

Sławomir Dudek • Łukasz Kozłowski  
Bernard Waško • Wojciech Wiśniewski

# LUKA

## FINANSOWA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

### PERSPEKTYWA 2025-2027

Czerwiec 2024 r.

## Autorzy

### Sławomir Dudek

Instytut Finansów Publicznych

### Łukasz Kozłowski

Federacja Przedsiębiorców Polskich

### Bernard Waśko

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

### Wojciech Wiśniewski

Federacja Przedsiębiorców Polskich



**Federacja Przedsiębiorców Polskich** – dynamicznie rozwijająca się organizacja pracodawców, członek Rady Dialogu Społecznego. Reprezentuje interesy przedsiębiorstw i instytucji zrzeszonych w ramach Federacji. Dąży do poprawy jakości funkcjonowania polskich firm – w kraju i zagranicą. Wdraża inicjatywy, które mają kształtować odpowiedzialną, zrównoważoną politykę – efektywną z punktu widzenia pracodawców oraz gwarantującą wysokie bezpieczeństwo pracownikom.



**Instytut Finansów Publicznych** to działający na rzecz pożytku publicznego ośrodek analityczny. Reprezentuje interes społeczeństwa i obywateli oraz aktywnie uczestniczy w debacie publicznej. Jest niezależną i apartyjną organizacją pozarządową, która stawia sobie za główne cele m.in. monitoring stanu finansów publicznych, fact-checking i przeciwdziałanie populizmowi w życiu publicznym oraz wspieranie demokracji, praworządności i społeczeństwa obywatelskiego. Raporty, analizy, publikacje oraz wydarzenia Instytutu znajdują się na stronie [www.ifp.org.pl](http://www.ifp.org.pl).

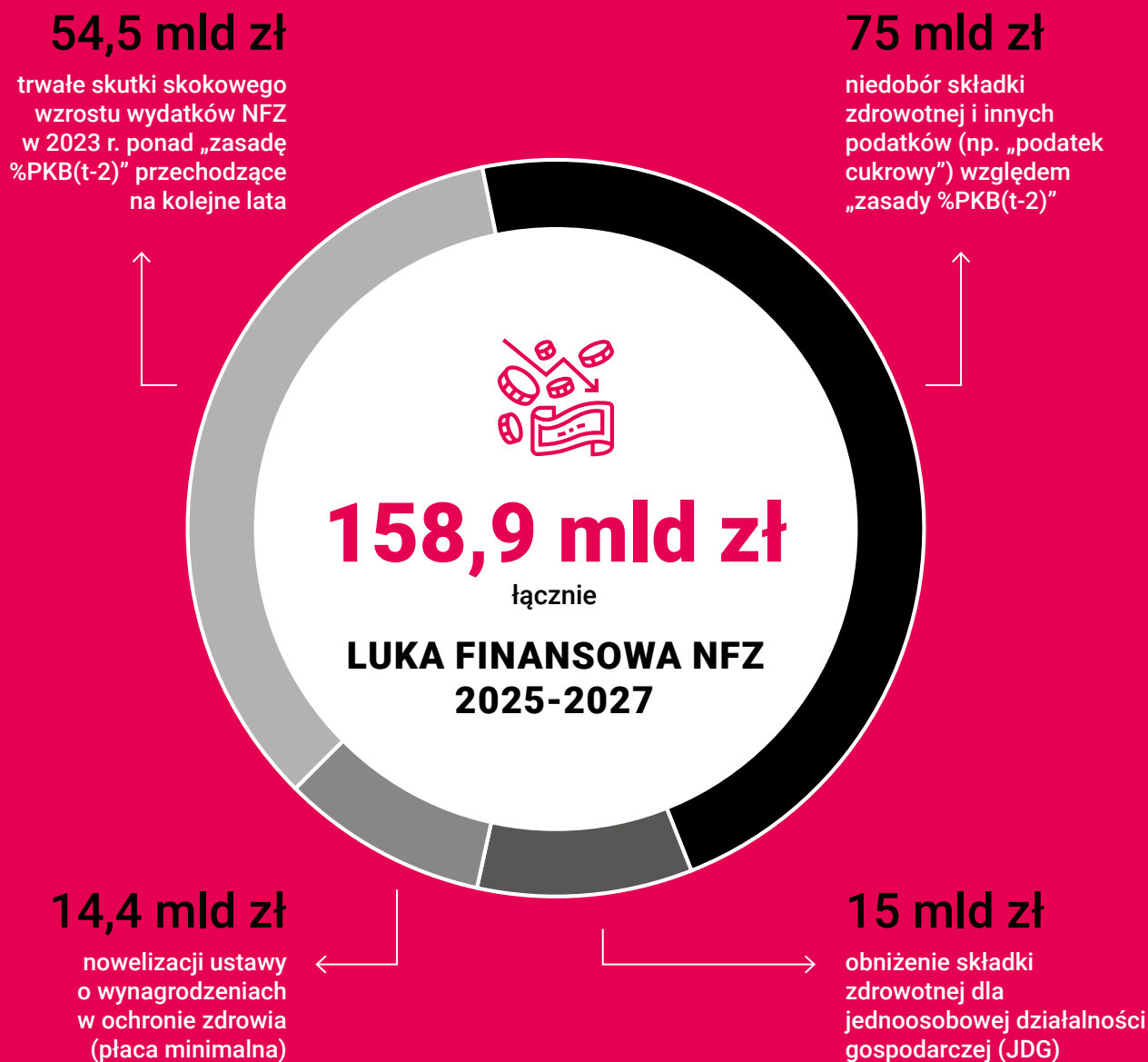


**Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy** zajmuje się monitorowaniem sytuacji zdrowotnej i oceną potrzeb zdrowotnych ludności w Polsce. Instytut prowadzi działania w zakresie prewencji chorób cywilizacyjnych oraz zakaźnych. Do głównych zadań NIZP PZH – PIB należą analizy ekonomiczne i systemowe w ochronie zdrowia oraz działalność ekspercka na potrzeby instytucji państwowych, Komisji Europejskiej oraz podmiotów gospodarczych. Instytut realizuje również wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne, eksperyty i atestację materiałów oraz wyrobów pod kątem bezpieczeństwa zdrowotnego.

## Spis treści

Kluczowe wnioski .....	5
Wprowadzenie .....	7
Metodologia .....	9
Perspektywa finansowania ochrony zdrowia w latach 2025-2027 .....	11
Rekomendacje .....	15
Załącznik 1: Obliczenia .....	18

# Luka finansowa NFZ w latach 2025-2027 *scenariusz bazowy*



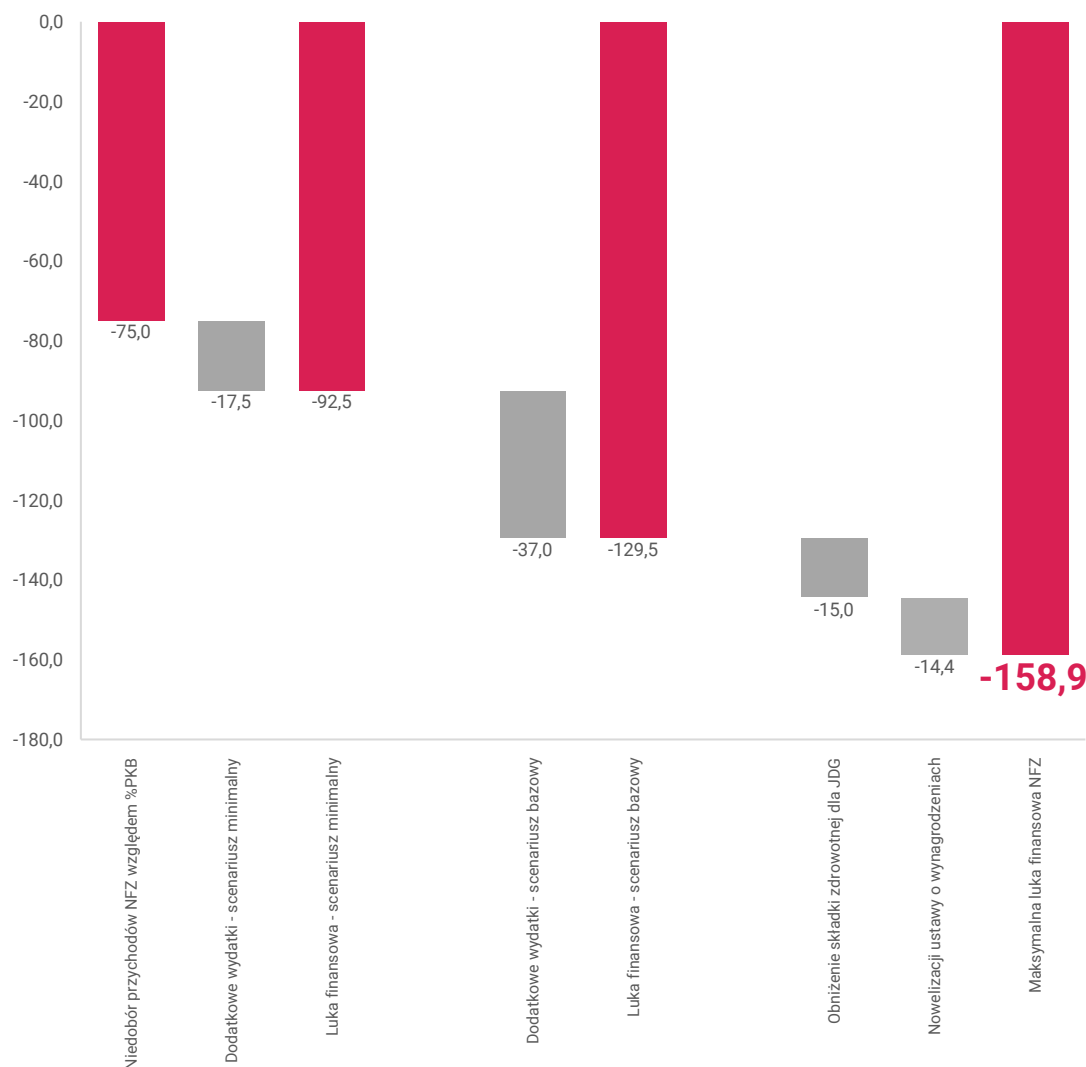
\*) „zasada %PKB(t-2)” - zgodnie z kryterium ustawowym minimalne wydatki na ochronę zdrowia powinny rosnać w relacji do PKB, przy czym ta relacja jest wyliczana względem PKB sprzed dwóch lat, nakłady w roku (t) są wyrażone jako procent PKB z roku (t-2). W 2025 r. ta relacja ma wynosić 6,5% wartości PKB z 2023 r., w 2026 r. 6,8% PKB z 2024 r., a w 2027 r. 7% PKB z 2025 r., czyli za każdym razem brany jest PKB(t-2), gdzie „t” to rok, na który wyznacza się wydatki NFZ. Niedobór oznacza, że zgromadzone składki będą niższe niż nakłady wyznaczone na podstawie relacji do PKB.

## Kluczowe wnioski

1. **Począwszy od 2024 r. potrzeby wydatkowe Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) przekraczają znacznie poziom przychodów ze składek i muszą być finansowane dodatkowo dotacją podmiotową z budżetu państwa.** Kwota tej dotacji w kolejnych latach będzie znacząco rosła w zależności od przyjętych wariantów, dodatkowych obciążeń lub zmniejszającego się poziomu przychodów.
2. **W skrajnym scenariuszu ponad  $\frac{1}{3}$  wydatków NFZ będzie finansowana z dotacji pochodzącej z budżetu państwa.** Co oznacza, że relatywny deficyt w NFZ (skala niepokrycia wydatków składkami) będzie ponad dwukrotnie wyższy niż w FUS (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych).
3. **W 2023 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystał jednorazowo prawie wszystkie rezerwy, które kumulowały się w trakcie pandemii w latach 2020-2022.** Doprowadziło do tego m.in. wprowadzenie zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w listopadzie 2022 r., która przeniosła ciężar finansowania wielu zadań z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz koszty wdrażania znowelizowanej w 2022 r. ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. To trwale zwiększyło wydatki NFZ ponad poziom wynikający z kryterium ustawowego w relacji do PKB.
4. **Luka finansowa w Narodowym Funduszu Zdrowia w stosunku do prognozowanych przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, w scenariuszu zakładającym ograniczenie sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (scenariusz minimalny), wyniesie nie mniej niż 92,5 mld zł łącznie w latach 2025-2027.** Uchwalenie nowelizacji ustawy o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia oraz zmiany sposobu naliczania składki zdrowotnej w obecnym brzmieniu powiększy tę lukę o 29,4 mld zł do poziomu 121,9 mld zł.
5. **Luka finansowa NFZ w scenariuszu zakładającym utrzymanie sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na obecnym poziomie (scenariusz bazowy) wynosi 129,5 mld zł.** W przypadku uchwalenia nowelizacji ustawy o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia oraz zmiany sposobu naliczania składki zdrowotnej w obecnym brzmieniu luka ta wzrośnie o 29,4 mld zł do poziomu 158,9 mld zł.

6. **Wzrost przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne jest niższy niż środki przeznaczone co roku na wzrost wynagrodzeń**, co oznacza, że zwiększone składki na ubezpieczenie płacone przez obywateli w całości są przeznaczane na większe wynagrodzenia personelu medycznego.
7. **Konieczne jest wdrożenie rozwiązań zwiększających wysokość oraz przewidywalność dochodów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zmniejszenia presji wydatkowej wynikającej z wielu zobowiązań.** Konieczne jest poszukiwanie rozwiązań redukujących część dotacyjną w kierunku pełnego systemu składkowego. System mieszany jest nieefektywny i nieprzewidywalny.

Wykres 1: Porównanie scenariuszy luki finansowej w NFZ, łącznie lata 2025-2027 (mld zł).



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, MF.



## Wprowadzenie

Sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia wymaga stworzenia stabilnych, przewidywalnych i odpornych na wahania koniunkturalne ram finansowania oraz ciągłości realizacji zobowiązań płatnika publicznego przy jednoczesnym zwiększeniu efektywności wydatkowania środków. Wprowadzenie ustawy o minimalnych nakładach na ochronę zdrowia i jej kolejne nowelizacje miały zapewnić wzrost finansowania ochrony zdrowia w relacji do PKB, umożliwiając poprawę warunków pracy pracowników sektora ochrony zdrowia oraz wzrost dostępności do świadczeń oraz do skutecznych, nowoczesnych i bezpiecznych technologii medycznych.

W przeciągu ostatnich trzech lat doszło do znaczących turbulencji dotyczących finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych. Po pierwsze, w trakcie pandemii COVID-19 doszło do zmniejszenia liczby wykonywanych świadczeń finansowanych przez NFZ. Zbudowano rezerwy finansowe w postaci funduszu zapasowego, który osiągnął poziom około 23 miliardów złotych w końcu 2022 r. Po drugie, doszło do dynamicznego wzrostu płac w systemie ochrony zdrowia, który został sfinansowany przez podniesienie wycen świadczeń. W efekcie, Narodowy Fundusz Zdrowia obecnie nie dysponuje odpowiednim poziomem funduszu zapasowego, a wprowadzone regulacje trwale obciążają wydatki płatnika.

Najbliższe lata przyniosą transformację systemu z bazującego w znakomitej większości na przychodach ze składek opieki zdrowotnej w kierunku mieszanego finansowania składkowo-budżetowego. Udział nakładów budżetowych w całości wydatków na ochronę zdrowia wzrośnie kilkukrotnie i osiągnie w 2027 r. poziom wyższy niż chociażby wydatki na program 800+. **W skrajnym scenariuszu ponad 1/3 wydatków NFZ będzie finansowana z dotacji pochodzącej z budżetu państwa. To oznacza wydolność składkową NFZ na poziomie niższym niż 67%, podczas gdy obecnie wydolność systemu emerytalnego w ZUS to ponad 85%. Co oznacza, że relatywny deficyt w NFZ (skala nie pokrycia wydatków składkami) będzie ponad dwukrotnie wyższy niż w FUS (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych) zarządzanym przez ZUS, ok. 33% vs 15%.** Zdrowie, które jeszcze niedawno było źródłem relatywnie niewielkich zobowiązań po stronie budżetu państwa, stanie się jedną z trzech dziedzin o największym wpływie na wydatki państwa (obok systemu ubezpieczenia społecznego oraz obronności).

Pytanie, na które autorzy raportu starali się znaleźć odpowiedź, dotyczyło tego czy ilość środków pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia pozwoli na bieżące finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Cel dokumentu to zobrazowanie wielkości luki finansowej w systemie ochrony zdrowia, która wymaga zapewnienia dodatkowych środków oraz działań, które mogą mieć wpływ na jej wielkość. To opracowanie pokazuje również ogromne wyzwania w finansach publicznych w sytuacji, w której wobec Polski została wszczęta procedura nadmiernego deficytu. System ochrony zdrowia przestał być systemem samofinansującym się ze składek, a zaczął być zależny od coraz wyższych nakładów pochodzących z budżetu państwa.



## Metodologia

Niniejsze opracowanie powstało w znacznej mierze na dokumentach wytworzonych przez instytucje administracji rządowej. W przypadku założeń makroekonomicznych przyjęto dane opublikowane w Wieloletnim Planie Finansowym Państwa na lata 2024-2027, zaakceptowanym przez Radę Ministrów 30 kwietnia 2024 r.<sup>1</sup> oraz aktualnych prognoz dotyczących wzrostu PKB<sup>2</sup>.

W opracowaniu koncentrujemy się na przychodach i wydatkach Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku pozostałych podmiotów, w części zaliczanej do nakładów na ochronę zdrowia, tj. między innymi budżet Ministerstwa Zdrowia, czy część budżetów innych ministerstw, założono łączne wydatki na poziomie ok. 29 mld zł w 2025 r. W latach kolejnych założono wzrost tych wydatków średnio o ok. 11%.

Planowane przychody Narodowego Funduszu Zdrowia zostały sporządzone na podstawie przyjętej przez Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów prognozy przychodów NFZ na kolejne trzy lata<sup>3</sup>.

Dla oszacowania kosztów płatnika przyjęto dwa scenariusze:

1. Scenariusz minimalny, zakładający ograniczanie zobowiązań powstających po stronie płatnika publicznego, w tym:
  - a. brak zapłaty za świadczenia ponadlimitowe w świadczeniach limitowanych (tzw. nadwykonania) oraz nadwykonania w ryczałcie;
  - b. brak wprowadzania nowych taryf opracowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (poza wynikającymi z funkcjonowania ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych);

---

1 Wieloletni Plan Finansowy Państwa na lata 2024-2027, <https://www.gov.pl/web/finanse/wieloletni-plan-finansowy-panstwa>, [dostęp elektroniczny: 01.07.2024].

2 Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw, <https://www.gov.pl/attachment/1b1506a4-1781-41e9-ae6a-a9439776da91> [dostęp elektroniczny: 01.07.2024].

3 Dokument otrzymany w trybie dostępu do informacji publicznej.

- c. brak wprowadzania do refundacji nowych technologii lekowych i nielekowych.
2. Scenariusz bazowy, zakładający utrzymanie porównywalnej sprawności systemu ochrony zdrowia jak obecnie, w tym:
- a. kontynuację częściowej zapłaty (70%) za świadczenia ponadlimitowe (nadwykonania) jak wyżej przy braku zapłaty za nadwykonania w ryczałcie;
  - b. częściowe zatwierdzanie nowych taryf opracowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (obok wynikających z funkcjonowania ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych);
  - c. powstanie nowych zobowiązań związanych z wprowadzaniem do systemu nowych technologii lekowych i nielekowych.
3. Dodatkowo, w ostatniej części dokonano oceny luki finansowania systemu ochrony zdrowia w zależności od podjęcia decyzji dotyczących:
- a. przyjęcia kosztów nowelizacji obywatelskiego projektu zmiany ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych<sup>4</sup>; na poziomie ok. 4 mld zł rocznie począwszy od 1 stycznia 2025 r., rosnących w kolejnych latach.
  - b. przyjęcia propozycji zmian dotyczących składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób prowadzących działalność gospodarczą jako osoba fizyczna<sup>5</sup> powodujących ubytek przychodów z składki w wysokości ok. 4,5 mld zł rocznie od 1 stycznia 2025 r., rosnących w kolejnych latach.

---

4 Na podstawie dokumentu przesłanego przez Ministerstwo Zdrowia do Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia 9 maja 2024 r. oraz prezentacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przedstawionej podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia 14 maja 2024 r.

5 Prezentacja Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów wykorzystana podczas konferencji prasowej 21 marca 2024 r. - <https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=sWtXI5WNk3c> [dostęp elektroniczny: 1 lipca 2024 r.].

## Perspektywa finansowania ochrony zdrowia w latach 2025-2027

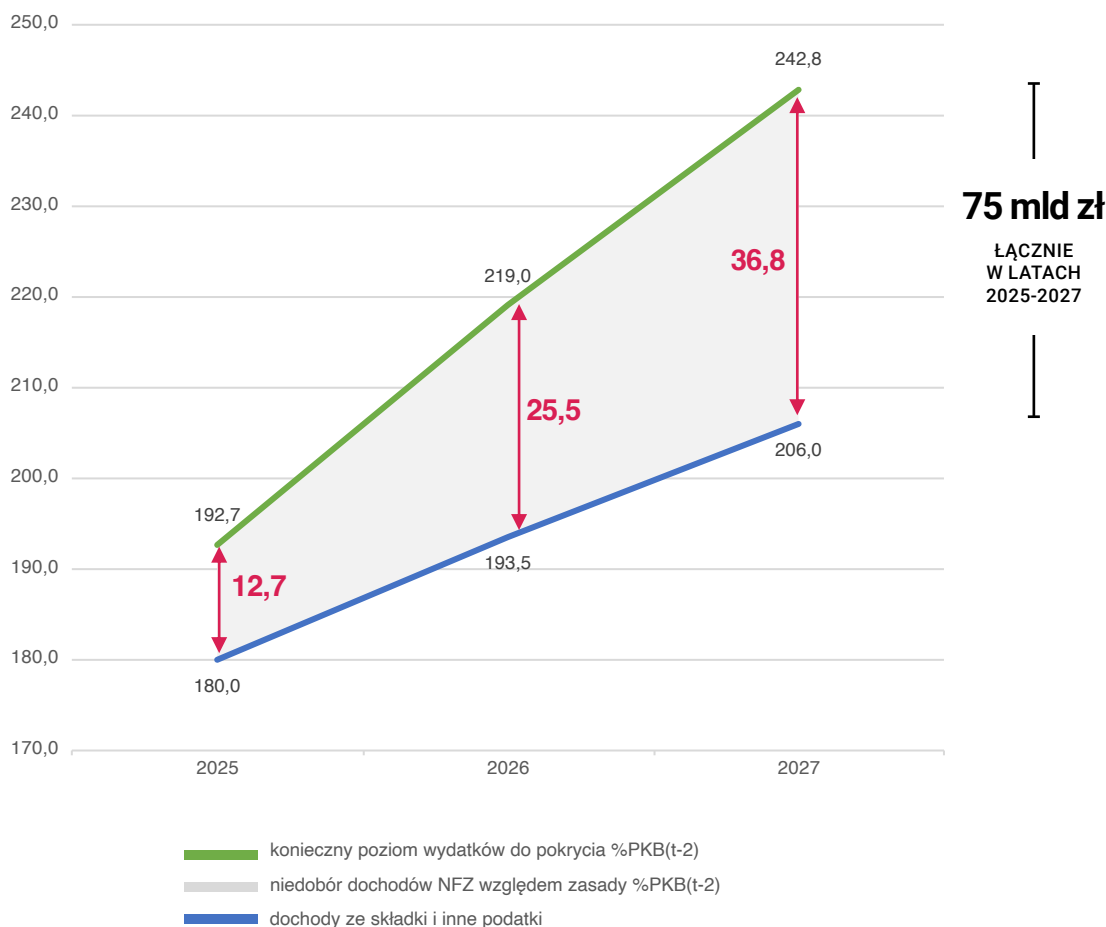
Zgodnie z założeniami metodologicznymi wskazanymi powyżej przyjęto dwa scenariusze dotyczące szacowania luki finansowej w systemie w perspektywie do 2027 r. Pierwszy z nich, minimalny, oznaczałby zasadnicze zmiany w sposobie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, związane przede wszystkim z wstrzymaniem płatności za świadczenia ponadlimitowe, brak finansowania nowych technologii medycznych oraz aktualizacji wycen w najbardziej deficytowych dziedzinach. Prawdopodobnie spowodowałoby to ograniczenie liczby finansowanych świadczeń oraz wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia. Pogorszyłaby się sytuacja finansowa podmiotów leczniczych.

Drugi ze scenariuszy, bazowy, zakłada utrzymanie finansowania systemu na porównywalnym jak obecnie poziomie. Przyjmuje finansowanie wszystkich świadczeń nielimitowanych oraz znacznej części świadczeń ponadlimitowych, zwiększenie liczby finansowanych technologii medycznych, (w tym leków refundowanych) podniesienie taryf w priorytetowych zakresach. Jest to scenariusz najbardziej podobny do zachowania *status quo*.

### **Luka finansowa w NFZ wynika z:**

- 1. skokowego wzrostu wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2023, wywołującego trwałe skutki w kolejnych latach;**
- 2. braku pokrycia dla tych wydatków ze składki zdrowotnej i innych dochodów (np. podatku cukrowego);**
- 3. kosztów funkcjonowania ustawy o minimalnych nakładach na ochronę zdrowia, które przekraczają znacznie przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Poziom składki zdrowotnej jest nieadekwatny do wyznaczonych celów w procencie PKB;**
- 4. rzeczywista wielkość luki finansowej będzie zależeć również od rozstrzygnięć dotyczących projektu nowelizacji ustawy o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia oraz sposobu naliczania składki zdrowotnej od JDG.**

**Wykres 2: Niedobór przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia względem minimalnych nakładów na ochronę zdrowia wynikających z kryterium ustawowego w %PKB w latach 2025-2027, wynikających z ustawy (mld zł).**



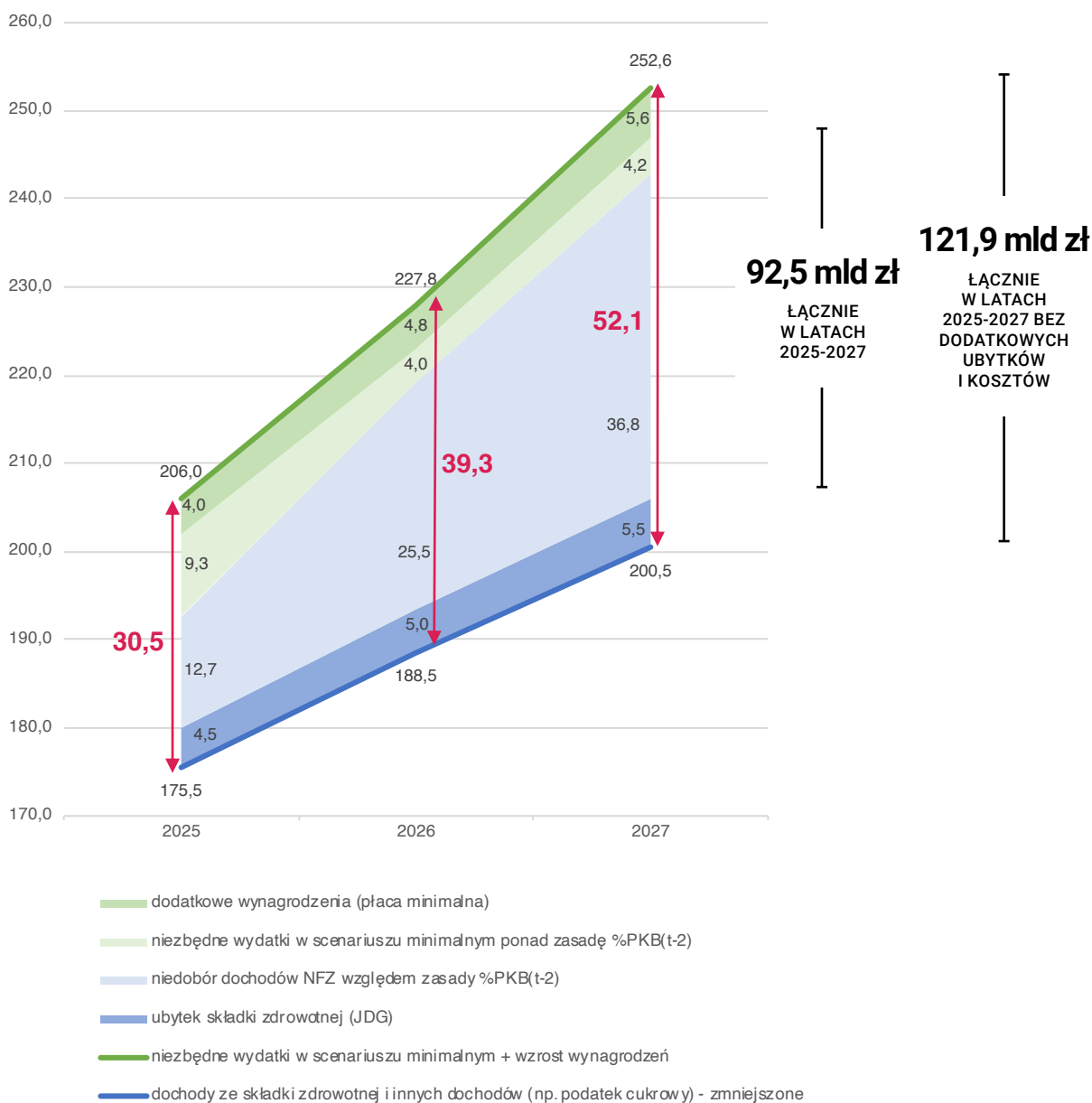
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, MF.

Na skutek skokowego wykorzystania funduszu zapasowego w 2023 r. strona wydatkowa NFZ przekroczyła poziom wydatków wyznaczony przez ustawę o minimalnych nakładach na ochronę zdrowia o ponad 1% PKB. Te zobowiązania wydatkowe są jednak trwałe, obciążając NFZ w kolejnych latach. W przypadku scenariusza minimalnego luka finansowa wyniesie nie mniej niż 22 mld zł w 2025 r., 29,5 mld zł w 2026 r. oraz rośnie do poziomu 41 mld zł w 2027 r. Łącznie w latach 2025-2027 ilość środków, którą należy skierować do Narodowego Funduszu Zdrowia z budżetu państwa wynosi 92,5 mld zł. Kwota ta rośnie dodatkowo o:

1. 14,4 mld zł w przypadku przyjęcia nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych do poziomu 106,9 mld zł.

- 29,4 mld zł w przypadku przyjęcia nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz wprowadzenia zmian w składce zdrowotnej do poziomu 121,9 mld zł.

Wykres 3: Luka finansowa NFZ – scenariusz minimalny (mld zł).

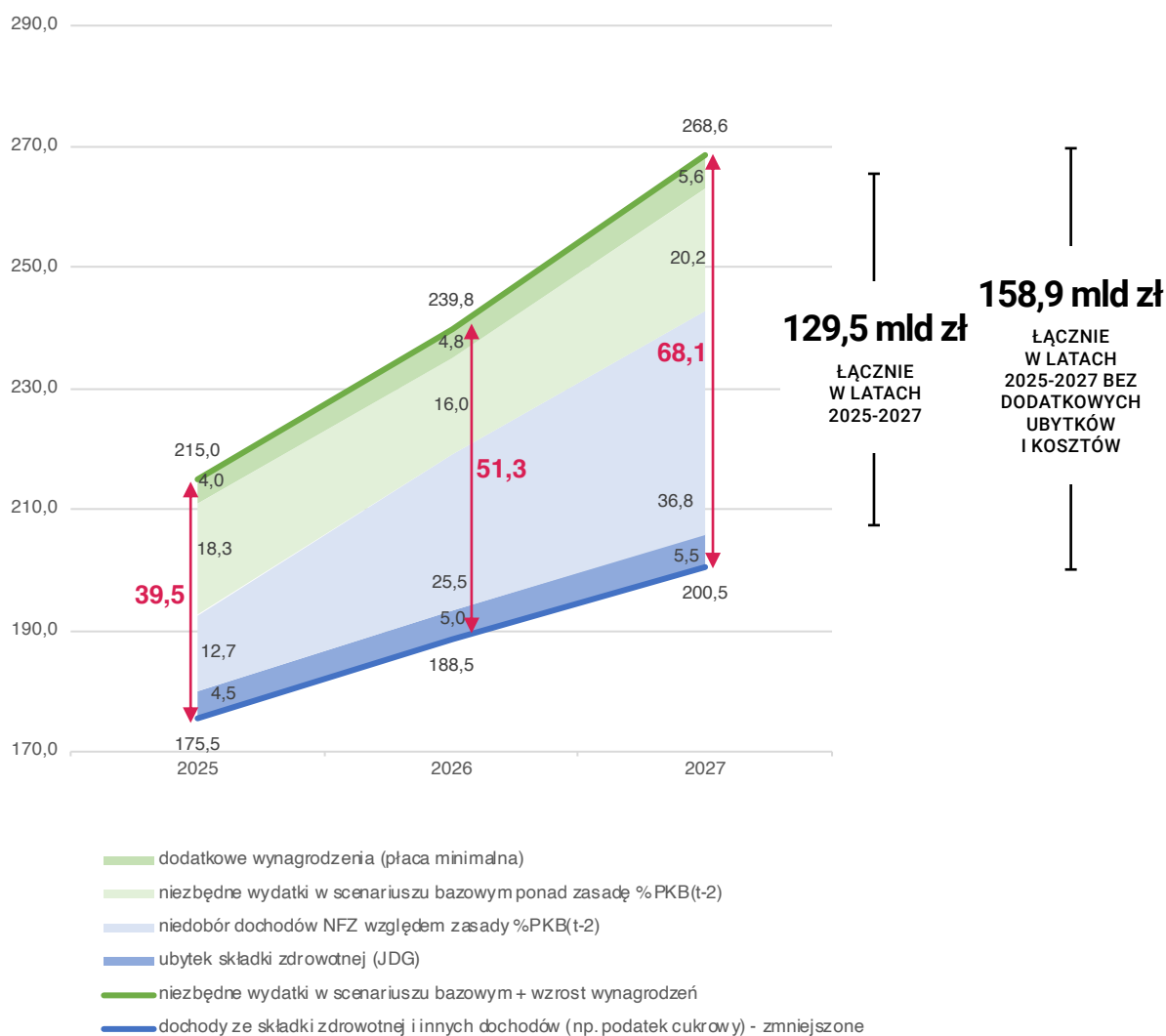


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, MF.

Dla scenariusza bazowego luka finansowa wyniesie 31 mld zł w 2025 r., 41,5 mld zł w 2026 r. oraz wzrośnie do poziomu 57 mld zł w 2027 r. Łącznie w latach 2025-2027 suma środków, którą należy skierować do Narodowego Funduszu Zdrowia z budżetu państwa wyniesie 129,5 mld zł. Kwota ta rośnie dodatkowo o:

1. 14,4 mld zł w przypadku przyjęcia nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, do poziomu 143,9 mld zł
2. 29,4 mld zł w przypadku przyjęcia nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz wprowadzenia zmian w składce zdrowotnej, do poziomu 158,9 mld zł

Wykres 4: Luka finansowa NFZ – scenariusz bazowy w latach 2025-2027 (mld zł).



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, MF.

## Rekomendacje

Wobec luki finansowej w Narodowym Funduszu Zdrowia kluczowe znaczenie ma utrzymanie sprawności systemu ochrony zdrowia oraz zapewnienie stabilnych ram finansowania w najbliższych latach. Wydaje się zasadnym wprowadzenie rozwiązań, które będą ograniczać zobowiązania płatnika publicznego oraz w sposób planowy, stabilny i przewidywalny zwiększać jego przychody.

### **1. Wprowadzenie regulacji umożliwiających kierowanie niewykorzystanych środków z Funduszu Medycznego do Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.**

*Uzasadnienie:* na dzień sporządzenia niniejszego opracowania ilość środków na rachunku bankowym Funduszu Medycznego wynosi ok. 6,8 mld zł (bez uwzględnienia planowanej na grudzień dotacji w wysokości 4 mld zł). Zasadne wydaje się zwiększenie płynności płatnika poprzez skierowanie niewykorzystanych środków Funduszu Medycznego do NFZ, w tym na adekwatnych środków na finansowanie świadczeń nielimitowanych na świadczenia wykonane dla osób poniżej 18 r.ż.

### **2. Poszukiwanie rozwiązań redukujących część dotacyjną w kierunku systemu samofinansującego się.**

*Uzasadnienie:* System mieszany jest nieprzewidywalny i jest mniej stabilny. Taki system zmniejsza też autonomię systemu ochrony zdrowia. Dotacje co do zasady są zależne od bieżącej sytuacji budżetowej państwa, od tego czy kraj jest np. objęty procedurą nadmiernego deficytu czy nie. Ponadto system z dużym udziałem dotacji jest włączony w coroczny, polityczny proces decyzyjny co zwiększa niestabilność i nieprzewidywalność. Ponadto ostatecznie dotacje są finansowane z innych podatków, co zaburza transparentność i spójność systemu.

### **3. Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających nieuwzględnianie wzrostu wynagrodzeń kontraktowych w wycenach świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku, gdy poziom wynagrodzenia danego pracownika (w przeliczeniu na etat) przekracza określoną wielokrotność średniego wynagrodzenia w gospodarce.**



*Uzasadnienie:* obecnie w wielu obszarach ochrony zdrowia występują tzw. „kominy płacowe”. Prowadzi to do radykalnego zwiększenia zobowiązań placówek, oczekujących kompensacji kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

#### **4. Wstrzymanie prac nad obywatelskim projektem ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w części, która będzie zwiększać zobowiązania po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.**

*Uzasadnienie:* przyjęcie ustawy zwiększy zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie środków przeznaczanych na podwyżki wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia kosztem zaspokojenia potrzeb pacjentów dotyczących poprawy dostępności do świadczeń, refundacji nowych leków lub świadczeń zdrowotnych, ponieważ wzrost przychodów ze składki płacowej przez ubezpieczonych w całości przeznaczany jest na przyrost wynagrodzeń pracowników sektora ochrony zdrowia.

#### **5. Nowelizacja ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych poprzez:**

- a. zmianę przepisów w taki sposób, aby zagwarantowane ustawowo płace minimalne wchodziły w życie 1 stycznia zamiast 1 lipca;**
- b. zastąpienie kwoty bazowej ustalonej na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie inną wypracowaną we współpracy z partnerami społecznymi stawką bazową, indeksowaną w podobny sposób jak świadczenia emerytalne i rentowe.**

*Uzasadnienie:* planowanie finansowe po stronie znakomitej większości interesariuszy systemu ochrony zdrowia odbywa się w ramach roku kalendarzowego. Dotyczy to zarówno planu finansowego NFZ, ustawy budżetowej, jak i budżetów podmiotów leczniczych. Założenia do tworzenia planu finansowego NFZ na rok następny powinny uwzględniać wszystkie determinanty wpływające na prognozowane koszty świadczeń, w tym skutki przyrostu wynagrodzeń minimalnych wynikające z ustawy oparte na znanych i faktycznych wskaźnikach, a w konsekwencji na zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia rekomendacji AOTMiT, dotyczącej zmiany wycen świadczeń na okres objęty planowaniem. Wprowadzenie stawki bazowej jest uzasadnione przez dynamiczny wzrost płac w sektorze ochronie zdrowia w ostatnich latach, zaspokajający znaczącą większość oczekiwań formułowanych przez specjalistów zawodów medycznych, w szczególności w relacji do wynagrodzeń pracowników innych sektorów publicznych (edukacja, bezpieczeństwo, wymiar sprawiedliwości, administracja rządowa i samorządowa).

## **6. Zagwarantowanie zrównoważonego podziału przyrostu środków na wynagrodzenia i inwestycje w nowe technologie oraz dostępność świadczeń.**

Uzasadnienie: konieczne wydaje się faktyczna realizacja postulatu określonego w stanowisku Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia z listopada 2021 r., w którym zadeklarowano kierowanie połowy wzrostu nakładów na system ochrony zdrowia na wzrosty wynagrodzeń, a połowy na wzrost dostępności świadczeń oraz nowe technologie. Gwarantuje to konsekwentną poprawę warunków płacowych w systemie, przy jednoczesnym zagwarantowaniu środków na poprawę sytuacji pacjentów.

## **7. Weryfikacja wymogów dotyczących minimalnych zasobów kadrowych dla świadczeniodawców określonych w koszyku świadczeń gwarantowanych poprzez analizę możliwości rozszerzania kompetencji różnych grup personelu medycznego.**

Uzasadnienie: ograniczenie dynamicznego wzrostu kosztów realizacji niektórych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej.

## Załącznik 1: Obliczenia

Pozycja	Wydatki w systemie ochrony zdrowia	j.m.	2025	2026	2027	Razem 2025-2027
	Ustawowe kryterium minimalnych wydatków na ochronę zdrowia - zasada %PKB(t-2) *)	%	6,5%	6,8%	7,0%	
<b>P</b>	<b>Przychody NFZ</b>	<b>mld zł</b>	<b>180,0</b>	<b>193,5</b>	<b>206,0</b>	<b>579,5</b>
P1	składka zdrowotna	mld zł	173,0	186,0	198,0	557,0
P2	pozostałe przychody (w tym np. podatek cukrowy)	mld zł	7,0	7,5	8,0	22,5
<b>W1</b>	<b>Wydatki w systemie ochrony zdrowia zgodne z kryterium ustawowym %PKB(t-2)</b>	<b>mld zł</b>	<b>221,7</b>	<b>251,0</b>	<b>278,8</b>	<b>751,5</b>
W1.1	NFZ	mld zł	192,7	219,0	242,8	654,5
W1.2	inne (MZ, MON, MSWiA, MS itd.)	mld zł	29,0	32,0	36,0	97,0
<b>W2</b>	<b>Wydatki w systemie ochrony zdrowia uwzględniające trwałe zobowiązania - scenariusz minimalny</b>	<b>mld zł</b>	<b>231,0</b>	<b>255,0</b>	<b>283,0</b>	<b>769,0</b>
W2.1	NFZ	mld zł	202,0	223,0	247,0	672,0
W2.2	inne (MZ, MON, MSWiA, MS itd.)	mld zł	29,0	32,0	36,0	97,0
<b>W3</b>	<b>Wydatki w systemie ochrony zdrowia uwzględniające trwałe zobowiązania - scenariusz bazowy</b>	<b>mld zł</b>	<b>240,0</b>	<b>267,0</b>	<b>299,0</b>	<b>806,0</b>
W3.1	NFZ	mld zł	211,0	235,0	263,0	709,0
W3.2	inne (MZ, MON, MSWiA, MS itd.)	mld zł	29,0	32,0	36,0	97,0
X1	Szacowany koszt obniżenia składki zdrowotnej dla JDG	mld zł	4,5	5,0	5,5	15,0
X2	Szacowany koszt wprowadzenia nowelizacji ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w OZ	mld zł	4,0	4,8	5,6	14,4

Pozycja	Wydatki w systemie ochrony zdrowia	j.m.	2025	2026	2027	Razem 2025- 2027
<b>Luka finansowa NFZ</b>						
P-W1.1	Niedobór przychodów NFZ względem wydatków wyznaczonych na podstawie kryterium ustawowego	mld zł	-12,7	-25,5	-36,8	-75,0
P-W2.1	Niedobór przychodów NFZ względem wydatków wyznaczonych w scenariuszu minimalnym	mld zł	-22,0	-29,5	-41,0	-92,5
P-W2.1-X1	w tym dodatkowo obniżenie składki zdrowotnej dla JDG	mld zł	-26,5	-34,5	-46,5	-107,5
P-W2.1-X1-X2	w tym dodatkowo obniżenie składki zdrowotnej dla JDG i nowelizacja ustawy o płacy minimalnej	mld zł	-30,5	-39,3	-52,1	-121,9
P-W3.1	Niedobór przychodów NFZ względem wydatków wyznaczonych w scenariuszu bazowym	mld zł	-31,0	-41,5	-57,0	-129,5
P-W3.1-X1	w tym dodatkowo obniżenie składki zdrowotnej dla JDG	mld zł	-35,5	-46,5	-62,5	-144,5
P-W3.1-X1-X2	w tym dodatkowo obniżenie składki zdrowotnej dla JDG i nowelizacja ustawy o płacy minimalnej	mld zł	-39,5	-51,3	-68,1	-158,9

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych NFZ, MF. \*) „zasada %PKB(t-2)” - zgodnie z kryterium ustawowym minimalne wydatki na ochronę zdrowia powinny rosnąć w relacji do PKB, przy czym ta relacja jest wyliczana względem PKB sprzed dwóch lat, nakłady w roku (t) są wyrażone jako procent PKB z roku (t-2). W 2025 r. ta relacja ma wynosić 6,5% wartości PKB z 2023 r., w 2026 r. 6,8% PKB z 2024 r., a w 2027 r. 7% PKB z 2025 r., czyli za każdym razem brany jest PKB(t-2), gdzie „t” to rok na który wyznacza wydatki NFZ. Niedobór oznacza, że zgromadzone składki będą niższe niż nakłady wyznaczone na podstawie relacji do PKB.

