



Minister Zdrowia

DLF.050.14.2025.KG
Warszawa, 26 marca 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacjami nr 8169-8176 Pana Michała Wosia Pośta na Sejm RP z dnia 24 lutego 2025 r., w sprawie dramatycznej sytuacji finansowej podmiotów leczniczych na terenie województwa śląskiego tj.:

- 1) Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim;
- 2) Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim;
- 3) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju;
- 4) Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju;
- 5) Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. w Żorach;
- 6) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 SPZOZ w Rybniku;
- 7) Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu;
- 8) Szpital Chorób Płuc w Orzeszu,

uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Ministerstwo Zdrowia przedstawia poniżej tabelę z wartościami zobowiązań ogółem i wymagalnych, według stanu na 30.09.2024 r., opracowaną na podstawie danych przekazanych przez ww. podmioty za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia.

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Zobowiązania ogółem (w zł)	w tym wymagalne (w zł)
1	Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim	73 392 099	6716296

2	Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim	8611629	1 797 639
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	57 484 864	27 675
4	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju	1 283 691	0
5	Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. w Żorach	19 915 005	2 008 614
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 SPZOZ w Rybniku	132 831 654	52 161 684
7	Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu	30 149 301	391332
8	Szpital Chorób Płuc w Orzeszu	2 404 249	0

Odnosząc się do kwestii związanej z zapewnieniem ww. placówkom stabilności finansowej oraz zabezpieczeniem przed skutkami opóźnionych płatności pragnę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia, systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej świadczeniodawców.

Należy wskazać na istotne zwiększenie środków z tytułu dotacji podmiotowej dla NFZ w 2024 r. – wzrost z kwoty **8,8 mld zł** uwzględnionej w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2024 r. do wysokości **14,8 mld zł** dotychczas przekazanej do NFZ (wzrost o 68,1%).

Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, NFZ otrzymał również w 2024 r. dodatkowe środki na zwiększenie funduszu zapasowego w łącznej kwocie **344,67 mln zł**.

Ponadto zaplanowana na 2025 r. dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla NFZ wynosi **18,35 mld zł**, tj. ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2024 r., natomiast jeśli nastąpi konieczność zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 131d ustawy 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.

Podkreślenia wymaga, że NFZ ma obowiązek pokrycia wszystkich świadczeń nielimitowanych, a ich finansowanie odbywa się zgodnie zobowiązującymi przepisami, w tym szczegółowymi warunkami zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi w sytuacji, gdy wartość wykonanych świadczeń przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania w tychże zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

Natomiast zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ww. ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ,

z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 te same ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy. Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

Jednocześnie zgodnie z zapewnieniami NFZ, w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą na bieżąco działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Zgodnie z informacją NFZ, aktualnie oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą działania mające na celu sfinansowanie w ramach środków zabezpieczonych w pozycji B2.18 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych planu finansowego OW NFZ na 2025 r. niesfinansowanych świadczeń nielimitowanych za IV kwartał 2024 r., w trybie określonym w przepisach art. 132c ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych.

Sfinansowanie pozostałych niesfinansowanych świadczeń nielimitowanych za IV kw. 2024 r. oraz niesfinansowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi i leków stosowanych w chemioterapii za 2024 r. planowane jest do końca marca 2025 r.

Zgodnie z informacją przekazaną przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, łączną kwotę świadczeń nielimitowanych wykonanych ponad kwotę zobowiązania w umowach realizowanych w 2024 roku, dla świadczeniodawców wymienionych w interpelacjach, wg stanu na dzień 21 lutego 2025 r., przedstawia poniższa tabela:

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Aktualne nadwykonania za 2024 r. w zakresach nielimitowanych (w zł)
1	Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim	254 584,64
2	Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim	31 566,61
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	1 861 224,63

4	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju	890,13
5	Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. w Żorach	271 058,01
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 SPZOZ w Rybniku	4 014 839,46
7	Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu	929 959,42
8	Szpital Chorób Płuc w Orzeszu	107 006,82

Zgodnie z informacją Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, łączną kwotę świadczeń wykonanych ponad kwotę zobowiązania w umowach realizowanych w 2024 roku, dla świadczeniodawców wymienionych w interpelacjach, wg stanu na dzień 21 lutego 2025 r., przedstawia poniższa tabela:

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Aktualne nadwykonania za 2024 r. (w zł)
1	Szpital Powiatowy w Wodzisławiu Śląskim	703 953,50
2	Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim	130 068,81
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	10 400 040,68
4	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju	890,13
5	Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. w Żorach	342 217,77
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 SPZOZ w Rybniku	7 318 939,60
7	Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu	8 143 272,12
8	Szpital Chorób Płuc w Orzeszu	275 226,07

Prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia działania nakierowane na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażoną skróceniem czasu oczekiwania co do zasady mają na celu wprowadzanie zmian systemowych, których efekty widoczne są w perspektywie długofalowej i obejmują wszystkich świadczeniodawców.

Jednym z takich działań są prace prowadzone w ramach uruchomionego w styczniu 2024 r. projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń”, które m.in. zakładają zastąpienie fragmentarycznie udzielanych porad kompleksowymi świadczeniami, w tym pakietami diagnostycznymi w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Pozwoli to na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ponieważ czynnikiem ograniczającym dostępność do świadczeń specjalistycznych jest również ograniczony zasób lekarzy specjalistów Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizy mające na celu potwierdzenie zasadności poszerzania zakresu personelu uprawnionego do

udzielania poszczególnych świadczeń, co powinno spowodować zwiększenie liczby udzielanych świadczeń oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.

W ostatnim roku udało się osiągnąć także wzrost liczby umów zawieranych w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwi lekarzowi rodzinemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienie wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania go do poradni specjalistycznych. Zwiększenie dostępu do świadczeń właściwych dla opieki specjalisty z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zmniejsza obciążenie poradni specjalistycznych i przekłada się na skrócenie czasów oczekiwania. Według danych na dzień 31 grudnia 2024 r. 2458 świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej realizowało świadczenia opieki koordynowanej, co stanowi 41 % ogółu świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Objęto tym samym łącznie 51% ogółu populacji objętej podstawową opieką zdrowotną.

Ponadto, w celu wprowadzenia mechanizmów motywujących poradnie specjalistyczne do zwiększania odsetka przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych (obecnie jedynie przeciętnie 15% pacjentów w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to pacjenci pierwszorazowi, a pozostałe osoby objęte opieką to osoby kontynuujące leczenie) planowane jest wprowadzenie stawek degresywnych za świadczenia udzielane pacjentom już objętym opieką oraz określenie minimalnego wymaganego poziomu przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych. Rozwiązanie to ma na celu zapewnienie, że pacjenci oczekujący na pierwszą poradę szybciej rozpoczną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną. Wypracowane rozwiązanie ma szczególnie motywować podmioty z najmniejszym udziałem świadczeń pierwszorazowych.

Prowadzone są także prace mające na celu zapewnienie optymalnego wykorzystania terminów świadczeń oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców, w tym zwalniających się także w ostatniej chwili. Wprowadzenie jednej centralnej listy i centralnej e-Rejestracji, umożliwiającej pacjentowi wybór świadczeniodawcy z najkrótszym czasem oczekiwania spośród wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczenia z danego zakresu, przyspieszy termin uzyskania świadczenia. Ponadto system ten zapewni regularne wysyłanie przypomnień o terminie oraz ułatwi proces odwołania wizyt, co wyeliminuje przypadki nieodwoływania porad. Rozwiązania w tym zakresie są obecnie testowane w formie pilotażu. Zaawansowane są także prace nad projektem ustawy, która ma na celu powszechne stosowanie e-Rejestracji. W najbliższym czasie projekt zostanie skierowany do uzgodnień zewnętrznych.

Warto także wskazać, że występujące różnice w średnich czasach oczekiwania na terenie poszczególnych województw wynikają zarówno z nierównomiernego rozmieszczenia

podmiotów leczniczych na terenie kraju, jak i czynników demograficznych wpływających na zapotrzebowanie ludności zamieszkującej poszczególne regiony na świadczenia zdrowotne, a także często z osobistych preferencji pacjentów, którzy przy wyborze konkretnego świadczeniodawcy kierują się bardziej jego renomą niż czasem oczekiwania. W celu zabezpieczenia świadczeń uwzględniających potrzeby zdrowotne mieszkańców oraz istniejącą infrastrukturę wypracowano cały zestaw narzędzi. Narodowy Fundusz Zdrowia sporządza dla każdego województwa plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa oraz wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Prognozę przyszłych potrzeb dla poszczególnych województw i całego kraju zawierają także opracowywane przez Ministra Zdrowia mapy potrzeb zdrowotnych. Każda inwestycja w województwie, polegająca na utworzeniu nowego podmiotu leczniczego lub nowych komórek takiego podmiotu podlega ocenie celowości, uwzględniając potrzeby wynikające z map potrzeb zdrowotnych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/