



Minister  
Zdrowia

---

DLF.050.6.2026.DP  
Warszawa, 16 marca 2026

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

odpowiadając na interpelację nr 15718 z 6 marca 2026 r. Pana Roberta Warwasa, Posła na Sejm RP wraz z grupą posłów, w sprawie pogłębiającego się kryzysu finansowego szpitali powiatowych oraz realnego zagrożenia ograniczeniem ich działalności lub zamknięciem, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie pragnę podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia na bieżąco monitoruje sytuację finansową szpitali oraz nieustannie podejmuje działania mające na celu zachowanie stabilności finansowej świadczeniodawców (w tym szpitali powiatowych) i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców.

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 2025 r. zmian ww. planu, środki te wzrosły ostatecznie do blisko **206,8 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 wyniosły ostatecznie blisko **33 mld zł**.

Dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Minister Zdrowia, w 2025 r. zostały przyznane również środki finansowe dla NFZ w kwocie blisko **1,77 mld zł**, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ. Minister Finansów i Gospodarki wyemitował także 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 wejście w życie nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym, której celem było m.in. zwiększenie limitu określonego na 2025 r. na finansowanie nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, pozwoliło na przekazanie do NFZ dodatkowych środków w wysokości **3,56 mld zł**.

Odnosząc się do kwestii zasad rozliczania nadwykonań oraz zasad kontraktowania świadczeń nielimitowanych, pragnę wyjaśnić, 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 jeszcze w marcu br. NFZ otrzyma dodatkowe środki z budżetu państwa w kwocie **4 mld zł**, które będą stanowiły uzupełnienie środków przeznaczonych na

finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, mając istotny wpływ na skalę kontynuacji procesu rozliczania nadwykonań, zwiększając jednocześnie dotację podmiotową dla NFZ zaplanowaną na bieżący rok do **30 mld zł**.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że Narodowy Fundusz Zdrowia sukcesywnie podnosi ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń. Systematycznie odbywa się również 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.

Oprócz sukcesywnej aktualizacji wyceny na podstawie ww. planu taryfikacji AOTMiT, 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 poprawą sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, urealnienia wyceny oraz poprawy dostępności do świadczeń, w szczególności co było wyrażone m.in. poprzez wzmocnienie wycen w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu, czyli głównie placówek powiatowych.

Jednocześnie pragnę wskazać, że Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania systemowe, mające na celu poprawę sytuacji finansowej szpitali między innymi w zakresie rentowności i płynności finansowej. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej, wprowadza szereg zmian, mających na celu umożliwienie podejmowania działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej szpitali. Rozwiązania zawarte w ww. ustawie uelastyczniają funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) i 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. Pozwolą także na lepsze dostosowanie działalności szpitali PSZ do lokalnych potrzeb zdrowotnych, z uwzględnieniem zmian demograficznych.

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.

Jednocześnie informuję, że Ministerstwo Zdrowia pracuje obecnie nad rozwiązaniami wspierającymi transformację szpitali. Jednym z kluczowych narzędzi ma być mechanizm pożyczkowy z Banku Gospodarstwa Krajowego oraz wsparcie przy przygotowaniu planów naprawczych.

Ponadto w ww. ustawie, w art. 3 ust. 1, zawarto regulację stanowiącą, że w latach 2025–2029 korekta wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia, o której mowa w art. 136 c ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w przypadku zmiany zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy dokonanej na podstawie art. 159a ust. 4 tej ustawy nie może przekroczyć 50% wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia przypadającej na część okresu rozliczeniowego po dokonaniu tej zmiany, odpowiadającej świadczeniom udzielanym w ramach wykreślonego profilu systemu zabezpieczenia. Oznacza to, że szpitale, które skorzystają z możliwości rezygnacji z określonego profilu systemu zabezpieczenia, na podstawie nowego przepisu wprowadzonego w art. 159a ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zachowają część środków finansowych przypadających na taki profil do końca bieżącego okresu rozliczeniowego.

Równocześnie w art. 3 ust. 2 ww. ustawy zawarto regulację, zgodnie z którą przy ustalaniu wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia w latach 2026–2029, dla świadczeniodawcy, który dokonał zmiany zakresu działalności leczniczej, realizowanej w ramach PSZ, polegającej na rezygnacji z udzielania świadczeń w ramach danego profilu systemu zabezpieczenia, uwzględnia się dodatkowo nie więcej niż 50% liczby świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach wykreślonego profilu systemu zabezpieczenia.

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