



Minister Zdrowia

ASG.050.169.2026.TK
Warszawa, 03 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
W odpowiedzi na zapytanie (nr 3538) Pana Posła Adama Dziedzica w sprawie zwiększenia liczby łóżek objętych finansowaniem NFZ w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Przemyśle, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Czy Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia analizowały aktualne potrzeby w zakresie liczby miejsc opieki długoterminowej na terenie województwa podkarpackiego, w szczególności w rejonie Przemyśla?

Zgodnie ze stanowiskiem Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jednym z podstawowych zadań Oddziału NFZ jest przygotowywanie planu zakupu świadczeń. Poprzedzone jest ono sporządzeniem analiz dotyczących zarówno dostępności do nich, jak i poziomu ich realizacji. Ponadto wykonywanych jest szereg cyklicznych raportów informujących o poziomie realizacji umów. W związku z powyższym, jak wskazuje Fundusz, Oddział jest świadomy istniejących potrzeb i widzi konieczność zwiększenia nakładów w tym rodzaju świadczeń ale także potrzebę zmian systemowych. Niestety, w chwili obecnej większość potrzeb znacząco odbiega od możliwości finansowych Oddziału Funduszu. Od wielu już lat obserwuje się istotną dynamikę w zakresie oczekiwań zarówno w analizowanym zakresie, jak i rodzaju świadczeń. Jednakże przy podejmowaniu jakichkolwiek decyzji, biorąc pod uwagę ograniczenia planu finansowego, uwzględniamy między innymi poziom nakładów na 10 tys. mieszkańców, a ten dla danego obszaru osiąga wartość najwyższą.

2. Jakie są aktualne wskaźniki dostępności świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych na Podkarpaciu oraz średni czas oczekiwania na przyjęcie do tego rodzaju placówek?

Według danych Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie umów obowiązujących w 2026 r. wskaźnik dostępności świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych dla województwa podkarpackiego wynosi **17 438,38 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców**. W ujęciu regionalnym najwyższy wskaźnik dostępności odnotowano w regionie przemyskim – **25 455,97 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców**, następnie w regionie rzeszowskim – **19 875,61 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców**, tarnobrzeskim – **15 549,04 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców**, natomiast w regionie krośnieńskim wskaźnik ten wyniósł **6 802,32 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców**.

Na poziomie powiatów najwyższe wartości wskaźnika dostępności odnotowano w mieście Przemyśl (**81 584,61 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców**), powiecie

lubaczowskim (58 483,16 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców) oraz mieście Tarnobrzeg (57 889,03 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców).

Z danych dotyczących list oczekujących za maj 2026 r. wynika, że w województwie podkarpackim średnio na przyjęcie do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oczekiwało **27 osób w kategorii pilnej** oraz **34 osoby w kategorii stabilnej**. Średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio **34 dni dla przypadków pilnych i 67 dni dla przypadków stabilnych**.

Jednocześnie dane wskazują na znaczące zróżnicowanie sytuacji pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami. W kategorii stabilnej największe liczby osób oczekujących odnotowano m.in. w Szpitalu Chorób Płuc i Opiece Długoterminowej w Górnym (307 osób), NZOZ „Leśniówka” w Turzy (127 osób) oraz Centrum Medycznym w Łańcucie (101 osób). Z kolei najdłuższy średni czas oczekiwania występował m.in. w NZOZ „Leśniówka” w Turzy – 219 dni, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie – 384 dni, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu – 331 dni oraz Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie – 216 dni.

Dane te wskazują, że pomimo zróżnicowania sytuacji pomiędzy poszczególnymi placówkami, średni czas oczekiwania na przyjęcie do zakładów opiekuńczo-leczniczych w województwie podkarpackim wynosi około **2 miesięcy dla pacjentów zakwalifikowanych jako przypadki stabilne** oraz około **1 miesiąca dla pacjentów wymagających pilnego przyjęcia**.

3. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia przewiduje możliwość zwiększenia liczby finansowanych łóżek w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Przemyśle, który dysponuje odpowiednią infrastrukturą i potencjałem organizacyjnym do realizacji dodatkowych świadczeń?

Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, że ewentualne decyzje dotyczące zwiększenia finansowania świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Przemyśle są uzależnione od analizy dostępności świadczeń w poszczególnych częściach województwa oraz możliwości finansowych Funduszu. Jednocześnie NFZ zwrócił uwagę, że miasto Przemyśl oraz region przemyski należą do obszarów o najwyższym poziomie zabezpieczenia świadczeń w zakresie opieki długoterminowej w województwie podkarpackim.

Z danych Podkarpackiego OW NFZ wynika, że miasto Przemyśl oraz region przemyski charakteryzują się najwyższymi w województwie wskaźnikami zabezpieczenia świadczeń w zakresie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Wskaźnik dostępności dla miasta Przemyśl wynosi **81 584,61 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców**, natomiast dla regionu przemyskiego **25 455,97 punktu kontraktowego na 10 tys. mieszkańców**, co stanowi najwyższe wartości w województwie podkarpackim.

W ocenie Podkarpackiego OW NFZ zwiększenie finansowania świadczeń w Przemyśle mogłoby prowadzić do dalszego pogłębiania różnic w dostępności pomiędzy poszczególnymi obszarami województwa. Fundusz wskazał, że wskaźnik dostępności dla miasta Przemyśl jest około 4,7-krotnie wyższy od średniej wojewódzkiej, natomiast dla obszaru byłego województwa przemyskiego około 1,46 razy wyższy od średniej dla województwa. Z tego względu ewentualne zwiększenie finansowania w pierwszej kolejności wymaga uwzględnienia potrzeb obszarów o niższym poziomie zabezpieczenia świadczeń.

W związku z powyższym NFZ ocenia, że zwiększenie wartości umowy w Przemyśle mogłoby prowadzić do dalszego zwiększenia różnic w dostępności świadczeń pomiędzy poszczególnymi obszarami województwa. Jednocześnie Fundusz nie wykluczył możliwości ponownej analizy poziomu finansowania po zakończeniu okresu rozliczeniowego lub w przypadku zmian planu finansowego NFZ.

4. Czy w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są analizy dotyczące wpływu niedoboru miejsc w opiece długoterminowej na wykorzystanie łóżek szpitalnych oraz koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia?

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są analizy dotyczące: liczby łóżek i obłożenia (a zatem: stopnia wykorzystania łóżek), a także analizy uwzględniające liczbę pacjentów. Dane prezentowane są w Mapach Potrzeb Zdrowotnych (aplikacja: Łóżka i obłożenie: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lozka-i-oblozenie/>). Informacje pokazywane są do poziomu województwa ze względu na tajemnicę statystyczną (dane są gromadzone w ramach przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej i podlegają ochronie, tj. nie można tych danych udostępniać w postaci danych jednostkowych). W ramach aplikacji możliwe jest wyfiltrowanie liczby łóżek i obłożenia np. w szpitalach ogólnych liczba łóżek w roku 2024 wynosiła: 158384, a obłożenie: 68,58%; w przypadku opieki długoterminowej było to: 43 338 łóżek i obłożenie: 91,4%¹.

Jednocześnie, przygotowano analizę pn. „Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce” (miernik D1L KPO). Główne wnioski raportu obejmują m.in.:

- identyfikację rosnącego zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej i geriatrycznej wynikającego ze starzenia się społeczeństwa,
- analizę dostępności infrastruktury, łóżek oraz kadr w opiece długoterminowej i geriatрії,
- wskazanie znaczących różnic regionalnych w dostępie do świadczeń,
- ocenę potencjału szpitali powiatowych do przekształcania części zasobów łóżkowych na potrzeby opieki długoterminowej i geriatрії,
- oszacowanie możliwości przekształcenia części niewykorzystanych lub nieefektywnie wykorzystywanych łóżek szpitalnych,
- wskazanie, że rozwój opieki długoterminowej, w tym opieki domowej i środowiskowej, może przyczynić się do bardziej efektywnego wykorzystania zasobów szpitalnych,
- rekomendacje dotyczące rozwoju infrastruktury, finansowania, kadr oraz koordynacji świadczeń.

Źródłem opracowania były m.in. analizy podaży i popytu na świadczenia, prognozy demograficzne oraz ocena potencjału szpitali powiatowych. (Raport D1L, 2022 r.)

Ponadto przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia uczestniczyli w przygotowaniu znacznie szerszej analizy systemowej pn. „Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce”, opracowanej przez Bank Światowy w ramach realizacji kamienia milowego A69G KPO. Raport:

- przedstawia kompleksową diagnozę systemu opieki długoterminowej w Polsce,
- analizuje uwarunkowania demograficzne, zdrowotne i społeczne wpływające na wzrost potrzeb opiekuńczych,
- opisuje funkcjonowanie opieki długoterminowej w sektorze ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej,
- wskazuje na niedostateczną dostępność usług, niedobory kadrowe i ograniczone finansowanie systemu,

¹ Źródło: Aplikacja „Łóżka i obłożenie” (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lozka-i-oblozenie/>, dostęp: 30.06.2024). Dane na podstawie sprawozdań: MZ-29A, MSWiA-33, MZ-29, MSWiA-43. W przypadku szpitali ogólnych podano wartości dla oddziałów szpitalnych i innych komórek opieki szpitalnej.

- analizuje obecne i przyszłe zapotrzebowanie na świadczenia opieki długoterminowej,
- zawiera rekomendacje dotyczące zarządzania, finansowania, jakości, kadr, infrastruktury oraz deinstytucjonalizacji opieki,
- podkreśla znaczenie rozwoju opieki środowiskowej i domowej, poprawy koordynacji pomiędzy sektorem zdrowia i pomocy społecznej oraz zwiększania efektywności wykorzystania dostępnych zasobów systemu.

Prace nad realizacją kamieni milowych A69G i A70G koordynowane są przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów.

Również w ramach KPO Ministerstwo Finansów prowadzi obecnie prace nad „Przeglądem wydatków na opiekę długoterminową”. Ten raport jest przygotowany przez zespół składający się z przedstawicieli: Ministerstwa Finansów, Departamentu Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów obsługującego organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Przegląd ten obejmuje analizę wydatków publicznych na opiekę długoterminową oraz ocenę efektywności obecnych mechanizmów finansowania, co może stanowić dodatkowe źródło informacji dotyczących wpływu organizacji opieki długoterminowej na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia.

5. Czy planowane są działania mające na celu zwiększenie dostępności świadczeń opieki długoterminowej w województwie podkarpackim, a jeśli tak, to jakie rozwiązania są obecnie rozważane?

Aktualnie Podkarpacki OW NFZ jest w trakcie realizacji wsparcia przewidzianego w ramach Krajowego Planu Odbudowy. W ramach Inwestycji D4.1.1 Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym przewidziane jest:

- utworzenie nowego zakładu w powiecie leżajskim – 40 łóżek (Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku),
- utworzenie nowego zakładu w powiecie brzozowskim – 35 łóżek (Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza),
- zwiększenie istniejącej bazy łóżkowej w powiecie ropczycko-sędziszowskim – 24 łóżka (Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach).

Zakład w powiecie leżajskim zacznie przyjmować pierwszych pacjentów już z początkiem lipca 2026 r. Natomiast uruchomienie pozostałych inwestycji przewiduje się w następnych miesiącach 2026 r. Niewątpliwie zwiększenie wartości umów OW będzie rozważał po zakończeniu okresu rozliczeniowego w ramach rozliczenia wszystkich umów lub po zmianie planu finansowego.

6. Czy Ministerstwo Zdrowia dostrzega możliwość wykorzystania istniejącej, niewykorzystanej infrastruktury zakładów opiekuńczo-leczniczych jako jednego z narzędzi poprawy dostępności świadczeń oraz ograniczenia kosztów związanych z przedłużoną hospitalizacją pacjentów niewymagających już leczenia ostrego?

Rozwój opieki długoterminowej w woj. podkarpackim był dotychczas priorytetem przy planowaniu zakupu świadczeń. Potwierdzają to wskaźniki dostępności osiągnięte na tle Polski (w zakresie: Świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej – 3 miejsce, Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym – 1 miejsce). Podkarpacki OW NFZ widzi potrzebę dalszego zwiększania nakładów i zmian w

tym rodzaju świadczeń wiedząc, że ich brak może spowodować znaczące ograniczenia w dostępności oraz wzrost kosztów związanych z przedłużoną hospitalizacją pacjentów niewymagających już leczenia ostrego.

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