Minister
Zdrowia

DLF.050.109.2026.KK
Warszawa, 17 listopada 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
w związku z interpelacją nr 20330 Pana Jarosława Krajewskiego, Posła na Sejm RP, z dnia 14 października 2026 r. *w sprawie narastającego zadłużenia szpitali publicznych*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.
Jak wynika z danych statystycznych o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej również spzoz) posiadających w swoich strukturach oddziały szpitalne, zobowiązania ogółem tych podmiotów na koniec II kw. 2026 r. miały wartość 31,2 mld zł, w tym zobowiązania wymagalne, czyli takie, które nie zostały uregulowane pomimo upływu terminu ich płatności, to 5,7 mld zł. Aktualnie nie są jeszcze dostępne dane o zobowiązaniach ww. podmiotów na koniec III kw. 2026 r.
Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej posiadających w swoich strukturach oddziały szpitalne na koniec II kw. 2026 r. wykazywały następującą strukturę:
- zobowiązania wobec dostawców leków i materiałów medycznych stanowiły 52% wszystkich zobowiązań wymagalnych;
- zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych - 21%;
- zobowiązania z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej - 8%;
- z tytułu zużycia energii, gazu, wody - 4%;
- pozostałe zobowiązania – 15%.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Odnosząc się do kwestii związanej z liczbą szpitali zobowiązanych do przygotowania programu naprawczego należy wskazać, że sporządzenie programu naprawczego przez spzoz jest realizacją obowiązku wynikającego z art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156). Przepis ten stanowi, że jeżeli w sprawozdaniu finansowym spzoz wystąpiła strata netto, której wartość bezwzględna jest wyższa niż 1 % sumy wykazanych w tym samym sprawozdaniu finansowym przychodów netto ze sprzedaży produktów, przychodów netto ze sprzedaży towarów, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych, kierownik spzoz sporządza program naprawczy w terminie 7 miesięcy od dnia upływu terminu na sporządzenie sprawozdania finansowego, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2026 r. poz. 522). Natomiast zgodnie z art. 59a ustawy o działalności leczniczej, podmiot tworzący ma 1 miesiąc od dnia otrzymania programu naprawczego na jego zatwierdzenie.

W świetle powyższego, termin sporządzenia programów naprawczych przez spzoz posiadające w swoich strukturach oddziały szpitalne przypada na koniec października br., natomiast termin zatwierdzenia tych programów na koniec listopada br. Uwzględniając powyższe okoliczności należy przyjąć, że pierwsze efekty finansowe realizacji programów naprawczych mogą być widoczne najwcześniej w 2027 r. Tym samym obecnie pytanie o efekty finansowe realizacji ww. programów, w tym liczbę placówek, w których zmniejszyła się strata netto, należy uznać za przedwczesne.

Jednocześnie należy zauważyć, że Minister Zdrowia pełni rolę regulatora, natomiast nie uczestniczy w procesie tworzenia, opiniowania i zatwierdzania programów naprawczych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, programy naprawcze są przekazywane do podmiotów tworzących, które je analizują i zatwierdzają, a następnie poddają okresowej sprawozdawczości oraz monitorowaniu.

W odniesieniu do tematu rozliczenia świadczeń należy przede wszystkim wskazać, że zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia należy do jednostek sektora finansów publicznych i w związku z tym wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zrealizowanych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń udzielanych przez szpitale, odbywa się zgodnie z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

– art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;

– § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy.

Zgodnie z zapewnieniem Narodowego Funduszu Zdrowia, zobowiązanie to w stosunku świadczeń udzielonych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przez NFZ wypełniane terminowo.

Zgodnie z informacją NFZ wartość nierozliczonych nadwykonań za I półrocze 2026 r. zrealizowanych przez szpitale PSZ (według stanu na dzień 6.11.2026 r.) wynosi:

– dla nielimitowanych świadczeń opieki zdrowotnej: 971 56379 tys. zł,

– dla leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi i leków stosowanych w chemioterapii: 322 061,26 tys. zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował też, że proces aneksowania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mający na celu umożliwienie rozliczenia powyższych nadwykonań za I półrocze 2026 r., nie został jeszcze zakończony.

W tym miejscu pragnę podkreślić, że zapewniane są 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 pragnę poinformować, że dotacja podmiotowa na finansowanie świadczeń gwarantowanych w ostatnich latach wyniosła:

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

Jednocześnie, na podstawie kolejnych decyzji Ministra Finansów i Gospodarki z października 2026 r. do NFZ zostały przekazane środki w łącznej wysokości 3,36 mld zł, z przeznaczeniem na zwiększenie dotacji podmiotowej z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych. Tym samym wysokość dotacji podmiotowej dla NFZ zaplanowanej na bieżący rok wzrosła do blisko 37 mld zł (wzrost o blisko 11 mld zł w stosunku do pierwotnie zaplanowanej kwoty dotacji).

Kolejne zwiększenia dotacji podmiotowej dla NFZ mogą następować na zasadach określonych m.in. w art. 131d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2026 r., poz. 1461 ze zm.).
Ponadto w projekcie ustawy budżetowej na 2027 r. na dotację podmiotową dla NFZ zaplanowano środki w wysokości 41,5 mld zł.

Pomimo nieustannie podejmowanych działań mających na celu zwiększenie środków w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia, które skutkują istotnym zwiększaniem nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r.
Priorytetowym kierunkiem działań Ministra Zdrowia pozostaje wdrażanie mechanizmów restrukturyzacyjnych i konsolidacyjnych przewidzianych w przepisach ustawowych, w szczególności 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. z 2025 r. poz. 1211), które tworzą ramy dla racjonalizacji struktury świadczeń oraz lepszego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia. W tym zakresie przewiduje się dalsze wspieranie procesów łączenia podmiotów leczniczych oraz integracji ich struktur organizacyjnych, w tym oddziałów szpitalnych, w sposób zgodny z mapami potrzeb zdrowotnych oraz planami transformacji. Działania te będą prowadzić do ograniczenia dublowania świadczeń, poprawy koordynacji leczenia oraz zwiększenia efektywności wykorzystania infrastruktury i kadr medycznych, co w konsekwencji przełoży się na poprawę sytuacji finansowej podmiotów, w szczególności szpitali powiatowych.
Konsolidacja szpitali stanowi obecnie jedno z narzędzi poprawy sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. Procesy konsolidacyjne obejmują zarówno łączenie podmiotów leczniczych, jak i integrację ich struktur organizacyjnych, w tym oddziałów szpitalnych, co pozwala na ograniczenie dublowania świadczeń, optymalizację kosztów administracyjnych oraz efektywniejsze wykorzystanie zasobów kadrowych i infrastrukturalnych. W praktyce przekłada się to na stabilizację finansową szpitali oraz zwiększenie ich zdolności do długofalowego funkcjonowania. Istotnym elementem wsparcia procesów konsolidacyjnych jest realizacja programu inwestycyjnego pn. Wsparcie procesów konsolidacyjnych w podmiotach leczniczych – „Zdrowy szpital – bezpieczny pacjent", który umożliwił ogłoszenie konkursu 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. W ramach projektu przewidziano instrumenty wsparcia na cele infrastrukturalne, doposażenie szpitali i zakup sprzętu medycznego dla konsolidujących się podmiotów leczniczych. Obszar dotyczący wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych został uwzględniony w ramach budżetu Funduszu Medycznego. W ramach programu przewidziano kwotę wsparcia w

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

wysokości 1,149 mld zł. 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. Podmioty tworzące (np. powiat, województwo) będą mogły połączyć np. dwa szpitale w ramach jednej jednostki i podzielić szpitalne oddziały o określonych profilach, aby się nie powielały.

Należy nadmienić, że podstawowym narzędziem identyfikacji lokalnych i regionalnych potrzeb zdrowotnych są Mapy Potrzeb Zdrowotnych, które służą ocenie zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz stanowią podstawę planowania inwestycji i zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia. Dokumenty te mają na celu dostosowanie struktury świadczeń do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców poszczególnych regionów oraz ograniczanie nieuzasadnionego rozproszenia zasobów. Jednym z warunków uzyskania wsparcia w ramach ww. konkursu jest zgodność planowanych działań z Mapami Potrzeb Zdrowotnych.

Co istotne, w dokumentach programowych wskazano wprost, że procesy konsolidacyjne powinny prowadzić do koncentracji miejsc udzielania świadczeń, optymalizacji wykorzystania kadr medycznych i niemedycznych, integracji infrastruktury medycznej oraz poprawy efektywności wykorzystania zasobów. Konsolidacji powinna towarzyszyć także analiza i lepsze rozmieszczenie kadr oraz ograniczanie zjawiska dublowania struktur organizacyjnych.

Dodatkowo, zgodnie z założeniami reformy, 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. W ramach tego rozwiązania przewidziano mechanizmy wsparcia finansowego dla szpitali restrukturyzujących zakres swojej działalności w ramach PSZ w latach 2025–2029 możliwa będzie korekta wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia - szpital zachowa 50% liczby jednostek sprawozdawczych dotyczących świadczeń udzielonych w ramach wykreślonego profilu systemu zabezpieczenia, a także zachowanie w kolejnych okresach rozliczeniowych części ryczałtu 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 ryczałtu).

Podsumowując. System zawiera już mechanizmy służące koncentracji potencjału medycznego, zarówno poprzez narzędzia planistyczne (Mapy Potrzeb Zdrowotnych),

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

regulacyjne (reforma PSZ i możliwość restrukturyzacji profili świadczeń), jak i finansowe (wsparcie procesów konsolidacyjnych oraz zachowanie części ryczałtu PSZ). Kluczowe znaczenie ma dalsze konsekwentne wykorzystywanie tych instrumentów oraz zapewnienie zgodności nowych inwestycji z analizami potrzeb zdrowotnych i celami transformacji regionalnych systemów ochrony zdrowia.

W Ministerstwie Zdrowia przygotowano również pakiet zmian legislacyjnych, którego celem jest zwiększenie przejrzystości funkcjonowania systemu, lepsze wykorzystanie środków publicznych oraz poprawa organizacji i dostępności świadczeń dla pacjentów. Pakiet obejmuje rozwiązania ustawowe i rozporządzenia dotyczące m.in. organizacji udzielania świadczeń, monitorowania kolejek, zasad dotyczących personelu medycznego oraz wykorzystania narzędzi cyfrowych.

Ponadto, uprzejmie informuję, iż resort zdrowia wspólnie z Ministerstwem Sprawiedliwości pracuje nad przepisami, które umożliwią samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, dokonywanie restrukturyzacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz.U. 2026 poz. 533). Należy podkreślić, iż obecnie prowadzone uzgodnienia pozostają na etapie prac koncepcyjnych i nie wypracowano docelowych rozwiązań legislacyjnych w tym przedmiocie, odnoszących się do spzoz.

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 wpłyną na dostępność i jakość świadczeń opieki zdrowotnej.

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