



Minister
Zdrowia

DLF.050.106.2026.DP
Warszawa, 06 października 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 19809 z 16 września 2026 r. Pana Tadeusza Tomaszewskiego, Posła na Sejm RP, w sprawie sytuacji finansowej szpitali powiatowych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

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

Pomimo nieustannie podejmowanych ww. 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.

Wobec powyższego w Ministerstwie Zdrowia przyjęto pakiet zmian legislacyjnych, którego celem jest zwiększenie przejrzystości funkcjonowania systemu, lepsze wykorzystanie środków publicznych, stabilizacja finansowania placówek oraz poprawa dostępności świadczeń dla pacjentów.

Pakiet zmian obejmuje rozwiązania ustawowe, jak i rozporządzenia dotyczące organizacji pracy, monitorowania kolejek, zarządzania kadrami czy rozwoju narzędzi cyfrowych.

W skład pakietu wchodzi:

- I. **projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD439)** - wprowadza nowe zasady zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego, rozszerza uprawnienia kontrolne NFZ oraz zmienia zasady taryfikacji świadczeń i prawa pacjenta;
- II. **projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej (UD434)** - zwiększa przejrzystość konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych poprzez obowiązek publikowania informacji o ofertach i zawieranych umowach;
- III. **projekt ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (UD421)** - wydłuża obowiązywanie obecnego wykazu szpitali zakwalifikowanych do PSZ do 30 czerwca 2029 r.;
- IV. **projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia (MZ1831)** - określa zakres świadczeń realizowanych przez powiatowe centra zdrowia w powiatach o ograniczonym dostępie do szpitali;
- V. **rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. 2026 poz. 1113)** - rozszerza obowiązek prowadzenia elektronicznych harmonogramów przyjęć i monitorowania czasu oczekiwania na wybrane świadczenia szpitalne;
- VI. **rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2026 r. poz. 1137)** - wprowadza obowiązek przekazywania do NFZ godzinowych danych o obecności personelu medycznego realizującego świadczenia szpitalne.

Przejrzyste zasady wynagradzania i zatrudniania personelu medycznego

Jednym z najważniejszych elementów pakietu jest projekt ustawy wprowadzający nowe zasady zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego. Przyjęte przez Radę Ministrów rozwiązania przewidują maksymalną stawkę godzinową na poziomie 1/20 minimalnego

wynagrodzenia, co daje dziś 240 zł brutto, limit łącznego czasu pracy odpowiadający maksymalnie dwóm pełnym etatom oraz maksymalne miesięczne wynagrodzenie na poziomie 16-krotności płacy minimalnej. Minimalny wymiar zatrudnienia będzie wynosił połowę pełnego wymiaru czasu pracy.

Nowe przepisy zakazują zawierania umów za pośrednictwem spółek i spółdzielni lekarskich oraz zakazują ustalania wynagrodzenia jako procentu wartości wykonanych procedur. Celem zmian jest zwiększenie przejrzystości zasad wynagradzania, poprawa organizacji pracy oraz większa stabilność kadrowa podmiotów leczniczych.

Jawność postępowań konkursowych i większa transparentność wydatkowania środków publicznych

Każdego roku przeprowadzanych jest około 39 tys. konkursów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych oraz zawieranych około 37 tys. umów z medykami. Dlatego istotne było przyjęcie projektu ustawy zwiększającej jawność postępowań konkursowych prowadzonych przez podmioty lecznicze. Nowe przepisy zobowiążą placówki do publikowania informacji o złożonych ofertach, proponowanych warunkach finansowych oraz wynikach konkursów. Dane będą dostępne zarówno na stronach podmiotów leczniczych, jak i w centralnej aplikacji. Informacje będą publikowane również w sytuacji, gdy wyłoniono oferenta, ale ostatecznie nie doszło do zawarcia umowy.

Większą transparentnością zostaną objęte także umowy zawierane przez podmioty niebędące jednostkami sektora finansów publicznych, w tym ich warunki finansowe.

Stabilne finansowanie szpitali w okresie reformy

Istotnym elementem pakietu jest również przedłużenie obowiązywania sieci szpitali. Rozwiązanie zapewni placówkom stabilne warunki finansowania w okresie wdrażania reform. Szpitale otrzymają czas do 30 czerwca 2029 r. na przeprowadzenie zmian organizacyjnych, dostosowanie działalności do potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz wdrażanie nowych rozwiązań bez ryzyka utraty finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przyjęte przez Radę Ministrów rozwiązanie ma zwiększyć bezpieczeństwo finansowe placówek oraz zapewnić ciągłość udzielania świadczeń pacjentom.

Powiatowe Centra Zdrowia

Powiatowe Centra Zdrowia to rozwiązanie, które ma ułatwić dostęp do diagnostyki, konsultacji internistycznych oraz drobnych zabiegów chirurgicznych bliżej miejsca zamieszkania pacjentów. Centra uzupełnią sieć placówek medycznych, dzięki czemu zapewnią mieszkańcom powiatów oddalonych od szpitali dostęp do podstawowych świadczeń. Powiatowe Centra Zdrowia to ważny element systemowych zmian. Rozporządzenie zostało już podpisane przez Ministra Zdrowia.

Lepsza kontrola kolejek przez NFZ

Jednym z wdrożonych rozwiązań jest rozszerzenie elektronicznego monitorowania harmonogramów przyjęć. Dzięki temu Narodowy Fundusz Zdrowia uzyska aktualne dane o liczbie oczekujących i rzeczywistych czasach oczekiwania. Możliwe będzie identyfikowanie wielokrotnych zapisów tej samej osoby na to samo świadczenie. To wszystko umożliwi skuteczniejszą kontrolę list oczekujących. Od 1 października 2026 r. obowiązek prowadzenia list oczekujących w aplikacji AP KOLCE zostanie rozszerzony o 15 grup zabiegów szpitalnych. Od 1 stycznia 2027 r. placówki będą prowadzić odrębne harmonogramy dla kolejnych dziesięciu procedur leczenia szpitalnego.

Rzeczywiste grafiki pracy personelu

Placówki zostały zobowiązane do przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia, do 20. dnia każdego miesiąca, informacji o rzeczywistej obecności personelu medycznego, w tym dokładnych godzinach udzielania świadczeń. Rozwiązanie pozwoli lepiej monitorować wykorzystanie zasobów kadrowych, weryfikować realizację umów oraz zwiększyć nadzór nad wydatkowaniem środków publicznych. Rozporządzenie wejdzie w życie 1 listopada 2026 r.

Niezależnie od powyższego pragnę poinformować, że w odpowiedzi na narastające wyzwania finansowe i organizacyjne w systemie ochrony zdrowia Ministerstwo Zdrowia przygotowało oraz wdrożyło reformę szpitalnictwa, której istotnym elementem są mechanizmy wspierające restrukturyzację i konsolidację podmiotów leczniczych. Przyjęte rozwiązania mają służyć racjonalizacji wykorzystania zasobów kadrowych i infrastrukturalnych, poprawie efektywności udzielania świadczeń oraz zwiększeniu stabilności finansowej szpitali. Celem reformy jest stworzenie warunków do lepszego dostosowania struktury świadczeń do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

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. Reforma otworzyła dwie drogi prowadzące do konsolidacji świadczeń szpitalnych.

Pierwsza z nich polega na świadomym, opartym o mapy potrzeb zdrowotnych, wycofywaniu się części szpitali z określonych profili w ramach PSZ. W efekcie inne placówki przejmują większą odpowiedzialność za dane zakresy świadczeń, stopniowo zwiększając skalę swojej działalności.

Druga droga prowadzi przez procesy łączeniowe – konsolidację oddziałów i całych podmiotów, wspieraną nowymi rozwiązaniami zapisanymi w przepisach o działalności leczniczej.

A. Konsolidacja poprzez koncentrację profili świadczeń w PSZ

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.

Dodatkowym rozwiązaniem jest umożliwienie świadczeniodawcy, który otrzymał zgodę na rezygnację z profilu:

- zawarcia umowy na tożsamy zakres świadczeń wykonywany w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia,
- zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej (ZOL) - jeżeli jest to zgodne z zatwierdzonym programem naprawczym

- z pominięciem trybu konkursowego, na okres do końca okresu obowiązywania aktualnego wykazu szpitali PSZ.

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 ww. ustawie 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). W ramach wydanego przez Ministra Zdrowia rozporządzenia doprecyzowano zasady ustalania ryczałtu na kolejny okres, przewidując utrzymanie przez świadczeniodawcę części środków przypadających na likwidowany profil. Rozwiązania te mają stanowić zachętę

do restrukturyzacji działalności w ramach PSZ oraz lepszego dostosowania jej do lokalnych potrzeb zdrowotnych.

B. Integracja struktur szpitalnych poprzez procesy połączeniowe (konsolidacja oddziałów i podmiotów leczniczych)

W zmienionych przepisach ustawy o działalności leczniczej wprowadzono:

- możliwość tworzenia i prowadzenia SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego, jako podmioty tworzące, a także
- możliwość łączenia SPZOZ przy pozostawieniu wielości podmiotów tworzących, reprezentowanych przez radę podmiotów tworzących;

Zarówno pierwsze jak i drugie narzędzie będzie sprzyjać procesom łączenia podmiotów leczniczych, których elementem będzie konsolidacja oddziałów szpitalnych.

Ponadto jednym z priorytetów Ministra Zdrowia jest realizacja działania ***Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent***. W ramach projektu przewidziano instrumenty wsparcia na cele infrastrukturalne, doposażenie szpitali i zakup sprzętu medycznego dla konsolidujących się 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), która weszła w życie 31 marca 2026 r., określa zasady wsparcia konsolidacji podmiotów leczniczych. Ponadto **9 kwietnia 2026 r. ogłoszono 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. Celem konsolidacji szpitali jest realna poprawa działania systemu ochrony zdrowia z perspektywy pacjenta i personelu. Dzięki łączeniu potencjału placówek możliwe jest lepsze wykorzystanie kadry medycznej i infrastruktury, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia oraz zapewnienie pacjentom dostępu do leczenia o wyższej i bardziej stabilnej jakości. To nie jest cel sam w sobie, lecz narzędzie do wzmocnienia szpitali, podniesienia standardów leczenia i zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców.

W warunkach narastających problemów finansowych wielu podmiotów leczniczych konsolidacja daje konkretne efekty ekonomiczne: obniżenie kosztów, uporządkowanie zobowiązań i bardziej efektywne zarządzanie. W praktyce przekłada się to na większą stabilność finansową szpitali, a tym samym na ich zdolność do długofalowego i bezpiecznego funkcjonowania.

Obszar ten został uwzględniony w ramach budżetu Funduszu Medycznego i ujęty w alokacji środków na subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych. W ramach programu przewidziano kwotę wsparcia w wysokości **1,149 mld zł**. O dofinansowanie w ramach tego programu mogą ubiegać się podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych z których co najmniej jeden jest szpitalem zakwalifikowanym do PSZ.

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/