



Minister
Zdrowia

NKF.050.9.2026.AK2
Warszawa, 20 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w nawiązaniu do interpelacji nr 18013 Pana Posła Marka Suskiego w sprawie wsparcia finansowego dla SP ZZOZ w Kozienicach realizującego zadania istotne dla bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, uprzejmie informuję, co następuje.

Odnosząc się do pytania nr 1 uprzejmie wyjaśniam, iż program „Szpitale Przyjazne Wojsku”, jest inicjatywą Ministra Obrony Narodowej i ma charakter dobrowolnej współpracy, do której przystąpienie następuje poprzez złożenie deklaracji i zawarcie porozumienia. Program ma służyć wzmocnieniu współpracy cywilno-wojskowej oraz bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Jednakże nie określa on precyzyjnego katalogu zadań z zakresu obronności ani jednolitych kryteriów kwalifikacji szpitali, które mogą w nim uczestniczyć. Ponadto, należy podkreślić, iż Minister Zdrowia nie jest sygnatariuszem zawieranych porozumień w ramach ww. programu. Porozumienia, dotyczące programu „Szpitale Przyjazne Wojsku” mają charakter intencyjny i nie stanowią po stronie sygnatariuszy zobowiązań o charakterze finansowym. Z tego względu udział szpitala w programie „Szpitale Przyjazne Wojsku” nie stanowi obecnie podstawy do przyznania wsparcia finansowego przez Ministra Zdrowia.

Wskazać również należy, iż zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 22 ustawy z dnia 5 grudnia 2024 r. o ochronie ludności i obronie cywilnej (Dz. U. 2024 poz. 1907, ze zm.), podmiotami ochrony ludności są m.in. podmioty lecznicze prowadzące szpitale w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wobec powyższego, zadania związane z ochroną ludności i obroną cywilną mają charakter systemowy i dotyczą bardzo szerokiego kręgu szpitali w Polsce. Ponadto, warto zaznaczyć, iż w obecnych uwarunkowaniach geopolitycznych istotne znaczenie dla systemu bezpieczeństwa państwa mają wszystkie szpitale w Polsce.

Odnosząc się do pytania nr 2 i 3 uprzejmie informuję, iż aktualnie trwają prace i działania analityczno-koncepcyjne dotyczące finansowego mechanizmu pożyczkowego, w których wiodącą rolę odgrywa resort finansów. Prace w zakresie wspomnianego wsparcia finansowego, nie obejmują działań na rzecz uruchomienia narzędzi oddłużeniowych dla szpitali, koncentrując się na opracowaniu optymalnych rozwiązań odnoszących się do mechanizmu pożyczkowego. Obecnie nie wypracowano ostatecznych decyzji, zasad i warunków przewidzianych dla podmiotów, które byłyby objęte finansowym mechanizmem pożyczkowym.

Odnosząc się do pytania nr 4 należy zaznaczyć, iż Ministerstwo Zdrowia jest w posiadaniu danych statystycznych o kosztach finansowych, zobowiązaniach ogółem i wymagalnych spzoz. Informacje o zobowiązaniach spzoz publikowane są na stronie gov.pl/zdrowie raz na kwartał. Warto w tym miejscu podkreślić, że koszty obsługi zadłużenia wynikają z zaciągniętych wcześniej zobowiązań, za które odpowiedzialność ponosi spzoz.

Jednocześnie, uprzejmie informuję, iż w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzą na bieżąco działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców, jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Ponadto, uprzejmie informuję, iż Narodowy Fundusz Zdrowia, zobowiązany jest do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. Natomiast wartość zobowiązań, które Narodowy Fundusz Zdrowia zaciąga w danym roku na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwarunkowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2025 poz. 1461), NFZ jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców, co oznacza, że nie ma możliwości przekazania środków poza wynikającymi z zawartych z NFZ umów oraz określonymi wycenami świadczeń.

Należy przy tym również zauważyć, 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.

Natomiast zaplanowana początkowo w 2026 r. dotacja podmiotowa wynosiła 26 mld zł, natomiast dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Minister Zdrowia z marca i maja br. na łączną kwotę 5,6 mld zł oraz uwzględniając pozytywnie zaopiniowany przez Sejmową Komisję Finansów Publicznych w dniu 2 lipca 2026 r. wniosek Ministra Finansów i Gospodarki w sprawie zmiany przeznaczenia rezerw celowych zaplanowanych w ustawie budżetowej na rok 2026, umożliwiające przekazanie kolejnych środków budżetu państwa dla Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości 2 mld zł, dotacja podmiotowa dla NFZ wyniesie w bieżącym roku 33,6 mld zł. Kolejne zwiększenia zaplanowanej dotacji podmiotowej dla NFZ na bieżący rok będą możliwe na podstawie art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednakże pomimo nieustannie podejmowanych działań mających na celu zwiększenie środków w budżecie NFZ, które skutkują istotnym zwiększaniem nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r.

Jednocześnie, uprzejmie informuję, iż kwestia dotycząca sposobu ustalania wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy uregulowana jest przepisami art. 136c ust. 3-4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania

ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2025 r. poz. 878 ze zm.). Ustalenie wartości ryczałtu PSZ na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2026 r. odbyło się na jednolitych zasadach dla wszystkich świadczeniodawców, z uwzględnieniem świadczeń poprawnie zweryfikowanych zrealizowanych w ryczałcie PSZ w 2025 r. Wskazać należy, że świadczenia szpitalne finansowane są w ramach ryczałtu podstawowego systemu zabezpieczenia szpitalnego (PSZ), który stanowi zapłatę z tytułu zapewnienia przez świadczeniodawcę pełnej gotowości do udzielania świadczeń, zgodnie z posiadanymi zasobami technicznymi i kadrowymi, przez cały okres rozliczeniowy. W przypadku wykonania w danym okresie rozliczeniowym świadczeń o większej wartości niż w okresie poprzedzającym, taki wzrost aktywności ma wpływ na wysokość ryczałtu ustalonego na kolejny okres rozliczeniowy.

Podkreślenia wymaga fakt, że proces ustalania ryczałtu dla danego szpitala ma charakter indywidualny i oparty jest na szczegółowym algorytmie, którego kluczowym elementem jest iloczyn liczby jednostek sprawozdawczych (rozliczeniowych), prognozowanej ceny jednostki oraz współczynników korygujących (jakościowych i strukturalnych). W tym miejscu zaznaczam, że różnice w wysokościach ryczałtów w poszczególnych podmiotach leczniczych wynikają przede wszystkim z:

- wysokości ryczałtu PSZ w roku obliczeniowym,
- poziomu realizacji świadczeń rozliczanych ryczałtem w danym roku obliczeniowym,
- ΔN – ogólnopolskiego współczynnika określającego możliwe do sfinansowania nadwykonania w danym podmiocie,
- QI – indywidualnego współczynnika jakościowego.

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach zakwalifikowany do II poziomu zabezpieczenia, otrzymał ryczałt PSZ na rok 2026 w wysokości o 998 607,00 zł wyższy od prowizorium. W przypadku tego podmiotu wykonanie ryczałtu PSZ w roku ubiegłym wyniosło 106,06%, co uwzględnione zostało w wyliczeniach, zgodnie z zasadami opisanymi w przepisach prawa, poprzez zwiększenie wartości ryczałtu o ogólnokrajowy wskaźnik nadwykonań ΔN (0,0545) oraz na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2026 r.

Odnosząc się do pytania nr 5, 6 i 7 należy podkreślić, iż na podstawie art. 52 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2026 poz. 156), szpitale publiczne funkcjonujące w formie prawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), pokrywają z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i regulują zobowiązania oraz na mocy art. 54 ust. 1 ww. ustawy gospodarują posiadanym mieniem. Wobec powyższego, z uwagi, iż spzoz jest jednostką samodzielnie gospodarującą, to w przypadku niekorzystnej sytuacji finansowej, zasadnym jest podjęcie przez kierownika tegoż podmiotu leczniczego, który odpowiada za zarządzanie tym zakładem, niezbędnych działań mających na celu optymalizację i racjonalizację ponoszonych kosztów, zwłaszcza w przypadku szpitali, których zobowiązania systematycznie rosną zaś niezbilansowanie w zakresie ponoszonych kosztów i uzyskiwanych przychodów utrzymuje się nieprzerwanie od wielu lat. Wyjątkiem od zasady samofinansowania się spzoz jest możliwość pokrycia straty netto przez podmiot tworzący, o której mowa w art. 59 ust. 2 ww. ustawy.

Podnieść również należy, iż zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą zostały określone w dziale V (art. 114 -117a) ww. ustawy. Katalog celów, na które podmiot prowadzący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne określa art. 114 ust. 1 pkt 1-7 ww. ustawy. Jednocześnie określony w przepisach wskazanej wyżej ustawy katalog źródeł finansowania nie przewiduje obecnie możliwości udzielenia pomocy finansowej dla ww. podmiotu leczniczego przez Ministra Zdrowia, w celu oddłużenia lub pokrycia kosztów bieżącego funkcjonowania szpitala w Kozienicach.

Ponadto, uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia ogłosił 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 ze środków Funduszu Medycznego. Jednym z kryteriów formalnych konkursu jest przeprowadzenie analiz uzasadniających proces konsolidacji. We wniosku o dofinansowanie przedstawia się analizę stanu podmiotu/ów szpitalnego/ych, m.in. w obszarze sytuacji finansowej, w tym analizy ponoszonych kosztów, posiadanych zobowiązań oraz płynności finansowej (za ostatnie 2 lata obrotowe przed konsolidacją, za które sporządzono sprawozdania finansowe oraz na podstawie dostępnych aktualnych danych finansowych przed konsolidacją), oraz przeprowadzenia oceny wpływu konsolidacji na pacjentów, tj. zapewnienie odpowiedniej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Budżet konkursu wynosi ponad 1 mld zł. Nabór trwa od 1 lipca do 30 października 2026 r. Maksymalna dopuszczalna kwota dotacji celowej przeznaczonej na dofinansowanie jednego wniosku wynosi w przypadku wniosków dotyczących wsparcia konsolidacji wewnątrzpodmiotowej - 20 mln zł, a w przypadku wniosków dotyczących wsparcia konsolidacji międzypodmiotowej - 70 mln zł. Dofinansowanie inwestycji ze środków Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wynosi maksymalnie 100% wartości kosztorysowej inwestycji. Wsparcie w ramach ww. konkursu ma na celu przede wszystkim:

- zwiększenie dostępności do świadczeń i poprawa jakości opieki zdrowotnej,
- wzmocnienie roli szpitali powiatowych i znaczenia lokalnego systemu ochrony zdrowia,
- konsolidacje o dużej skali i znaczeniu systemowym,
- racjonalizację struktury (łączenie jednostek, ograniczenie dublowania, lepsze wykorzystanie infrastruktury),
- poprawę efektywności finansowej (niższe koszty, lepsza płynność, korzystniejsza relacja zadłużenia do przychodów).

W ramach środków Funduszu Medycznego możliwe jest wyłącznie wsparcie infrastruktury podmiotów leczniczych (prace budowlane, sprzęt medyczny, wyposażenie).

Odnosząc się do pytania nr 8 uprzejmie informuję, iż aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają przygotowania organizacyjne i prawne umożliwiające wdrożenie działań zaplanowanych w ramach nowego subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa (wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego). Ramy wsparcia, które zostały określone w ustawie o Funduszu Medycznym muszą zostać dookreślone rzeczowo i finansowo w programie inwestycyjnym, dokumencie wdrożeniowym uchwalonym przez Radę Ministrów. Celem programu inwestycyjnego będzie wsparcie podmiotów leczniczych w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na potrzeby obronności i bezpieczeństwa państwa w sytuacjach kryzysowych, w szczególności w przypadku wystąpienia stanu wojennego, stanu wyjątkowego albo stanu wojny. Dotacja przyznawana będzie dla podmiotów wyłonionych w drodze konkursu – analogicznie jak w przypadku pozostałych subfunduszy inwestycyjnych wyodrębnionych z Funduszu Medycznego. Natomiast warunki przystąpienia do konkursów z Funduszu Medycznego oraz kryteria oceny wniosków są każdorazowo określone w dokumentacji konkursowej publikowanej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

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