



Minister Zdrowia

AST.050.6.2026.JI.3
Warszawa, 04 sierpnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 17761 Pana Mariusza Błaszczaka Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie planowanej reformy szpitalnictwa oraz potencjalnej likwidacji oddziałów szpitalnych w Polsce, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

W pierwszej kolejności uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia podejmuje szereg działań ukierunkowanych na przeprowadzenie kompleksowej reformy systemu szpitalnictwa. Działania te realizowane są na wielu płaszczyznach i obejmują zarówno prace analityczne, strategiczne i koncepcyjne, jak również inicjatywy legislacyjne zmierzające do wypracowania efektywnych i trwałych rozwiązań systemowych.

Należy przy tym podkreślić, że Minister Zdrowia, pełniąc rolę regulatora systemu ochrony zdrowia, jest odpowiedzialny za kształtowanie ram prawnych i organizacyjnych funkcjonowania podmiotów leczniczych, a także za tworzenie warunków sprzyjających zapewnieniu pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych o odpowiedniej jakości i bezpieczeństwie. W związku z tym działania podejmowane przez Ministra Zdrowia muszą uwzględniać nie tylko sytuację poszczególnych szpitali, lecz również potrzeby całego systemu ochrony zdrowia, w tym konieczność zapewnienia jego stabilności, efektywności oraz zdolności do reagowania na zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Prowadzone obecnie prace mają charakter wielowymiarowy i obejmują analizę aktualnej sytuacji ekonomicznej oraz organizacyjnej podmiotów leczniczych, ocenę obowiązujących rozwiązań prawnych, a także identyfikację kierunków zmian, które pozwolą na bardziej racjonalne wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych, infrastrukturalnych i finansowych.

W tym miejscu należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia pracowało nad schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej (SZOS), który stanowi element mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ), udostępnianej na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego (platforma BASiW).

Prace nad MPZ w części dotyczącej ww. schematu wskazane zostały w Krajowym Planie Transformacji na lata 2027-2031, jako jedno z działań horyzontalnych, a zatem działań, które stanowią strategiczne zaplecze dla kształtowania i wzmacniania oraz reformowania systemu ochrony zdrowia. Prace obejmują świadczenia w różnych obszarach.

W ramach prac nad schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej przeprowadzonych zostało szereg analiz, w tym z zakresie danych przestrzennych, demograficznych oraz rozliczeniowych. Dane były opracowywane wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), a także analizowane we współpracy z krajowymi i wojewódzkimi konsultantami w ochronie zdrowia właściwymi dla danej dziedziny. Powyższe dane i analizy będą

umożliwiały wydanie rekomendacji mogących stanowić podstawę decyzji dotyczących przyszłej organizacji udzielania świadczeń szpitalnych.

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

Jednocześnie należy podkreślić, że prowadzone prace miały charakter analityczny i koncepcyjny. Ich celem było zgromadzenie informacji oraz ocena różnych aspektów organizacyjnych i systemowych funkcjonowania opieki zdrowotnej. Trwające dyskusje i konsultacje nie powinny być utożsamiane z podjęciem jakichkolwiek ostatecznych rozstrzygnięć czy decyzji dotyczących konkretnych podmiotów leczniczych lub oddziałów szpitalnych.

Ministerstwo Zdrowia pozostaje w stałym dialogu ze środowiskiem eksperckim i na bieżąco monitoruje potrzeby pacjentów oraz świadczeniodawców. Wszelkie ewentualne działania o charakterze systemowym poprzedzane są analizami, konsultacjami oraz oceną ich potencjalnego wpływu na dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Jeśli zaś chodzi o wynik analiz w poszczególnych zakresach to dostępne są pod adresem: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lecznie-szpitalne-analizy/schemat-zabezpieczenia-opieki-szpitalnej/>.

Pod powyższym linkiem znajdują się również opis przyjętych kryteriów merytorycznych do poszczególnych zakresów.

Dodatkowo podkreślić należy, że MPZ (w tym SZOS) i KPT są instrumentami odnoszącymi się przede wszystkim do świadczeń realizowanych przez podmioty lecznicze, finansowanych ze środków publicznych, w szczególności przez NFZ.

Wypracowane wraz z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi kryteria/wskaźniki i przeprowadzona w oparciu o nie analiza odnoszą się wyłącznie do świadczeń leczenia szpitalnego finansowanych w ramach umów zawartych z NFZ. Zatem w analizie dotyczącej SZOS, podmioty utworzone lub nadzorowane przez MON były traktowane na tych samych zasadach co pozostałe podmioty w zakresie odnoszącym się do realizacji umów z NFZ. Wszystkie świadczenia finansowane przez NFZ objęte były jednolitymi kryteriami dla danego zakresu, bowiem nadrzędnym celem jest bezpieczeństwo kliniczne pacjenta.

Odnosząc się do innych działań uprzejmie informuję, że 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) wprowadzono nowe rozwiązania w zakresie restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych. Reforma otworzyła dwie drogi prowadzące do konsolidacji świadczeń szpitalnych.

Pierwsza z nich polega na świadomym, opartym o MPZ, wycofywaniu się części szpitali z określonych profili w ramach PSZ. W efekcie inne placówki przejmują większą odpowiedzialność za dane zakresy świadczeń, stopniowo zwiększając skalę swojej działalności.

Druga droga prowadzi przez procesy łączeniowe – konsolidację oddziałów i całych podmiotów, wspieraną nowymi rozwiązaniami zapisanymi w przepisach o działalności leczniczej.

I. Konsolidacja poprzez koncentrację profili świadczeń w PSZ

Na wniosek świadczeniodawcy możliwe jest wprowadzenie w umowie o udzielanie świadczeń w PSZ zmiany polegającej na **wykreśleniu z umowy danego profilu szpitalnego**, bez negatywnych konsekwencji z punktu widzenia pozostawania szpitala w PSZ.

Każdorazowo taka zmiana umowy PSZ jest uzależniona od zgody Prezesa NFZ. Fundusz, rozpatrując tego rodzaju wnioski świadczeniodawców, powinien kierować się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem mapy potrzeb zdrowotnych oraz planów transformacji.

Dodatkowym rozwiązaniem jest umożliwienie świadczeniodawcy, który otrzymał zgodę na rezygnację z profilu:

- zawarcia umowy na tożsamy zakres świadczeń wykonywany w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia,
- zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej (ZOL) - jeżeli jest to zgodne z zatwierdzonym programem naprawczym

- z pominięciem trybu konkursowego, na okres do końca okresu obowiązywania aktualnego wykazu szpitali PSZ.

Rezygnacja z udzielania świadczeń w ramach danego profilu szpitalnego przez szpital PSZ będzie pociągać za sobą zmiany w strukturze realizowanych świadczeń z jednoczesną gwarancją pozostania w systemie PSZ. Rozwiązanie to ma pozwolić szpitalom na dostosowanie swojej struktury organizacyjnej do aktualnych potrzeb zdrowotnych i umożliwić ograniczenie dublowania się w regionie oddziałów o tym samym profilu, a także sprzyjać rozwojowi procedur jednodniowych.

W ww. ustawie przewidziano mechanizmy wsparcia finansowego dla szpitali restrukturyzujących zakres swojej działalności w ramach PSZ w latach 2025–2029 możliwa będzie korekta wysokości ryczału systemu zabezpieczenia - **szpital zachowa 50% liczby jednostek sprawozdawczych dotyczących świadczeń udzielonych w ramach wykreślonego profilu systemu zabezpieczenia**, a także zachowanie 2 w kolejnych okresach rozliczeniowych części ryczału przypadającego na ten profil (50 % liczby jednostek likwidowanego profilu – jeżeli w wyniku rezygnacji z profilu liczba jednostek sprawozdawczych za dany okres rozliczeniowy spadła poniżej 98% liczby jednostek przyjętych za podstawę wyliczenia ryczału). W ramach wydanego przez Ministra Zdrowia rozporządzenia doprecyzowano zasady ustalania ryczału na kolejny okres, przewidując utrzymanie przez świadczeniodawcę części środków przypadających na likwidowany profil. Rozwiązania te mają stanowić zachętę do restrukturyzacji działalności w ramach PSZ oraz lepszego dostosowania jej do lokalnych potrzeb zdrowotnych.

II. Integracja struktur szpitalnych poprzez procesy połączeniowe (konsolidacja oddziałów i podmiotów leczniczych)

W zmienionych przepisach ustawy o działalności leczniczej wprowadzono:

- możliwość tworzenia i prowadzenia SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące, a także
- możliwość łączenia SPZOZ przy pozostawieniu wielości podmiotów tworzących, reprezentowanych przez radę podmiotów tworzących;

Zarówno pierwsze jak i drugie narzędzie będzie sprzyjać procesom łączenia podmiotów leczniczych, których elementem będzie konsolidacja oddziałów szpitalnych

Ponadto jednym z priorytetów Ministra Zdrowia jest realizacja działania ***Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent***. W ramach projektu przewidziano instrumenty wsparcia na cele infrastrukturalne, doposażenie szpitali i zakup sprzętu medycznego dla konsolidujących się 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), która weszła w życie 31 marca 2026 r., określa zasady wsparcia konsolidacji podmiotów leczniczych. Ponadto 9 kwietnia 2026 r. ogłoszono konkurs nr FM-SMPL.06.KONS.2026 na wybór wniosków w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie,

modernizacji lub doposażeniu infrastruktury w celu wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych. Celem konsolidacji szpitali jest realna poprawa działania systemu ochrony zdrowia z perspektywy pacjenta i personelu. Dzięki łączeniu potencjału placówek możliwe jest lepsze wykorzystanie kadry medycznej i infrastruktury, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia oraz zapewnienie pacjentom dostępu do leczenia o wyższej i bardziej stabilnej jakości. To nie jest cel sam w sobie, lecz narzędzie do wzmocnienia szpitali, podniesienia standardów leczenia i zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców.

W warunkach narastających problemów finansowych wielu podmiotów leczniczych konsolidacja daje konkretne efekty ekonomiczne: obniżenie kosztów, uporządkowanie zobowiązań i bardziej efektywne zarządzanie. W praktyce przekłada się to na większą stabilność finansową szpitali, a tym samym na ich zdolność do długofalowego i bezpiecznego funkcjonowania.

Rola Ministra Zdrowia w zakresie szeroko pojętej restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych sprowadza się do zapewnienia odpowiednich ram prawnych dla przedmiotowych działań. 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) wprowadzono nowe rozwiązania w zakresie restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych. Działania konsolidacyjne umożliwią tworzenie większych i bardziej efektywnych podmiotów leczniczych, co przyczyni się do koncentracji świadczeń szpitalnych wykonywanych w trybie ostrym i w warunkach gotowości całodobowej w ośrodkach, które dysponują większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, co niewątpliwie przyczyni się do podniesienia jakości udzielanych świadczeń. Podmioty tworzące mogą połączyć dwa szpitale w ramach jednej jednostki i podzielić szpitalne oddziały o określonych profilach, aby się nie powielały. Dzięki zmianom, oferta szpitali zostanie lepiej dostosowana do lokalnych potrzeb, w tym do zmian demograficznych. Ma to przede wszystkim zwiększyć efektywność wykorzystania personelu medycznego i infrastruktury w szpitalach.

Ministerstwo 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, jednak w zakresie posiadanej właściwości Minister Zdrowia nie bierze udziału w procesie decyzyjnym czy proceduralnym dotyczącym kwestii konsolidacyjnych i nie ma uprawnień do oceny koncepcji i planów konsolidacji podmiotów leczniczych.

Konsolidacja szpitali wymaga inicjatywy dyrekcji szpitali i podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dostrzegających potrzebę i możliwość połączenia swoich placówek. Proces ten powinien być oparty na analizie zasobów oraz udzielanych świadczeń i potrzeb pacjentów, przeprowadzonej we współpracy z NFZ (np. za pomocą danych, którymi dysponuje właściwy miejscowo oddział NFZ), przy uwzględnieniu mapy potrzeb zdrowotnych oraz planów transformacji – wojewódzkiego i krajowego. Profesjonalizm i doświadczenie osób kierujących placówkami medycznymi, przy zaangażowaniu i wsparciu lokalnych władz, z pewnością pozwolą podjąć właściwe decyzje i przyniosą pozytywne efekty dla szpitali oraz lokalnej społeczności.

Odnosząc się do kwestii konsultacji planowanych zmian informuję, że w ramach prowadzonego procesu legislacyjnego projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (UD71) został poddany szerokim konsultacjom publicznym i opiniowaniu. Projekt w ramach uzgodnień zewnętrznych został przekazany m.in. Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Ministrowi Obrony Narodowej oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji, Koordynatorowi Służb Specjalnych. Podobnie akty wykonawcze wydane w oparciu o przepisy ww. ustawy.

Odpowiadając zaś na kwestie zakresu podmiotowego reformy podkreślić należy, że regulacje wprowadzona 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) mają charakter powszechnie obowiązujący i obejmuje wszystkie podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych, bez względu podmiot tworzący lub nadzorujący.

W nawiązaniu do kwestii dotyczących szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) należy wskazać, że zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2026 r. poz. 141) jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar, na którym zamieszkuje nie więcej niż 200 tys. mieszkańców oraz którego wielkość pozwala dotrzeć zespołowi ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut.

Obecnie w Polsce funkcjonuje 250 SOR, co oznacza, że na jeden SOR przypada średnio 149 330 mieszkańców. Za funkcjonowanie systemu PRM na terenie poszczególnych województw, w tym za odpowiednie rozmieszczenie jednostek systemu w sposób zapewniający spełnienie kryteriów dostępności czasowej, odpowiadają wojewodowie. Każda planowana zmiana w zakresie likwidacji albo utworzenia jednostek systemu PRM wymaga uzgodnienia z właściwym oddziałem wojewódzkim NFZ oraz jednostkami samorządu terytorialnego, a następnie przekazania aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu PRM do akceptacji Ministra Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Tomasz Maciejewski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/