



# Minister Zdrowia

DLGT.050.28.2025.MN  
Warszawa, 14 listopada 2025

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 13094 Poseł Joanny Muchy oraz grupy Posłów,  
w sprawie potrzeby zwiększenia wyceny punktu w świadczeniach internistycznych,  
uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Należy zaznaczyć, że wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ. W związku z powyższym zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są zgodnie z kwotą zobowiązania wynikającą z umowy zawartej ze świadczeniodawcą.

Na podstawie wniosków świadczeniodawców składanych po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania, dokonano zwiększenia liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwot zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń nielimitowanych za trzy kwartały 2024 r. oraz przeprowadzono zgodnie z przepisem § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich NFZ rozliczenie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2024 r., w ramach których priorytetowo traktowano świadczenia nielimitowane za IV kwartał 2024 r.

Ponadto, mając na uwadze nierozliczone za 2024 r. nadwykonania w limitowanych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie 3 mld zł Minister Zdrowia zgodnie z art. 131d ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>1</sup>, podjęła decyzję o zwiększeniu w 2025 r. dotacji podmiotowej do NFZ (zwiększenie o 4 mld zł) m.in. w celu sfinansowania tych świadczeń.

W przypadku nadwykonań w świadczeniach limitowanych, placówki medyczne otrzymały od NFZ propozycje umów bądź ugód na pokrycie wszystkich nadwykonań w świadczeniach limitowanych po cenie nominalnej lub niższej od nominalnej.

W przypadku świadczeń w zakresie choroby wewnętrzne - hospitalizacja wskaźnik ten został określony na poziomie 60% ceny nominalnej, natomiast w przypadku świadczeń z zakresu: choroby wewnętrzne - hospitalizacja - leczenie pęcherzowego oddzielania naskórka oraz choroby wewnętrzne - hospitalizacja- świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, PSZ) - finansowanie zostało określone na poziomie ceny nominalnej.

Kod	Nazwa	Maksymalny wskaźnik poziomu finansowania nadwykonań (% ceny)
-----	-------	--

<sup>1</sup>stawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461).

03.4000.030.02	CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	60%
03.4000.130.02	CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA - LECZENIE PĘCZERZOWEGO ODDZIELANIA NASKÓRKA	100%
03.4000.600.02	CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA- ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)	100%

Zgodnie z informacją NFZ, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ sfinansowali w marcu i kwietniu 2025 r. nadwykonania w limitowanych i Nielimitowanych zakresach świadczeń nierozliczone za 2024 r.

Ponadto, na podstawie przepisu § 3da rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dodanego przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na przełomie czerwca i lipca 2025 r. wypłacono specjalne dodatki do ryczałtu PSZ tym świadczeniodawcom, którzy za poprzedni okres rozliczeniowy (2024 r.) wykazali tzw. nadwykonania ryczałtu PSZ w łącznej kwocie ok. 300 mln zł.

Odnosząc się do kwestii finansowania świadczeń ponadlimitowych w limitowanych zakresach świadczeń w bieżącym roku należy wskazać, że 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. Należy przy tym zaznaczyć, że NFZ ma obowiązek pokrycia wszystkich świadczeń Nielimitowanych, a ich finansowanie odbywa się zgodnie z obowiązującymi 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 tych zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

Podkreślenia wymaga również, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia, systematycznie podejmuje działania mające na celu sfinansowanie udzielonych świadczeń ponadlimitowych w jak najszerszym zakresie, czego wsparciem jest m.in. wskazane przekazywanie dodatkowych środków z budżetu państwa w celu zwiększenia dotacji podmiotowej dla NFZ. Zgodnie z powyższym, dotacja podmiotowa na bieżący rok wzrosła już o ponad 9,3 mld zł do wysokości 27,65 mld zł.

W odniesieniu do finansowania świadczeń udzielanych na oddziałach internistycznych należy zwrócić uwagę na istotny wzrost wartości rozliczonych świadczeń dla zakresu choroby wewnętrzne – hospitalizacja – z 3,89 mld zł w 2022 r. do 6,28 mld zł w 2024 r., co stanowi wzrost o 61,7%. W okresie styczeń 2022 r. - czerwiec 2025, środki przeznaczone na ten cel wyniosły już ponad 19 mld zł.

Rok sprawozdawczy	Wartość rozliczonych świadczeń dla zakresu choroby wewnętrzne - hospitalizacja (kody: 03.4000.030.02, 03.4000.130.02, 03.4000.600.02)	Wartość rozliczonych świadczeń dla VII cz. kodu resortowego 4000 - oddział chorób wewnętrznych
2022	3 886 879 091,00 zł	4 246 249 056,00 zł
2023	5 489 661 926,00 zł	5 462 720 125,00 zł
2024	6 283 662 931,00 zł	6 317 919 593,00 zł
2025 (do czerwca włącznie)	3 381 047 867,00 zł	3 395 250 630,00 zł
<b>Razem</b>	<b>19 041 251 815,00 zł</b>	<b>19 422 139 404,00 zł</b>

Jednocześnie z informacji przekazanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że wartość nadwykonań w tym zakresie świadczeń dla umów rozliczanych poza ryczałtem PSZ w okresie I-VII 2025 r. wyniosła blisko 6,1 mln zł, a tzw. niewykonania za ten sam okres wyniosły blisko 648,7 tys. zł.

**Ponadto, pragniemy przybliżyć ostatnio wdrożone przez Ministra Zdrowia działania mające na celu „odciążenie” oddziałów chorób wewnętrznych w Polsce:**

- ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>2</sup> przewiduje racjonalizację i uelastycznienie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Dzięki zmianom, oferta szpitali zostanie dostosowana do lokalnych potrzeb, w tym do zmian demograficznych. Ustawa wprowadza nową kategorię świadczeń gwarantowanych w postaci świadczeń udzielanych w powiatowych centrach zdrowia. Będą one obejmowały świadczenia specjalistyczne w zakresie chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych udzielane w trybie całodobowym oraz transport sanitarny.
- Krajowa Sieć Kardiologiczna: wdrażane na podstawie ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej rozwiązanie stanowi systemowy model organizacji opieki nad pacjentem z chorobami układu krążenia, oparty na zasadach koordynacji, kompleksowości i ciągłości leczenia. Jej celem jest zapewnienie pacjentowi szybkiej diagnozy, skutecznego leczenia oraz stałego nadzoru specjalistycznego, niezależnie od miejsca zamieszkania. Sieć tworzą ośrodki kardiologiczne trzech poziomów referencyjnych (OK I, OK II i OK III), współpracujące między sobą oraz z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, co umożliwi płynne kierowanie pacjenta pomiędzy poszczególnymi etapami diagnostyki i terapii. Przepisy uwzględnione w ustawie o KSK przewidują wzrost finansowania świadczeń z zakresu kardiologii i kardiochirurgii. Równocześnie, w ramach Krajowego Planu Odbudowy, przewidziano łącznie 2,65 mld zł na modernizację infrastruktury szpitalnej w obszarze kardiologii. Środki te wspierają rozwój ośrodków zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Kardiologicznej w zakresie realizacji inwestycji dotyczących m.in. pracowni hemodynamiki, oddziałów kardiochirurgii, ośrodków rehabilitacji oraz wdrażanie nowoczesnych technologii medycznych.
- opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej: od 1 października 2022 roku lekarze pierwszego kontaktu w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej mogą realizować świadczenia zdrowotne w nowym modelu zwanym opieką koordynowaną dla pacjentów chorych przewlekle i leczonych w placówkach POZ. W ramach opieki koordynowanej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką POZ i dietetykiem. Daje to wiele możliwości

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 1211).

diagnostycznych i leczenia najczęstszych chorób przewlekłych. Lekarz rodzinny może zlecić pacjentom badania (w sytuacjach medycznie uzasadnionych), które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty. Opieka obejmuje profilaktykę, diagnozowanie, leczenie i edukację pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny kardiologii, diabetologii, endokrynologii, pulmonologii i nefrologii. Całość opiera się na Indywidualnym Planie Opieki Medycznej (IPOM) i uwzględnia nie tylko wykonywanie badań, ale także konsultacje między lekarzem POZ, a lekarzem specjalistą i dodatkowe konsultacje np. z dietetykiem.

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – wyceny „pierwszorazowych”: NFZ w 2025 r. podniósł przeliczniki za pierwsze wizyty w poradniach specjalistycznych, by skrócić kolejki i ułatwić start ścieżki diagnostycznej. Wprowadzony mechanizm zakłada ocenę udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych u świadczeniodawców, w danym zakresie świadczeń specjalistycznych. Zakłada wyznaczenie ogólnopolskiej mediany tego udziału dla danego zakresu. Mechanizmowi podlegać będą jedynie świadczeniodawcy, u których udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych jest niższy niż ogólnopolska mediana tego udziału, czyli 50% świadczeniodawców z najniższymi udziałami świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych. Każdy z tych świadczeniodawców zobowiązany będzie do podniesienia poziomu udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych co najmniej o 3 punkty procentowe w porównaniu z analogicznym kwartałem roku poprzedzającego realizację świadczeń lub do osiągnięcia wartości wyznaczonej przez medianę. W przypadku nieosiągnięcia określonego celu w danym kwartale, świadczenia zrealizowane w kwartale następującym po miesiącu od kwartału, dla którego wyznaczono udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych finansowane będą z zastosowaniem współczynnika 0,75 dla świadczeń rozliczanych w ramach danego zakresu, z wyłączeniem określonych w zarządzeniu świadczeń.<sup>3</sup>

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

---

<sup>3</sup> Zarządzenie nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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.