



Minister Zdrowia

DLF.050.42.2025.KK
Warszawa, 18 lipca 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 10425 Pani Agnieszki Ścigaj oraz Pani Anny Dąbrowskiej-Banaszek, Postów na Sejm RP, z dnia 25 czerwca 2025 r. w sprawie zadłużenia szpitali powiatowych oraz planowanych działań naprawczych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do kwestii związanej z zadłużeniem szpitali powiatowych informuję, że według wstępnych danych statystycznych za 2024 r. szpitali funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotami tworzącymi są samorządy szczebla powiatowego, które szpitale te przekazały po wynikającym z przepisów ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości terminie sporządzenia sprawozdań finansowych, ale przed ustawowym terminem na ich zatwierdzenie przez właściwe organy, zysk netto za 2024 r. wykazało 87 z 203 jednostek, tj. 43% ogółu, natomiast stratę netto 116 placówek, tj. 57%. Te same liczby dotyczyły jednostek, które odnotowały w 2024 r. zysk i stratę z działalności operacyjnej.

Ponadto informuję, że łączny wynik finansowy za 2024 r. dla wszystkich analizowanych szpitali powiatowych wyniósł -662,2 mln zł, który po podzieleniu przez liczbę 203 szpitali daje średnią arytmetyczną na poziomie -3,3 mln zł. Z kolei łączne zobowiązania wymagalne 203 szpitali powiatowych wyniosły na koniec 2024 r. 1,2 mld zł, w tym zobowiązania wymagalne wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowiły 59,4 mln zł, zobowiązania wymagalne z tytułu zużycia energii, gazu i wody wyniosły 75,2 mln zł, a zobowiązania wymagalne z tytułu zakupu leków, materiałów medycznych, sprzętu i aparatury medycznej oraz usług obcych (np. remontowych, transportowych, medycznych) stanowiły 932,6 mln zł.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że zawarta w interpelacji informacja, że 124 szpitale powiatowe mają wskaźnik płynności poniżej 0,5 nie jest zgodna z danymi będącymi w posiadaniu Ministerstwa Zdrowia, z których wynika, że na koniec 2024 r. jednostek, które posiadały wskaźnik płynności finansowej bieżącej poniżej 0,5 było 60, a szpitale ze wskaźnikiem płynności finansowej szybkiej poniżej 0,5 było 80.

Reasumując, dane statystyczne za 2024 r. przekazane przez szpitale powiatowe nie potwierdzają danych i stanu przedstawionego w artykule przywołanym w treści interpelacji. Wśród szpitali powiatowych istnieje bowiem duże zróżnicowanie pod względem sytuacji finansowej – występują zarówno jednostki w trudnej, jak i dobrej, a nawet bardzo dobrej sytuacji finansowej. Obok szpitali wymagających zdecydowanych działań restrukturyzacyjnych funkcjonują również takie, które notują dodatnie wyniki finansowe oraz terminowo regulują posiadane zobowiązania, i nie są to przypadki odosobnione. Jednostki, które nie posiadają zobowiązań wymagalnych, lub zobowiązania te mają nieznaczną wartość stanowią połowę całej zbiorowości analizowanych szpitali powiatowych.

W odniesieniu do pytań dotyczących planowanych działań naprawczych należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia w sposób ciągły prowadzi prace mające na celu umożliwienie utrzymania płynności finansowej szpitali. Służy temu m.in. projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD71), zawierający szereg rozwiązań reformujących system szpitalny w naszym kraju.

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 dodatków 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**.

Odnosząc się do kwestii związanej z koniecznością uwzględnienia rzeczywistych kosztów świadczeń i podwyżek wynagrodzeń, należy zauważyć, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w ramach prac związanych z przygotowaniem raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, 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, monitoruje i analizuje sytuację finansową podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym w szczególności szpitali z uwzględnieniem ich kategorii i poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Jednym z działań w tym zakresie są prowadzone przez AOTMiT analizy danych sprawozdawanych w formularzach MZ-BFA, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo-ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii. Analizie podlegają również cyklicznie gromadzone informacje o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając na względzie powyższe, Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji rekomendację nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa AOTMiT 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, 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).

Zatwierdzona rekomendacja została opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT, pod adresem:

<https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2025/1054-materialy-2025/9080-91-2025-zlc>.

Jednocześnie informuję, że przekazanie dodatkowych środków dla NFZ następuje na podstawie art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ. Zaplanowana dotacja podmiotowa dla Narodowego Funduszu Zdrowia na 2025 r. wynosi aktualnie **26 979 500 000 zł**, co oznacza dotychczasowy wzrost w stosunku do pierwotnie zaplanowanej kwoty dotacji o **8 629 500 000 zł**. Jednocześnie należy wskazać, że poza ww. środkami, dzięki decyzji Ministra Finansów z dnia 1 lipca 2025 r., zostały przyznane środki finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia w kwocie **1 576 000 000 zł**, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ.

Należy zatem podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, uwzględniając aktualne potrzeby.

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