



Minister Zdrowia

DLF.050.36.2025.DP
Warszawa, 08 lipca 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 10201 z 13 czerwca 2025 r. Pana Piotra Uruskiego, Posła na Sejm RP, w sprawie utraty płynności finansowej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku - ostatniego w pełni funkcjonującego szpitala dla mieszkańców powiatów bieszczadzkiego, leskiego i sanockiego, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie pragnę podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej świadczeniodawców.

Uwzględniając powyższe należy wskazać, że w planie NFZ na 2025 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosiła **183,6 mld zł**, tj. jest wyższa o **26,07 mld zł** w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na 2024 rok.

Ponadto 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. Dzięki decyzji Minister Zdrowia z 12 marca br., dotyczącej przekazania dodatkowych środków z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia, środki te wzrosły o **4 mld zł**. Natomiast kolejne decyzje Ministra Zdrowia z 18 czerwca 2025 r. oraz Ministra Finansów z 24 czerwca 2025 r., pozwoliły na przekazanie NFZ kolejnych środków w łącznej wysokości **1,1 mld zł**. Powyższe oznacza, że aktualna wysokość dotacji podmiotowej dla NFZ na 2025 r. wynosi już **23,45 mld zł**.

Jednocześnie informuję, że jeśli wystąpi 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn.zm.), na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ.

Jednocześnie w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą 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 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.

Odnosząc się do kwestii planowanych działań systemowych, które umożliwią utrzymanie płynności finansowej szpitalom informuję, że aktualnie procedowany jest projekt *ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (UD71), wprowadzający szereg zmian, mających na celu umożliwienie podejmowania działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej szpitali. Rozwiązania uelastyczniające funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) polegają na tym, że świadczeniodawcy uzyskają, za zgodą Prezesa NFZ, możliwość:

- zamiany danego profilu w trybie hospitalizacji na hospitalizację planową/leczenie jednego dnia;
- rezygnacji z danego profilu;

Takie zmiany powinny przyczynić się do koncentracji świadczeń szpitalnych, udzielanych w warunkach pełnej gotowości całodobowej, w ośrodkach dysponujących większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, a zatem również do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów, zwłaszcza kadrowych.

Wskazany projekt przewiduje również możliwość tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej również przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące.

Zmiany obejmują także proces sporządzania, opiniowania i zatwierdzania programów naprawczych mające na celu podniesienie jakości ich przygotowania oraz zwiększenie nadzoru podmiotów tworzących w procesie ich przyjmowania.

Ponadto pragnę wskazać, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadziło przepis umożliwiający wypłatę w 2025 r. specjalnych

dotatków do ryczałtu PSZ świadczeniodawcom, którzy za poprzedni okres rozliczeniowy (2024 r.) wykazali tzw. nadwykonania tego ryczałtu w wysokości 27% wartości wypracowanych świadczeń powyżej wartości ryczałtu, z jednoczesnym uwzględnieniem kwot dodatków wypłaconych w 2024 r. Oznacza to dodatkowe pieniądze dla szpitali PSZ w wysokości **300 mln zł**.

Jednocześnie informuję, że Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji rekomendację nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w wariantcie nr 3, tj.: uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych 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. 2139) oraz uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, określenie współczynników dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych, zmianę współczynników korygujących dla szpitali zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego poziomu sieci PSZ oraz **współczynników dla wybranych JGP w przypadku ich realizacji przez szpitale od trzeciego poziomu w sieci PSZ**, uwzględnienie taryf dla świadczeń w obszarze chorób układu nerwowego, żeńskiego układu rozrodczego i rehabilitacji stacjonarnej oraz dodatkowe zwiększenie 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 2025, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie. Podkreślenia wymaga, że przyjęty wariant rekomendacji jest najkorzystniejszy dla placówek medycznych i wiąże się ze wzrostem wydatków płatnika o **16,9 mld zł** w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie rekomendacji, co stanowi 11,17% wzrostu wartości umów NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii).

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