



Minister
Zdrowia

DLF.050.59.2026.KK
Warszawa, 15 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 17998 Pani Ewy Leniart, Poseł na Sejm RP i grupy posłów, z dnia 2 lipca 2026 r. w sprawie sytuacji Szpitala Powiatowego w Lesku, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2025 poz. 1483, ze zm.), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), 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 (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.). Ponadto, zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ww. ustawy, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 tejże ustawy, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

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

Należy również podkreślić, że do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnika świadczeń należy zabezpieczenie dostępu do świadczeń i ich finansowanie zgodnie z określonym na dany rok planem finansowym. Brak jest natomiast podstaw do dokonywania zmian poziomu finansowania świadczeń w ramach danej umowy w oparciu o założenie konieczności poprawy sytuacji finansowej danej jednostki, bowiem zgodnie z art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, NFZ jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców, co oznacza, że nie ma możliwości przekazania środków poza wynikającymi z ww. umów oraz określonymi wycenami świadczeń.

Jednocześnie informuję, że w ramach posiadanej właściwości Ministerstwo Zdrowia podejmuje szereg działań mających na celu wprowadzenie rozwiązań prawnych i systemowych, które ułatwią funkcjonowanie szpitali, w szczególności szpitali powiatowych, takich jak szpital w Lesku.

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.

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 wykonywany 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 lecznictwa 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.

Istotnym elementem wsparcia dla podmiotów leczniczych jest również zaangażowanie AOTMiT w proces opracowywania i wdrażania programów naprawczych dla świadczeniodawców. AOTMiT zapewnia świadczeniodawcom praktyczne narzędzia, działając w oparciu o regulacje wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2025 r. w sprawie szczegółowego sposobu sporządzania, aktualizacji i przekazywania programu naprawczego oraz szczegółowego zakresu i formatu informacji zawartych w tym programie (Dz. U. 2025, poz. 1619). Wsparcie to dotyczy przede wszystkim samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które w sprawozdaniu finansowym wykazały stratę netto o wartości bezwzględnej wyższej niż 1%. Obejmują one m.in. szkolenia, wykorzystanie narzędzi analitycznych oraz metodykę prognozowania finansowego i operacyjnego. Stanowi to wsparcie świadczeniodawców w zakresie analizy kosztów, identyfikacji przyczyn straty oraz budowy realistycznych prognoz i działań naprawczych, które mogą być następnie monitorowane i aktualizowane w trakcie realizacji programu. Program ma charakter praktyczny, jest podstawą rzeczywistych działań restrukturyzacyjnych i ich bieżącego monitorowania.

Należy mieć na uwadze, że szpital w Lesku jest podmiotem leczniczym działającym w formie spzoz, dla którego podmiotem tworzącym jest Powiat Leski. Stosownie do treści art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156), odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, uprawniony do zarządzania nim przez podmiot tworzący. Kierownik szpitala odpowiada za działalność placówki i podejmuje kluczowe decyzje zarządcze m.in. finansowe, kadrowe i organizacyjne. Na kierowniku podmiotu leczniczego spoczywa odpowiedzialność

za zarządzanie zasobami kadrowymi –jest on zobowiązany do kształtowania polityki kadrowo-płacowej w sposób zabezpieczający potencjał leczniczy szpitala (w tym zasoby kadrowe zgodnie z umową z NFZ) oraz gwarantujący zachowanie płynności i stabilizacji finansowej szpitala. Ponadto, w świetle art. 23 i 24 ww. ustawy, kierownik podmiotu leczniczego określa strukturę organizacyjną zakładu leczniczego oraz może wystąpić do Wojewody o wyrażenie zgody na całkowite lub częściowe zaprzestanie działalności leczniczej, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego danego podmiotu. Wojewoda, przed wyrażeniem zgody albo odmową jej wydania, zasięga opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Tym samym, kwestie organizacyjne, w tym plany i decyzje w zakresie kierunków działalności szpitala, również ustalenia dotyczące zawieszenia działalności lub likwidacji oddziałów szpitalnych, są podejmowane lokalnie przez podmiot tworzący oraz dyrekcję szpitala i pozostają poza kompetencjami Ministra Zdrowia, który nie sprawuje nadzoru nad podmiotem leczniczym, dla którego nie jest organem założycielskim i nie ma uprawnień do bezpośredniego ingerowania w jego działalność.

Zgodnie z art. 121 ustawy o działalności leczniczej, nadzór nad podmiotem leczniczym działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sprawuje podmiot tworzący, który prowadzi również nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności.

Dodatkowo informuję, że odpowiedzialność za zapewnienie społecznościom lokalnym odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ustawodawca nałożył na jednostki samorządu terytorialnego, a obowiązek ten wynika z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również przepisów ustawowych sankcjonujących funkcjonowanie samorządów terytorialnych oraz art. 16 ust. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Ponadto, zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą zostały określone w dziale V (art. 114 –117a) ustawy z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej. Katalog celów, na które podmiot prowadzący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne określa art. 114 ust. 1 pkt 1–7 ww. ustawy.

Na podstawie wskazanych wyżej przepisów podmiot leczniczy może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:

- 1) realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;
- 2) remonty;
- 3) inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;

- 4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 5) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
- 6) realizację programów wieloletnich;
- 7) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Środki publiczne na zadania, o których mowa powyżej w pkt 1, w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych oraz w pkt 2 i 3 mogą zostać przyznane w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Natomiast formę przekazania środków publicznych oraz organy mogące środki takie przekazać z przyporządkowaniem do określonych zadań określa artykuł 115 ustawy, zgodnie z którym środki finansowe na realizację zadań wskazanych wyżej w pkt 1 i 4–7, może przyznać na podstawie umowy:

- Skarb Państwa, reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, a także jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna;
- inny podmiot uprawniony do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.

Ponadto, dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą na realizację zadań, o których mowa powyżej w pkt 1–6, mogą przyznać wskazane wyżej podmioty, z wyjątkiem uczelni medycznej. Zaś na realizację zadań, o których mowa w pkt 2 i 3, może także przyznać:

- minister właściwy do spraw zdrowia (spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, w której uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna);

- inny minister, centralny organ administracji rządowej oraz wojewoda (spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego jest podmiotem tworzącym).

Podmiot leczniczy może uzyskać dotację na realizację zadania, o którym mowa w pkt 2 i 3, jeżeli dla inwestycji, przy pomocy której ma być realizowane dane zadanie, została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, chyba że opinia ta nie jest wymagana na podstawie przepisów tej ustawy.

Odnosząc się natomiast do przekazania środków finansowych podmiotowi leczniczemu (spzoz) przez podmiot tworzący w przypadku wystąpienia straty netto w sprawozdaniu finansowym, informuję, iż kwestie te zostały uregulowane w art. 59 ustawy o działalności leczniczej, przy czym możliwość taka, w określonych warunkach, dotyczy jedynie podmiotu tworzącego danego spzoz.

Wobec powyższego, określony w przepisach wskazanej wyżej ustawy katalog źródeł finansowania nie przewiduje obecnie możliwości udzielenia pomocy finansowej przez Ministra Zdrowia, w celu oddłużenia lub pokrycia kosztów bieżącego funkcjonowania wskazanego wyżej szpitala.

Jednocześnie poniżej przedstawiam informacje na temat złożonych wniosków, w tym wsparcia finansowego na modernizację infrastruktury w ramach środków budżetu państwa lub funduszy unijnych.

I. W ramach Krajowego Planu Odbudowy (KPO):

1. Szpital Powiatowy w Lesku **złożył wniosek** o objęcie Przedsięwzięcia wsparciem w ramach naboru Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności – komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”, którego elementem jest Inwestycja **D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”**. Wniosek został **oceniony negatywnie** ze względu na niespełnione kryteria formalne.

2. Szpital posiada podpisaną jedną umowę w ramach KPO w ramach inwestycji **D1.1.2 na realizację projektu pn. Transformacja cyfrowa Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia - Umowa nr KPOD.07.03-IP.10-0392/25.**

Wydatki ogółem - 4 951 050,99 zł, w tym dofinansowanie - 4 089 513,00 zł

Data realizacji: od 01.01.2026 do 14.07.2026

Zakres wsparcia/opis projektu: Celem głównym projektu jest poprawa jakości dostępu do e-usług zdrowotnych w ramach kontynuacji transformacji cyfrowej systemu ochrony zdrowia.

Projekt zostanie zrealizowany poprzez rozbudowę zintegrowanego i spójnego systemu dziedzinowego (obejmującego tzw. część białą i szarą), udostępniającego e-usługi zarówno pacjentom poprzez platformę IKP, jak i placówkom medycznym w szybszym dostępie do pełnej dokumentacji medycznej pacjenta leczącego się także w innych placówkach (indeksacja P1 -EDM).

II. W ramach Funduszu Medycznego:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku jest beneficjentem umowy dotacji nr DOI/FM/SMPL/110/MDSOR/2023/280/275, zawartej 22.11.2023 r., na podstawie której w latach 2024 – 2025 realizowane było zadanie inwestycyjne pn. „Modernizacja, przebudowa i doposażenie SOR oraz pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR Szpitala Powiatowego w Lesku”, finansowane w 100% ze środków Funduszu medycznego – Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych. Umowa opiewała na dotację w wysokości 14 800 000 zł. Zadanie inwestycyjne zamknęło się kwotą 14 717 490 zł. Ze środków tych zakupiono m.in. aparaty RTG (z ramieniem C i z zawieszeniem sufitowym) oraz 64 rzędowy tomograf komputerowy, a także zmodernizowano sieć IT.

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