad konkurencyjności, na podstawie ustawy o świadczeniach i wewnętrznych procedur. Monitorowano realizację zawartych umów, w tym w zakresie rzetelności i prawidłowości wykonywania świadczeń. Podejmowano działania w celu zwiększenia poziomu prawidłowego wykonywania przez świadczeniodawców obowiązku rzetelnego i terminowego sprawozdawania informacji z zakresu list oczekujących, harmonogramu przyjęć oraz raportów statystyczno-medycznych.</p> <p>Zapewniono rzetelność planowania kosztów Oddziału, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz podejmowano prawidłowe działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń.</p>	<p>stronie Oddziału, braku w ogłoszeniach o konkursach ofert adresu poczty elektronicznej Oddziału, nierzetelnego sporządzenia przekazanego Prezesowi NFZ zestawienia spraw sądowych.</p>
--	--	---	---

²⁴³ Rozporządzenie w sprawie gospodarki finansowej NFZ oraz rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw.

²⁴⁴ W tym komórki organizacyjne do których w latach 2021-2023 pacjenci byli przyjmowani na bieżąco. Badanie na podstawie próby 102 list oczekujących – pkt 1.4.2. wystąpienia.

²⁴⁵ W odniesieniu do wartości świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych.

²⁴⁶ W odniesieniu do liczby świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych.

* / pozytywna / negatywna / w formie opisowej

²⁴⁷ Tj. KOS- zawał, KON- Pierś.

²⁴⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.

²⁴⁹ Jeden przypadek nieprzekazania i 11 przypadków nieterminowego przekazania, tj. 3,5% zbadanych.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Udzielanie świadczeń zdrowotnych

Podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, która statuuje NFZ jako państwową jednostkę organizacyjną mającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad NFZ (art. 96 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*). Ponadto, ustawa określa warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 1 pkt 1 i 2 ustawy *o świadczeniach*).

W skład NFZ wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich (art. 98 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*).

Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu, a większość jego zadań wiąże się z prowadzeniem gospodarki finansowej. Inną grupą istotnych zadań są uprawnienia kontrolne względem świadczeniodawców i aptek oraz zadania kierownicze wobec oddziałów wojewódzkich Funduszu. W ramach uprawnień kierowniczych, Prezes Funduszu sprawuje nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich oraz ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały, w tym w sprawach zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców (art. 102 ust. 5 ustawy *o świadczeniach*). W celu realizacji swoich kompetencji Prezes wydaje zarządzenia.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego decyduje o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także ma udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa (art. 107 ustawy *o świadczeniach*).

Gospodarka finansowa

Gospodarkę finansową Funduszu reguluje art. 113–131b ustawy *o świadczeniach* oraz rozporządzenie *w sprawie gospodarki finansowej NFZ*. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi. Podstawę prowadzenia gospodarki finansowej stanowi roczny plan finansowy, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów (art. 118 ustawy *o świadczeniach*).

Poza rocznym planem finansowym Funduszu, istotnymi dokumentami są prognoza przychodów oraz prognoza kosztów na kolejne 3 lata, sporządzane przez Prezesa Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia (art. 120 ustawy *o świadczeniach*). Coroczną prognozę

kosztów na kolejne 3 lata Prezes Funduszu sporządza w terminie do dnia 15 czerwca.

Podział środków finansowych pomiędzy Centralę NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ następuje według kryteriów określonych w art. 118 ust. 3 ustawy *o świadczeniach*, tj. z uwzględnieniem liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu, wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych; ryzyka zdrowotnego odpowiadającego danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia. Zasady podziału środków zostały szczegółowo określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 17 listopada 2009 r. *w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych*²⁵⁰.

Fundusz jest zobowiązany do stosowania przepisów dotyczących finansów publicznych, w tym:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych*,
- ustawy 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych*²⁵¹,
- ustawy z dnia 29 września 1994 r. *o rachunkowości*²⁵².

Pracownicy Funduszu podlegają reżimowi ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (art. 97 ust. 2 ustawy *o świadczeniach*). W systemie opieki zdrowotnej Fundusz wypełnia funkcję płatnika: ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

W dniu 1 czerwca 2019 r. weszła w życie ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*²⁵³, która wpłynęła na strukturę organizacji wewnętrznej Funduszu. Kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie wskazanym w art. 61a ustawy *o świadczeniach*, może obecnie przeprowadzać wyłącznie

²⁵⁰ Dz. U. Nr 193, poz. 1495.

²⁵¹ Dz. U. z. 2024 r. poz. 1320.

²⁵² Dz. U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.

²⁵³ Dz. U. poz. 399.

Prezes Funduszu. Uprzednio kompetencje te należały do dyrektorów OW NFZ. Jednocześnie w ramach Funduszu utworzono korpus kontrolerski, którego członkowie zostali wyłączeni z podległości służbowej dyrektorów OW NFZ. Zmiana ta miała zagwarantować unifikację realizacji zadań i ocen podmiotów kontrolowanych oraz pracy kontrolerów. Ponadto doprecyzowano zasady przeprowadzania czynności kontrolnych.

Źródła przychodów

Przychody Funduszu zostały wymienione w art. 116 ustawy o świadczeniach. Podstawowym źródłem przychodów Funduszu są składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także: odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne, darowizny i zapisy, środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b i 2c i 4c²⁵⁴ ustawy o świadczeniach, dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a²⁵⁵, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych, przychody z lokat, kwoty, o których mowa w art. 4 ust. 10 i art. 34 ust. 6 ustawy o refundacji, kwoty z tytułu nałożonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia kar pieniężnych, o których mowa w art. 50-52 ustawy o refundacji, kwoty zwrotu części uzyskanej refundacji, o której mowa w art. 11 ust. 5 pkt 4 ustawy o refundacji, kwoty o których mowa w art. 6b ust. 3 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym²⁵⁶ oraz inne przychody.

²⁵⁴ Art. 97 ust. 3 pkt 4c dodany został przez art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1925), z dniem 23 października 2018 r. Katalog przychodów został uzupełniony o art. 97 ust. 3 pkt 4c z dniem 7 września 2019 r. na podstawie art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590).

²⁵⁵ Źródło przychodu dodane na podstawie art. 1 pkt 2 ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 2434), zmieniającej ustawę o świadczeniach z dniem 1 stycznia 2018 r. Przepis następnie zmieniony na podstawie art. 1 pkt 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1532, ze zm.), który zmienił poprzednie brzmienie art. 116 ust. 1 pkt 5a ustawy o świadczeniach z dniem 24 sierpnia 2018 r.

²⁵⁶ Dz. U. poz. 2192, ze zm. Środki na finansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych związanych z wydawaniem orzeczeń dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, o których mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. poz. 1622, ze zm.). Art. 116 ust. 1 pkt 7f został dodany na podstawie art. 9 pkt 3 ustawy z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2473, z dniem 22 grudnia 2019 r.)

Finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej

Kosztami Funduszu są: koszty świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji; koszty refundacji określone ustawą o refundacji, koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, koszty finansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie, koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ww. ustawie, koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży, koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne, koszt wypłaty odszkodowań, koszty informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie, inne koszty wynikające z odrębnych przepisów (art. 117 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

Z dniem 26 listopada 2020 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym²⁵⁷ wprowadzającej nowe zasady finansowania wybranych świadczeń ze środków Funduszu Medycznego – na podstawie umów dotacji celowych Prezes NFZ rozlicza i finansuje koszty:

- leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych²⁵⁸,
- technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności²⁵⁹;
- zadania polegającego na zwiększaniu skuteczności programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej w ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki,
- świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia,
- świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju,
- świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, związanych z diagnostyką genetyczną.

Z dniem 1 stycznia 2023 r. weszła w życie ustawa z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz

²⁵⁷ Dz. U. z 2023 r. poz.1758, ze zm.

²⁵⁸ O którym mowa w ustawie o świadczeniach; ratunkowy dostęp do technologii lekowych, dalej: „RDTL”.

²⁵⁹ Finansowanie technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych; Dz. U. z 2023 r. poz. 826, ze zm. lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności, o której mowa w art. 2 pkt 24b tej ustawy, dalej: „TLK” i „TLI”.

*niektórych innych ustaw*²⁶⁰, która skutkowałą „przeniesieniem” finansowania z budżetu państwa na NFZ świadczeń zdrowotnych²⁶¹ zadań zespołów ratownictwa medycznego (z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego), świadczeń wysokospecjalistycznych, bezpłatnego zaopatrzenia w leki świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia, po ukończeniu 65. roku życia oraz w okresie ciąży albo połogu zakupem, leków w ramach wybranych programów polityki zdrowotnej²⁶², zakupu szczepionek do szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych. Zrezygnowano również z opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowanej z budżetu państwa w ramach działu 851 – Ochrona zdrowia, która była przekazywana do NFZ.

W związku z trudnościami w udzielaniu świadczeń wynikających z epidemii COVID-19 wprowadzono mechanizm polegający na wypłacie placówce medycznej części środków - zaliczek²⁶³ z umowy z NFZ na 2020 r. i na 2021 r. pomimo niewykonania lub częściowego wykonania przez nią świadczeń, wynikających z tej umowy. Prawo do tzw. 1/12 kontraktu otrzymały placówki, które ze względu na epidemię COVID-19 nie mogły wypełnić umowy z Funduszem. NFZ wypłacał środki tym placówkom, a one zobowiązały się „odrobić” otrzymaną część kontraktu pierwotnie do końca 2020 roku. Ze względu na trwającą epidemię i ułatwienie placówkom realizacji tego zadania okres rozliczeniowy został wydłużony do końca 2023 r.²⁶⁴.

Świadczenia gwarantowane

Świadczenia gwarantowane są to świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (art. 5 pkt 35 ustawy *o świadczeniach*).

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ustawy *o świadczeniach*).

²⁶⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 2770, ze zm.

²⁶¹ Patrz art. 2 pkt 7-9 ww. ustawy.

²⁶² Dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z HIV z modułem profilaktyki, diagnostyki i leczenia WZW typu C osób osadzonych w zakładach penitencjarnych oraz programu leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych.

²⁶³ Iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne.

²⁶⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 1548, ze zm.).

Minister Zdrowia, na podstawie delegacji zawartej w art. 31d ustawy *o świadczeniach* określił w rozporządzeniach wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresach:

- podstawowej opieki zdrowotnej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- leczenia szpitalnego;
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- rehabilitacji leczniczej;
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- leczenia stomatologicznego;
- lecznictwa uzdrowiskowego;
- ratownictwa medycznego;
- opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- świadczeń wysokospecjalistycznych;
- programów zdrowotnych;

wraz z określeniem:

- 1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;
- 2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Udzielania świadczeń zdrowotnych

Najważniejszymi aktami prawnymi regulującymi udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowanie podmiotów leczniczych są:

- ustawa *o działalności leczniczej*,
- ustawa *o świadczeniach*.

W ustawie *o działalności leczniczej*, określono zasady: wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru tych podmiotów i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 ustawy *o działalności leczniczej*).

Zgodnie z art. 8 pkt 2 ustawy *o działalności leczniczej*, rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (szpitalne i inne niż szpitalne) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Aktualne

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

przepisy prawne nie zawierają jednoznacznej definicji zawodu medycznego ani nie określają pełnego katalogu tych zawodów.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia m.in. specjalistycznej opieki zdrowotnej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń (art. 10 tej ustawy).

Ustawa o świadczeniach określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, a także zadania władz publicznych dotyczące zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń (art. 1 pkt 1 – 3 i pkt 7 tej ustawy).

Harmonogramy przyjęć

Zgodnie z ustawą o świadczeniach, świadczenie specjalistyczne to świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 36 ustawy o świadczeniach). Świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 19a ustawy o świadczeniach).

Listy oczekujących

Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania NFZ danych dotyczących osób oczekujących na udzielenie świadczenia specjalistycznego (art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza dentysty spośród lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁶⁵. Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych

²⁶⁵ Z zastrzeżeniem art. 325 i art. 599 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego i art. 112 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.

stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób (art. 31 ustawy o świadczeniach).

Zgodnie z art. 15 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu m.in. leczenia stomatologicznego.

Podstawa finansowania świadczeń

Podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu, wynikających z zawartych umów, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ust. 1-5 ustawy o świadczeniach). Zgodnie z tą umową, świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub pozostawania w gotowości do ich udzielania przez cały czas trwania stosunku prawnego (okres obowiązywania umowy). Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a ich zawieranie odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138-139 ustawy o świadczeniach).

Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz do umów, o których mowa w art. 41 ust. 1 ustawy o refundacji, oraz świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – tzw. „sieci szpitali” (art. 159 ust. 1 oraz 159a ust. 1 ustawy o świadczeniach). Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa Prezes Funduszu w drodze zarządzenia.

Od 1 lipca 2016 r. w zakresie kontraktowania świadczeń Prezes NFZ określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń, przy czym wydawane w oparciu o nowe przepisy szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń mają uwzględniać obszar terytorialny, dla którego prowadzone jest postępowanie oraz taryfy świadczeń w przypadku ich ustalenia przez

Prezesa AOTMiT w danym zakresie²⁶⁶. Szczegółowe warunki umów określone przez Prezesa NFZ nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych przez ministra do spraw zdrowia na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

W sytuacji, gdy nie została ustalona taryfa świadczeń Prezes, w zarządzeniach dotyczących określenia warunków zawierania i realizacji umów, określa wartość punktową świadczenia, która stanowi podstawę rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem.

Zgodnie z § 16 ust. 2 *OWU*, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące, mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

Przez współczynniki korygujące należy rozumieć współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych: grup świadczeniobiorców albo świadczeń, albo grup świadczeniodawców, albo grup osób wykonujących dany zawód medyczny, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (§ 1 pkt 16 *OWU*).

Wartości współczynników korygujących zawarte są w zarządzeniach Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla poszczególnych rodzajów świadczeń.

Wycena świadczeń

Rozporządzenie w sprawie *OWU* definiuje również kluczowe pojęcia związane z ich wyceną i rozliczaniem świadczeń jak np.: jednostka rozliczeniowa, współczynnik korygujący. Kluczowe znaczenie mają § 15 i § 16 załącznika do tego rozporządzenia, które ustalają zasady wyceny i rozliczania świadczeń oraz wprowadzania współczynników korygujących, w tym w sytuacji braku taryfy świadczeń sporządzonej przez AOTMiT.

Zgodnie z § 15 ust. 4 *OWU*, w sytuacji nieustalenia taryfy świadczeń, jednostki rozliczeniowe i ich wartość określa Prezes Funduszu, biorąc pod uwagę kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń, wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców lub koszty zapewnienia gotowości ich udzielania, wskazując jednocześnie udział tych kosztów w jednostce rozliczeniowej.

²⁶⁶ Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach, określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania.

**Zawieranie umów
o udzielanie
świadczeń opieki
zdrowotnej**

Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159 i art. 159a ustawy *o świadczeniach*, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie: 1) konkursu ofert albo 2) rokowań.

Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*²⁶⁷, od 1 kwietnia 2020 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogły zostać przedłużone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*. Zasady przeprowadzania postępowania w celu wyboru świadczeniodawcy zostały wskazane w art. 139 ust. 2-8 ustawy *o świadczeniach*.

Ponadto zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, od 9 września 2020 r. na wniosek świadczeniodawcy, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. mógł zostać przedłużony, nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2021 r. (a następnie do 31 grudnia 2021 r.), w sposób określony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Definicji okresu rozliczeniowego²⁶⁸, wynikającej z § 1 pkt 5 *OWU*, do takich umów nie stosuje się.

Termin rozliczenia tych świadczeń przedłużono następnie do 31 grudnia 2023 r., na podstawie § 2 ust. 4 dodanego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. *w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*²⁶⁹.

Z dniem 1 lipca 2023 r. na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej został odwołany stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. *w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego*²⁷⁰.

²⁶⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 567, ze zm.

²⁶⁸ Okres rozliczeniowy – nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okresu roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie.

²⁶⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 2003.

²⁷⁰ Dz. U. poz. 1118.

Plan pracy Zgodnie z treścią art. 102 ust. 5 pkt 7 i 8 ustawy o *świadczeniach*, sporządzanie projektu planu pracy Funduszu oraz jego realizacja należą do zadań Prezesa. Plan pracy jest uchwalany przez Radę Funduszu (art. 100 ust. 1 pkt 2 lit a) ustawy o *świadczeniach*). Przepisy nie regulują szczegółowej treści i zawartości Planu pracy poza wskazaniem, że jest uchwalany na dany rok.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

- 1) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.);
- 2) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.);
- 3) Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889);
- 4) Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, ze zm.);
- 5) Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, ze zm.);
- 6) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze zm.);
- 7) Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.);
- 8) Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623);
- 9) Ustawa z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770, ze zm.);
- 10) Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567, ze zm.);
- 11) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 541, ze zm.);
- 12) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 923, ze zm.);
- 13) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495);
- 14) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1858);
- 15) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy

- o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897)²⁷¹;*
- 16) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. *w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458)²⁷²;*
 - 17) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.);*
 - 18) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.);*
 - 19) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.);*
 - 20) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.);*
 - 21) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265, ze zm.);*
 - 22) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262);*
 - 23) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2148, ze zm.);*
 - 24) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 237);*
 - 25) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, ze zm.);*
 - 26) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. *w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2153);*
 - 27) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. *w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego*

²⁷¹ Uchylony z dniem 21 października 2021 r. – ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493, ze zm.).

²⁷² Uchylony z dniem 29 lipca 2021 r. - ustawą z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292).

- zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 70, ze zm.);*
- 28) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. *w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. z 2023 r. poz. 2731, ze zm.);*
- 29) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. *w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, ze zm.);*
- 30) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. *w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661);*
- 31) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm.);*
- 32) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. *w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469, ze zm.)*²⁷³;
- 33) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. *w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/45/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, ze zm.);*
- 34) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. *dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) Nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, ze zm.);*
- 35) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. *rozszerzające rozporządzenie (WE) Nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) Nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010 r., str. 1);*
- 36) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. *w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004, str. 1, ze zm.).*

²⁷³ Uchylony z dniem 29 lipca 2021 r. - ustawą z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

- 1) Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
- 2) Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
- 3) Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
- 4) Prezes Rady Ministrów
- 5) Prezes Trybunału Konstytucyjnego
- 6) Rzecznik Praw Obywatelskich
- 7) Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej (KOP)
- 8) Sejmowa Komisja Zdrowia (ZDR)
- 9) Senacka Komisja Zdrowia
- 10) Minister Zdrowia
- 11) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
- 12) Rzecznik Praw Pacjenta



Minister Zdrowia

NKM.0911.5.2025.4.KCZ
Warszawa, 22 maja 2025

Pan
Michał Jędrzejczyk
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/24/046 – „Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024”, która została przekazana przy piśmie z dnia 8 maja 2025 r. o znaku: KZD.430.5.2024, stosownie do treści uprawnienia przewidzianego w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli,¹ przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

1. Część 2. Ocena ogólna, str. 9-10, Część 3. Synteza wyników kontroli, str. 19-22 i część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.2.2. Realizacja planu finansowego, str. 79 i nast.

W nawiązaniu do poruszonej w ww. Informacji NIK kwestii niezrównoważenia przychodów i kosztów w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej „NFZ”) oraz zatwierdzania przez Ministra Zdrowia najkosztowniejszych wariantów rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (zwanej dalej „AOTMiT”), uprzejmie informuję, jak niżej.

Odnosząc się do kwestii wolniejszego wzrostu przychodów niż kosztów w planie finansowym NFZ, w okresie objętym kontrolą, należy potwierdzić, że największą część zidentyfikowanego zapotrzebowania na dodatkowe środki stanowią skutki realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw² (zwanej dalej „ustawą o wynagrodzeniach”).

Ponadto zauważenia wymaga, że realizacja przepisów ustawy o wynagrodzeniach, w tym art. 31n pkt 2c w związku z art. 31ha ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³, dotyczących wydania przez Prezesa AOTMiT rekomendacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania tych świadczeń, zobowiązuje NFZ do zapewnienia pokrycia jej skutków i nie przewiduje w tym przypadku innego rozwiązania.

Natomiast sfinansowanie konsekwencji rekomendacji Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach kosztów

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

² Dz. U. poz. 1352.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.

określonych w zatwierdzonym planie finansowym NFZ, skutkowałyby ograniczeniem dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w pozostałych zakresach.

Wprowadzenie w życie przepisów ustawy o wynagrodzeniach, zgodnie z powyższymi wyjaśnieniami, wiąże się z istotnymi skutkami finansowymi dla NFZ, co zostało również sformułowane w Ocenie Skutków Regulacji w ramach prac nad ww. ustawą, natomiast przyjęte przez Ministra Zdrowia we wskazanym okresie warianty rekomendacji Prezesa AOTMiT zawierały rozwiązania najkorzystniejsze dla placówek medycznych i personelu.

Należy podkreślić, że przy wyborze wariantu wydanych rekomendacji, Minister Zdrowia kierował się przede wszystkim koniecznością poprawy sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, urealnienia wyceny oraz poprawy dostępności do świadczeń, w szczególności w sytuacji występowania tzw. długu zdrowotnego spowodowanego epidemią COVID-19. Powyższe było możliwe dzięki m.in. wzmocnieniu wycen w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitali poziomów I i II stopnia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli głównie placówek powiatowych.

2. Część 2. Ocena ogólna, str. 9.

W odniesieniu do podniesionej przez NIK kwestii braku poprawy dostępności świadczeń z powodu sytuacji finansowej NFZ w przypadku zespołów ratownictwa medycznego (zwanymi dalej „ZRM”), uprzejmie wskazuję, iż w latach 2021-2024 wzrosła dostępność do świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne.

Podkreślenia wymaga fakt, że liczba ZRM zwiększyła się łącznie o 80 zespołów z 1 595 ZRM w 2021 r. do 1 675 na koniec 2024 r. W wyniku powyższych zmian dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne poprawiła się, a liczba mieszkańców przypadających na 1 ZRM spadła z 23 232 do 21 911.

Skrócił się też czas dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia, co oznacza, że osoby w stanie nagłym szybciej otrzymują pomoc medyczną. Wartości mediany czasu dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia przedstawia poniższa tabela, w podziale na lata 2021-2024 oraz miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i poza miastem.

ROK	Miasta powyżej 10 tys. mieszkańców	Poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców
2021	00:12:16	00:18:57
2022	00:11:19	00:17:44
2023	00:10:42	00:16:59
2024	00:10:31	00:16:28

Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, tj. w szpitalnych oddziałach ratunkowych (zwanymi dalej „SOR”) oraz ZRM wzrosła z ok. 36 tys. osób w 2021 r. do prawie 37,5 tys. osób w 2024 r., w tym wzrost na SOR nastąpił z 15 777 do 17 176 osób, natomiast w ZRM z 19 875 do 20 000 osób.

3. Część 2. Ocena ogólna, str. 10, Część 3. Synteza wyników kontroli, str. 23, część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.2. Sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia, str. 75-77 i część 6. Załączniki, 6.1.1. Wykaz ocen kontrolowanych jednostek, str. 118.

Uprzejmie informuję, iż NFZ przekazał, że nie podziela oceny NIK dotyczącej rzekomej nieprawidłowości w zakresie rozwiązania rezerwy migracyjnej przed rozpoczęciem roku, którego dotyczy plan finansowy NFZ. Zdaniem NFZ, wskazania wymaga, że przepisy dotyczące gospodarki finansowej NFZ nie zabraniają dokonywania zmiany planu finansowego NFZ na dany rok, przed jego rozpoczęciem. Sposób planowania i

wykorzystania środków z rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach migracji ubezpieczonych, ma na celu zabezpieczenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczonym w danym oddziale wojewódzkim (zwanym dalej „OW”) NFZ u świadczeniodawców działających na terenie innych OW NFZ. Jak wynika ze stosownych przepisów, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z tym, by wartość umowy danego świadczeniodawcy uwzględniała także środki na koszty świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na rzecz pacjentów z innych OW NFZ, oddział świadczeniodawcy przed zawarciem takiej umowy musi dysponować środkami pochodzącymi z oddziałów pacjentów spoza działania danego OW NFZ, co jest dokonywane w drodze udzielenia stosownych upoważnień. Z kolei udzielenie upoważnienia jest możliwe pod warunkiem uprzedniego zabezpieczenia środków na ten cel w planie finansowym (z wykorzystaniem rezerwy migracyjnej). Na poziomie danego OW NFZ, cała rezerwa migracyjna jest przeznaczona na leczenie pacjentów danego OW NFZ przez świadczeniodawców z innych OW NFZ (na terenie innych OW NFZ). Uruchomienie rezerwy migracyjnej następuje w celu wystawienia stosownych upoważnień między poszczególnymi OW NFZ.

Ponadto NFZ zauważył, że powyższy sposób planowania i wykorzystania środków z rezerwy migracyjnej na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych jest stosowany przez od 2010 r. i podkreślił fakt, iż NIK w toku prowadzonych w NFZ kontroli nie podważała zasadności rozwiązania rezerwy migracyjnej przed rozpoczęciem danego roku (roku, którego plan dotyczył).

Wykorzystywanie środków z rezerwy migracyjnej dopiero po uprzednim rozliczeniu migracji za dany okres uniemożliwiłoby, w opinii NFZ, ujęcie w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środków na sfinansowanie świadczeń dla pacjentów przyjeżdżających do danego OW NFZ, co z kolei skutkowałoby ograniczaniem bieżącej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom przyjeżdżającym z innych OW NFZ.

Zdaniem NFZ, nie sposób zatem zgodzić się z argumentacją wysnutą przez NIK, że: „(...) rezerwa ta była faktycznie wykorzystywana do innych celów, niż wynikające z planu finansowego, tj. do zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych na terenie działania swojego oddziału zarówno ubezpieczonym z tego oddziału wojewódzkiego, jak i z pozostałych regionów kraju.(...)” (str. 23 Informacji). Przeczy temu przytoczone przez NIK stwierdzenie, iż: „(...) Kwota tej rezerwy była corocznie niższa niż faktyczne wykonanie kosztów świadczeń związanych z migracją pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ.(...)” (str. 23 i 77 Informacji).

Ponadto, w sytuacji, gdy rzeczywista wartość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych byłaby mniejsza od wartości środków przeznaczonych pierwotnie na ten cel, ewentualne wykorzystanie środków ujętych pierwotnie w przedmiotowej rezerwie na koszty świadczeń opieki zdrowotnej inne niż realizowane w ramach migracji ubezpieczonych, należałoby uznać za działanie efektywne i gospodarne. Zauważona przez NIK cykliczność i powtarzalność dokonywania tej zmiany, zdaniem NFZ oznacza, że funkcjonujący mechanizm wykorzystania środków przewidzianych na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych, w celu umożliwienia zawarcia ze świadczeniodawcami umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem świadczeń na rzecz pacjentów przyjeżdżających z innych OW NFZ, był i jest prawidłowy.

W związku z powyższym, zdaniem NFZ, za niecelowy należałoby uznać wniosek pokontrolny nr 3 skierowany do Prezesa NFZ (przytoczony na str. 113 Informacji o wynikach kontroli), dotyczący rozwiązywania rezerwy migracyjnej w trakcie roku, którego dotyczy oraz zgodnie z faktycznie ponoszonymi przez OW NFZ kosztami świadczeń zdrowotnych na rzecz uprawnionych objętych opieką innych OW NFZ.

Ponadto uprzejmie informuję, że NFZ poinformował o tym, iż Prezes NFZ będzie postępował w tym zakresie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co oznacza, iż stosownie do dyspozycji przepisu art. 124 ust. 7 ww. ustawy, decyzję o uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b, Prezes NFZ będzie podejmował na wniosek dyrektora OW NFZ.

4. Część 3. Synteza wyników kontroli, str. 15 i część 4. Wnioski, wniosek do Prezesa NFZ i Dyrektorów OW NFZ, str. 26.

W odniesieniu do podniesionej przez NIK kwestii wielokrotnego aneksowania umów oraz sformułowanego wniosku o podjęcie działań zmierzających do niezwłocznego przeprowadzania postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, co następuje.

Minister Zdrowia nie podziela interpretacji NIK w zakresie przepisu art. 156 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ponadto Minister Zdrowia stoi na stanowisku, iż:

- 1) nie można uznać, że umowy zostały przedłużone na maksymalny okres 12 miesięcy, ponieważ zostały one przedłużone więcej niż jeden raz, a za każdym razem na maksymalny okres 6 miesięcy, z każdorazowym uwzględnieniem przesłanki ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń (nie stwierdzono w tym zakresie nieprawidłowości);
- 2) prawodawca decydując się na wprowadzenie przepisu przejściowego, dającego możliwość przedłużenia umów do końca 2014 r. brał pod uwagę ówczesne warunki, a więc konieczność wydłużenia wszystkich umów, dlatego okres sześciomiesięczny był wówczas niewystarczający na przeprowadzenie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie należy więc wskazanego przepisu przejściowego odczytywać w kontekście intencji prawodawcy, co do charakteru brzmienia przepisu merytorycznego.

W związku z powyższym, Minister Zdrowia prezentuje stanowisko o zasadności utrzymania obecnej treści wskazanego przepisu, gdyż zgodnie z jego brzmieniem i celem, występuje możliwość więcej niż jednokrotnego przedłużania umów na maksymalny okres 6 miesięcy, przy spełnieniu przesłanki ustawowej, która wynika z przepisu art. 156 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, że nadrzędnym celem powyższej regulacji jest zagwarantowanie pacjentom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, co w ocenie Ministra Zdrowia stanowi wartość wyższą niż dochowanie konkursowego trybu wyłonienia realizatora umów, czym też kierują się dyrektorzy OW NFZ, stosując przepis art. 156 ust. 1a ww. ustawy.

5. Część 4. Wnioski, wniosek do Ministra Zdrowia, str. 26.

W odniesieniu do wniosku o: „*podjęcie działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej płatnika publicznego oraz dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych*”, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia korzysta z instrumentu, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 131d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ.

Należy wskazać, że zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla NFZ na 2025 r. wyniosła 18,35 mld zł, tj. ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana

pierwotnie na 2024 r., natomiast aktualnie, dzięki decyzji Ministra Zdrowia dotyczącej przekazania dodatkowych środków z budżetu państwa do NFZ, środki te wzrosły o 4 mld zł, do wysokości 22,35 mld zł.

Ponadto Minister Zdrowia systematycznie podejmuje działania i inicjatywy legislacyjne mające na celu poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Przykładem takich działań są kolejne nowelizacje tzw. rozporządzeń koszykowych, wprowadzające nowe świadczenia opieki zdrowotnej do wykazów świadczeń gwarantowanych.

Jednocześnie należy podkreślić, iż zabezpieczenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej zakwalifikowanych jako gwarantowane jest procesem ciągłym i należy do zakresu właściwości NFZ, który w ramach ustawowych zadań przeprowadza konkursy ofert, rokowania i zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitoruje ich realizację i rozliczanie. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są zawierane przez NFZ w oparciu o plan zakupu świadczeń. Zasady tworzenia planu zakupu świadczeń określają przepisy art. 131b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prezes NFZ sporządza projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz Krajowy Plan Transformacji i Wojewódzki Plan Transformacji. Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej składa się z:

- 1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem;
- 2) części szczegółowej określającej przede wszystkim obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń.

Należy przy tym zaznaczyć, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

Zgodnie z zapewnieniami NFZ, w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych, OW NFZ prowadzą działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców, jak i z inicjatywy własnej, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te są ukierunkowane na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie OW NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że obszary kontraktowania są wybierane w oparciu o istniejącą infrastrukturę medyczną. Występowanie tzw. białych plam jest związane w szczególności z brakiem podmiotów spełniających warunki realizacji świadczeń gwarantowanych na danym terenie lub brakiem ich zainteresowania zawarciem umowy z NFZ. Dodać należy, że decyzje o tworzeniu nowych podmiotów leczniczych lub nowych komórek organizacyjnych w podmiotach leczniczych pozostają w gestii organów tworzących tych podmiotów. Dopiero po podjęciu działań przez zainteresowane podmioty oraz samorządy, które przygotowują odpowiednie zasoby kadrowe, lokalowe i sprzętowe wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych, OW NFZ mogą w drodze postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami wybrać podmiot/podmioty do

udzielania świadczeń na terenie, w którym występował brak zabezpieczenia dostępu do świadczeń lub dostęp ten był niewystarczający.

6. Część 4. Wnioski, wnioski do Prezesa NFZ, str. 26.

W odniesieniu do wniosku NIK dotyczącego opracowania i wdrożenia mechanizmu pozwalającego na bieżące monitorowanie przez Prezesa NFZ obszarów, w których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w sposób niewystarczający dostęp do świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupów, uprzejmie wyjaśniam, iż NFZ poinformował o tym, że zostaną podjęte prace zmierzające do opracowania sprawozdania pozwalającego określić obszary i zakresy świadczeń o niewystarczającym zabezpieczeniu oraz monitorowanie podejmowanych działań zmierzających do zmiany tej sytuacji, wraz z raportowaniem skutków podejmowanych działań. Z informacji przekazanych przez NFZ wynika, iż wzór sprawozdania zostanie przygotowany bądź jako oddzielne zestawienie, bądź jako zestawienie będące częścią procedury planu zakupu świadczeń.

7. Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.3. Opracowanie i wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, str. 106-111.

Uprzejmie wskazuję, iż NFZ poinformował o tym, że została dołożona wszelka staranność i że zadania z Planu pracy NFZ zostały poddane ocenie podczas przeprowadzania ostatniej analizy ryzyka pod koniec 2024 r. W związku z tym, że analiza ryzyka była przeprowadzona w sposób uproszczony (odstępiono od Metodyki zarządzania ryzykiem organizacyjnym w Narodowym Funduszu Zdrowia), nie został sporządzony sformalizowany roczny raport z zarządzania ryzykiem, ale Zespół ds. Kontroli Zarządczej przedstawił pisemnie swoje rekomendacje Prezesowi NFZ.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Rafał Głowczyński
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

KZD.430.5.2024

Warszawa, 2025-05-27

OPINIA

**Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy
z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do informacji o wynikach kontroli
„Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024”.**

Minister Zdrowia w podpisany z jego upoważnienia przez Dyrektora Departamentu Nadzoru i Kontroli Rafała Głowczyńskiego stanowisku podzielił ocenę Najwyższej Izby Kontroli dotyczącą przyczyn trudnej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Niezrównoważenie przychodów i kosztów Funduszu wynikało głównie z finansowania corocznego wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego, będącego konsekwencją realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw¹.

Odnosząc się do przedstawionych w stanowisku Ministerstwa Zdrowia wątpliwości w zakresie dwóch nieprawidłowości dotyczących rozwiązania rezerwy migracyjnej przed rozpoczęciem roku, którego dotyczy plan finansowy NFZ oraz sprawy wielokrotnego aneksowania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Najwyższa Izba Kontroli podkreśla, iż oba te zagadnienia były już przedmiotem zastrzeżeń złożonych m.in. przez Prezesa NFZ i zostały oddalone przez komisję rozstrzygającą Najwyższej Izby Kontroli. Przytoczone kolejny raz te same argumenty, nie wnoszą żadnych dodatkowych informacji.

Nawiązując z kolei do odnotowanej przez Ministra Zdrowia poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego, Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że przedmiotem oceny w ramach kontroli nr P/24/046 był ogół świadczeń opieki zdrowotnej, a nie jedynie świadczenia ratownictwa medycznego.

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1352.

Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje deklarację Ministra Zdrowia odnoszącą się do realizacji sformułowanych w wyniku kontroli wniosków, jednakże z zaniepokojeniem odnotowuje fakt, iż Minister Zdrowia nie przedstawił żadnych, poza wsparciem z budżetu państwa dla NFZ, rozwiązań systemowych, zmierzających do poprawy sytuacji finansowej płatnika.

Prezes NIK

Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/