Minister
Zdrowia

ASG.050.225.2026.MGL
Warszawa, 05 listopada 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 20084 Poseł Marty Stożek w sprawie monitorowania czasowych przerw w działalności oddziałów internistycznych i rzeczywistego zabezpieczenia leczenia na przykładzie Częstochowy, uprzejmie informuję, co następuje.

Odpowiadając na pytanie 1, należy wskazać, że według danych przekazanych przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, obejmujących informacje pozyskane z oddziałów wojewódzkich NFZ, nie jest możliwe przedstawienie pełnych i porównywalnych danych za cały okres 2021–2026. Centrala NFZ wskazała, że ze względu na pracochłonność scalania danych oraz prowadzenie i archiwizowanie znacznej części dokumentacji źródłowej w oddziałach wojewódzkich NFZ w postaci papierowej przekazane zestawienie obejmuje zasadniczo okres od 2024 r. do września 2026 r.
Jak wynika z przedmiotowego zestawienia Funduszu 39 oddziałów chorób wewnętrznych czasowo zaprzestało działalności, a w odniesieniu do tych oddziałów zidentyfikowano 49 odrębnych zdarzeń czasowej przerwy[1]. Ponadto, Fundusz wykazał 6 oddziałów jako zamknięte[2], przy czym tylko w przypadku 2 oddziałów zamknięcie następowało bezpośrednio po nieprzerwanej sekwencji zawieszenia[3]. Sytuacja ta dotyczyła jednego oddziału w województwie pomorskim oraz jednego w województwie warmińsko - mazurskim.

Odpowiadając na pytanie 2, należy wskazać, że ocena rzeczywistego zabezpieczenia świadczeń podczas czasowej przerwy w działalności oddziału chorób wewnętrznych jest dokonywana przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia indywidualnie, z uwzględnieniem sytuacji danego świadczeniodawcy oraz dostępności świadczeń na obszarze zabezpieczenia. Obowiązujące przepisy nie określają jednolitego, ogólnopolskiego zestawu mierzalnych wskaźników ani progów liczbowych służących tej ocenie. Z informacji przekazanych przez Centralę NFZ wynika, że system oceny zabezpieczenia świadczeń nie opierają się na sztywnym schemacie, lecz na analizie każdej zgłoszonej przerwy przez właściwy oddział wojewódzki NFZ.

Zgodnie z § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2026 r., poz. 712), świadczeniodawca udzielający świadczeń rozliczanych ryczałtem lub ryczałtem systemu zabezpieczenia jest obowiązany powiadomić właściwy oddział

[1] Zdarzenie przerwy oznacza jeden ciągły okres czasowego zaprzestania działalności danego oddziału. Jeżeli między kolejnymi okresami występował co najmniej jeden dzień, w którym oddział nie był objęty przerwą, okresy te uznawano za odrębne zdarzenia.
[2] Przypadki, w których data zamknięcia następowała bezpośrednio po ostatnim dniu zawieszenia tego samego oddziału. Tylko takie przypadki można na podstawie dostępnych danych uznać za przerwy zakończone trwałym zaprzestaniem działalności
[3] Przedłużenie przerwy oznacza kolejny wpis dotyczący tego samego oddziału, jeżeli:
nowy okres rozpoczynał się w dniu następującym po dotychczasowej dacie zakończenia albo
daty kolejnych wpisów nakładały się na siebie.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

wojewódzki NFZ o planowanej przerwie co najmniej 30 dni przed jej rozpoczęciem, wskazując przewidywany okres przerwy oraz sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń. Planowana przerwa wymaga zgody dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. W przypadku przerwy spowodowanej zdarzeniem losowym świadczeniodawca jest natomiast obowiązany niezwłocznie podjąć działania zmierzające do usunięcia jej przyczyny oraz powiadomić Fundusz. Przed wyrażeniem zgody na przerwę właściwy oddział wojewódzki NFZ w szczególności dokonuje następujących czynności:

- ocenia przyczynę i planowany okres przerwy;
- sprawdza, czy przerwa została zgłoszona z zachowaniem wymaganego terminu;
- weryfikuje wskazany przez świadczeniodawcę sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń;
- ocenia, czy dostępność świadczeń i obłożenie łóżek nie zostaną ograniczone w sposób zagrażający mieszkańcom danego obszaru;
- ustala, czy pacjenci wymagający hospitalizacji będą mogli zostać przyjęci w innych komórkach organizacyjnych tego samego szpitala albo w innych podmiotach leczniczych

Ponadto, jak wynika z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przy ocenie zabezpieczenia uwzględnia się możliwość zapewnienia przez komórkę przejmującą pacjentów odpowiednich zasobów kadrowych. Jeżeli zabezpieczenie ma być realizowane przez inny podmiot, świadczeniodawca powinien przedstawić formalne, pisemne porozumienie potwierdzające, że podmiot przejmujący dysponuje zasobami kadrowymi, sprzętowymi i lokalowymi wystarczającymi do bezpiecznego przejęcia zwiększonej liczby pacjentów. Ocena jest dokonywana z uwzględnieniem wymagań wynikających z przepisów określających warunki realizacji świadczeń gwarantowanych oraz indywidualnej sytuacji podmiotów uczestniczących w zabezpieczeniu. Zgodnie z informacją Centrali NFZ świadczeniodawca zgłaszający przerwę powinien wykazać, że pacjenci wymagający hospitalizacji będą mieli zapewnione wolne i czynne łóżka w innych komórkach organizacyjnych tego samego szpitala albo w podmiotach sąsiednich, które zobowiązały się do przejęcia pacjentów. W przypadku zabezpieczenia przez inny szpital pisemne porozumienie powinno potwierdzać, że jego zasoby kadrowe, sprzętowe i lokalowe są wystarczające do bezpiecznego przejęcia pacjentów. Oddział wojewódzki NFZ bada, czy zabezpieczenie zaproponowane przez świadczeniodawcę pozwala zachować ciągłość świadczeń oraz czy obciążenie innych podmiotów lub komórek organizacyjnych nie spowoduje zagrożenia dla mieszkańców danego regionu.

Odpowiadając na pytanie 3, należy wskazać, że ocena łącznego obciążenia oddziałów chorób wewnętrznych i geriatrii powinna uwzględniać wzajemny wpływ obu profili, w szczególności w sytuacji, gdy oddział geriatryczny przejmuje pacjentów, którzy w zwykłych warunkach zostaliby przyjęci do czasowo nieczynnego oddziału chorób wewnętrznych. Nie jest wystarczające oparcie takiej oceny wyłącznie na historycznym obłożeniu oddziału geriatrycznego sprzed wystąpienia przerwy, ponieważ nie odzwierciedla ono dodatkowego zapotrzebowania powstałego wskutek przejęcia pacjentów internistycznych. Jak wskazał Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, choroby wewnętrzne i geriatria są dziedzinami o zbliżonym charakterze pod względem zakresu świadczeń możliwych do realizacji. Znaczna część pacjentów kwalifikowanych do leczenia w oddziałach internistycznych to osoby powyżej 65. roku życia, obciążone licznymi chorobami związanymi z wiekiem, które mogą wymagać hospitalizacji zarówno w oddziale chorób wewnętrznych, jak i w oddziale geriatrycznym. Z tego względu dostępność świadczeń w jednym z tych zakresów bezpośrednio wpływa na dostępność świadczeń w drugim. Jednocześnie geriatria pozostaje zakresem deficytowym, o ograniczonej dostępności, a świadczenia geriatryczne są skoncentrowane przede wszystkim w dużych ośrodkach miejskich. Wykorzystanie łóżek geriatrycznych do zabezpieczenia pacjentów internistycznych nie może zatem prowadzić do ograniczenia dostępności hospitalizacji dla

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

pacjentów wymagających świadczeń geriatrycznych. Przy ocenie zabezpieczenia świadczeń w ramach obu profili ocenie podlegają następujące warunki:

- rzeczywista liczba pacjentów przejętych z obszaru działania zawieszonego oddziału, a nie wyłącznie deklarowana możliwość ich przejęcia,
- wzrost realizacji świadczeń w oddziale geriatrycznym oraz w pozostałych oddziałach chorób wewnętrznych w okresie trwania przerwy,
- liczba czynnych łóżek, z uwzględnieniem tego, jaka ich część została wykorzystana przez pacjentów przejmowanych z zawieszonego oddziału,
- obłożenie oddziałów po rozpoczęciu przerwy, z uwzględnieniem dodatkowego strumienia pacjentów, a nie wyłącznie średniego obłożenia historycznego,
- możliwości kadrowe, lokalowe i organizacyjne oddziału geriatrycznego oraz oddziałów internistycznych przejmujących pacjentów,
- ustalenie, które podmioty faktycznie przejęły pacjentów z obszaru dotychczas zabezpieczanego przez zawieszony oddział.

Ponadto, uprzejmie informuję, że skierowanie pacjenta do oddziału geriatrycznego powinno następować na podstawie jego stanu zdrowia i rzeczywistej potrzeby udzielenia świadczeń w tym profilu, a nie jedynie z powodu braku miejsc w oddziale chorób wewnętrznych. Sama możliwość leczenia części pacjentów w obu profilach nie oznacza bowiem, że każda osoba wymagająca leczenia internistycznego kwalifikuje się do hospitalizacji geriatrycznej. Materiały przekazane przez NFZ nie określają jednak dodatkowych, szczególnych kryteriów kwalifikacji pacjentów internistycznych do oddziału geriatrycznego na czas przerwy ani odrębnego algorytmu rozdzielania ich między oba profile. Z tego względu kwalifikacja powinna odbywać się zgodnie z profilem oddziału, warunkami realizacji właściwych świadczeń gwarantowanych oraz indywidualnymi wskazaniami klinicznymi.

Odpowiadając na pytanie 4, należy wskazać, że odpowiedzialność za działania podejmowane w związku z czasowym zaprzestaniem działalności oddziału szpitalnego jest rozdzielona między Narodowy Fundusz Zdrowia, Wojewodę, podmiot leczniczy i podmiot tworzący, stosownie do zakresu ich ustawowych kompetencji. Podmiotem odpowiedzialnym za bieżące monitorowanie dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz ocenę zabezpieczenia świadczeń na danym obszarze jest Narodowy Fundusz Zdrowia, w szczególności dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Świadczeniodawca jest obowiązany zawiadomić właściwy oddział wojewódzki NFZ o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia również sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń. Planowana przerwa wymaga zgody dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ

Przed wyrażeniem zgody oddział wojewódzki NFZ weryfikuje:

- termin i przyczynę zgłoszenia przerwy,
- sposób zapewnienia ciągłości świadczeń i ewentualne zastępstwo,
- dostępność świadczeń oraz obłożenie łóżek, a tym samym ryzyko ograniczenia dostępności do świadczeń w sposób zagrażający mieszkańcom danego terenu,
- zapewnienie czynnych łóżek w innych komórkach tego samego szpitala albo w podmiotach sąsiednich.

Ponadto, w przypadku zabezpieczenia przez inny szpital wymagane jest pisemne porozumienie potwierdzające odpowiednie zasoby kadrowe, sprzętowe i lokalowe podmiotu przejmującego pacjentów z oddziału czasowo zaprzestającego działalności. Po rozpoczęciu przerwy właściwy oddział wojewódzki NFZ monitoruje dostępność

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

świadczeń. Śląski OW NFZ analizuje zwiększenie realizacji świadczeń w placówkach z obszarów ościennych na rzecz pacjentów pochodzących z obszaru obsługiwanego wcześniej przez zawieszony oddział. Pozwala to ustalić, które podmioty faktycznie przejęły pacjentów, oraz odpowiednio dostosować ich finansowanie. Jeżeli zadań zawieszonego oddziału nie mogą przejąć inne komórki tego samego szpitala, właściwy oddział wojewódzki NFZ powinien w pierwszej kolejności umożliwić zwiększenie realizacji świadczeń przez innych zakontraktowanych świadczeniodawców na danym obszarze, w tym przez odpowiednie zwiększenie wartości ich umów. Jeżeli takie rozwiązanie nie jest możliwe (w przypadku dłuższej przerwy), oddział wojewódzki NFZ powinien przeprowadzić postępowanie zmierzające do zawarcia nowej umowy w trybie konkursu ofert albo rokowań. W razie uzyskania informacji wskazujących na problemy z dostępnością świadczeń NFZ może podjąć działania weryfikacyjne lub kontrolne. Prezes NFZ jest uprawniony do kontroli realizacji umowy, obejmującej między innymi organizację, sposób i jakość udzielania świadczeń, ich dostępność oraz zgodność realizacji świadczeń z przepisami i wymaganiami umownymi.

Rola wojewody

Wojewoda rozpatruje wniosek podmiotu leczniczego o czasowe zaprzestanie działalności leczniczej w zakresie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Czasowe zaprzestanie takiej działalności może nastąpić za zgodą wojewody, na okres nieprzekraczający sześciu miesięcy, liczony od dnia wydania zgody. Wojewoda posiada również ogólne uprawnienia kontrolne wobec podmiotów wykonujących działalność leczniczą, określone w art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Podmiot wykonujący działalność leczniczą ma ponadto obowiązek zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr zmiany danych objętych rejestrem, w tym dotyczące miejsc udzielania świadczeń oraz struktury organizacyjnej. Rola wojewody odnosi się zatem przede wszystkim do administracyjnej zgody na czasowe zaprzestanie działalności, prowadzenia rejestru oraz wykonywania ogólnych kompetencji kontrolnych. Natomiast wojewoda nie posiada kompetencji do stałego monitorowania wykonania umów z NFZ ani bieżącego bilansowania dostępności świadczeń finansowanych przez Fundusz.

Rola podmiotu leczniczego i podmiotu tworzącego.

Bezpośrednią odpowiedzialność za organizację udzielania świadczeń oraz przedstawienie sposobu zapewnienia ich ciągłości ponosi podmiot leczniczy. To świadczeniodawca zgłasza przerwę w udzielaniu świadczeń, wskazuje jej przyczynę i przewidywany okres, przedstawia rozwiązanie zastępcze oraz wykazuje, że pacjenci będą mieli dostęp do czynnych łóżek i odpowiednio przygotowanych placówek przejmujących. W przypadku zdarzenia losowego świadczeniodawca powinien niezwłocznie podjąć działania zmierzające do usunięcia przyczyny przerwy i równolegle zawiadomić NFZ. Jednocześnie, w przypadku przejścia od czasowej przerwy do trwałej relokacji lub reorganizacji podmiot leczniczy ma obowiązek zgłosić organowi prowadzącemu rejestr zmiany danych objętych rejestrem, w szczególności dotyczące miejsca udzielania świadczeń oraz struktury organizacyjnej, w terminie 14 dni od ich powstania.

Podsumowując, uprzejmie informuję, że za bieżące monitorowanie dostępności świadczeń finansowanych przez NFZ i koordynację reakcji w ramach systemu kontraktowania odpowiada przede wszystkim dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Wojewoda wydaje zgodę na czasowe zaprzestanie działalności, prowadzi sprawy rejestrowe i wykonuje ogólne kompetencje kontrolne. Podmiot leczniczy odpowiada za zgłoszenie przerwy, przedstawienie sposobu zapewnienia ciągłości świadczeń oraz podjęcie działań naprawczych.

Odpowiadając na pytanie 5, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie przewiduje obecnie wprowadzenia dodatkowych regulacji ani ujednoliconej, okresowej procedury weryfikacji wykonania planów zabezpieczenia świadczeń podczas trwania przerwy oraz

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

przed jej przedłużeniem. Obowiązujący model opiera się na indywidualnej ocenie dokonywanej przez właściwy oddział wojewódzki NFZ przed udzieleniem zgody na przerwę oraz na bieżącym monitorowaniu dostępności świadczeń. W ocenie Ministerstwa Zdrowia obowiązujące regulacje określające działania oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w przypadku przerwy w udzielaniu świadczeń są wystarczające. W konsekwencji nie są obecnie prowadzone prace legislacyjne w tym zakresie jak również nie określono harmonogramu takich prac ani dodatkowych jednostek odpowiedzialnych za ich realizację.

Odpowiadając na pytanie 6, należy wskazać, że podstawę uwzględniania przerwy w udzielaniu świadczeń przy ustalaniu wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej stanowi art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 1461). Zgodnie z tym przepisem, w przypadku przerwy w udzielaniu świadczeń albo innej uzasadnionej zmiany zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, która wpływa lub będzie wpływała na dane stanowiące podstawę ustalenia ryczałtu, możliwe jest dokonanie odpowiedniej korekty jego wysokości. Przepis ten nie ustanawia automatycznego mechanizmu obniżania ryczałtu z samego powodu formalnego zgłoszenia przerwy. Śląski OW NFZ wskazał, że może odstąpić od zmniejszenia ryczałtu, jeżeli ciągłość udzielania świadczeń zapewnia inny oddział o tym samym profilu funkcjonujący w strukturze tego samego podmiotu oraz nie dochodzi do znaczącego zmniejszenia realizacji świadczeń w zakresie objętym przerwą. Decydujące znaczenie ma zatem nie samo formalne zgłoszenie przerwy, lecz jej rzeczywisty wpływ na wykonanie świadczeń. Deklaracja zabezpieczenia we własnych strukturach powinna być oceniana łącznie z rzeczywistą liczbą hospitalizacji i zdolnością pozostałych komórek szpitala do przejęcia pacjentów. Parametr DI pozwala odpowiednio skorygować ryczałt PSZ w zależności od rzeczywistego wpływu przerwy na realizację świadczeń. Jeżeli szpital skutecznie zapewnia ciągłość leczenia we własnych strukturach i nie dochodzi do znaczącego zmniejszenia wykonania, właściwy oddział wojewódzki NFZ może odstąpić od zmniejszenia ryczałtu. Jeżeli natomiast pacjentów faktycznie przejmują inne podmioty, możliwe jest odpowiednie uwzględnienie zwiększonej realizacji w ich finansowaniu. W przekazanych materiałach nie wskazano podstawy prawnej ani jednolitej wytycznej uzasadniającej automatyczne stosowanie progu 50% przy ocenie ograniczenia świadczeń.

Odpowiadając na pytania 7-9, w uzupełnieniu do powyżej przedstawionych odpowiedzi, należy wskazać, że zasadniczą przyczyną przerw w działalności oddziałów chorób wewnętrznych są trudności w zapewnieniu wymaganej liczby personelu medycznego. W odniesieniu do postulatu dodatkowej weryfikacji zabezpieczenia świadczeń w północnej części województwa śląskiego wskazano, że w 2026 r. nie zgłoszono propozycji odrębnej kontroli w tym zakresie i nie zidentyfikowano okoliczności uzasadniających zmianę zatwierdzonego planu kontroli Ministerstwa Zdrowia. Zagadnienie może zostać rozważone podczas prac nad planem kontroli na 2027 r., przy uwzględnieniu zidentyfikowanych ryzyk, priorytetów działalności kontrolnej i zasad wyboru tematów kontroli. Jednak nie oznacza to podjęcia decyzji o przeprowadzeniu kontroli, ani ustalenia jej zakresu lub terminu. Niezależnie od kontroli Ministerstwa Zdrowia, Prezes NFZ jest uprawniony do kontroli realizacji umów, w tym organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń, ich dostępności, zgodności z przepisami i wymaganiami umownymi oraz posiadania odpowiednich uprawnień przez osoby udzielające świadczeń. Minister Zdrowia może natomiast kontrolować świadczeniodawców pod względem zgodności ich działalności z umową lub interesem świadczeniobiorców, a także pod względem zgodności ich działalności z prawem i pod względem medycznym. Wojewoda może korzystać z ogólnych uprawnień kontrolnych określonych w art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156).

Faktycznie nieprzerwana przerwa w udzielaniu świadczeń nie powinna być utrzymywana bezterminowo. Przed upływem ustawowego okresu trwania przerwy w udzielaniu świadczeń, konieczne jest przygotowanie rzeczywistego wznowienia działalności albo

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

przeprowadzenie zgodnej z prawem reorganizacji wraz z ponowną oceną dostępności świadczeń i zawarciem umów z NFZ.

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

Załącznik:
1. Informacja o zamkniętych lub zawieszonych oddziałach szpitalnych według danych NFZ.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa