



Minister Zdrowia

DLF.050.15.2026.SK
Warszawa, 22 maja 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 16505, z dnia 15 kwietnia 2026 r., Pani Olgi Ewy Semeniuk-Patkowskiej, Posłanki na Sejm RP, w sprawie wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do kwestii nakładów na ochronę zdrowia w latach 2023-2026, w poniższej tabeli przedstawiam dane dotyczące planowanych w ww. okresie nakładów, według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dane w mln zł).

Rok	Nakłady na ochronę zdrowia wg ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - plan
2023	165 537
2024	192 112
2025	222 295
2026	247 794

Jednocześnie z danych posiadanych na dzień udzielenia niniejszej odpowiedzi możliwe jest wskazanie wykonania ww. nakładów w latach 2023-2024, zgodnie z czym w 2023 r. wyniosły one 184 824 mln zł, natomiast w 2024 r. 210 650 mln zł, tj. były one znacząco wyższe od pierwotnie planowanych.

Odnosząc się do kwestii związanej z niewykorzystaniem środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne informuję, że zgodnie z zapewnieniami Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, oddziały wojewódzkie NFZ na bieżąco finansują udzielane przez świadczeniodawców świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzą stały monitoring ich realizacji. Pomimo to zdarzają się przypadki niewykorzystywania przez świadczeniodawców środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. „niewykonania.”).

Zgodnie z wyjaśnieniami NFZ, głównymi przyczynami niewykorzystania przez świadczeniodawców środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej są między innymi: niższa niż zaplanowano zgłaszalność pacjentów na świadczenia oraz nieodwoływanie przez pacjentów wcześniej umówionych wizyt, pomimo wysyłanych SMS-ów przypominających o terminie wizyty oraz prowadzonej pod patronatem Rzecznika Praw Pacjent kampanii społecznej #ODWOŁUJE#NIEBLOKUJE.

W celu ograniczenia skutków niewykorzystywania przez świadczeniodawców środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą działania zmierzające do dostosowania planu umów do ich realizacji, poprzez alokację środków w umowie.

Ministerstwo Zdrowia również podejmuje szereg działań zmierzających do monitorowania efektywności i celowości wydatkowania środków publicznych w systemie. Prowadzone są analizy zabezpieczające potrzebę racjonalnego gospodarowania zasobami systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności tworzone Mapy potrzeb zdrowotnych, które zawierają dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych, w celu prognozowania i zabezpieczenia dostępności świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia jako instytucja finansująca świadczenia ochrony zdrowia ze środków publicznych, nadzoruje i ocenia jakość i dostępność świadczeń. Przeprowadza też analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo monitoruje, kontroluje i nadzoruje realizację programów zdrowotnych oraz programów pilotażowych.

Ministerstwo Zdrowia ze swej strony wprowadza również zmiany, mające na celu zwiększenie efektywności w systemie, zarówno po stronie kosztowej systemu i świadczeniodawców, jak i po stronie pacjentów. Rozwiązaniem, które z całą pewnością pozytywnie wpłynie na system ochrony zdrowia jako całość jest schemat zabezpieczenia opieki szpitalnej, który będzie elementem Mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ), udostępnianej na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego (platforma BASiW). W ramach prac nad schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej przeprowadzanych jest szereg analiz, w tym w zakresie danych przestrzennych, demograficznych oraz rozliczeniowych. Dane są opracowywane wspólnie przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ i Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oraz analizowane we współpracy z krajowymi i wojewódzkimi konsultantami w ochronie zdrowia właściwymi dla danej dziedziny i będą umożliwiły wydanie rekomendacji mogących stanowić podstawę kryteriów decyzji dotyczących przyszłej organizacji udzielania

świadczeń szpitalnych. Dzięki przeprowadzonym analizom rozwiązania projektowane w skali całego systemu ochrony zdrowia przełożą się na lepiej zorganizowane i stabilnie funkcjonujące podmioty lecznicze. To z kolei przełoży się na realną korzyść dla pacjentów, w postaci zabezpieczenia dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców.

Jednym z obecnych priorytetów Ministerstwa Zdrowia jest zwiększanie efektywności wydatkowania środków i odciążanie szpitali. Jednym ze sposobów na realizację tego celu jest rozwiązanie przewidziane w opublikowanym projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ1883), które wprowadza możliwość realizacji specjalistycznych procedur medycznych bez części czynności o charakterze formalnym. Obecna konstrukcja prawna nie przewiduje możliwości udzielania świadczeń szpitalnych bez formalnego przyjęcia pacjenta na hospitalizację, co ogranicza elastyczność organizacji opieki i utrudnia wykorzystanie pełnego potencjału placówek. Zaproponowane rozwiązanie pozwoli skuteczniej i bezpieczniej diagnozować oraz leczyć pacjentów, jednocześnie zwiększając efektywność kosztową i poprawiając dostępność świadczeń. Planowany termin wejścia rozporządzenia w życie to 1 lipca 2026 r.

Również od 1 lipca 2026 r. planowane jest wdrożenie udogodnień dla świadczeniodawców, polegających na złagodzeniu warunku dotyczącego organizacji udzielenia świadczeń. Po wprowadzeniu projektowanej zmiany nie będzie obowiązku posiadania na miejscu personelu lekarskiego w soboty, niedziele i święta w przypadku, gdy na oddziałach, na których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji planowej nie przebywają pacjenci. Przedmiotowa zmiana ma przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów personelu medycznego, a co za tym idzie zmniejszenia kosztów występujących u świadczeniodawców. Spodziewanym efektem będzie także zwiększenie liczby podmiotów realizujących świadczenia hospitalizacji planowanej dzięki złagodzonemu warunkowi zawierania umów z NFZ, a zatem zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ze wskazanego zakresu.

Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z konsultantami i instytucjami systemu ochrony zdrowia wypracowuje także kryteria kliniczne kwalifikacji pacjentów na niektóre nielimitowane świadczenia diagnostyczne wysokokosztowe. Wyniki prowadzonych przez Ministerstwo prac przyniosą skutki w postaci redukcji liczby (wygoda dla pacjenta) oraz rozsądniejszego gospodarowania środkami w systemie poprzez niepowielanie wykonywanych procedur diagnostycznych.

Należy podkreślić, że działania profilaktyczne, takie jak program Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej, w przyszłości przynosić będą realne oszczędności dzięki

zmniejszeniu epidemiologii chorób możliwych do uniknięcia. Zdrowe społeczeństwo przełoży się na zmniejszone koszty systemu ochrony zdrowia, a także większą produktywność i mniejszą liczbę zwolnień lekarskich (nieobecności w pracy), co z kolei wpłynie korzystnie na całą gospodarkę.

W ramach strategicznych reform systemu ochrony zdrowia prowadzona jest optymalizacja efektywności wykorzystania środków publicznych. Realizowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt Odwrócona Piramida Świadczeń ma na celu stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do odwrócenia piramidy świadczeń, czyli przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego, które obecnie jest najbardziej kosztochłonną częścią systemu opieki zdrowotnej, do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, które to powinny stanowić podstawę piramidy świadczeń.

W kwestii skrócenia kolejek do świadczeń medycznych, należy wskazać, że środki przeznaczane na ochronę zdrowia w znaczącym stopniu przekładają się na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ale konieczne jest uwzględnienie także innych czynników, które powodują, że mimo zwiększającej się z roku na rok liczby udzielanych świadczeń, liczba osób oczekujących na niektóre świadczenia rośnie.

Przede wszystkim należy uwzględnić stały wzrost popytu na usługi opieki zdrowotnej co jest zjawiskiem występującym we wszystkich systemach ochrony zdrowia. Wśród przyczyn wzrostu popytu, na które nie można wpływać wymienia się zmiany demograficzne (tj. starzejące się społeczeństwo wymagające zwiększonej liczby świadczeń), rozwój medycyny, pojawianie się coraz droższych technologii medycznych, wzrost popytu na usługi wyższej jakości związanych ze wzrostem świadomości społeczeństwa i wiedzy w zakresie nowych metod leczenia, dynamicznie wzrastającej liczby osób z określonymi schorzeniami, w tym cierpiących na choroby przewlekłe.

W związku z powyższym działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia zmierzają do jak najlepszego wykorzystania zasobów ochrony zdrowia. W tym zakresie można wskazać między innymi na działania podejmowane w celu zmotywowania świadczeniodawców do przyjmowania większej liczby pacjentów z list oczekujących, a nie tylko kontynuujących leczenie. Świadczeniodawcy, którzy nie zwiększą procentowego udziału pacjentów pierwszorazowych, otrzymają obniżoną stawkę za wykonane świadczenia (stawka regresywna). Zapewni to krótszy czas oczekiwania pacjentów pierwszorazowych na przyjęcie i rozpoczęcie procesu leczenia. Ponadto wprowadzono rozwiązania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, co umożliwi lekarzowi rodzinemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienia możliwości wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania go do poradni specjalistycznych. Zwiększenie dostępu do

świadczeń właściwych dla opieki specjalisty z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zmniejsza obciążenie poradni specjalistycznych i przekłada się na skrócenie czasów oczekiwania.

W kwestii głównych barier systemowych ograniczających efektywne wykorzystanie dostępnych środków informuję, że Ministerstwo Zdrowia inicjuje i nadzoruje szereg inwestycji w ramach różnorodnych instrumentów finansowych, tj. środki pochodzące z budżetu państwa z cz. 46- Zdrowie na inwestycje i programy wieloletnie, środki europejskie w ramach polityki spójności: program Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat i Środowisko (FEnIKS) 2021-2027, program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS), Fundusz Medyczny, Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

Głównymi barierami wpływającymi na wykorzystanie dostępnych środków są wymogi, które muszą spełniać podmioty lecznicze, aby uzyskać środki, w tym w zakresie przygotowania projektów inwestycyjnych oraz zapewnienia kadr do obsługi inwestycji.

W trakcie realizacji pojawiają się też problemy wynikające z charakteru zaplanowanych działań oraz ram prawnych, które trzeba spełnić, aby zgodnie z przepisami przeprowadzić proces inwestycyjny oraz rozliczyć środki finansowe. Wśród głównych barier zidentyfikowanych w zakresie wykorzystania środków KPO należy wskazać odblokowanie środków przez Komisję Europejską z początkiem 2024 roku, co spowodowało, że przedsięwzięcia realizowane są pod dużą presją czasu, ponieważ środki finansowe muszą zostać skonsumowane do 2026 roku. Innym problemem jest presja czasowa wynikająca ze sztywnych terminów realizacji inwestycji określonych w KPO, co wymaga prowadzenia procesów inwestycyjnych w trybie bardzo przyśpieszonym - okres realizacji rzeczowej przedsięwzięć powinien się zakończyć do 30.06.2026 r.

Ponadto należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia realizuje zadania związane z ewaluacją wykorzystania środków w obszarze ochrony zdrowia. Działania te obejmują przede wszystkim realizację badań ewaluacyjnych w ramach programów FEnIKS oraz FERS, a w przypadku poprzedniej perspektywy – POIiŚ i POWER, jak również środków z Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmu Finansowego EOG.

Badania ewaluacyjne obejmują zagadnienia dotyczące identyfikacji barier, które mogły negatywnie wpływać na realizację celów programów i funduszy unijnych w obszarze ochrony zdrowia.

Odnosząc się do pytania dotyczącego opóźnień w realizacji inwestycji finansowanych ze środków krajowych lub europejskich w sektorze zdrowia, informuję, że do głównych czynników wpływających na harmonogram realizacji przedsięwzięć należą w szczególności:

- krótki okres realizacji Projektu, wymagający optymalizacji działań organizacyjnych i czasowych – dotyczy inwestycji ze środków europejskich;
- problemy związane z dostępnością określonej aparatury, sprzętu medycznego, w szczególności specjalistycznego;
- zwiększenie wartości kosztorysowej realizacji robót budowlanych w ramach przetargów w stosunku do wartości wskazanych we wniosku o dofinansowanie;
- przeciągające się procedury przetargowe (unieważnienia) w formie m.in. odwołań do Krajowej Izby Odwoławczej;
- wykonywanie dodatkowych prac budowlanych/zamiennych, w tym instalacyjnych, nieuwzględnionych w poszczególnych pozwoleniach budowlanych;
- ze względu na uzyskanie niepełnej kwoty wsparcia wydatków kwalifikowalnych poszukiwanie alternatywnych źródeł finansowania przedsięwzięć.

Jednocześnie informuję, że Ministerstwo Zdrowia jako instytucja odpowiedzialna za realizację inwestycji w obszarze zdrowia, prowadzi bieżący monitoring postępu rzeczowego i finansowego projektów oraz pozostaje w stałym kontakcie z beneficjentami. W przypadku identyfikacji ryzyka opóźnień podejmowane są działania mające na celu ich ograniczenie, w tym doradztwo merytoryczne, dopuszczalne korekty harmonogramów oraz nadzór nad realizacją kamieni milowych i wskaźników. Priorytetem Ministerstwa pozostaje terminowa realizacja inwestycji oraz zapewnienie, aby środki przeznaczone na rozwój infrastruktury w ochronie zdrowia przyczyniły się do trwałego wzmocnienia systemu ochrony zdrowia oraz poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

W kwestii oceny relacji pomiędzy poziomem finansowania systemu ochrony zdrowia a dostępnością świadczeń dla pacjentów należy podkreślić, że Polska posiada jedną z najniższych składek zdrowotnych na tle krajów UE. Polska ma przy tym bardzo szeroki koszyk świadczeń gwarantowanych. W związku z ograniczonymi zasobami (finansowymi czy kadrowymi) oraz bardzo szerokim wachlarzem procedur, może występować utrudnienie w dostępności doświadczeń w postaci czasu oczekiwania (kolejki). Ministerstwo Zdrowia identyfikuje te trudności i wdraża rozwiązania ukierunkowane na zwiększenie liczby kadr medycznych i optymalizację organizacji udzielania świadczeń, by możliwe było utrzymanie niezmnieszonego koszyka świadczeń.

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