



DLU.050.32.2026.ŁR
Warszawa, 17 sierpnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację Państwa Posłów Wiesława Krajewskiego i Olgi Ewy Semenjuk-Patkowskiej z dnia 2 lipca 2026 r., nr 18110 w sprawie nadzoru Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nad oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

1. Jakie działania podjęto po publikacji raportu NIK w celu ograniczenia różnic regionalnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych?

Uprzejmie informuję, że po publikacji raportu NIK została m.in. zaktualizowana Procedura „Opracowanie i aktualizacja planu zakupu świadczeń” w celu umożliwienia skutecznego monitorowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia obszarów, w których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w sposób niewystarczający dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzone zmiany miały na celu zwiększenie przejrzystości procesu planowania zakupu świadczeń oraz usprawnienie identyfikacji obszarów wymagających zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

W ramach przeprowadzonych zmian informacje dotyczące m.in. świadczeń deficytowych oraz planowanych postępowań konkursowych zostały ujednolicone i przedstawione w formie ustandaryzowanych tabel. Celem tej zmiany było zapewnienie jednolitego sposobu prezentacji danych, zwiększenie ich czytelności oraz stworzenie spójnego materiału analitycznego, umożliwiającego efektywniejsze monitorowanie realizacji planów zakupu świadczeń, porównywanie pomiędzy oddziałami wojewódzkimi Funduszu oraz usprawnienie na poziomie oddziałów wojewódzkich procesu podejmowania decyzji w zakresie zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozwijane są również narzędzia analityczne służące monitorowaniu kolejek, realizacji umów i rozmieszczenia świadczeń. W celu poprawy dostępności do świadczeń Fundusz podejmuje działania odpowiednie do przyczyn wystąpienia ograniczenia dostępu do świadczeń. Działania te polegają m.in. na:

- ogłaszaniu postępowań konkursowych w celu wyłonienia nowych realizatorów świadczeń,
- rozszerzaniu potencjału wykonawczego umów w sytuacjach ku temu uzasadnionych (np. uwzględnienie w umowie dodatkowego lekarza w personelu udzielającym świadczeń),

- zwiększaniu wartości umów z uwzględnieniem możliwości finansowych ujętych w planie finansowym płatnika,
- dokonywanie przesunięć niewykorzystanych środków w umowach podmiotów w celu przesunięcia na zakresy z wykazywanym wyższym zapotrzebowaniem na realizację świadczeń,
- rozwoju opieki koordynowanej,
- analizie występowania tzw. „białych plam” i ogłaszanie postępowań konkursowych w celu zawarcia umów,
- w przypadku świadczeń stomatologicznych – kierowanie dentobusu do obszarów, gdzie nastąpił spadek dostępności do świadczeń.

2. Czy opracowano program naprawczy dotyczący wyrównywania dostępności świadczeń pomiędzy województwami?

Działania służące ograniczaniu różnic regionalnych realizowane są w ramach obowiązujących mechanizmów planowania, kontraktowania i monitorowania świadczeń opieki zdrowotnej. Obejmują one w szczególności wykorzystanie Map Potrzeb Zdrowotnych i Planów Transformacji, identyfikację obszarów o niedostatecznym zabezpieczeniu świadczeń (tzw. „białych plam”), organizację postępowań konkursowych, zwiększanie wartości obowiązujących umów w granicach dostępnych środków finansowych oraz monitorowanie migracji pacjentów i dostępności świadczeń na poziomie wojewódzkim i lokalnym.

3. Jakie wskaźniki wykorzystuje NFZ do oceny różnic regionalnych?

Fundusz na poziomie oddziałów wojewódzkich wykorzystuje szereg wskaźników, są to m.in.:

- liczba zadeklarowanych pacjentów na listach lekarza POZ/pielęgniarki POZ/położnej POZ pod kątem przekroczeń ilości zadeklarowanych pacjentów,
- wskaźnik liczby zakontraktowanych punktów rozliczeniowych na 10 tysięcy mieszkańców,
- wskaźnik czasu oczekiwania: średni czas oczekiwania na świadczenie medyczne, mediana czasu oczekiwania,
- liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia w podziale na kategorie (przypadek pilny / przypadek stabilny),
- prognozowany czas oczekiwania,
- poziom realizacji umów,
- liczba realizatorów świadczeń w danym obszarze,
- analizy dot. wskaźnika dostępności do świadczeń na 10 tys. mieszkańców oraz dostępność obszarowa,
- poziom realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń w tym poziom wykorzystania przeznaczonych środków w kontraktach na świadczenia,
- wykorzystanie i dostępność potencjału wykonawczego,
- liczby hospitalizacji,
- liczby pacjentów włączonych do programów lekowych lub chemioterapii,
- liczba zakontraktowanych punktów w przeliczeniu na liczbę łóżek,
- liczba punktów w przeliczeniu na liczbę pacjentów objętych opieką/etatów pielęgniarskich/porad,
- poziom wykonania planu rzeczowo-finansowego w podziale na poszczególne zakresy oraz potencjał umowy zgłoszony w umowach w odniesieniu do faktycznej realizacji świadczeń,
- migracje pacjentów,
- wykorzystanie łóżek szpitalnych,
- udział świadczeń pierwszorazowych,
- występowanie tzw. „białych plam”,

- średnie nakłady finansowe w obszarach kontraktowania.

4. Które województwa charakteryzują się obecnie najniższą dostępnością świadczeń w poszczególnych zakresach?

Dostępność świadczeń jest zagadnieniem złożonym, uzależnionym od wielu czynników, w tym specyfiki danego rodzaju świadczeń, potrzeb zdrowotnych populacji, organizacji udzielania świadczeń oraz lokalnych uwarunkowań. W związku z tym nie jest możliwe jednoznaczne wskazanie województw charakteryzujących się najniższą dostępnością do świadczeń w poszczególnych zakresach. Analiza dostępności do świadczeń nie może opierać się jedynie na zakontraktowaniu lub nie danych zakresów świadczeń na określonym obszarze. Dla przykładu należy wskazać, że brak umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie dotyczącym konkretnej dziedziny nie oznacza, że pacjenci z danego obszaru nie mają dostępu do tych świadczeń, ponieważ są one rozliczane w ramach szerszych znaczeniowo zakresów świadczeń.

Analiza dostępności jest zagadnieniem zdecydowanie bardziej złożonym, obejmującym często analizę poszczególnych chorób i nie może być oparta wyłącznie na analizie ujęcia lub nie danego zakresu świadczeń na liście zakontraktowanych zakresów świadczeń lub sprawozdawanych przez świadczeniodawców. Należy mieć na uwadze zakresy świadczeń o charakterze kompleksowym. Kontraktowanie zakresów świadczeń o takim charakterze wpływa na zapewnienie kompleksowej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, przez łączenie i realizację wcześniej oddzielnie kontraktowanych zakresów świadczeń w ramach jednej, zintegrowanej umowy, co znacząco usprawnia organizację i poprawia jakość opieki nad pacjentem. Z drugiej zaś strony brak zakontraktowania zakresu świadczeń o charakterze „kompleksowym” nie powoduje, że pacjenci nie mają zapewnionego dostępu do tych świadczeń w ramach innych produktów kontraktowych tj. form opieki.

5. Czy dokonano zmian w planowaniu zakupu świadczeń po publikacji raportu NIK?

Uprzejmie informuję, że w ramach działań Narodowego Funduszu Zdrowia, zmieniono procedurę opracowywania planu zakupu świadczeń, rozszerzając ją o analizy świadczeń deficytowych oraz planowanych postępowań konkursowych. Ustandaryzowano również sposób prezentacji danych, co ma poprawić możliwość porównywania sytuacji między województwami i monitorowania dostępności świadczeń.

6. Jakie dodatkowe środki finansowe skierowano do regionów o najniższej dostępności świadczeń?

Wartość środków finansowych jakie Narodowy Fundusz Zdrowia może przeznaczyć w planie finansowym NFZ na dany rok na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wynika z wartości prognozowanych przychodów Funduszu, w tym w szczególności z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, będących pochodną podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz wymiaru tej składki, a także środków z dotacji podmiotowej lub środków z funduszy celowych (np. Funduszu Medycznego).

Ponadto, uprzejmie informuję, że sposób podziału w planie finansowym NFZ środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia określają przepisy art. 118 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zgodnie z art. 118 ust. ustawy o świadczeniach planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie NFZ świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem:

- liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;

- wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grup świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- ryzyk zdrowotnych odpowiadających danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

Zgodnie z art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach, planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki NFZ nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3 ustawy, przy czym zgodnie z art. 129 ust. 6 ustawy o świadczeniach, przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim zgodnie z art. 129 ust. 3 i 4 (środków z funduszu zapasowego).

Doprecyzowanie kryteriów podziału planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie NFZ świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych ujętych w obecnie obowiązującym art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach znalazło odzwierciedlenie w rozporządzeniu 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) wydanym na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 119 tej ustawy.

Podkreślić należy, iż określone w planie finansowym danego oddziału wojewódzkiego NFZ środki na koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych/uprawnionych, przeznaczone są na pokrycie kosztów świadczeń wszystkim ubezpieczonym / uprawnionym, dla których dany OW NFZ jest właściwy, niezależnie od miejsca, w którym osoby te zrealizują swoje prawo do świadczeń, tj. także poza terenem OW NFZ właściwego dla miejsca zamieszkania danej osoby.

7. Czy przeprowadzono analizy przyczyn utrzymywania się różnic regionalnych?

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi ciągłe analizy przyczyn różnic regionalnych w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Wykorzystywane są m.in. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, wojewódzkie plany transformacji, dane demograficzne, epidemiologiczne, informacje o infrastrukturze medycznej, liczbie i rozmieszczeniu personelu oraz migracjach pacjentów. Analizy wskazują, że głównymi przyczynami utrzymywania się różnic regionalnych są niedobory kadrowe, nierównomierne rozmieszczenie specjalistów, ograniczenia finansowe, zróżnicowany potencjał świadczeniodawców oraz zmiany demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa.

Podsumowując, analizowane są:

- sytuacja demograficzna,
- potrzeby zdrowotne mieszkańców,
- liczba świadczeniodawców,
- zasoby kadrowe i infrastrukturalne,
- migracje pacjentów,
- realizacja świadczeń w poprzednich okresach,
- występowanie „białych plam”,
- problemy kadrowe, organizacyjne i finansowe.

8. Jakie działania podjęto wobec oddziałów wojewódzkich, w których stwierdzono największe dysproporcje?

Należy wskazać, iż wprowadzono obowiązek uwzględniania informacji o świadczeniach deficytowych oraz planowanych postępowaniach konkursowych, a następnie ujednolicono sposób prezentacji tych danych w formie zestandaryzowanych tabel. Rozwiązania te umożliwiają skuteczniejsze monitorowanie sytuacji w oddziałach wojewódzkich,

porównywanie danych pomiędzy regionami oraz usprawnienie procesu podejmowania decyzji dotyczących zabezpieczenia dostępu do świadczeń. Dodatkowo oddziały wojewódzkie realizują działania naprawcze, takie jak organizowanie postępowań konkursowych, zwiększanie wartości kontraktów oraz monitorowanie tzw. „białych plam”.

Narodowy Fundusz Zdrowia na bieżąco podejmuje działania mające na celu zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach posiadanych kompetencji oraz środków finansowych określonych w Planie Finansowym Funduszu. W szczególności prowadzone są postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym konkursy ofert i rokowania, zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach oraz z uwzględnieniem zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowych. Działania te są realizowane w sposób ciągły.

9. Czy monitorowane są efekty wdrażanych działań naprawczych?

Efekty wdrażanych działań są monitorowane w sposób ciągły. Analizowane są m.in. wartości zawartych umów, realizacja świadczeń, nadwykonania i niedowykonania, prognozy realizacji świadczeń, liczba zawartych umów, liczba miejsc udzielania świadczeń, czas oczekiwania, liczba osób oczekujących oraz migracje pacjentów. Różnice pomiędzy planowaną a rzeczywistą realizacją planu zakupu świadczeń podlegają comiesięcznej analizie, a plan zakupu świadczeń jest aktualizowany dwa razy w roku.

Podsumowując, monitorowanie ma charakter ciągły i obejmuje m.in. realizację umów, czas oczekiwania, liczbę osób oczekujących, migracje pacjentów, poziom wykorzystania środków finansowych, realizację planu zakupu świadczeń oraz analizę danych z list oczekujących.

10. Czy Ministerstwo posiada harmonogram działań prowadzących do ograniczenia nierówności regionalnych?

Działania Ministerstwa Zdrowia prowadzone są zgodnie z obowiązującymi dokumentami strategicznymi i harmonogramami wdrożeń systemowych. Obejmują one przede wszystkim rozwój centralnej e-rejestracji zgodnie z harmonogramem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, rozwój portalu „Gdzie się leczyć”, rozwój funkcjonalności aplikacji AP-KOLCE oraz dalsze dostosowywanie systemów sprawozdawczych. Jednocześnie kompleksowa aktualizacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia planów zakupu świadczeń odbywa się regularnie dwa razy do roku, co umożliwia bieżące reagowanie na zidentyfikowane nierówności w dostępności świadczeń.

Należy uzupełnić, że Narodowy Fundusz Zdrowia również podejmuje działania zmierzające do zapewnienia odpowiedniego zabezpieczenia świadczeń, które są prowadzone w sposób ciągły w ramach obowiązujących procesów planowania i kontraktowania świadczeń.

11. Jakie rezultaty osiągnięto od czasu zakończenia kontroli NIK?

Od czasu zakończenia kontroli NIK zaktualizowano procedurę opracowania i aktualizacji planu zakupu świadczeń, rozszerzając ją o informacje dotyczące świadczeń deficytowych i planowanych postępowań konkursowych. Ujednolicono sposób prezentacji danych przez oddziały wojewódzkie, wdrożono nowe narzędzia analityczne do monitorowania kolejek i realizacji umów, rozbudowano systemy monitorowania dostępności świadczeń oraz wdrożono prognozowany czas oczekiwania na świadczenie (PCUŚ). Rozszerzono także zakres analiz dotyczących opieki szpitalnej oraz rozwijano centralną e-rejestrację i portal „Gdzie się leczyć”.

12. Czy planowane są zmiany sposobu finansowania świadczeń w celu ograniczenia dysproporcji regionalnych?

Podział środków odbywa się zgodnie z art. 118 ustawy o świadczeniach i uwzględnia liczbę ubezpieczonych, strukturę demograficzną oraz ryzyka zdrowotne. Obowiązujące regulacje należy uznać za optymalne.

13. Jakie działania planowane są do końca 2027 r.?

Planowana jest kontynuacja działań związanych z poprawą monitorowania i dostępności świadczeń, w szczególności:

- dalszy rozwój centralnej e-rejestracji;
- rozwój portalu „Gdzie się leczyć”;
- rozwój funkcjonalności aplikacji AP-KOLCE;
- sukcesywne rozszerzanie zakresu świadczeń objętych elektronicznymi harmonogramami przyjęć i listami oczekujących;
- dalsze dostosowywanie systemów sprawozdawczych do obowiązujących przepisów;
- kontynuacja analiz dostępności świadczeń oraz działań związanych z identyfikacją i eliminacją obszarów o niewystarczającym zabezpieczeniu świadczeń.

14. Jak Ministerstwo ocenia obecny poziom zróżnicowania regionalnego w dostępie do świadczeń?

Zróżnicowanie regionalne jest nadal obserwowane i wynika z wielu czynników, w tym różnic demograficznych, epidemiologicznych, kadrowych i infrastrukturalnych, a także zróżnicowaniem potrzeb zdrowotnych oraz migracji pacjentów. Istotnym problemem pozostaje koncentracja specjalistów w dużych ośrodkach miejskich oraz niedobory kadr w części województw.

Jednocześnie różnice te są monitorowane na bieżąco i podejmowane są działania mające na celu poprawę dostępności świadczeń w granicach dostępnych zasobów finansowych i kadrowych.

15. Proszę o przedstawienie zestawienia najważniejszych wskaźników dostępności świadczeń według województw za lata 2022–2026.

Najważniejsze wskaźniki dostępności świadczeń publikowane są na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia m.in. w okresowych sprawozdaniach z działalności NFZ sporządzanych zgodnie z rozporządzeniem 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.

Celem sporządzanie niniejszych sprawozdań jest przedstawienie Ministrowi Zdrowia oraz innym interesariuszom informacji o realizacji zadań Funduszu, w tym najważniejszych wskaźników opisujących funkcjonowanie systemu, zwłaszcza dostępności do świadczeń, realizacji umów oraz wykonania planu finansowego.

Szczegółowe zestawienie wskaźników za lata 2022–2026 obejmuje dane dotyczące list oczekujących oraz liczby pacjentów i świadczeń w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ. NFZ monitoruje dostępność świadczeń m.in. przy wykorzystaniu następujących wskaźników:

- prognozowany i rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie,
- mediana czasu oczekiwania,
- liczba pacjentów oczekujących,
- liczba pacjentów skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia,
- liczba zawartych umów i miejsc udzielania świadczeń,

- liczba personelu medycznego,
- migracje pacjentów,
- wykorzystanie łóżek szpitalnych,
- poziom realizacji i finansowania świadczeń.

Ponadto należy zaznaczyć, że obszerne informacje nt. wskaźniki dostępności do świadczeń w poszczególnych województwach, z zachowaniem podziału na zakresy świadczeń, z uwzględnieniem informacji na temat kolejek oczekujących, personelu medycznego realizującego świadczenia zdrowotne zostały zawarte w ogólnodostępnej Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, pod adresem <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/