



Minister Zdrowia

DLGT.050.37.2025.MN
Warszawa, 22 grudnia 2025

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 13782, w sprawie zamykanych oddziałów i ograniczeń pracy szpitali, uprzejmie informuję, że w załączeniu przekazuję wykaz oddziałów szpitalnych czasowo lub trwale zamkniętych w latach 2024-2025 r., wraz z uzasadnieniem ich zamknięcia. W osobnych załącznikach w załącznika wyodrębniono oddziały pediatryczne, internistyczne oraz położniczo-ginekologiczne.

Jednocześnie pragnę podkreślić, że Minister Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia na bieżąco monitoruje sytuację finansową szpitali oraz nieustannie podejmuje działania mające na celu zachowanie stabilności finansowej świadczeniodawców i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców.

Finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych przez świadczeniodawców odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

1. art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹, zgodnie z którym wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;
2. § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej², zgodnie z którym 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 oddziały wojewódzkie NFZ, w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych, prowadzą na bieżąco działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej, które uwzględniają 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 nadwykonoń.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.).

Ponadto 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. Dodatkowo:

- w wyniku dokonanych w trakcie bieżącego roku zmian ww. planu środki te wzrosły już o ponad 18,7 mld zł do wysokości ponad 202,3 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.) – na podstawie decyzji Minister Zdrowia oraz Ministra Finansów, środki te wynoszą aktualnie ponad 31,8 mld zł,
- decyzją Ministra Finansów z dnia 1 lipca 2025 r. przyznane zostały 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 r.,
- na mocy ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1739), możliwe będzie przekazanie w bieżącym roku dodatkowych środków Funduszu Medycznego w wysokości 3,56 mld zł, z przeznaczeniem na finansowanie nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia.

W zakresie kwestii związane z zaprzestaniem działalności leczniczej, które reguluje art. 34 ustawy o działalności leczniczej³. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne może, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej:

1. całkowicie;
2. częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej czasowe zaprzestanie działalności wymaga zgody wojewody. Kierownik podmiotu leczniczego utworzonego przez Ministra Obrony Narodowej występuje do wojewody z wnioskiem dopiero po uzyskaniu zgody Ministra Obrony Narodowej. W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne utworzonego przez uczelnię medyczną kierownik występuje z wnioskiem do wojewody po uzyskaniu zgody rektora uczelni albo odpowiednio dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Wniosek powinien zawierać określenie przyczyny, proponowany okres oraz zakres zaprzestania działalności. Wojewoda przed wyrażeniem zgody zasięga opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydaje opinię uwzględniając zapotrzebowanie co do alokacji zasobów. Niewydanie opinii w terminie 7 dni jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej. Wojewoda wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.

Ponadto, ustawa o działalności leczniczej wskazuje, iż w przypadku, gdy zaprzestanie działalności leczniczej jest spowodowane siłą wyższą lub wynika z decyzji administracyjnej podjętej na podstawie odrębnych przepisów, kierownik informuje wojewodę o czasowym całkowitym albo częściowym zaprzestaniu działalności w terminie 3 dni roboczych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących zaprzestanie tej działalności. Należy zwrócić również uwagę, że w przypadku czasowego zaprzestania działalności leczniczej całkowicie

³ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.).

lub częściowo, w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, bez zachowania trybu określonego w art. 34 ustawy o działalności leczniczej, wojewoda nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika tego podmiotu karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Równocześnie informuję, iż zgodnie z § 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴ świadczeniodawca powiadamia na piśmie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie. Przerwa w udzielaniu świadczeń wymaga zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, udzielonej na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – w terminie 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia. Za zgodę uważa się także brak sprzeciwu Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia. W przypadku ambulatoryjnych świadczeń termin ten wynosi 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia. W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

Dodatkowo należy wskazać, że w ramach prowadzonej reformy systemu szpitalnictwa przewidziano zestaw ukierunkowanych instrumentów wsparcia, których celem jest zapewnienie skuteczności wdrażanych zmian oraz trwałości efektów restrukturyzacyjnych. Wśród kluczowych narzędzi przewiduje się ustanowienie programów wsparcia inwestycyjnego dla podmiotów systemu ochrony zdrowia, które podejmują działania zmierzające do racjonalizacji działalności oraz konsolidacji. Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ustawy o działalności leczniczej⁵ wprowadziła istotne zmiany w systemie szpitalnictwa - zarówno na poziomie organizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ/ sieć szpitali), jak i w przepisach o działalności leczniczej, w zakresie restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych. Główne założenia reformy to:

- 1) uelastycznienie i racjonalizacja funkcjonowania PSZ poprzez umożliwienie wprowadzenia zmiany w umowie polegającej na rezygnacji z danego profilu szpitalnego, z jednoczesnym umożliwieniem zawarcia umowy na tożsamy zakres świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, albo świadczeń opieki długoterminowej (ZOL), przy zagwarantowaniu zachowania części ryczałtu PSZ,
- 2) wprowadzenie możliwości tworzenia SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego, a także możliwość ich łączenia, przy pozostawieniu wielości podmiotów tworzących,
- 3) wprowadzenie obowiązku sporządzenia programu naprawczego w przypadku wystąpienia straty *netto* w określonych przypadkach oraz regulacje dotyczące

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.),

⁵ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 1211),

tworzenia, oceniania i zatwierdzania programów naprawczych tworzonych przez ww. podmioty.

Wdrażane rozwiązania mają docelowo poprawić funkcjonowanie szpitali i zapobiec ich zadłużaniu. Celem wsparcia działań restrukturyzacyjnych i konsolidacyjnych podmiotów leczniczych przewidziano dedykowane instrumenty wsparcia. Przewidziane w ramach realizowanego priorytetu *Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent* rozwiązania konsolidacyjne umożliwią tworzenie większych i bardziej efektywnych podmiotów leczniczych, co przyczyni się do koncentracji świadczeń szpitalnych wykonywanych w trybie ostrym i w warunkach gotowości całodobowej w ośrodkach, które dysponują większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, co niewątpliwie przyczyni się do podniesienia jakości udzielanych świadczeń. Dzięki zmianom oferta szpitali zostanie lepiej dostosowana do lokalnych potrzeb, w tym do zmian demograficznych. Ma to przede wszystkim zwiększyć efektywność wykorzystania personelu medycznego i infrastruktury w szpitalach. Podmioty tworzące (np. powiat, województwo) będą mogły połączyć np. dwa szpitale w ramach jednej jednostki i podzielić szpitalne oddziały o określonych profilach, aby się nie powielały. W ramach projektu przewidziano dedykowane instrumenty wsparcia na cele infrastrukturalne, doposażenie szpitali i zakup sprzętu medycznego mające na celu ułatwienie wdrażania projektu i zaprojektowanych rozwiązań legislacyjnych. Realizacja projektu wymaga podjęcia przez Radę Ministrów jako priorytetowego procesu legislacyjnego uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”.

Efektom projektu będzie:

- 1) poprawa sytuacji finansowej szpitali, dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów, w tym kadry medycznej,
- 2) polepszenie dostępu do wysokiej jakości świadczeń i zwiększenie udziału świadczeń ambulatoryjnych,
- 3) modernizacja/rozbudowa infrastruktury podmiotów leczniczych podejmujących inicjatywy przekształceniowe i konsolidacyjne.

Obszar dotyczący wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych został uwzględniony w ramach budżetu Funduszu Medycznego na 2026 r. i ujęty w alokacji środków na Subfundusz Modernizacji Podmiotów Leczniczych. Wartość projektu to 1,048 mld zł. Docelowe dofinansowanie nastąpi w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych. O dofinansowanie w ramach tego programu mogą ubiegać się podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Planuje się, iż warunkiem uzyskania wsparcia z Programu inwestycyjnego będzie zgodność procesu konsolidacyjnego z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej. Rekomendowany wybór modelu konsolidacji musi uwzględniać lokalne potrzeby, doświadczenia i cele oraz uwzględniać integrację komórek administracyjnych, ujednoczenie procedur, centralizację zakupu sprzętu, oraz optymalizację struktury oddziałów. Założeniem konsolidacji jest co najmniej utrzymanie dostępności do świadczeń dla pacjentów i jakości ich udzielania na dotychczasowym poziomie.

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

Załączniki:

1. Wykaz oddziałów szpitalnych czasowo lub trwale zamkniętych w latach 2024-2025 r.