



Minister  
Zdrowia

---

DLU.050.18.2026.RB  
Warszawa, 08 czerwca 2026

Pan  
**Włodzimierz Czarzasty**  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowna Pani Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację Pani Poseł Agnieszki Marii Kłopotek z dnia 18.05.2026 r. nr 17168, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

*1. Jak Ministerstwo Zdrowia ocenia obecną sytuację finansową szpitali powiatowych w województwie kujawsko-pomorskim? / 2. Ile szpitali powiatowych w województwie kujawsko-pomorskim odnotowało stratę finansową za ostatni rok obrachunkowy?*

Zgodnie z danymi statystycznymi przekazanymi przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej prowadzące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, dla których podmiotami tworzącymi są powiaty i miasta na prawach powiatu w województwie kujawsko-pomorskim, zobowiązania wymagalne (nieuregulowane pomimo upływu terminu płatności), według stanu na koniec IV kwartału 2025 r. (dane wstępne, z uwagi na trwający obecnie proces zatwierdzeń sprawozdań finansowych przez organ zatwierdzający dane finansowe za 2025 r. mogą podlegać ewentualnym korektom) wykazywało 5 szpitali powiatowych.

Jednocześnie należy zauważyć, iż poziom zadłużenia tych podmiotów leczniczych oraz prezentowana przez te szpitale zdolność do terminowego regulowania zobowiązań jest zróżnicowana. Ponadto, obserwowane różnice pomiędzy wynikami poszczególnych szpitali odnotowano również w przypadku strat netto, które wygenerowało 6 podmiotów leczniczych.

*3. Czy Ministerstwo planuje wdrożenie dodatkowych mechanizmów wsparcia finansowego dla szpitali powiatowych, szczególnie w regionach o ograniczonym dostępie do świadczeń zdrowotnych? / 4. Jakie działania podejmowane są w celu rozwiązania problemów kadrowych, w szczególności niedoboru lekarzy specjalistów i pielęgniarek w szpitalach powiatowych?*

Priorytetem dla Ministra Zdrowia jest obecnie wdrażanie konkretnych działań, mających na celu poprawę sytuacji finansowej w ochronie zdrowia. Kwestia ta jest szeroko dyskutowana oraz analizowana na wszystkich poziomach, zarówno w ramach rozmów z Ministrem

---

Finansów i Gospodarki, przy stałej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jak i w ramach wspólnego dialogu, w tym m.in. w ramach prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Należy przy tym zapewnić, że naczelną zasadą w podejmowanych działaniach resortu zdrowia pozostaje zawsze dążenie do zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Należy podkreślić, że środki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odnotowują stały wzrost. W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2026 r. pierwotna wysokość środków przeznaczonych na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynosiła **201,2 mld zł**, tj. 17,6 mld zł więcej niż kwota planowana pierwotnie na 2025 r.

Coraz większą część przychodów NFZ stanowią środki budżetu państwa, w tym przede wszystkim dotacja podmiotowa na finansowanie świadczeń gwarantowanych, która w ostatnich latach wyniosła:

- w 2023 r.: 200 mln zł;
- w 2024 r.: ok. 14,8 mld zł;
- w 2025 r.: ok. 33 mld zł.

Dotacja podmiotowa dla NFZ zaplanowana pierwotnie w 2026 r. wynosiła 26 mld zł, natomiast dzięki decyzjom Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów i Gospodarki, umożliwiającym przekazanie dodatkowych środków budżetu państwa, obecnie zaplanowane środki na ten cel w 2026 r. wynoszą 31,6 mld zł.

Kolejne zwiększenia zaplanowanej dotacji podmiotowej dla NFZ na bieżący rok będą możliwe na podstawie art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wobec czego, podobnie jak w latach 2024-2025, należy spodziewać się istotnego zwiększenia dotacji podmiotowej dla NFZ w bieżącym roku. Pomimo coraz wyższych środków z budżetu państwa przekazywanych w celu zasilenia budżetu NFZ, obecnie kompensują one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r. Wobec powyższego osiągnięcie celu, jakim jest poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, niewątpliwie wpłynie na zwiększenie możliwości finansowania świadczeń, w tym ponadlimitowych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w ustawie z dnia 5 sierpnia 2025 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej* (Dz. U. poz. 1211) wprowadzono przepisy pozwalające szpitalom działającym w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieci szpitali) na przeprowadzenie, w pewnym zakresie, określonych dostosowań swojej działalności w ramach tego systemu, z uwzględnieniem lokalnych potrzeb zdrowotnych oraz posiadanych zasobów, w tym w szczególności zasobów kadrowych, tych podmiotów. Jednocześnie w ww. ustawie wprowadzono mechanizm wsparcia finansowego dla szpitali, które zdecydują się na ograniczenie zakresu swojej działalności w ramach sieci szpitali, pozwalający na zachowanie części ryczaftu systemu zabezpieczenia przypadającego na likwidowany zakres świadczeń szpitalnych, przez okres 2 lat.

Ministerstwo Zdrowia wspiera także działania konsolidacyjne w podmiotach leczniczych, które przyczyniają się do racjonalizacji wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych oraz obniżenia kosztów działalności. W ramach wsparcia konsolidacji w sektorze szpitalnym MZ organizuje aktualnie konkurs na dofinansowanie przedsięwzięć inwestycyjnych powiązanych z konsolidacją (zarówno między- jak i wewnątrz-podmiotową). Program finansowany jest ze środków Funduszu Medycznego w kwocie 1,149 mld zł i jest adresowany do podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach sieci szpitali. Nabór wniosków w ramach konkursu rozpoczyna się 1 lipca 2026 r.

*5. Czy Ministerstwo analizuje możliwość zwiększenia wyceny świadczeń realizowanych przez szpitale powiatowe przez NFZ?*

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na bieżąco dokonuje analiz związanych z poziomem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. 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 do 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.

Przygotowanie kompleksowej wyceny wszystkich świadczeń gwarantowanych nie jest możliwe do realizacji. Wynika to przede wszystkim z bardzo dużej liczby tych świadczeń, jak również z ich znacznego zróżnicowania pod względem zakresów oraz dziedzin medycyny, w których są udzielane.

Wykazy świadczeń gwarantowanych obejmują szerokie spektrum procedur diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych oraz profilaktycznych, realizowanych w wielu obszarach opieki zdrowotnej. Każdy z tych obszarów charakteryzuje się odmienną specyfiką organizacyjną, kosztową oraz kliniczną, co w praktyce uniemożliwia opracowanie jednolitej i kompletnej wyceny dla całości świadczeń w sposób jednorazowy.

Dodatkowo należy ponownie podkreślić, że proces wyceny świadczeń wymaga szczegółowej analizy danych kosztowych, zasobowych oraz epidemiologicznych, które podlegają ciągłym zmianom. W konsekwencji wycena poszczególnych świadczeń realizowana jest etapowo, z uwzględnieniem priorytetów systemowych oraz dostępności wiarygodnych danych. Uwzględniając natomiast odmienną strukturę kosztów i świadczeń w szpitalach powiatowych niż np. w szpitalach klinicznych, do rozliczania świadczeń przez szpitale powiatowe stosowany jest dodatkowy współczynnik o wartości 1,07 dla szpitali I poziomu sieci szpitali i 1,06 dla II poziomu.

#### *6. Czy prowadzone są analizy dotyczące ryzyka zamykania oddziałów szpitalnych w województwie kujawsko-pomorskim, a jeśli tak – jakie są ich wyniki?*

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są analizy dotyczące funkcjonowania oddziałów szpitalnych w Polsce, w tym na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Analizy te obejmują między innymi ocenę ryzyka związanego z dalszym funkcjonowaniem poszczególnych oddziałów oraz szereg czynników, takich jak sytuacja kadrowa, liczba realizowanych świadczeń, dostępność usług medycznych dla mieszkańców poszczególnych regionów oraz uwarunkowania organizacyjne i finansowe poszczególnych podmiotów leczniczych.

Obecnie prace analityczne są w toku i z wagi na ich złożony charakter nie jest aktualnie możliwe przedstawienie kompleksowych wyników ani formułowanie ostatecznych wniosków dotyczących ryzyka zamykania konkretnych oddziałów szpitalnych w Polsce. Szersze odniesienie się do rezultatów prowadzonych prac będzie możliwe po ich zakończeniu oraz po dokonaniu całościowej oceny zgromadzonych danych.

Jednocześnie w ramach prowadzonych prac analizowane są również możliwe rozwiązania służące zabezpieczeniu ciągłości i dostępności świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców w sytuacji, gdy oddział o określonym profilu zakończyłby działalność w danej miejscowości. Oceniane są w szczególności możliwości przejęcia realizacji świadczeń przez inne podmioty lecznicze, organizacja sieci zabezpieczenia świadczeń w skali regionu oraz wpływ ewentualnych zmian na dostępność usług medycznych dla pacjentów.

*7. Jakie działania planowane są w celu zapewnienia mieszkańcom mniejszych miejscowości województwa kujawsko-pomorskiego równego dostępu do świadczeń zdrowotnych?*

Zarówno MZ jak i NFZ systematycznie badają dostępność do poszczególnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. W celu poprawy dostępności do świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) poprzez motywowanie świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, w 2025 r. wprowadzona została, *zarządzeniem nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*, modyfikacja zasad finansowania świadczeń w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawców poziomu udziału procentowego świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych. Ministerstwo Zdrowia stale analizuje warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w kontekście liberalizacji minimalnych wymagań stawianych podmiotom leczniczym, które chcą realizować świadczenia finansowane ze środków publicznych z jednoczesnym zachowaniem wysokiego poziomu udzielanych świadczeń. Celem Ministerstwa Zdrowia jest również zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne poprzez m.in. rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt. Ministerstwo Zdrowia planuje zapewnienie większego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni specjalistycznych, poprzez poprawę jakości diagnostyki i leczenia w ramach POZ i AOS oraz wyrównywanie różnic w dostępności. Służyć temu będzie wsparcie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie poradni. NFZ realizuje projekt pn. „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)” na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a NFZ w marcu 2024 r. Projekt dofinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027. Projekt ten ma na celu otwarcie nowych placówek POZ, zwłaszcza na terenach o mniejszej gęstości zaludnienia, co przyczyni się do zwiększenia dostępności i efektywności systemu opieki zdrowotnej. W każdej gminie powinien być zapewniony taki sam dostęp do lekarza. Obszary słabiej rozwinięte posiadają uboższy dostęp do komunikacji publicznej, więc często dotarcie do specjalisty i wykonanie badań jest utrudnione. Premiowane są podmioty posiadające miejsce udzielania świadczeń na obszarach z ograniczeniem dostępu do POZ lub na terenach będących „białymi plamami”, zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych. Projekt jest realizowany w formule grantowej. Kwota grantu uzależniona jest od rocznej liczby osób zapisanych do wskazanego miejsca udzielania świadczeń w POZ w oparciu o aktywną listę pacjentów. Granty przeznaczone będą na zakup sprzętu medycznego, sprzętu IT oraz na roboty budowlane, tj. adaptacje pomieszczeń związane z poszerzeniem zadań zdrowotnych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia na poziomie POZ.

Z wyrazami szacunku,  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Tomasz Maciejewski  
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/