



DLU.050.40.2026.ŁR
Warszawa, 06 października 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 19688 Pana Posła Marka Krzakała w sprawie sytuacji finansowej i organizacyjnej szpitali powiatowych oraz konieczności zmian w systemie finansowania świadczeń szpitalnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień stanowiących odpowiedź na pytania postawione przez Pana Posła.

Ad. 1. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje pilną, kompleksową weryfikację wycen świadczeń szpitalnych w oparciu o rzeczywiste koszty ich wykonywania?

Poniżej przekazuję zestawienie obszarów, które Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) planuje taryfikować jeszcze w 2026 roku. Tabela przedstawia planowany termin publikacji raportu taryfikacyjnego dla każdego obszaru oraz aktualną liczbę taryf. Liczba ta może ulec zmianie – na potrzeby ewidencji przyjęto obecny wykaz produktów rozliczeniowych.

Obszar	Planowany termin publikacji raportu	Liczba taryf
Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, Część I: systemy robotyczne	Wrzesień 2026 r.	3
Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, Część II: endoprotezoplastyka	Październik 2026 r.	13
Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, Część III: implanty słuchowe	Październik 2026 r.	7
Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmujące choroby układu krążenia (sekcja E JGP)	Listopad 2026 r.	53
Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmujące choroby narządu wzroku (sekcja B JGP)	Listopad 2026 r.	30
Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmujące choroby naczyń (sekcja Q JGP)	Listopad 2026 r.	29
	Razem	135

Ad. 2. Czy zostanie wprowadzony mechanizm gwarantujący pełne i terminowe finansowanie świadczeń faktycznie wykonanych na rzecz pacjentów, niezależnie od momentu wykorzystania wartości kontraktu?

Ad. 3. Jakie działania Ministerstwo zamierza podjąć, aby odejść od mechanizmów zmuszających szpitale do wielomiesięcznego kredytowania świadczeń wykonanych ponad kontrakt?

W pierwszej kolejności należy wskazać, że 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 Trójkątnego 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.

Jednocześnie należy 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.

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;

natomiast obecnie zaplanowane środki na ten cel w 2026 r. wynoszą 33,6 mld zł, a 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.

Ponadto należy wskazać, że w projekcie ustawy budżetowej na 2027 r. na dotację podmiotową dla NFZ zaplanowano środki na poziomie 41,5 mld zł.

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.

Odnosząc się do kwestii zapłaty za nadwykonania, należy wskazać, że 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.

Jednocześnie pragnę zapewnić, że w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą na bieżąco działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wnioski 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.

Ad. 4. Czy Ministerstwo planuje stworzenie odrębnego mechanizmu finansowania całodobowej gotowości szpitali powiatowych, niezależnego od liczby wykonanych procedur?

Ministerstwo Zdrowia aktualnie nie planuje wprowadzenia odrębnego mechanizmu finansowania całodobowej gotowości szpitali powiatowych niezależnego od liczby realizowanych świadczeń. Obecnie funkcjonujący mechanizm finansowania w formie ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) zapewnia stabilność finansowania podmiotów leczniczych, przy jednoczesnym zachowaniu bodźców motywujących do utrzymania odpowiedniego poziomu i wolumenu udzielanych świadczeń.

Ad. 5. Czy przed wprowadzeniem lub zmianą regulacji dotyczących zatrudniania i wynagradzania lekarzy specjalistów przeprowadzana jest analiza ich wpływu na dostępność kadry w szpitalach powiatowych?

W procesie przygotowywania projektowanych regulacji analizowane są zgłaszane przez interesariuszy uwagi dotyczące ich potencjalnego wpływu na dostępność kadr medycznych oraz realizację świadczeń zdrowotnych, w tym w szpitalach powiatowych. Kwestie te były przedmiotem konsultacji publicznych, w ramach których zgłaszano m.in. zastrzeżenia dotyczące wpływu limitów czasu pracy i wynagrodzeń na dostępność lekarzy specjalistów oraz ciągłość udzielania świadczeń.

Ministerstwo Zdrowia wskazuje jednocześnie, że proponowane rozwiązania w zakresie zasad zatrudniania i wymiaru czasu pracy pracowników medycznych są uzasadnione nadrzędnym interesem publicznym, polegającym na zapewnieniu właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także bezpieczeństwa pacjentów. Ponadto część zgłoszonych uwag została uwzględniona poprzez wprowadzenie rozwiązań ograniczających ryzyko negatywnego wpływu regulacji na dostępność świadczeń w określonych obszarach systemu ochrony zdrowia.

Ad. 6. Czy Ministerstwo zamierza wprowadzić zasadę, zgodnie z którą decyzje o likwidacji lub ograniczeniu działalności oddziału będą poprzedzone analizą odległości do innych placówek, czasu transportu pacjentów, dostępności ZRM oraz możliwości przejęcia pacjentów przez sąsiednie szpitale?

Zapewnienie odpowiedniej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów stanowi jeden z podstawowych celów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz istotne kryterium przy podejmowaniu decyzji dotyczących zmian w zakresie działalności podmiotów leczniczych. Jednocześnie obowiązujące i projektowane rozwiązania przewidują mechanizmy zapewniające ocenę wpływu takich zmian na dostępność świadczeń zdrowotnych na danym obszarze.

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. 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.

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 konsekwencji proponowane rozwiązania zakładają, że zgoda na ograniczenie zakresu działalności szpitala może zostać wydana wyłącznie w sytuacji, gdy zmiana nie będzie skutkowałą pogorszeniem dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. NFZ, dokonując oceny wniosku, bierze pod uwagę potrzeby zdrowotne populacji oraz możliwość zapewnienia ciągłości i dostępności opieki zdrowotnej na danym obszarze.

Ad. 7. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje przygotowanie rzeczywistej mapy bezpieczeństwa zdrowotnego regionów, pokazującej konsekwencje likwidacji lub ograniczenia działalności konkretnych szpitali i oddziałów?

Ministerstwo Zdrowia opracowało schemat zabezpieczenia opieki szpitalnej, który stanowi element mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ), udostępnianej na stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego (platforma BASiW).

Prace nad MPZ w części dotyczącej ww. schematu zostały wskazane w Krajowym Planie Transformacji na lata 2027–2031 jako jedno z działań horyzontalnych, a zatem działań stanowiących strategiczne zaplecze dla kształtowania, wzmacniania i reformowania systemu ochrony zdrowia. Prace obejmowały świadczenia realizowane w różnych obszarach opieki szpitalnej.

W ramach prac nad schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej przeprowadzono szereg analiz, w tym w 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 formułowanie rekomendacji mogących stanowić podstawę decyzji dotyczących przyszłej organizacji udzielania świadczeń szpitalnych.

Dzięki przeprowadzonym analizom rozwiązania projektowane w skali całego systemu ochrony zdrowia będą mogły wspierać bardziej nowoczesną, lepiej zorganizowaną i stabilną organizację udzielania świadczeń przez podmioty lecznicze. To z kolei powinno przełożyć się na realną korzyść dla pacjentów, w postaci zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości.

Warto również podkreślić, że schemat zabezpieczenia opieki szpitalnej ma charakter analityczny. Jego celem jest identyfikacja i ocena zakresów świadczeń realizowanych przez poszczególne podmioty lecznicze, na podstawie danych sprawozdawczych oraz przyjętych kryteriów. Schemat nie stanowi decyzji dotyczącej funkcjonowania podmiotu leczniczego lub jego oddziałów ani nie przesądza o dalszej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Jest narzędziem wspierającym procesy planistyczne i decyzyjne, które może być wykorzystywane przez różne instytucje odpowiedzialne za organizację systemu ochrony zdrowia, w tym przez organy tworzące. Decyzje dotyczące funkcjonowania poszczególnych oddziałów oraz kierunków rozwoju podmiotów leczniczych pozostają w kompetencjach właściwych podmiotów odpowiedzialnych za ich prowadzenie

i zarządzanie, z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa, potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz uwarunkowań lokalnych.

Ad. 8. Czy Ministerstwo planuje stworzenie wieloletniego, stabilnego modelu finansowania szpitali powiatowych, umożliwiającego planowanie działalności w perspektywie kilku lat, a nie wyłącznie kolejnego okresu kontraktowego?

Obowiązujący model oparty na ryczałcie PSZ stanowi stabilny i przewidywalny mechanizm finansowania, zapewniający świadczeniodawcom możliwość planowania działalności w dłuższej perspektywie, przy jednoczesnym zachowaniu bodźców do utrzymywania odpowiedniego poziomu realizacji świadczeń. Rozwiązanie to pozwala łączyć stabilność finansową podmiotów leczniczych z elastycznością w dostosowywaniu zakresu udzielanych świadczeń do potrzeb zdrowotnych pacjentów. W odniesieniu do kwestii planowania działalności leczniczej w perspektywie kilku lat istotne znaczenie ma opracowany schemat zabezpieczenia opieki szpitalnej o którym mowa w pkt. 7.

Ad. 9. Ile szpitali powiatowych w Polsce znajduje się obecnie w sytuacji, w której wykonywanie części świadczeń poniżej ich rzeczywistego kosztu pogarsza wynik finansowy placówki?

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Publicznych z dnia 27 sierpnia 2023 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na bieżąco dokonuje analiz związanych z poziomem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Taryfikacja świadczeń jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji Agencji sporządzanego na dany rok kalendarzowy.

Podstawowym celem procesu taryfikacji jest ustalenie taryfy dla świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przede wszystkim poprzez uzyskanie wiedzy o rzeczywistych kosztach ponoszonych w związku z realizacją tych świadczeń oraz o wzajemnych relacjach poziomu kosztów pomiędzy poszczególnymi świadczeniami. Cel ten jest realizowany przy założeniu, że taryfikacja ma służyć równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewnieniu możliwie najlepszej dostępności do świadczeń gwarantowanych oraz gospodarności w zakresie wydawania środków publicznych. Świadczenia do Planu Taryfikacji wybierane są w oparciu o analizę czynników takich jak: poziom realizacji, istotność wydatków w budżecie płatnika, istotność z punktu widzenia zdrowia publicznego, liczba osób oczekujących oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, z uwzględnieniem głosów środowiska oraz priorytetów polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia. Wskazane jest, aby analizie poddawane były całe obszary (dziedziny) świadczeń.

Należy podkreślić, że wyceny świadczeń opracowywane są na podstawie rzeczywistych danych finansowo-księgowych, a także danych medyczno-kosztowych przekazywanych przez podmioty lecznicze. Oznacza to, że analiza nie ogranicza się wyłącznie do zagregowanych informacji księgowych, lecz uwzględnia również dane odnoszące się do struktury udzielanych świadczeń, przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz faktycznego zużycia zasobów medycznych. W kalkulacjach brana jest pod uwagę pełna struktura kosztów – zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich – obejmujących w szczególności koszty wynagrodzeń personelu medycznego i niemedycznego, koszty osobodnia opieki, koszty materiałów medycznych, leków i wyrobów medycznych, a także koszty utrzymania i wykorzystania infrastruktury diagnostycznej oraz zabiegowej. Analizy oparte są na możliwie najnowszych dostępnych danych, ze szczególnym uwzględnieniem zmian w poziomie wynagrodzeń personelu medycznego oraz dynamiki wzrostu pozostałych kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych. Dane historyczne podlegają waloryzacji przy zastosowaniu adekwatnych wskaźników wzrostu kosztów, co pozwala na ograniczenie ryzyka niedoszacowania taryf w warunkach zmieniających się uwarunkowań makroekonomicznych.

Proces analityczny prowadzony jest z zastosowaniem metod statystycznych zapewniających wysoką jakość i porównywalność danych. Obejmuje on identyfikację oraz eliminację wartości skrajnych, analizę rozkładu kosztów w różnych typach podmiotów leczniczych, a także ocenę struktury kosztów w zależności od zakresu i intensywności realizowanych świadczeń. Celem tych działań jest uzyskanie możliwie najbardziej reprezentatywnej podstawy do określenia poziomu taryfy.

Uzupełnieniem analiz kosztowych jest komponent ekspercki. Projekty taryf i wycen podlegają konsultacjom z przedstawicielami środowisk medycznych, w szczególności z właściwymi konsultantami krajowymi oraz ekspertami przez nich wskazanymi. Pozwala to na uwzględnienie aktualnej praktyki klinicznej, zmian w standardach postępowania, wdrażania nowych metod leczenia, a także identyfikację obszarów, w których dane historyczne mogą nie w pełni odzwierciedlać rzeczywiste nakłady konieczne do udzielania świadczeń na właściwym poziomie jakości.

Należy również zaznaczyć, że nawet przy zastosowaniu jednolitej metodologii oraz oparciu wycen na rzeczywistych danych finansowo-księgowych i medyczno-kosztowych, możliwe jest występowanie zróżnicowania rentowności świadczeń na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych. Zróżnicowanie to może wynikać z lokalnych uwarunkowań organizacyjnych, przyjętego modelu zatrudnienia, struktury kosztów stałych, stopnia wykorzystania infrastruktury czy sposobu zarządzania jednostką. Tym samym poziom taryfy, ustalany na podstawie danych reprezentatywnej próby świadczeniodawców, nie może być utożsamiany z indywidualnym wynikiem finansowym każdego podmiotu realizującego dane świadczenie.

Uwzględniając zakres prac AOTMiT nad weryfikacją poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, należy zauważyć, że Minister Zdrowia w uzasadnionych przypadkach na bieżąco reaguje na wnioski zgłaszane przez organizacje pracodawców czy podmioty lecznicze, celem wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności w wycenach świadczeń i ich ponownej weryfikacji oraz ewentualnej zmiany przez AOTMiT, chociażby w oparciu o nowe schematy leczenia, jeśli wynika to z przedstawionych przesłanek.

Dodatkowo należy wskazać, że obecnie procedowana jest zmiana ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewidująca przyznanie AOTMiT uprawnienia do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045). Celem projektowanej zmiany jest zapewnienie jednolitego i prawidłowego stosowania standardu rachunku kosztów, który stanowi podstawowe narzędzie pozyskiwania wiarygodnych danych o kosztach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Prawidłowo prowadzony rachunek kosztów zapewnia wiarygodne informacje niezbędne do prowadzenia procesu taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, co przekłada się na większą adekwatność ich finansowania i bardziej efektywne gospodarowanie środkami publicznymi. Projekt przewiduje również możliwość zastosowania, w przypadkach stwierdzenia rażących naruszeń zasad prowadzenia rachunku kosztów, sankcji w postaci kary umownej nakładanej na świadczeniodawcę przez Prezesa NFZ.

Ad. 10. W jaki sposób Ministerstwo planuje rozwiązać problem finansowania szpitali w zakresie utrzymywania gotowości do udzielania świadczeń, a nie tylko płacenia za faktycznie wykonane procedury?

W związku z szeroko prowadzonymi działaniami ukierunkowanymi na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym zapewnienie adekwatnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzone są analizy obejmujące również kwestie związane z finansowaniem gotowości podmiotów leczniczych do udzielania świadczeń. Wyniki prowadzonych analiz będą stanowiły podstawę do oceny zasadności i możliwości wprowadzenia ewentualnych zmian w tym zakresie.

Ad. 11. W jaki sposób będzie modyfikowana sieć szpitali i czy Ministerstwo będzie analizować łączny koszt systemowy likwidacji danego oddziału, w tym dodatkowe koszty transportu medycznego, funkcjonowania sąsiednich SOR-ów oraz zwiększonego obciążenia innych szpitali?

Modyfikacja struktury świadczeń realizowanych przez szpitale nie będzie następowała w sposób automatyczny. Wprowadzone rozwiązania opierają się na dobrowolnych działaniach podejmowanych przez świadczeniodawców, przy jednoczesnym zachowaniu mechanizmów zapewniających ocenę wpływu planowanych zmian na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej wprowadzono rozwiązania umożliwiające świadczeniodawcom PSZ rezygnację z realizacji określonego profilu szpitalnego bez negatywnych konsekwencji z punktu widzenia pozostawania szpitala w PSZ. Każdorazowo taka zmiana wymaga jednak zgody Prezesa NFZ. Rozpatrując wniosek świadczeniodawcy, Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest kierować się potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem mapy potrzeb zdrowotnych oraz planów transformacji.

Rozwiązanie to ma na celu dostosowanie struktury organizacyjnej szpitali do aktualnych i prognozowanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców, ograniczenie dublowania się oddziałów o tym samym profilu w danym regionie oraz rozwój innych form udzielania świadczeń, takich jak hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia czy opieka długoterminowa. Jednocześnie przewidziano mechanizmy finansowe wspierające proces restrukturyzacji, polegające m.in. na zachowaniu przez świadczeniodawcę części finansowania przypisanego do profilu objętego zmianą.

W konsekwencji decyzje dotyczące zmian w zakresie działalności szpitali będą podejmowane z uwzględnieniem wpływu tych zmian na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz dostępność świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze.

Ad. 12. Jakie konkretne działania Ministerstwo Zdrowia zamierza podjąć w 2026 i 2027 roku, aby zapewnić stabilne funkcjonowanie szpitali powiatowych i bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców powiatów?

W pierwszej kolejności należy zauważyć, iż zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą zostały określone w dziale V (art. 114 - 117a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2026 poz. 156, z późn. zm.). 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 w celu oddłużenia szpitali lub pokrycia kosztów ich bieżącego funkcjonowania.

Ponadto uprzejmie informuję, iż niebagatelny wpływ na zapewnienie równowagi finansowej szpitali mają uzyskiwane przez te podmioty przychody z tytułu realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (NFZ), umożliwiające pokrywanie ponoszonych przez szpitale kosztów, w związku z prowadzoną przez te podmioty działalnością statutową.

Jednocześnie, wskazania wymaga, że poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych oraz zwiększenie stabilności w zakresie funkcjonowania szpitali powiatowych można uzyskać poprzez realizację skutecznych i efektywnych programów naprawczych.

Należy uzupełnić, iż Ministerstwo Zdrowia planuje w latach 2026–2027 szereg działań mających wzmocnić stabilność szpitali powiatowych oraz zwiększyć bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców powiatów. Najważniejsze z nich to:

1. Modernizacja i wsparcie szpitali powiatowych

Uruchomienie programu „Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent”, obejmującego wsparcie dla procesów konsolidacji i przekształceń podmiotów leczniczych. Finansowanie modernizacji infrastruktury, zakupu sprzętu medycznego oraz rozbudowy placówek. Na ten cel przewidziano 1,048 mld zł z Subfunduszu Modernizacji Podmiotów Leczniczych Funduszu Medycznego. Działanie będzie realizowane w latach 2026–2029.

2. Utworzenie powiatowych centrów zdrowia

W powiatach pozbawionych szpitali mają powstać powiatowe centra zdrowia. Zapewnią one dostęp do: podstawowych świadczeń chirurgicznych, konsultacji internistycznych, kilkugodzinnej obserwacji medycznej, świadczeń ginekologicznych, doraźnej pomocy pediatrycznej.

3. Lepsze planowanie sieci szpitali

Ministerstwo Zdrowia przygotowało mapę potrzeb zdrowotnych w leczeniu szpitalnym. Powstanie narzędzie informatyczne wspierające decyzje dotyczące: rozmieszczenia oddziałów, inwestycji, kontraktowania świadczeń, kształtowania kadr. Analizy mają wskazać obszary wymagające wsparcia oraz działania konsolidacyjne.

4. Wzmocnienie ratownictwa medycznego i SOR

Dostosowanie liczby zespołów ratownictwa medycznego do rzeczywistych potrzeb mieszkańców. Skrócenie czasu dojazdu karetek. Optymalizacja liczby SOR, tak aby jeden oddział zabezpieczał maksymalnie 200 tys. mieszkańców i był osiągalny przez karetkę w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Działania będą realizowane od 2026 r.

5. Odciążenie szpitali poprzez rozwój opieki ambulatoryjnej i koordynowanej

Przenoszenie części diagnostyki i leczenia ze szpitali do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rozszerzenie opieki koordynowanej w POZ. Rozwój modelu „odwróconej piramidy świadczeń”, który ma ograniczyć niepotrzebne hospitalizacje i skrócić kolejki.

6. Cyfryzacja i monitoring potencjału szpitali

Do 2027 r. wdrożony zostanie system EPS (Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy). System będzie gromadził dane o: liczbie wolnych i zajętych łóżek, dostępności personelu, sprzęcie medycznym, infrastrukturze szpitali. Ma to poprawić zarządzanie zasobami i reagowanie w sytuacjach kryzysowych.

7. Budowanie bezpieczeństwa zdrowotnego w regionach

Realizacja projektu „Podstawowe Regiony Zabezpieczenia”, którego celem jest określenie obszarów zabezpieczenia zdrowotnego oraz monitorowanie dostępności świadczeń. Projekt ma dostarczać danych do podejmowania decyzji dotyczących rozmieszczenia zasobów ochrony zdrowia, w tym szpitali powiatowych.

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