



Minister
Zdrowia

ASG.050.136.2026.AJ
Warszawa, 08 czerwca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na zapytanie poselskie nr 3431 Pani Poseł Lidii Czechak i Pani Poseł Wioletty Kulpy w sprawie uruchomienia od dnia 1 lipca 2026 r. ponad 3 tys. miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych, uprzejmie przedstawiam następujące informacje.

Ad 1.

Uruchamianie nowych miejsc w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych w ramach inwestycji **D.4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej lub geriatrycznej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”** realizowane jest indywidualnie w każdym szpitalu powiatowym objętym wsparciem, w sposób etapowy, ponieważ jest bezpośrednio uzależnione od stopnia zaawansowania inwestycji prowadzonych przez poszczególne podmioty lecznicze. Zgodnie z zasadami wynikającymi z IV rewizji Krajowego Planu Odbudowy, zatwierdzonej w dniu 12 grudnia 2025 r., przez zakończenie realizacji każdego z przedsięwzięć rozumie się łącznie rzeczową realizację inwestycji, oddanie do użytku i uruchomienie infrastruktury oraz dokonanie końcowych płatności na rzecz wykonawców. Kluczowy etap realizacji przedsięwzięć przypada na dzień 30 czerwca 2026 r., który stanowi termin zakończenia rzeczowej realizacji inwestycji oraz termin podpisania protokołów końcowego odbioru robót budowlanych i dostaw sprzętu.

Od dnia 1 lipca 2026 r. możliwe będzie sukcesywne oddawanie do użytkowania nowych miejsc w tych placówkach, które zakończyły etap rzeczowy inwestycji i dysponują niezbędną infrastrukturą potwierdzoną wymaganymi protokołami odbioru. Proces oddania do użytku i uruchomienia infrastruktury może zostać zrealizowany w późniejszym terminie, jednak maksymalnie do 4 miesięcy od dnia podpisania protokołu końcowego robót budowlanych i protokołów odbioru dostaw sprzętu medycznego, tj. maksymalnie do 31 października 2026 r.

Jednocześnie efekty wdrażania inwestycji finansowanych ze środków KPO są widoczne już na obecnym etapie, a wsparta infrastruktura jest stopniowo udostępniana pacjentom.

Ad 2.

Przedsięwzięcia w ramach inwestycji D.4.1.1 realizowane są na terenie wszystkich województw. Łącznie w zakresie opieki długoterminowej planowane jest utworzenie 1 461 nowych łóżek oraz przekształcenie 1 460 istniejących łóżek, co daje łącznie 2 921 łóżek objętych interwencją. Największy przyrost liczby miejsc przewidziano w województwach:

lubelskim – 439 łóżek, śląskim – 344 łóżka, świętokrzyskim – 310 łóżek, mazowieckim – 253 łóżka oraz małopolskim – 248 łóżek.

Oznacza to istotny wzrost dostępności opieki długoterminowej, szacowany na poziomie 134,2% w stosunku do wartości bazowej, co stanowi odpowiedź na rosnące potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa.

Tabela 1. Zestawienie liczby łóżek opieki długoterminowej (ZOL) według województw

Województwo	Łóżka przekształcone	Łóżka nowoutworzone	Razem
LUBELSKIE	164	275	439
ŚLĄSKIE	176	168	344
ŚWIĘTOKRZYSKIE	127	183	310
MAZOWIECKIE	111	142	253
MAŁOPOLSKIE	96	152	248
ŁÓDZKIE	95	122	217
PODLASKIE	97	122	219
WIELKOPOLSKIE	103	102	205
DOLNOŚLĄSKIE	201	3	204
OPOLSKIE	76	71	147
PODKARPACKIE	97	46	143
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	40	25	65
KUJAWSKO-POMORSKIE	43	15	58
POMORSKIE	9	25	34
ZACHODNIOPOMORSKIE	25	10	35
RAZEM	1460	1461	2921

Równolegle realizowane są działania w zakresie opieki geriatrycznej, w ramach których docelowo przewiduje się osiągnięcie poziomu **602 łóżek**, w tym:

- 237 łóżek powstałych w wyniku przekształceń oraz
- 271 łóżek nowoutworzonych w ramach projektów inwestycyjnych, co daje łącznie 508 łóżek objętych interwencją.

Zatem, będzie to istotny wzrost dostępności świadczeń geriatrycznych, szacowany na poziomie około 540% w stosunku do wartości bazowej

Tabela 2. Zestawienie liczby łóżek opieki geriatrycznej według województw

Województwo	Łóżka przekształcone	Łóżka nowoutworzone	Razem
LUBELSKIE	25	51	76
ŚLĄSKIE	29	30	59
ŚWIĘTOKRZYSKIE	21	33	54
MAZOWIECKIE	18	26	44
MAŁOPOLSKIE	16	29	45
ŁÓDZKIE	15	24	39
PODLASKIE	16	23	39
WIELKOPOLSKIE	17	20	37
DOLNOŚLĄSKIE	33	1	34
OPOLSKIE	12	12	24
PODKARPACKIE	16	9	25
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	7	4	11
KUJAWSKO-POMORSKIE	7	2	9
POMORSKIE	1	5	6

ZACHODNIOPOMORSKIE	4	2	6
RAZEM	237	271	508

Ad 3.

Realizacja przedsięwzięć finansowana jest ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności w ramach Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”, Inwestycji D.4.1.1, oraz ze środków własnych podmiotów leczniczych oraz jednostek samorządu terytorialnego, przeznaczonych przede wszystkim na pokrycie wydatków niekwalifikowalnych. Łączna alokacja środków KPO przeznaczonych na realizację inwestycji wynosi **1 480 840 000 zł**. Finansowanie ze środków KPO obejmuje w szczególności koszty bezpośrednio związane z realizacją przedsięwzięć, niezbędne do osiągnięcia ich celów rzeczowych i funkcjonalnych, w tym realizację robót budowlanych i modernizacyjnych, zakup, dostawę oraz instalację wyposażenia medycznego i niemedycznego, działania związane z rozwojem kompetencji personelu oraz działania informacyjno-promocyjne.

W planie Narodowego Funduszu Zdrowia na 2026 r. pierwotna wysokość środków zapisanych na koszty świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wynosiła 4 388 410 tys. zł i tym samym była większa o 531 174 tys. zł w porównaniu z pierwotnym planem finansowym NFZ na 2025 rok. W wyniku dokonanych w trakcie 2026 r. zmian ww. planu, środki te wzrosły aktualnie do **5 115 875 tys. zł**. Zgodnie z ostatnią zmianą planu finansowego NFZ na rok 2026 (w piśmie NFZ z 15.04.2026 r.), dzięki dodatkowym środkom budżetu państwa z przeznaczeniem na zwiększenie dotacji podmiotowej, dokonano między innymi uzupełnienia w kwocie 166 724 tys. zł środków w planach oddziałów wojewódzkich NFZ na 2026 r. z przeznaczeniem na zakontraktowanie dodatkowych świadczeń w ramach opieki długoterminowej, w tym w podmiotach, które uzyskały wsparcie w zakresie rozwoju opieki długoterminowej lub geriatrycznej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności.

Środki na realizację samego zadania D.4.1.1 pozostają poza właściwością Narodowym Funduszem Zdrowia, natomiast Fundusz sfinansuje świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ZOL/ZPO w ramach środków określonych w planie finansowym, pod warunkiem spełnienia przez podmiot wszystkich wymogów do realizacji świadczeń gwarantowanych oraz posiadania umowy.

Dodatkowo, w związku z realizacją kamienia milowego A70G KPO, funkcjonuje przy Ministrze Finansów Grupa robocza ds. przeglądu wydatków publicznych na opiekę długoterminową, której zadaniem jest ocena efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych oraz proponowanie rozwiązań budżetowych służących stabilności finansowania tego systemu.

Ad 4.

Według danych NFZ z marca 2026 r. umowy w zakresie ZOL/ZPO realizuje 58 podmiotów, które zostały rekomendowane do objęcia wsparciem KPO w ramach świadczeń ZOL/ZPO. W przypadku pozostałych podmiotów istnieje możliwość ubiegania się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ad 5.

W zakresie zapewnienia odpowiedniej liczby personelu medycznego i opiekuńczego Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania mające na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek oraz rozwój ich kompetencji, w tym przez rozszerzanie uprawnień zawodowych, coroczne dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych oraz wsparcie kształcenia podyplomowego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027. Projekt realizowany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek

i Położnych w tym obszarze ma wartość ponad 80 mln zł. Od 1 stycznia 2025 r. obowiązują również przepisy art. 5a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, które umożliwiają położnym, w uzasadnionych przypadkach wynikających z braku możliwości podjęcia zatrudnienia jako położna, wykonywanie zawodu między innymi w opiece długoterminowej, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i po ukończeniu kursu uzupełniającego. Równolegle prowadzone są prace legislacyjne nad projektem ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, oznaczonym numerem UD387, który w dniu 15 maja 2026 r. został przekazany do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania.

W odniesieniu do lekarzy Minister Zdrowia podejmuje działania na rzecz zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinach istotnych dla opieki nad osobami starszymi, przy czym geriatria jest dziedziną priorytetową. Od 1 lipca 2025 r. wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację w dziedzinie priorytetowej wynosi 10 711 zł w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury oraz 11 685 zł po dwóch latach. Obowiązujące przepisy przewidują także możliwość dodatkowego zwiększenia wynagrodzenia dla lekarzy zobowiązujących się do pracy w podmiotach finansowanych ze środków publicznych po zakończeniu specjalizacji oraz możliwość przeprowadzania dodatkowego naboru wyłącznie dla dziedzin priorytetowych, w tym geriatry i medycyny paliatywnej.

W odniesieniu do opiekunów medycznych z informacji uzyskanych z Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego wynika, że na dzień 28 maja 2026 r. wpis do tego rejestru uzyskało 50 673 opiekunów medycznych, z czego 50 520 aktywnie wykonuje zawód. Z danych Ministerstwa Edukacji Narodowej wynika ponadto wzrost liczby absolwentów szkół policealnych kształcących w zawodzie opiekun medyczny.

Ad 6.

Przewidziano mechanizmy wsparcia dla podmiotów tworzących nowe miejsca w ZOL. W ramach inwestycji D.4.1.1 wsparcie to obejmuje w szczególności finansowanie inwestycji infrastrukturalnych ze środków KPO, w tym możliwość rozbudowy, przebudowy oraz modernizacji istniejącej infrastruktury podmiotów leczniczych, finansowanie zakupu oraz instalacji wyposażenia medycznego i niemedycznego, a także uproszczenie i usprawnienie procesu inwestycyjnego poprzez zastosowanie jednolitych zasad realizacji i rozliczania projektów. Przyjęty model realizacyjny umożliwia również łączenie robót budowlanych z wyposażeniem montowanym w ramach jednego zadania inwestycyjnego. Środki KPO w inwestycji D.4.1.1 pokrywają do 100% kosztów netto przedsięwzięcia w określonym limicie kwotowym zgodnie z zasadami naboru, natomiast ostateczni odbiorcy wsparcia wnoszą wkład własny co najmniej w kwocie pokrywającej koszt podatku VAT, co niejednokrotnie jest zapewniane przez podmioty tworzące, w tym jednostki samorządu terytorialnego.

Ponadto, że w ramach środków Funduszu Medycznego, w subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, realizowane będą zadania związane ze wsparciem rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, a wydatki w tym obszarze planowane są w latach 2027–2029.

Ad 7.

W zakresie kwalifikacji pacjentów do opieki w ZOL należy wskazać, że kwalifikacja pacjentów do objęcia świadczeniem gwarantowanym odbywa się na zasadach ogólnych określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz zgodnie z zasadami dotyczącymi list oczekujących wynikającymi z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zasady kierowania pacjentów do objęcia świadczeniami stacjonarnej opieki długoterminowej określa ponadto rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych

i pielęgnacyjno-opiekuńczych; zasady te nie są zależne od źródeł finansowania utworzenia miejsc opieki.

W zakresie przydziału nowych miejsc należy wskazać, że rozmieszczenie nowych miejsc opieki długoterminowej w ramach inwestycji D.4.1.1 zostało określone na podstawie analizy potrzeb zdrowotnych, w szczególności w oparciu o Mapę Potrzeb Zdrowotnych, stanowiącą podstawę przygotowania dokumentacji konkursowej. Na etapie oceny wniosków premiowane były przedsięwzięcia realizowane w województwach charakteryzujących się niższą dostępnością świadczeń opieki długoterminowej, wyższym zapotrzebowaniem wynikającym z uwarunkowań demograficznych oraz deficytem infrastruktury w stosunku do liczby mieszkańców wymagających opieki. Dodatkowe punkty przyznawane były w szczególności projektom realizowanym w województwach lubelskim, świętokrzyskim, podlaskim oraz warmińsko-mazurskim.

Ad 8.

Planowane działania wpłyną na skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do ZOL poprzez zwiększenie potencjału do realizacji umów o dodatkowe blisko 3000 łóżek, co umożliwi objęcie opieką nowych pacjentów. Jednocześnie NFZ wskazał, że nie jest możliwe oszacowanie, o ile dokładnie skróci się czas oczekiwania, ponieważ czas oczekiwania na objęcie świadczeniem ZOL/ZPO jest uwarunkowany wypisem pacjenta. W ocenie NFZ włączenie do systemu dodatkowych ponad 3000 łóżek zwiększy potencjał wykonawczy świadczeniodawców i tym samym rotację pacjentów.

Według danych NFZ dotyczących stanu list oczekujących w lutym 2026 r. liczba osób oczekujących do ZOL i ZPO wynosiła: dolnośląski – 2080, kujawsko-pomorski – 1495, lubelski – 880, lubuski – 536, łódzki – 1712, małopolski – 3816, mazowiecki – 2382, opolski – 847, podkarpacki – 1468, podlaski – 208, pomorski – 836, śląski – 2892, świętokrzyski – 398, warmińsko-mazurski – 325, wielkopolski – 489, zachodniopomorski – 652.

Tabela 3. Stan list oczekujących w poszczególnych województwach w lutym 2026 r.

Oddział wojewódzki	liczba osób oczekujących do ZOL i ZPO
dolnośląski	2080
kujawsko- pomorski	1495
lubelski	880
lubuski	536
łódzki	1712
małopolski	3816
mazowiecki	2382
opolski	847
podkarpacki	1468
podlaski	208
pomorski	836
śląski	2892
świętokrzyski	398
warmińsko- mazurski	325
wielkopolski	489
zachodniopomorski	652

Ad 9.

Realizacja inwestycji D.4.1.1 podlega bieżącemu monitorowaniu, obejmującemu w szczególności nadzór nad postępem rzeczowo-finansowym projektów. Monitoring ten prowadzony jest na podstawie danych raportowanych przez ostatecznych odbiorców wsparcia, w tym dokumentów potwierdzających osiąganie kamieni milowych oraz wskaźników określonych w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności. Analiza przekazywanych danych prowadzona jest przez instytucje odpowiedzialne za wdrażanie i nadzór nad środkami KPO, w szczególności właściwe komórki Ministerstwa Zdrowia oraz jednostki zaangażowane w system realizacji KPO, które dokonują weryfikacji sprawozdań, postępu realizacji inwestycji oraz osiągania założonych efektów.

Na kolejnych etapach realizacji przedsięwzięć przewiduje się wdrożenie dodatkowych mechanizmów kontrolnych i ewaluacyjnych, obejmujących w szczególności okresowe raportowanie osiąganych wskaźników, w tym liczby utworzonych i przekształconych miejsc opieki długoterminowej, a także kontrole i audyty prowadzone przez instytucje krajowe oraz podmioty uprawnione do kontroli środków Unii Europejskiej.

Jednocześnie inwestycje realizowane w ramach KPO podlegają obowiązkowi zachowania trwałości przez okres 5 lat od zatwierdzenia wniosku o płatność końcową, co oznacza konieczność utrzymania osiągniętych wskaźników oraz funkcjonalności infrastruktury w tym okresie. Monitoring efektów inwestycji obejmuje zatem również etap po ich zakończeniu.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Tomasz Maciejewski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/