



Minister
Zdrowia

DLF.050.80.2026.DP
Warszawa, 04 sierpnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 18648 z 21 lipca 2026 r. Pani Iwony Małgorzaty Krawczyk, Poseł na Sejm RP wraz z grupą posłów, w sprawie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale funkcjonujące na obszarach o ponadprzeciętnym natężeniu ruchu turystycznego, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie pragnę zaznaczyć, że NFZ zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. Natomiast wartość zobowiązań, które Narodowy Fundusz Zdrowia zaciąga w danym roku na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwarunkowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ. Powyższe wynika z treści art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ.

Niezależnie od powyższego, 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.

Po zamknięciu ksiąg rachunkowych oddziałów wojewódzkich NFZ za 2025 r. oddziały wojewódzkie NFZ podjęły działania mające na celu sfinansowanie, po cenie określonej w umowie, w ramach środków planu finansowego OW NFZ na 2026 r., niesfinansowanych w ramach rozliczenia 2025 r. nadwykonań nielimitowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi i leków stosowanych w chemioterapii.

Istotny wpływ na realizację powyższego procesu miały dodatkowe środki z budżetu państwa przekazane do NFZ przez Ministra Zdrowia w kwocie 4 mld zł, z których w dniu 18 marca br. Prezes NFZ dokonał zwiększenia planu finansowego NFZ na 2026 r. o kwotę 1,7 mld zł, z przeznaczeniem na uzupełnienie środków na sfinansowanie, niesfinansowanych w ramach rozliczenia 2025 r., nadwykonań nielimitowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi i leków stosowanych w chemioterapii.

W kwestii rozliczania nadwykonań należy zwrócić uwagę na fakt, że oddziały wojewódzkie NFZ stosują jednolite zasady wynikające z przepisów art. 132c ustawy o świadczeniach oraz zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych warunków umów o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania, niemniej możliwości finansowe poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ uwarunkowane są wysokością środków dostępnych w planie finansowym oddziału wojewódzkiego NFZ wynikającą z ogólnej kwoty środków przeznaczonych na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie NFZ świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych i algorytmu podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ określonego w przepisach art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

W odniesieniu do wprowadzonego mechanizmu ryczału PSZ należy wskazać, że zgodnie z ideą finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia oparte jest w znacznej mierze na finansowaniu ryczałtowym obejmującym łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w systemie zabezpieczenia. Kwestia ustalania wysokości ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na dany okres rozliczeniowy została uregulowana m.in. przepisami art. 136c ust. 3-4 ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z art. 136c ust. 3-4 ustawy o świadczeniach przy ustalaniu wysokości ryczaftu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczaftu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczaftu systemu zabezpieczenia w zakresie:
 - a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
 - b) cen udzielonych świadczeń,
 - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Jednocześnie przy ustalaniu wysokości ryczaftu systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, która będzie mieć albo miała wpływ na dane określone w art. 136c ust. 3 pkt 2 ww. ustawy, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczaftu. Doprecyzowanie sposobu ustalania ryczaftu systemu zabezpieczenia znalazło odzwierciedlenie w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczaftu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 878, z późn. zm.). W świetle powyższych przepisów poziom realizacji ryczaftu PSZ w danym okresie rozliczeniowym ma wpływ na wysokość ryczaftu PSZ w kolejnym okresie rozliczeniowym.

W odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego informuję, iż finansowanie niniejszych świadczeń odbywa się w oparciu o ryczałt dobowy, ustalany dla każdego świadczeniodawcy osobno. Zasady obliczania poszczególnych elementów ryczaftu dobowego dla SOR określone zostały w obecnie obowiązującym zarządzeniu Nr 8/2024/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć (z późn. zm.). Zgodnie z obowiązującymi zasadami obliczenia ryczaftu dobowego dla szpitalnego oddziału ratunkowego na jego wysokość ma wpływ potencjał, jakim dysponuje dana placówka, struktura (ciężkość stanu zdrowia) przyjmowanych do oddziału pacjentów, a także ich liczba.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez NFZ, w 2025 r. ryczałt dobowy ustalony dla SOR Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej został ustalony na poziomie 67 720,00 zł, obecnie to 76 764,00 zł (wg stanu na dzień 30.06.2026 r.). Ryczałt ten jest wyższy o 15,35% od średniego ryczałtu SOR w województwie dolnośląskim.

W odniesieniu do wskazanego w niniejszej interpelacji problemu dotyczącego znacznego ruchu turystycznego, który dotyczy również Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej, wskazać należy, że do kalkulacji stawki ryczałtu dobowego SOR przyjmuje się okres zawierający dane sprawozdawcze z pełnych 12 miesięcy kalendarzowych, w związku z czym do wyliczenia wysokości ryczałtu zostają uwzględnieni wszyscy przyjmowani przez dany podmiot pacjenci, z uwzględnieniem sezonowych/ turystycznych ruchów pacjentów. Do wyliczenia ryczałtu SOR zaliczani są wszyscy pacjenci przebywający na danym terenie i potrzebujący zabezpieczenia tego typu świadczeń, bez względu na faktyczne miejsce ich zamieszkania.

W odniesieniu do Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej NFZ wskazał, że z danych statystycznych NFZ nie wynika, aby w okresie wakacyjnym, czy też w czasie ferii zimowych występował w podmiocie znaczny wzrost przyjmowanych pacjentów. Ruch w placówce utrzymywał się w tych miesiącach na stabilnym, przewidywalnym poziomie, zbliżonym do średniej z pozostałych miesięcy roku.

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