



Minister
Zdrowia

DLF.050.50.2026.DP
Warszawa, 19 czerwca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 17424 z 1 czerwca 2026 r. Pani Wioletty Marii Kulpy, Poseł na Sejm RP, w sprawie dramatycznej sytuacji finansowej szpitali powiatowych oraz zagrożenia likwidacją oddziałów położniczo-ginekologicznych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie pragnę wskazać, że priorytetem dla Ministra Zdrowia obecnie jest wdrażanie konkretnych działań, mających na celu poprawę sytuacji finansowej w ochronie zdrowia.

Wobec powyższego kwestia poprawy sytuacji finansowej w ochronie zdrowia 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 priorytetem w podejmowanych działaniach oraz ostatecznie wdrażanych rozwiązaniach jest uwzględnienie konieczności zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Jednocześnie należy zauważyć, że zapewniane są także coraz wyższe środki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej – w planie NFZ na 2026 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosiła **201,2 mld zł**, tj. **93,76 mld zł** więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2022 r.

Ponadto 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**, przy czym podobnie jak w latach 2024-2025, należy spodziewać się dalszego jej zwiększenia w bieżącym roku.

Zauważenia przy tym wymaga, że pomimo coraz wyższych środków budżetu państwa przekazywanych celem zasilenia budżetu NFZ, obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia z 2022 r.

Jednocześnie informuję, że 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 osiąganie 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 wykonywanych 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 leczenia szpitalnego i wzmacniania 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 wpłyna na dostępność i jakość świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do kwestii analizy świadczeń realizowanych przez szpitale powiatowe, w szczególności w zakresie położnictwa i ginekologii, pragnę wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia na bieżąco analizuje dane dotyczące oddziałów ginekologiczno-położniczych oraz liczby porodów odbywających się na tych oddziałach. Fundusz analizuje również dane związane z opieką okołoporodową. Wyniki analiz publikowane są na stronie „Zdrowe dane” (Porody i opieka okołoporodowa - ezdrowie.gov.pl) w formie raportu interaktywnego. Dane w raporcie aktualizowane są raz w roku, natomiast analizowane są przez Fundusz w cyklu miesięcznym. Dane przekazane przez Centralę NFZ za okres 2010-2025 oraz I-IV 2026, zawiera załącznik nr 1 do niniejszej odpowiedzi.

Co miesiąc Centrala NFZ pozyskuje również dane z Oddziałów Wojewódzkich NFZ dotyczące zamkniętych i zawieszonych oddziałów ginekologiczno-położniczych. Zestawienie z liczbą zamkniętych i zawieszonych oddziałów w latach 2024-2025 oraz w okresie I-V 2026, zawiera załącznik nr 2 do niniejszej odpowiedzi.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi natomiast prace związane z analizą dostępności terytorialnej do miejsc udzielania świadczeń w zakresach położniczych w ramach Schematu Zabezpieczania Opieki Szpitalnej.

W odniesieniu do wyceny świadczeń położniczo-ginekologicznych, uprzejmie informuję, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) poddała analizie taryfy świadczeń gwarantowanych związanych z ciążą i porodem. W wyniku powyższego, 19 maja 2026 r. został opublikowany RAPORT W SPRAWIE USTALENIA TARYFY ŚWIADCZEŃ Świadczenia gwarantowane związane z ciążą i porodem (JGP N01-N13). Pełna treść raportu jest dostępna pod adresem:

<https://bip.aotm.gov.pl/component/content/?view=article&layout=edit&id=5323:raportytaryfikacyjne-all&Itemid=9008&catid=2>.

Odnosząc się natomiast do kwestii środków finansowych na pokrycie skutków ustawowych podwyżek wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia od lipca br. pragnę wskazać, że ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2022 poz. 1352), dalej „ustawa o wynagrodzeniach”, wprowadziła zmianę w ustawie o świadczeniach, poprzez dodanie art. 31ha, określającego mechanizm dotyczący przygotowywania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, rekomendacji Prezesa AOTMiT w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń.

AOTMiT w ramach prac związanych z przygotowaniem ww. raportu monitoruje i analizuje sytuację finansową podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym w szczególności szpitali z uwzględnieniem ich kategorii i poziomu w PSZ.

Jednym z działań w tym zakresie są prowadzone przez AOTMiT analizy danych sprawozdawanych w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo-ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii.

Analizie podlegają również cyklicznie gromadzone informacje o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy wspomnieć, że na potrzeby wydania Rekomendacji, pozyskane dane analizowane były na poziomie globalnym dając uśrednione wyniki, a nie odrębnie dla każdego podmiotu, z indywidualnym uwzględnieniem struktury zatrudnienia.

Mając powyższe na uwadze, uprzejmie informuję, że od 2022 roku AOTMiT pięciokrotnie uzyskał zlecenie Ministra Zdrowia dotyczące dokonania analizy oraz przygotowania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydania rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą o wynagrodzeniach. Należy podkreślić, że przy wyborze wariantu rekomendacji wydanych we wskazanym okresie, Minister Zdrowia kierował się przede wszystkim koniecznością poprawy sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, urealnienia wyceny oraz poprawy

dostępności do świadczeń, w szczególności w sytuacji występowania długu zdrowotnego spowodowanego epidemią COVID-19. Powyższe było możliwe dzięki m.in. wzmocnieniu wycen w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu, czyli głównie placówek powiatowych.

Jednocześnie należy zauważyć, że po przyjęciu właściwego wariantu wydanej rekomendacji, NFZ corocznie dokonywał nowelizacji planu finansowego, zapewniając środki z niej wynikające.

Należy również wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia sukcesywnie podnosił cenę jednostki sprawozdawczej PSZ (od 01.07.2025 r. do wartości 1,96 zł).

Ponadto, co istotne dla szpitali zakwalifikowanych do I i II stopnia w ramach systemu zabezpieczenia PSZ, zastosowanie mają odpowiednie współczynniki korygujące o wartości 1,07 oraz 1,06 w przypadku sprawozdawania produktów sprawozdawczych rozliczanych ryczałtem, które w znacznym stopniu modyfikują wartość danego świadczenia.

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