



Minister Zdrowia

DLF.050.64.2026.KK
Warszawa, 20 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 18050 Pana Jarosława Krajewskiego, Pośła na Sejm RP, z dnia 2 lipca 2026 r. *w sprawie pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali powiatowych oraz działań rządu dotyczących finansowania, restrukturyzacji i dostępności świadczeń zdrowotnych*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Na wstępie należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia na bieżąco, z częstotliwością kwartalną, monitoruje sytuację finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), w tym jedne z najistotniejszych wielkości ekonomiczno-finansowych ją charakteryzujących, czyli wartości zobowiązań ogółem oraz zawartych w nich zobowiązań wymagalnych, czyli takich, które nie zostały zapłacone, mimo że termin ich płatności upłynął, których istnienie wskazuje na wystąpienie trudności w zakresie płynności finansowej.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2025 r. zobowiązania ogółem szpitali funkcjonujących w formie spzoz prowadzonych przez powiaty i miasta na prawach powiatu wynosiły 9,6 mld zł, w tym zobowiązania wymagalne stanowiły 1,6 mld zł i były udziałem 136 jednostek, natomiast według stanu na dzień 31 marca 2026 r., a więc według najbardziej aktualnych danych będących w posiadaniu Ministerstwa Zdrowia, zobowiązania ogółem szpitali powiatowych wyniosły 10,3 mld zł, w tym zobowiązania wymagalne stanowiły 1,9 mld zł i dotyczyły 142 placówek. Z kolei łączny wynik finansowy netto szpitali powiatowych za 2025 r. wyniósł -1,1 mld zł, natomiast łączny wynik ze sprzedaży tych jednostek za 2025 r. to -1,6 mld zł.

W odniesieniu do działań podejmowanych w celu weryfikacji wyceny pragnę zaznaczyć, że systematycznie odbywa się aktualizacja wycen świadczeń gwarantowanych na podstawie planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na dany rok, obejmując konkretne obszary świadczeń. W pracach analitycznych nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględnia się wiele czynników m.in. wzrost kosztów pracy, w tym dane dotyczące wysokości wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji wycenianego świadczenia, inflację i inne zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1352), dalej „ustawa o wynagrodzeniach”, wprowadziła zmianę w ustawie o świadczeniach, poprzez dodanie art. 31ha, określającego mechanizm dotyczący przygotowywania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, rekomendacji Prezesa AOTMiT w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń.

AOTMiT w ramach prac związanych z przygotowaniem ww. raportu monitoruje i analizuje sytuację finansową podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym w szczególności szpitali z uwzględnieniem ich kategorii i poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednym z działań w tym zakresie są prowadzone przez AOTMiT analizy danych sprawozdawanych w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo-ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii.

Analizie podlegają również cyklicznie gromadzone informacje o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do wprowadzonego mechanizmu finansowania ryczałtowego należy wskazać, że wartość ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) na każdy okres rozliczeniowy jest ustalana zgodnie z postanowieniami

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Aktualna wycena poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w formie ryczałtu PSZ określona jest w odpowiednich zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia przy tym wymaga, że ryczałt systemu zabezpieczenia został wprowadzony jako elastyczna forma finansowania świadczeń szpitalnych, obejmująca co do zasady, koszty świadczeń udzielanych zarówno w trybie planowym jak i w stanach nagłych i umożliwiającą świadczeniodawcy swobodne przesuwanie środków z kontraktu pomiędzy zakresami świadczeń.

Jednocześnie należy wskazać na liczne działania podejmowane w ostatnim okresie w celu poprawy sytuacji finansowej szpitali działających w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w wyniku których m.in. następował wzrost ceny za punkt w ryczałcie PSZ (od 01.07.2026 r. wyniesie 2,04 zł.).

Odnosząc się do kwestii związanej ze skutkami finansowymi dla świadczeniodawców, w tym dla szpitali powiatowych, związanymi z ustawowym mechanizmem wzrostu minimalnych wynagrodzeń w latach 2025-2027 informuję, że przyjęcie do realizacji wariantu nr 3 rekomendacji nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z szacunkami AOTMiT, wiązało się ze wzrostem wydatków NFZ o 16,9 mld zł. w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie rekomendacji. Co istotne, wariant ten uwzględniał m.in. zmianę współczynników korygujących dla szpitali zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego poziomu sieci PSZ.

Natomiast w dniu 1 lipca 2026 r. Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji wariant nr 1 rekomendacji nr 84/2026 z dnia 9 czerwca 2026 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, którego przyjęcie będzie się wiązać ze wzrostem wydatków płatnika o 9,25 mld zł w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie rekomendacji.

Co istotne, oprócz środków na zapewnienie wzrostu minimalnych płac w ochronie zdrowia dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, tegoroczna rekomendacja uwzględnia m.in. nowe taryfy świadczeń. Łącznie szacowany skutek wyniesie ponad 1,2 mld zł rocznie po zmianie wycen, z czego blisko 600 mln zł dotyczy szpitali powiatowych.

Odnosząc się do kwestii związanej z finansowaniem nadwykonań pragnę poinformować, że Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do finansowania świadczeń 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.

Należy również wskazać, że wykonania z grupy świadczeń tzw. nielimitowanych oddziały wojewódzkie NFZ finansują w pierwszej kolejności. Podmiot, zawierając umowę z NFZ, akceptuje jej warunki w całości, w tym w szczególności zasady finansowania oraz obowiązujące wyceny świadczeń.

Niezależnie od powyższego, biorąc pod uwagę stan finansów Narodowego Funduszu Zdrowia, będący w dużej mierze skutkiem decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r. oraz fakt, iż NFZ co roku mierzy się z rosnącymi wydatkami m.in. na świadczenia nielimitowane, których skalę trudno jest precyzyjnie oszacować, planując budżet na dany rok, aktualnie podejmowane są prace mające na celu wdrożenie działań umożliwiających kontrolę wydatków publicznych i ograniczenie ryzyka niekontrolowanego wzrostu kosztów, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i stabilności finansowej podmiotów leczniczych.

Kwestia poprawy sytuacji finansowej w ochronie zdrowia jest szeroko dyskutowana oraz analizowana na wszystkich poziomach, zarówno w ramach rozmów z Ministrem Finansów i Gospodarki, przy stałej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jak i w ramach wspólnego dialogu, w tym m.in. w ramach prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Osiągnięcie powyższego celu, jakim jest poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, niewątpliwie wpłynie na poszerzenie możliwości finansowania świadczeń, w tym udzielanych w szpitalach powiatowych.

W odniesieniu do kwestii wprowadzanych zmian w mechanizmie finansowania nadwykonań należy poinformować, że nowe regulacje wprowadzone w bieżącym roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia poprzedzone były analizami dynamiki wzrostu kosztów świadczeń. Zgodnie z danymi NFZ za świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, NFZ płaci ponad trzy razy więcej niż w 2018 r. W tym czasie z leczenia na tym poziomie opieki skorzystało zaledwie ok. 3% więcej pacjentów. Zmiany są również efektem analizy wpływu mechanizmu finansowania świadczeń ponadlimitowych na przewidywalność wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, ograniczonej poziomem środków określonych w planie finansowym NFZ.

Podobnie jak w przypadku podobnych zmian, także w tym wypadku NFZ będzie monitorował realizację świadczeń, po to, aby ocenić ich rezultat.

Jednocześnie informuję, że 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.

W odniesieniu do mechanizmów nadzoru nad ciągłością udzielania świadczeń pragnę zauważyć, że zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy również w szczególności:

- monitorowanie oraz ocena jakości i dostępności, a także analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.

Natomiast, zgodnie z art. 163 ust. 1. wskazanej ustawy, Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości.

Minister Zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych, w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmującą:

- 1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego;
- 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.

Minister Zdrowia, w celu realizacji zadań, o których mowa powyżej, współpracuje z wojewodami w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa. Minister Zdrowia opracowuje, ustala, monitoruje i aktualizuje

krajowy plan transformacji, zwany dalej "krajowym planem", uwzględniający rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Wojewoda ustala dla obszaru województwa wojewódzki plan transformacji, zwany dalej "wojewódzkim planem", uwzględniający krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia sporządza projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy plan i wojewódzki plan. Projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok Prezes Funduszu przekazuje radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu w celu zaopiniowania, w szczególności w zakresie zgodności z krajowym planem i wojewódzkim planem.

W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, wojewódzki plan transformacji oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Prezes Funduszu zatwierdza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

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.

Jednocześnie informuję, że kwestie związane z ewentualnymi zmianami w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych są przedmiotem prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, z udziałem przedstawicieli reprezentatywnych organizacji pracodawców oraz reprezentatywnych związków zawodowych. Wynika to z ustaleń z parterami społecznymi, że kwestie zmian w regulacjach dotyczących systemowego kształtowania wynagrodzeń w ochronie zdrowia będą w pierwszej kolejności omawiane właśnie na forum Trójstronnego Zespołu.

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