



Minister  
Zdrowia

---

DLU.050.24.2025.RB  
Warszawa, 07 lipca 2025

**Pan**  
**Szymon Hołownia**  
**Marszałek Sejmu**  
**Rzeczypospolitej Polskiej**

*Szanowny Panie Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację Pani Poseł Olgi Semeniuk-Patkowskiej z 13.06.2025 r. nr 10166 uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

*1. Jakie konkretne działania naprawcze zostały wdrożone przez Ministerstwo Zdrowia w 2024 i 2025 roku w zakresie poprawy dostępności do świadczeń specjalistycznych i szpitalnych?*

Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) systematycznie badają dostępność do poszczególnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Od 1 lipca 2021 r. wszystkie obowiązujące limity w zakresie finansowania przez NFZ porad lekarzy specjalistów zostały zniesione. Tym samym świadczeniodawcy uzyskali gwarancję, że otrzymają wynagrodzenie za każde udzielone świadczenie, co stanowi finansową zachętę do zwiększania liczby udzielanych porad pacjentom już objętych opieką, jak i do obejmowania opieką nowych - bez ryzyka poniesienia strat w przypadku przekroczenia limitu. System opieki zdrowotnej jest jednak swoistym system naczyń połączonych, co oznacza, że jednorazowa interwencja, na przykład w postaci wyłącznie zniesienia limitów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) nie przynosi oczekiwanych efektów. W okresie styczeń-sierpień 2024 r. udzielono 57,7 mln świadczeń a w okresie styczeń- sierpień 2023 r. 54,6 mln świadczeń. Oznacza to wzrost o 5,6% liczby sprawozdanych świadczeń w zakresie AOS, który jednak nie przełożył się na skrócenie kolejek. Obecnie ok. 15 % pacjentów w poradniach AOS to pacjenci pierwszorazowi i ten odsetek praktycznie nie zmienia się od lat. 2 maja 2025 r. weszło w życie zarządzenie nr 23/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 kwietnia 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Stanowi ono, że świadczeniodawcy w przypadku wybranych zakresów AOS powinni dążyć do tego, aby udział świadczeń pierwszorazowych w ich poradni w danym kwartale był na poziomie mediany ogólnopolskiej rocznej lub wzrastał o 3 pp. w stosunku do analogicznego kwartału z roku ubiegłego. Jeżeli udział kwartalny w danym zakresie będzie niższy od mediany ogólnopolskiej rocznej z roku poprzedniego lub nie nastąpił wzrost o 3 pp. to przy rozliczaniu świadczeń wartość świadczeń udzielonych w okresie trzech kolejnych miesięcy następujących po miesiącu od zakończenia danego kwartału, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 0,75. Powyższe rozwiązanie ma na celu stworzenie zachęty do zwiększania liczby przyjęć pacjentów pierwszorazowych, co powinno skrócić kolejki oczekujących do poradni AOS.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia w dalszym ciągu rozwija opiekę koordynowaną w POZ. Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwia lekarzowi rodzinemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które wcześniej 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. Liczba zawieranych umów w ramach opieki koordynowanej stale rośnie.

Ministerstwo Zdrowia również stale analizuje warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w kontekście liberalizacji minimalnych wymagań stawianych podmiotom leczniczym, które chcą realizować świadczenia finansowane ze środków publicznych, z jednoczesnym zachowaniem wysokiego poziomu udzielanych świadczeń.

Ponadto uprzejmie informuję, że 1 lipca br. Rada Ministrów przyjęła opracowany przez MZ *projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ustawy o działalności leczniczej*, realizujący zapowiedź reformy systemu szpitalnego. Projekt ten zawiera w szczególności:

- Regulacje uelastyczniające i racjonalizujące funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) poprzez:
  - umożliwienie, na wniosek świadczeniodawcy, wprowadzenia w umowie o udzielanie świadczeń w PSZ zmiany polegającej na rezygnacji z danego profilu szpitalnego, za zgodą Prezesa NFZ;
  - umożliwienie świadczeniodawcy, który otrzymał zgodę na rezygnację z profilu:
    - a) zawarcia umowy na tożsamy zakres świadczeń wykonywany w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia,
    - b) zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej (stacjonarnej - ZOL), jeżeli jest to zgodne z zatwierdzonym programem naprawczym oraz
      - zagwarantowanie zachowania części ryczałtu systemu zabezpieczenia świadczeniodawcom, którzy skorzystają z możliwości dokonania ww. przekształceń;
      - umożliwienie szpitalom pediatrycznym w PSZ ograniczenia się do udzielania świadczeń NiŚOZ tylko dla osób poniżej 18 l.
- Wprowadzenie nowego świadczenia gwarantowanego - świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia, mające na celu zapewnienie całodobowej opieki w podstawowych zakresach świadczeń - chirurgii ogólnej i internie na obszarze tych powiatów, w których nie działa szpital;

- Dodanie jako zadania AOTMiT, przy sporządzaniu raportu taryfikacyjnego, analizy wpływu taryfy świadczeń na strukturę realizacji świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia udziału świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, co ma sprzyjać racjonalizacji piramidy opieki zdrowotnej przez przesunięcie niektórych świadczeń zdrowotnych na niższe poziomy opieki;
- Uzupełnienie katalogu świadczeń ambulatoryjnych udzielanych bez skierowania o poradę lekarza medycyny sportowej, optometrysty i psychologa;
- Stworzenie możliwości tworzenia i prowadzenia SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące, a także możliwość łączenia SPZOZ przy pozostawieniu wielości podmiotów tworzących, reprezentowanych przez radę podmiotów tworzących;
- Wprowadzenie obowiązku sporządzenia programu naprawczego dla SPZOZ oraz spółki z większościowym udziałem podmiotów publicznych, jeżeli w ich sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto, której wartość bezwzględna jest wyższa niż 1% sumy wykazanych w tym samym sprawozdaniu przychodów netto;
- Szczegółowe regulacje dotyczące tworzenia, oceniania i zatwierdzania programów naprawczych tworzonych przez podmioty lecznicze działające w formie SPZOZ, spółek i instytutów badawczych, w których wystąpiła strata netto.

Należy także poinformować, że planowane koszty realizacji zadań NFZ na 2024 r. wynosiły ok. 166,17 mld zł, natomiast w wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ zostały zwiększone łącznie o ponad 25 mld zł do poziomu ponad 191,19 mld zł. W planie NFZ na 2025 r. w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na 2024 rok, wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosi 183,6 mld zł i jest wyższa o 16,54% tj. o 26,07 mld zł. Największy wzrost kwotowy, tj. 16,07 mld zł dotyczy nakładów na leczenie szpitalne, natomiast największy wzrost procentowy dotyczy opieki paliatywnej i hospicyjnej (wzrost o 26,81% w porównaniu do planu pierwotnego na 2024 r.).

Dotacja podmiotowa na 2024 r. w pierwotnym planie finansowym NFZ została określona w wysokości 8,8 mld zł, natomiast po zwiększeniach kwota ta wyniosła ostatecznie blisko 14,8 mld zł. Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, NFZ otrzymał również w 2024 r. dodatkowe środki na zwiększenie funduszu zapasowego w łącznej kwocie 344,67 mln zł.

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 kolejna decyzja Ministra Zdrowia z 18 czerwca 2025 r., pozwoliła na przekazanie NFZ dodatkowych środków w wysokości 900 mln zł. Powyższe oznaczają, że aktualna wysokość dotacji podmiotowej dla NFZ na 2025 r. wynosi 23,25 mld zł.

*2. Ile szpitali powiatowych i wojewódzkich wykazuje obecnie ujemny wynik finansowy? Ile z nich złożyło wnioski o restrukturyzację lub pomoc finansową?*

Według wstępnych danych statystycznych szpitali działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotami tworzącymi są samorządy szczebla powiatowego i wojewódzkiego, przekazanych po przewidzianym przepisami prawa terminie na sporządzenie sprawozdania finansowego, ale przed ustawowym terminem jego

zatwierdzenie przez właściwy organ, stratę netto za 2024 r. wykazało 171 z 342 szpitali, tj. 50%. Odnosząc się do drugiej części pytania, informuje, że w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie ma mowy o procedurze składania wniosków o restrukturyzację lub pomoc finansową, natomiast jest mowa o konieczności przygotowania przez kierownika SPZOZ programu naprawczego w sytuacji wystąpienia straty netto (art. 59 ust. 4), który to program jest następnie przedkładany w celu zatwierdzenia podmiotowi tworzącemu, czyli w wypadku omawianych szpitali samorządom powiatowym lub wojewódzkim.

Kierownik SPZOZ przygotowuje i przekazuje podmiotowi tworzącemu program restrukturyzacyjny w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, a więc w przypadku szpitali, które odnotowały stratę netto za 2024 r. do dnia 30 września 2025 r.

### *3. Dlaczego rząd nie przewidział kontynuacji programu Funduszu Modernizacji Szpitali (pierwotnie planowanego na 4 mld zł), mimo dramatycznej sytuacji placówek lokalnych?*

Zagadnienie modernizacji infrastruktury sprzętowej i budowlanej pozostaje zabezpieczone przez Rząd. Trzeba mieć bowiem na uwadze, że mocą ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 886) utworzono Fundusz Medyczny, na który składają się cztery subfundusze: – subfundusz infrastruktury strategicznej (SIS), – subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych (SMPL), – subfundusz terapeutyczno-innowacyjny (STI), – subfundusz rozwoju profilaktyki (SRI). Ustawa o Funduszu Medycznym szczegółowo określa zakres zadań możliwych do finansowania ze środków państwowego funduszu celowego, jakim jest ten fundusz. Warto też wspomnieć, że na podstawie art. 8 pkt 2 ustawy o Funduszu Medycznym przychodami funduszu są wpłaty z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nie niższej niż 4,0 mld zł. Zwracamy w tym miejscu uwagę, że zadania o charakterze zadań przewidzianych w projekcie ustawy o Funduszu Wspierania Szpitali dotyczących modernizacji placówek szpitalnych w ramach prac budowlanych i zakupu aparatury medycznej są obecnie realizowane, szczególnie w ramach dwóch subfunduszy Funduszu Medycznego, tj. w ramach SIS oraz SMPL.

Zgodnie z art. 7 ustawy o Funduszu Medycznym fundusz gromadzi środki między innymi z przeznaczeniem na: 1) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej; 2) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu podmiotów leczniczych w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych. W ramach SIS, na podstawie stosownych uchwał Rady Ministrów oraz podpisanych umów obecnie realizowanych jest 14 inwestycji w obszarze pediatrii na łączną kwotę ok. 3,11 mld zł. Wydatkowanie środków na te inwestycje przedstawia się następująco: 2023 r. – 3 176 849,00 zł; 2024 r. – 176 331 565,42 zł; 2025 r. (30.06) – 67 109 467,13 zł. Inwestycje będą realizowane aż do 2029 r.

Również należy podkreślić, że w ramach SIS Minister Zdrowia właśnie rozstrzygnął konkurs na dofinansowanie projektów programów strategicznych w obszarze psychiatrii. Rozstrzygając konkurs Minister Zdrowia podjął decyzję o zwiększeniu alokacji o blisko 167 mln zł, tj. z 3 000 000 000 zł do 3 166 733 867 zł (ok. 3,17 mld zł), co pozwoliło na wskazanie 53 propozycji projektów, dla których możliwe będzie ustanowienie programu inwestycyjnego ze 100% wnioskowanym finansowaniem.

W odniesieniu do SMPL, wsparcie prac modernizacyjnych i doposażenia placówek szpitalnych realizowane jest w oparciu o uchwałę nr 173 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2022 r. ustanawiającej program inwestycyjny pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (M.P. poz. 908). Zgodnie z art. 19 ust. 2 ustawy o Funduszu Medycznym celem powyższego programu inwestycyjnego jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia. Do końca 2025 r. będą realizowane inwestycje dotyczące modernizacji Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Inwestycje finansowane i dofinansowywane ze środków SMPL zostały wyłonione w ramach konkursu rozstrzygniętego w 2023 r. Również w przypadku tego konkursu, dostrzegając ogromne potrzeby placówek, które złożyły wnioski w konkursie, Minister Zdrowia podjął decyzję zwiększającą praktycznie dwukrotnie środki przeznaczone na konkurs z kwoty 750 000 000 zł na 1 496 540 018 zł. Realizując to zadanie w roku 2024 wydatkowano 754 575 118 zł, a według stanu na 30 czerwca 2025 r., w roku 2025 wydatkowano na ten cel 191 248 147 zł. Trzeba też podkreślić, że jeszcze w tym roku planowane jest ogłoszenie konkursu dotyczącego wymiany łóżek szpitalnych z planowaną alokacją 200 mln zł.

*4. Czy Ministerstwo planuje jakiegokolwiek systemowe działania wobec dramatycznego wzrostu czasu oczekiwania na zabiegi ortopedyczne, onkologiczne, neurologiczne i kardiologiczne – np. wprowadzenie priorytetów diagnostycznych lub mobilnych zespołów zabiegowych?*

Ministerstwa Zdrowia podejmuje również działania na rzecz zapewnienia większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne, przez m.in. rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt. Obecnie prowadzone są 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 na celu ułatwienia pacjentowi odwołania (i zmiany) terminu świadczenia, w ramach systemu Centralnej e-Rejestracji. Zgodnie z założeniami system e-Rejestracji zapewni możliwość samodzielnego umawiania się na wybrane świadczenia – bez wychodzenia z domu, w każdej chwili przez IKP (Internetowe Konto Pacjenta) lub przez Infolinię Centralnej e-Rejestracji oraz wygodną możliwość odwołania wizyty lub zmiany terminu. Centralna e-Rejestracja ułatwi sprawdzanie na bieżąco terminów wizyt i będzie przypominała o terminie wizyty przez konsultanta, IKP, SMS albo e-mail, w sposób wskazany przez pacjenta. Rozwiązania w tym zakresie są obecnie testowane w formie pilotażu, m.in. w odniesieniu do umawiania porad specjalistycznych z zakresu kardiologii. Zaawansowane są także prace nad projektem ustawy, która ma na celu powszechne stosowanie e-Rejestracji.

Czynnikiem ograniczającym dostępność do świadczeń specjalistycznych jest również ograniczony zasób lekarzy specjalistów. Ministerstwo Zdrowia prowadzi w związku z tym analizy mające na celu potwierdzenie zasadności poszerzenia zakresu personelu

uprawnionego do udzielania poszczególnych świadczeń co powinno spowodować zwiększenie liczby udzielanych świadczeń oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie. Ponadto podejmowane są działania na rzecz zapewnienia większego dostępu do poradni specjalistycznych, poprzez poprawę jakości diagnostyki i leczenia w ramach AOS oraz wyrównywanie różnic w dostępności. Służyć temu będzie wsparcie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie AOS w ponadregionalnych podmiotach leczniczych (dla których organem założycielskim lub prowadzącym jest minister lub wojewoda).

*5. Dlaczego ograniczono finansowanie programów takich jak „Narodowa Strategia Onkologiczna” oraz „Profilaktyka 40+”, mimo rosnącej liczby zgonów z przyczyn możliwych do uniknięcia?*

5 maja 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 584), które wprowadziło świadczenie „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Choroby cywilizacyjne stanowią poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego, prowadząc do obniżenia jakości życia i przedwczesnych zgonów. Prowadzenie zdrowego stylu życia oraz wykonywanie badań profilaktycznych pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia wielu z tych chorób. Niezbędnym stało się zaprojektowanie nowego świadczenia profilaktycznego, które w sposób kompleksowy zapewni pacjentom dostęp do opieki profilaktycznej a dla personelu medycznego będzie uporządkowaniem wiedzy o stanie zdrowia pacjenta. Ministerstwo Zdrowia przyjęło, że świadczenie powinno obejmować jak największą populację oraz stanowić punkt wyjścia dla innych interwencji z zakresu profilaktyki. Tak powstało świadczenie przeznaczone dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej skierowany do populacji pacjentów w wieku 20-49 lat (realizowany nie częściej niż co 5 lat) oraz dla osób w wieku 50 lat i więcej (realizowany co 3 lata). Całość procesu jest koordynowana i realizowana przez personel przychodni POZ, do której zapisany jest pacjent.

W ramach świadczenia pacjent wypełnienia ankietę na temat swojej sytuacji zdrowotnej, następnie otrzymuje zlecenie na badania laboratoryjne. Każdy pacjent wykonuje zakres podstawowy badań laboratoryjnych, który obejmuje: morfologię krwi, stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej, stężenie kreatyniny we krwi, wraz z oszacowaną wartością eGFR, lipidogram uwzględniający stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, cholesterolu HDL, cholesterolu nie-HDL oraz triglicerydów, stężenie hormonu tyreotropowego (TSH) oraz badanie ogólne moczu. W zależności od wieku, płci i wyniku ankiety wykonuje się badania z zakresu rozszerzonego: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALAT), aktywność aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), aktywność gammaglutamylotranspeptydazy (GGTP), stężenie całkowite antygenu specyficznego dla prostaty (PSA) we krwi u mężczyzn powyżej 50 roku życia, test na obecność przeciwciał anti-HCV we krwi, stężenie lipoproteiny (a) we krwi – wykonywane w ramach Bilansu tylko raz w życiu między 20 a 40 rokiem życia. Po wykonaniu badań personel POZ ustala termin wizyty podsumowującej. Podczas tej wizyty, realizowanej przez personel medyczny, wykonywane są pomiary ciśnienia tętniczego, pomiary antropometryczne z wyliczeniem wskaźników BMI (stosunku masy ciała do wzrostu) oraz WHR (obwodu talii do obwodu bioder). Analizowane są wyniki badań laboratoryjnych. W zależności od wieku pacjenta wykonuje się ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego oraz ocenę funkcji poznawczych wykorzystującą skalę mini-COG.

Każdy pacjent otrzymuje IPZ – Indywidualny Plan Zdrowotny, który zawiera informacje o zidentyfikowanych czynnikach ryzyka, zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia, indywidualny kalendarz badań profilaktycznych, informacje o rekomendowanych szczepieniach oraz zalecane interwencje prozdrowotne (np. porady edukacyjne dostosowane do indywidualnych potrzeb, skierowanie na badanie FIT-OC. Świadczenie realizowane jest przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną we współpracy z innym personelem POZ, np. profilaktykiem lub dietetykiem.

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