



# Minister Zdrowia

---

DLF.050.9.2026.KK  
Warszawa, 24 kwietnia 2026

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 16069 Pani Magdaleny Filipek-Sobczak, Poseł na Sejm RP, z dnia 24 marca 2026 r. w sprawie sytuacji finansowej szpitali powiatowych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Zgodnie z danymi statystycznymi przekazanymi przez podmioty lecznicze, zobowiązania ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), prowadzących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, dla których podmiotami tworzącymi są powiaty i miasta na prawach powiatu, według stanu na koniec III kwartału 2025 r. wyniosły 9,3 mld zł i w stosunku do 2024 r. wykazywały tendencję rosnącą, podobnie jak zobowiązania wymagalne, które w analizowanym okresie stanowiły 1,6 mld zł. W tym miejscu warto zaznaczyć, że 30% szpitali powiatowych nie wykazało na koniec III kw. 2025 r. zobowiązań wymagalnych.

Odnosząc się do kwestii wyceny świadczeń medycznych uprzejmie informuję, że zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, analizy związane z poziomem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na bieżąco dokonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Taryfikacja świadczeń jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji AOTMiT sporządzanego na dany rok kalendarzowy. Podstawowym celem procesu taryfikacji jest ustalenie taryfy dla świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przede wszystkim poprzez uzyskanie wiedzy o rzeczywistych kosztach ponoszonych w związku z realizacją tych świadczeń oraz o wzajemnych relacjach poziomu kosztów pomiędzy poszczególnymi świadczeniami. Cel ten jest realizowany przy założeniu,

że taryfikacja ma służyć równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewnieniu możliwie najlepszej dostępności świadczeń gwarantowanych oraz gospodarności w zakresie wydawania środków publicznych.

Dane źródłowe wykorzystywane w procesie taryfikacji pochodzą bezpośrednio od świadczeniodawców. Zgodnie ze standardem rachunku kosztów obowiązującym w podmiotach leczniczych powinny one odzwierciedlać pełne rzeczywiste koszty ponoszone przy realizacji świadczeń, obejmujące zarówno koszty osobowe, jak i koszty funkcjonowania infrastruktury, organizacji pracy, materiałów oraz inne elementy niezbędne do prawidłowego udzielania świadczeń. Dane te, przed wykorzystaniem w raporcie taryfikacyjnym, podlegają weryfikacji, oczyszczeniu i ujednoczeniu, tak aby zapewnić ich porównywalność oraz zachować reprezentatywność całej próby.

Należy podkreślić, że AOTMiT przeprowadza konsultacje publiczne przygotowywanych raportów taryfikacyjnych oraz zachęca środowisko medyczne do zgłaszania uwag dotyczących przedmiotowych raportów. Zgłoszone w ramach konsultacji publicznych stanowiska są natomiast wnikliwie analizowane, aby zapewnić możliwie najwyższą jakość i adekwatność proponowanych rozwiązań.

W odniesieniu do kwestii zmiany mechanizmu finansowania ustawowych podwyżek wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia informuję, że kwestie związane z ewentualnymi zmianami w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych są przedmiotem prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, z udziałem przedstawicieli reprezentatywnych organizacji pracodawców (w tym zrzeszających szpitale samorządowe) oraz reprezentatywnych związków zawodowych. Wynika to z ustalenia z parterami społecznymi, że kwestie zmian w regulacjach dotyczących systemowego kształtowania wynagrodzeń w ochronie zdrowia będą w pierwszej kolejności omawiane właśnie na forum Trójstronnego Zespołu.

Odnosząc się do zagadnienia dotyczącego planowanych działań Ministerstwa Zdrowia mających na celu rozwiązanie problemu nadwykonań w świadczeniach limitowanych oraz zapewnienia większej przewidywalności finansowania dla szpitali pragnę zauważyć, że 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 NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ. Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty

zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, zgodnie § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z zapewnieniami Narodowego Funduszu Zdrowia 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 pragnę poinformować, że biorąc pod uwagę stan finansów NFZ, będący w dużej mierze skutkiem decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r. oraz fakt, iż NFZ co roku mierzy się z rosnącymi wydatkami m.in. na świadczenia nielimitowane, których skalę trudno jest precyzyjnie oszacować, planując budżet na dany rok, aktualnie podejmowane są prace mające na celu wdrożenie działań oszczędnościowych umożliwiających kontrolę wydatków publicznych i ograniczenie ryzyka niekontrolowanego wzrostu kosztów, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Osiągnięcie powyższego celu, jakim jest poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, niewątpliwie wpłynie na poszerzenie możliwości finansowania świadczeń ponadlimitowych. W odniesieniu do kwestii związanych z wprowadzeniem instrumentów wsparcia finansowego dla szpitali powiatowych informuję, że aktualnie trwają konsultacje robocze w zakresie prac analityczno-koncepcyjnych dotyczące finansowego mechanizmu pożyczkowego. Prace w zakresie wspomnianego wsparcia finansowego dla szpitali prowadzone są przez Ministerstwo Finansów we współpracy z Bankiem Gospodarstwa Krajowego w porozumieniu z resortem zdrowia. Na obecnym etapie prac nie wypracowano ostatecznych decyzji i rozwiązań przewidzianych dla podmiotów, które byłyby objęte finansowym mechanizmem pożyczkowym.

Odnosząc się do działań podejmowanych w związku z reformą systemu szpitalnictwa informuję, że rola Ministra Zdrowia w zakresie szeroko pojętej restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych polega przede wszystkim na zapewnieniu odpowiednich ram prawnych dla przedmiotowych działań. Nowe regulacje, wprowadzone przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1211)

przewidziały nowe rozwiązania w zakresie restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych. Procesy te zostaną dodatkowo wsparte finansowo w ramach programu Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent, który zakłada stworzenie instrumentów wsparcia na cele infrastrukturalne, doposażenie szpitali i zakup sprzętu medycznego. Obszar dotyczący wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych został uwzględniony w ramach budżetu Funduszu Medycznego i ujęty w alokacji środków na Subfundusz Modernizacji Podmiotów Leczniczych. Uchwała Nr 93 Rady Ministrów z dnia 12 marca 2026 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (M.P. z 2026 r. poz. 343) określa zasady wsparcia konsolidacji podmiotów leczniczych. Działanie ma na celu m.in. zwiększenie efektywności wykorzystania personelu medycznego i infrastruktury w szpitalach. Zakres wspartych inwestycji będzie wynikać z podjętych procesów konsolidacyjnych i służyć racjonalizacji działalności skonsolidowanych podmiotów. Wsparcie będzie przeznaczone na budowę, modernizację, przebudowę lub doposażenie podmiotów leczniczych. Dzięki zmianom, oferta szpitali zostanie lepiej dostosowana do lokalnych potrzeb, w tym do zmian demograficznych. Planuje się, że ogłoszenie konkursów na wsparcie projektów inwestycyjnych związanych z wdrażaniem procesów konsolidacyjnych przez podmioty lecznicze rozpocznie się w III/IV kw. 2026 r. Minister Zdrowia popiera wszelkie działania restrukturyzacyjne i konsolidacyjne mające na celu poprawę sytuacji podmiotów leczniczych oraz osiągnięcie optymalnych rozwiązań organizacyjnych, które zarazem korzystnie wpływają na dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych.

Ponadto ww. ustawa umożliwiła dokonanie pewnych dostosowań w strukturze systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Świadczeniodawcy mogą - za zgodą NFZ opartą o ocenę potrzeb zdrowotnych na danym obszarze - wycofywać się z realizacji określonych profili szpitalnych w ramach PSZ, co oznacza równocześnie zwiększenie skali działalności w zakresie tych profili w innych szpitalach w regionie, pociągając za sobą koncentrację/konsolidację danych świadczeń szpitalnych. Dodatkowym rozwiązaniem jest umożliwienie świadczeniodawcy, który otrzymał zgodę na rezygnację z profilu PSZ, zawarcia umowy na tożsamy zakres świadczeń wykonywany w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, lub umowy na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej.

Konsolidacja profili szpitalnych w ramach PSZ jest jednym z narzędzi porządkowania struktury lecznictwa szpitalnego i wzmocnienia stabilności systemu ochrony zdrowia. Proces ten umożliwi optymalne wykorzystanie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych oraz ograniczenie dublowania świadczeń szpitalnych na tym samym obszarze zabezpieczenia, a jednocześnie sprzyjać będzie podniesieniu jakości leczenia.

Mając na uwadze powyższe, zapewniam, że Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby wdrażane zmiany prowadziły do poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym poprzez zapewnienie adekwatnego finansowania, które zarazem korzystnie wpłyną na dostępność i jakość świadczeń opieki zdrowotnej.

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