



Minister  
Zdrowia

---

DLF.050.74.2025.DP  
Warszawa, 28 listopada 2025

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

odpowiadając na interpelację nr 13516 z 14 listopada 2025 r. Pana Władysława Kurowskiego, Posła na Sejm RP oraz grupy posłów, w sprawie bardzo trudnej sytuacji szpitali powiatowych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie wyjaśniam, że finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zrealizowanych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;

- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy.

Jednocześnie pragnę zapewnić, 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.

Jednocześnie informuję, że w planie NFZ na 2025 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosiła **183,6 mld zł**, tj. była wyższa o **26,07 mld zł** w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na 2024 rok. W wyniku dokonanych w trakcie bieżącego roku zmian ww. planu, środki te wzrosły już o ponad **17,2 mld zł** do wysokości blisko **200,9 mld zł**.

Zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla NFZ na 2025 r. wyniosła **18,35 mld zł** (ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2024 r.), natomiast dzięki decyzjom Minister Zdrowia oraz Ministra Finansów, środki te wynoszą aktualnie ponad **31 mld zł**.

Ponadto dzięki decyzji Minister Zdrowia z dnia 6 listopada 2025 r. do NFZ zostaną przekazane dodatkowe środki w wysokości **400 mln zł** z przeznaczeniem na zwiększenie dotacji podmiotowej dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dzięki decyzji Ministra Finansów z dnia 1 lipca 2025 r., zostały przyznane środki finansowe dla NFZ w kwocie blisko **1,58 mld zł**, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ.

Minister Finansów i Gospodarki wyemitował obligacje skarbowe przeznaczone na podwyższenie funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyemitowane obligacje o łącznej wartości nominalnej **922 mln zł** zostały przekazane 20 listopada 2025 roku.

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. (dodatkowe pieniądze dla szpitali PSZ w łącznej wysokości **300 mln zł**).

Ponadto aktualnie procedowana jest nowelizacja ustawy o Funduszu Medycznym, której celem jest m.in. zwiększenie limitu określonego na 2025 r. na finansowanie nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia. Wejście w życie ustawy będzie oznaczało dodatkowe środki Funduszu Medycznego w wysokości **3,56 mld zł**, możliwe do przekazania NFZ jeszcze w bieżącym roku.

W odniesieniu do kwestii aktualnych zobowiązań finansowych NFZ wobec szpitali informuję, że Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał, że po otrzymaniu w listopadzie i grudniu 2025 r. dodatkowych środków z budżetu państwa planowane jest zakończenie rozliczenia nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń oraz nadwykonań leków w programach lekowych i chemioterapii za II kwartał 2025 r. w pozostałych oddziałach wojewódzkich NFZ, a także rozliczenie nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń oraz nadwykonań leków w programach lekowych i chemioterapii za III kwartał 2025 r.

Odnosząc się natomiast do kwestii urealnienia wyceny procedur należy wskazać, że systematycznie odbywa się aktualizacja wyceny świadczeń gwarantowanych na podstawie planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na dany rok, obejmując konkretne obszary świadczeń. W pracach analitycznych nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględnia się wiele czynników m.in. wzrost kosztów pracy, w tym dane dotyczące wysokości wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji wycenianego świadczenia, inflację i inne zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto od maja 2022 roku AOTMiT czterokrotnie uzyskał zlecenie Ministra Zdrowia dotyczące dokonania analizy oraz przygotowania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydania rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzonym ustawą o wynagrodzeniach. Należy podkreślić, że przy wyborze wariantu rekomendacji wydanych we wskazanym okresie, Minister Zdrowia kierował się przede wszystkim koniecznością poprawą sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, urealnienia wyceny oraz poprawy dostępności do świadczeń, w szczególności w sytuacji występowania długu zdrowotnego spowodowanego epidemią COVID-19. Powyższe było możliwe dzięki m.in. wzmocnieniu wycen w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu, czyli głównie placówek powiatowych.

Uwzględniając zakres prac AOTMiT nad weryfikacją poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej należy również zauważyć, że Minister Zdrowia w uzasadnionych przypadkach na bieżąco reaguje na wnioski zgłaszane przez organizacje pracodawców, czy podmioty lecznicze, celem wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności w wycenach

świadczeń i ich ponownej weryfikacji oraz ewentualnej zmiany przez AOTMiT, chociażby w oparciu o nowe schematy leczenia jeśli wynika to z przedstawionych przesłanek.

Odpowiadając na postulat uporządkowania ustawy podwyżkowej o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia informuję, że kwestie systemowego kształtowania wynagrodzeń w ochronie zdrowia są wiodącym tematem dialogu społecznego prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia z reprezentatywnymi związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców w ramach Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Aktualnie na forum Zespołu prowadzone są prace nad propozycjami zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Tomasz Maciejewski  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/