



Minister Zdrowia

ASG.050.118.2026.MK
Warszawa, 13 maja 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację (nr 16528) z 15 kwietnia 2026 r., Pana Posła Wiesława Krajewskiego w sprawie nierówności regionalnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

- 1. Jakie są różnice regionalne w dostępie do świadczeń zdrowotnych w Polsce, w szczególności w zakresie dostępu do specjalistów i świadczeń szpitalnych?**
- 2. Które województwa i powiaty charakteryzują się najniższą dostępnością usług medycznych?**

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ z 2025 r. poz. 42) pomiędzy 2020 r. a 2023 r. liczba poradni udzielających świadczenia w ramach NFZ była do siebie zbliżona (odpowiednio 23 476 i 23 477 placówek). W 2023 r. największa liczba poradni udzielających świadczeń finansowanych w ramach NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców była w województwach śląskim (7,87) i świętokrzyskim (7,05), a najmniejsza w województwach pomorskim (4,78) i małopolskim (5,16).

Leczenie szpitalne

We wskazanym powyżej dokumencie wskazano, że gęstość łóżek w województwach, czyli wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. ludności jest na podobnym poziomie – województwo o najniższej gęstości (pomorskie) odbiega o 84 łóżka od średniej (czyli ok. 17%), natomiast województwo o najwyższej gęstości łóżek szpitalnych (podlaskie) przewyższa średnią dla kraju o 76 (czyli ok. 15%). Ponadto widoczne jest znaczące zróżnicowanie średniego obłożenia w poszczególnych województwach – najwyższe odnotowano w województwie świętokrzyskim i lubelskim, natomiast najniższe w województwie warmińsko-mazurskim.

Ponadto Minister Zdrowia prowadzi analizy, publikując je na platformie BASiW, dot. regionalnego rozmieszczenia infrastruktury w zakresie łóżek (link do aplikacji: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lozka-i-oblozenie/>) i wybranego sprzętu medycznego (link do aplikacji: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/sprzet-medyczny/>), które pozwalają ocenić, czy i w jakim stopniu występują nierówności w rozmieszczeniu infrastruktury. Źródłami danych z zakresu łóżek są sprawozdania: MZ-29, MZ-29A, MZ-30, MSWiA-43, MSWiA-33, ZD-2 oraz dane z RPWDL. Źródłami danych z zakresu sprzętu medycznego są: system SZOI (dane NFZ), baza SEZOZ, sprawozdania MZ-29 oraz MZ-11, baza SIMP oraz raporty Konsultantów Krajowych.

- 3. Czy Ministerstwo prowadzi systemowe analizy nierówności w dostępie do ochrony zdrowia?**

Podstawowymi narzędziami oceny różnic regionalnych w dostępie do ochrony zdrowia wykorzystywanymi przez wielu beneficjentów, w tym Narodowy Fundusz Zdrowia, są już wspomniane powyżej, stworzone przez Ministerstwo Zdrowia pełniące kluczową rolę w

kształtowaniu polityki zdrowotnej państwa, systematycznie aktualizowane dokumenty strategiczne takie jak *Mapy potrzeb zdrowotnych* oraz *Plany transformacji* na poziomie krajowym oraz wojewódzkim. Analizy opracowane na potrzeby wspomnianych *Map potrzeb zdrowotnych* obrazują różnice regionalne (województwa lub powiaty) m.in. w dostępie do usług medycznych, kadry medycznej oraz w obszarze infrastrukturalnym.

Ww. dokumenty strategiczne stanowią podstawę przy tworzeniu planu zakupu świadczeń przez NFZ i mają istotną rolę w planowaniu zmian w systemie ochrony zdrowia, w tym również w zakresie poprawy dostępności do świadczeń, z uwzględnieniem wskazanych w nich różnic regionalnych. NFZ aktywnie uczestniczy w procesie planowania systemowego, przekazując do Ministerstwa Zdrowia – w ramach prac nad *Krajowym Planem Transformacji* – propozycje działań ukierunkowanych na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Jakie są główne przyczyny tych nierówności (kadrowe, infrastrukturalne, finansowe)?

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace w ramach projektu „Podstawowe Regiony Zabezpieczenia”, którego celem jest określenie kluczowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W ramach tego projektu przeprowadzone zostaną również kompleksowe analizy dostępności i jakości świadczeń, a także zidentyfikowane zostaną różnice regionalne na poziomie jednostek terytorialnych.

5. Czy funkcjonują programy wsparcia dla regionów o najniższej dostępności usług medycznych?

Jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty, województwa) odpowiadają za zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych poprzez realizację zadań własnych, w tym tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę potrzeb zdrowotnych mieszkańców, promocję zdrowia, profilaktykę oraz finansowanie programów polityki zdrowotnej.

Kluczowe zadania samorządów w ochronie zdrowia:

- Opracowywanie i realizacja programów polityki zdrowotnej: Gminy i samorzady województw diagnozują potrzeby zdrowotne mieszkańców i tworzą programy zdrowotne.
- Promocja zdrowia i edukacja: Działania profilaktyczne, edukacja zdrowotna skierowana do różnych grup społecznych (dzieci, młodzież, osoby starsze).
- Tworzenie warunków funkcjonowania placówek: Jako organy tworzące dla podmiotów leczniczych, samorzady dbają o infrastrukturę i dostępność świadczeń.
- Analiza potrzeb: Monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa i czynników ryzyka.

Zadania te mają na celu zapewnienie równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

6. Jakie działania podejmowane są w celu wyrównywania dostępu do świadczeń zdrowotnych?

7. Jak Ministerstwo ocenia skuteczność dotychczasowych działań w tym zakresie?

8. Czy planowane są zmiany systemowe mające na celu ograniczenie nierówności regionalnych?

Jednym z głównych zadań oddziałów wojewódzkich NFZ jest monitorowanie lokalnych potrzeb zdrowotnych oraz podejmowanie działań mających na celu zaspokojenie tych potrzeb, m.in. przez organizację postępowań konkursowych na świadczenia zdrowotne oraz współpracę z lokalnymi podmiotami i samorządami w celu lepszego zrozumienia regionalnych potrzeb zdrowotnych i wspólnego działania na rzecz poprawy dostępności do świadczeń. Corocznie opracowywany plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględnia zidentyfikowane potrzeby zdrowotne oraz możliwości organizacyjne systemu. Podkreślenia jednak wymaga, że zakres i struktura zakontraktowanych świadczeń pozostają w ścisłym związku z obowiązującym planem

finansowym NFZ, który wyznacza ramy finansowe i wpływa na skalę podejmowanych działań.

Zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483) 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 NFZ, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), oraz przepisami wydanymi na podstawie delegacji w niej zawartych, w tym w szczególności:

- art. 118 ust. 1 i 2 ustawy stanowiący, że Prezes NFZ sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów oraz określającym katalog kosztów,
- art. 118 ust. 3 ustawy, zgodnie z którym środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie NFZ świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. m.in. pochodzących z dotacji przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem:
 - liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim NFZ;
 - wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grup świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
 - ryzyk zdrowotnych odpowiadających danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia;
- art. 118 ust. 4 ustawy, zgodnie z którym planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki NFZ nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3 ustawy, przy czym zgodnie z art. 129 ust. 6 ustawy, przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i 4 (środków z funduszu zapasowego);
- art. 120 ust. 6 ustawy stanowiącym, iż podstawą do sporządzenia projektu planu finansowego na rok następny są prognozy, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 3 tej ustawy (prognozy przychodów i kosztów na kolejne 3 lata) oraz projekty planów finansowych przekazane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w trybie art. 120 ust. 5 ww. ustawy.

Podział środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w planie finansowym na dany rok dokonywany jest zgodnie z tzw. algorytmem podziału środków określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193 poz. 1495), uwzględniającym wspomniane wcześniej kryteria (art. 118 ust. 3 ustawy), wydanym na podstawie delegacji zawartej w art. 119 ustawy o świadczeniach.

Nadmienić należy, że algorytm, o którym mowa wyżej, ma za zadanie zapewnienie równego (porównywalnego) dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ubezpieczonym w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ z uwzględnieniem m.in. ryzyk zdrowotnych, co przekłada się na wysokość środków

na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ, których poziom ma umożliwić realizację tego zadania.

W związku z wprowadzoną, przepisami ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172), zmianą sposobu podziału środków na świadczenia opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, stanowiącą, że oddział wojewódzki NFZ otrzymuje w planie finansowym środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji cen leków zrealizowanych dla ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim NFZ, począwszy od 2008 r. środki finansowe zabezpieczone w planach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oddziałów wojewódzkich NFZ uwzględniają powyższą zasadę.

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