



Minister Zdrowia

DLF.054.31.2025.DP
Warszawa, 10 lipca 2025

Pan
Jacek Kazimierz Monkiewicz
Przewodniczący
Konwentu Powiatów Województwa Opolskiego

Szanowny Panie Przewodniczący,

w związku ze Stanowiskiem Konwentu Powiatów Województwa Opolskiego w sprawie sytuacji szpitali powiatowych z 26 maja 2025 r., uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji w odpowiedzi na przedstawione w piśmie postulaty.

- 1. Zwiększenie środków na finansowanie szpitali powiatowych i/lub ograniczenie ich liczby (finansowanych przez NFZ) do możliwości budżetu Państwa. Utrzymanie dużej ilości placówek na danym terenie powoduje zwiększenie kosztów działalności leczniczej przy zmniejszającej się liczbie mieszkańców. oraz**
- 2. Oddłużenie szpitali. Zdecydowana większość szpitali (szczególnie działających w formule SPZOZ) zakończyła rok 2024 ze stratą, co w połączeniu ze stratami z lat ubiegłych powoduje krytyczną sytuację placówek w zakresie długu i płynności finansowej. Taki stan rzeczy, przy braku możliwości finansowych Powiatów w zakresie dofinansowania szpitali, może doprowadzić w ostateczności do ich zamknięcia.**

Pragnę poinformować, że nie ma obecnie przepisów pozwalających na wspieranie finansowe przez Ministra Zdrowia działalności bieżącej/oddłużanie/refinansowanie zadłużenia w odniesieniu do podmiotów leczniczych.

Zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą zostały określone w dziale V (art. 114-117) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r., poz. 799). Katalog celów, na które podmiot prowadzący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne określa art. 114 ust. 1 pkt 1-7 ustawy. Natomiast formę przekazania środków publicznych oraz organy mogące środki takie przekazać, z przyporządkowaniem do określonych zadań, określa art. 115 tej ustawy.

Niezależnie od powyższego, pragnę podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej świadczeniodawców.

Uwzględniając powyższe należy wskazać, że w planie NFZ na 2025 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosiła **183,6 mld zł**, tj. jest wyższa o **26,07 mld zł** w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na 2024 rok.

Ponadto 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 kolejne decyzje Ministra Zdrowia z 18 czerwca 2025 r. oraz Ministra Finansów z 24 czerwca 2025 r., pozwoliły na przekazanie NFZ kolejnych środków w łącznej wysokości **1,1 mld zł**. Ponadto decyzją Minister Zdrowia z 3 lipca 2025 r. dotacja podmiotowa dla NFZ została zwiększona o kolejne **5,5 mln zł**. Powyższe oznacza, że aktualna wysokość dotacji podmiotowej dla NFZ na 2025 r. wynosi już **23 455,5 mln zł**.

Jednocześnie 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. Ponadto Komisja Finansów Publicznych w dniu 9 lipca 2025 r. pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie przeznaczenia kwoty **3 524 000 000 zł**, zidentyfikowanej jako oszczędności w poszczególnych pozycjach rezerw celowych, które będą przeznaczone na uzupełnienie planu wydatków w części 46 - Zdrowie, na zwiększenie dotacji podmiotowej z budżetu państwa dla Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń gwarantowanych. Podkreślenia wymaga, że jeśli wystąpi konieczność zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn.zm.), na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ.

Jednocześnie w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą 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 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.

Ponadto podejmowane są działania systemowe, mające na celu umożliwienie utrzymania płynności finansowej szpitalom. Aktualnie procedowany jest projekt *ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (UD71), wprowadzający szereg zmian, mających na celu umożliwienie podejmowania działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej szpitali. 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 ryczału PSZ świadczeniodawcom, którzy za poprzedni okres rozliczeniowy (2024 r.) wykazali tzw. nadwykonania tego ryczału w wysokości 27% wartości wypracowanych świadczeń powyżej wartości ryczału, z jednoczesnym uwzględnieniem kwot dodatków wypłaconych w 2024 r. Oznacza to dodatkowe pieniądze dla szpitali PSZ w wysokości **300 mln zł**.

3. Wprowadzenie maksymalnych progów wynagrodzeń dla lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych zatrudnionych zarówno na umowach cywilnoprawnych/kontraktach jak i na umowach o pracę w podmiotach finansowanych ze środków publicznych.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi dialog z partnerami społecznymi w sprawach dotyczących kadr medycznych i systemowego kształtowania wynagrodzeń przede wszystkim w ramach branżowego Trójsronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z udziałem przedstawicieli

reprezentatywnych central związkowych i organizacji pracodawców (w tym reprezentujących szpitale samorządowe).

Zgodnie z przyjętymi wspólnie ustaleniami kwestie dotyczące systemowego kształtowania wynagrodzeń w podmiotach leczniczych i funkcjonowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych są stałym punktem każdego z posiedzeń Zespołu. Zarówno pierwotny kształt ustawy o sposobie ustalania najniższych wynagrodzeń, jak i kształty wszystkich dotychczasowych nowelizacji były wypracowywane na forum Trójstronnego Zespołu.

10 czerwca br. odbyło się posiedzenie Prezydium Trójstronnego Zespołu. Podczas obrad dyskutowano sprawy związane z kwestią wynagrodzeń w ochronie zdrowia.

Wszystkie strony podjęły decyzję o kontynuacji rozmów o wynagrodzeniach w tym wynagrodzeniach kontraktowych.

Kolejne posiedzenie Prezydium odbyło się 25 czerwca br. W trakcie obrad strona związkowa i strona pracodawców uznały za niezbędne, aby elementem dalszych rozmów był pomiar oraz wdrożenie interwencji dotyczącej rekompensowania ze środków publicznych wynagrodzeń kontraktowych.

Następne posiedzenie Trójstronnego Zespołu zaplanowano na 10 lipca br.

4. Dokonanie rzetelnej i adekwatnej do realiów gospodarczych i społecznych wyceny świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ.

Na wstępie 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.

Przepisy 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 (Dz.U. 2022, poz. 1352) pozwoliły na ujęcie środków na wyższe wynagrodzenia w wycenie świadczeń medycznych, a nie, jak do 30 czerwca 2022 r., w odrębnym strumieniu środków, niezależnym od wykonania świadczeń dla pacjentów.

Zgodnie z powyższym, AOTMiT od roku 2022 występuje do świadczeniodawców z wnioskami o przekazanie danych o wynagrodzeniach osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, które posiadają umowę podpisaną z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Celem pozyskania tych danych jest przede wszystkim realizacja zadań określonych w art.

31n pkt 1a i 2c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. określanie taryf świadczeń oraz przygotowywanie Rekomendacji Prezesa AOTMiT w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń, w szczególności wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określanego przepisami ustawy o wynagrodzeniach.

Mając na względzie powyższe, 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 wprowadzanym ustawą o wynagrodzeniach. Należy podkreślić, że przy wyborze wariantu rekomendacji wydanych we wskazanym okresie, Minister Zdrowia kierował się przede wszystkim koniecznością poprawy 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.

5. Wprowadzenie mechanizmów zapewniających terminowe finansowanie przez NFZ wszystkich świadczeń realizowanych przez szpitale powiatowe.

Narodowy Fundusz Zdrowia należy do jednostek sektora finansów publicznych i w związku z tym wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powyższe wynika również 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 Funduszu.

Jednocześnie Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, zgodnie § 14 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.).

Wypełniając powyższe przepisy Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnił, że oddziały wojewódzkie NFZ na bieżąco realizują zapłatę za zrealizowane świadczenia opieki zdrowotnej do kwoty określonej w umowie w terminie określonym w § 24 ust. 1 załącznika

do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Umożliwienie podmiotom leczniczym odzyskiwanie VAT w związku ze świadczonymi przez nie usługami. Obecnie większość usług świadczonych przez szpitale jest zwolniona z VAT, co uniemożliwia rozliczanie VAT w ramach ponoszonych kosztów.

Stanowisko w niniejszym zakresie zostało przedstawione zgodnie z właściwością przez Ministerstwo Finansów. Zgodnie z powyższym, przepisy dotyczące podatku od wartości dodanej w całości objęte są zakresem prawa Unii Europejskiej, a Polska jako członek Unii Europejskiej zobowiązana jest do przestrzegania *acquis communautaire*.

W odniesieniu do podatku od towarów i usług oznacza to przestrzeganie postanowień przede wszystkim dyrektywy 2006/112/WE Rady z dnia 28 listopada 2006 r. w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej (1 Dz. Urz. UE L 347 z 11.12.2006, str. 1, z późn. zm.) – dalej: „dyrektywa VAT”, oraz orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej dotyczącego podatku od wartości dodanej.

Objęcie prawa krajowego w zakresie opodatkowania podatkiem od wartości dodanej obowiązkiem harmonizacji z prawem unijnym powoduje, iż Polska, podobnie jak inne państwa członkowskie UE, nie posiada nieograniczonej swobody kreowania własnych rozwiązań w tym przedmiocie. W konsekwencji polskie przepisy dotyczące podatku od towarów i usług powinny być zgodne z unijnymi przepisami prawa dotyczącymi podatku od wartości dodanej. Powyższe dotyczy m.in. zakresu zwolnień od podatku, jak również stosowania preferencyjnych stawek podatku VAT.

Stosownie do art. 132 ust. 1 lit. b) i c) dyrektywy VAT państwa członkowskie zwalniają następujące transakcje:

b) opiekę szpitalną i medyczną oraz ściśle z nimi związane czynności podejmowane przez podmioty prawa publicznego lub, na warunkach socjalnych porównywalnych do stosowanych w odniesieniu do instytucji prawa publicznego, przez szpitale, ośrodki medyczne i diagnostyczne oraz inne odpowiednio uznane placówki o podobnym charakterze;

c) świadczenie opieki medycznej w ramach zawodów medycznych i paramedycznych, określonych przez zainteresowane państwo członkowskie.

Powyższe zwolnienia, dotyczące określonych czynności wykonywanych w interesie publicznym, nie mają charakteru fakultatywnego.

Ww. regulacje dyrektywy VAT zostały zaimplementowane do krajowego porządku prawnego przepisami art. 43 ust. 1 pkt 18 – 19 ustawy o VAT (Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2025 r. poz. 775)), zgodnie z którymi zwolnieniem od tego podatku objęte są:

- usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze;
- usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, świadczone na rzecz podmiotów leczniczych na terenie ich zakładów leczniczych, w których wykonywana jest działalność lecznicza;
- usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, świadczone w ramach wykonywania zawodów:
 - a) lekarza i lekarza dentysty,
 - b) pielęgniarki i położnej,
 - c) medycznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.),
 - d) psychologa.

Zgodnie z ww. przepisami usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia świadczone przez szpitale powiatowe (podmioty lecznicze) objęte są zwolnieniem od podatku VAT.

Odnosząc się natomiast do prawa do pomniejszenia podatku VAT należnego o podatek VAT naliczony na poprzednim etapie obrotu gospodarczego, wskazać należy, że prawo to jest ściśle zależne od istnienia związku tego podatku naliczonego z czynnościami opodatkowanymi¹. Tym samym w celu odliczenia podatku VAT naliczonego, towary i usługi, przy zakupie których został on naliczony, muszą być wykorzystywane do wykonywania czynności opodatkowanych. Żeby zatem szpitale mogły odliczać VAT, usługi świadczone przez nie na rzecz ich pacjentów, do wykonywania których są wykorzystywane nabyte towary i usługi, musiałyby również być opodatkowane podatkiem VAT.

Reasumując, zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Finansów, brak jest możliwości wprowadzenia postulowanego rozwiązania w postaci prawa do odliczenia podatku naliczonego w odniesieniu do czynności zwolnionych od VAT.

7. Wprowadzenie sprawiedliwych zasad dotyczących naliczania odsetek i wzajemnych rozliczeń pomiędzy szpitalami a podmiotami skarbu państwa lub podmiotami publicznymi.

W opinii Ministerstwa Zdrowia postulat ten został sformułowany w sposób zbyt ogólny, aby można było się do niego odnieść. W szczególności nie zostało wyjaśnione jakich rozliczeń i z jakimi podmiotami on dotyczy, czy też co należy rozumieć przez pojęcie „sprawiedliwych

¹ Zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy o VAT w zakresie, w jakim towary i usługi są wykorzystywane do wykonywania czynności opodatkowanych, podatnikowi, o którym mowa w art. 15, przysługuje prawo do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego, z zastrzeżeniem art. 114, art. 119 ust. 4, art. 120 ust. 17 i 19 oraz art. 124.

zasad". Niezależnie od powyższego, zasadnym wydaje się skierowanie niniejszego wniosku do Ministerstwa Rozwoju i Technologii.

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

Do wiadomości:

Pani Monika Roguska, Zastępca Dyrektora Biura Prezesa Rady Ministrów (dot. pisma z 18 czerwca 2025 r. znak: BPRM.512.2.16.2025)