



Minister Zdrowia

DLF.054.66.2026.DP
Warszawa, 29 lipca 2026

Pan
Tadeusz Chrószcz
Przewodniczący
Rady Powiatu Wodzisławskiego

Szanowny Panie Przewodniczący,

w odpowiedzi na pismo z 26 czerwca 2026 r. znak: WRZ.0008.5.2026, przekazujące w załączeniu Uchwałę Nr XXIII/237/2026 Rady Powiatu Wodzisławskiego z dnia 25 czerwca 2026 roku w sprawie przyjęcia apelu do Prezesa Rady Ministrów o pilne podjęcie działań wspierających stabilizację finansową Szpitala Powiatowego w Wodzisławiu Śląskim oraz wypracowania systemowych rozwiązań dla szpitali powiatowych, skierowane do Prezesa Rady Ministrów, a następnie przekazane do Ministerstwa Zdrowia przy piśmie Biura Prezesa Rady Ministrów z 30 czerwca 2026 r. znak: BPRM.512.8.23.2026, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie pragnę 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 Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Osiągnięcie powyższego celu, jakim jest poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, niewątpliwie

wpłyne 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 dotacja podmiotowa dla NFZ zaplanowana pierwotnie w 2026 r. wynosiła **26 mld zł**, a dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Minister Zdrowia obecnie zaplanowane środki na ten cel w 2026 r. wynoszą **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.

Jednocześnie informuję, że rola Ministra Zdrowia w zakresie szeroko pojętej restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych polega przede wszystkim na zapewnieniu odpowiednich ram prawnych dla przedmiotowych działań. Nowe 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 wykonywanych 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.

W odniesieniu do mechanizmu ryczału PSZ należy pamiętać, że finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale zakwalifikowane do PSZ oparte jest w znacznej mierze na finansowaniu ryczałtowym obejmującym łącznie wszystkie profile, rodzaje i zakresy, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w systemie zabezpieczenia. Kwestia ustalania wysokości ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na dany okres rozliczeniowy została uregulowana m.in. przepisami art. 136c ust. 3-4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 136c ust. 3-4 ww. ustawy, przy ustalaniu wysokości ryczału dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczału systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczału systemu zabezpieczenia w zakresie:
 - a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
 - b) cen udzielonych świadczeń,
 - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Jednocześnie przy ustalaniu wysokości ryczału systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, która będzie mieć albo miała wpływ na dane określone w art. 136c ust. 3 pkt 2 ww. ustawy, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczału.

Doprecyzowanie sposobu ustalania ryczału systemu zabezpieczenia znalazło odzwierciedlenie w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, z późn. zm.). W świetle powyższych przepisów poziom realizacji ryczału PSZ w danym okresie rozliczeniowym ma wpływ na wysokość ryczału PSZ w kolejnym okresie rozliczeniowym.

Natomiast należy również zauważyć, że Narodowy Fundusz Zdrowia sukcesywnie podnosił cenę jednostki sprawozdawczej PSZ (od 01.07.2026 r. nastąpił kolejny wzrost wartości za punkt do wysokości 2,04 zł).

W kwestii dotyczącej wyceny świadczeń informuję, 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 od maja 2022 roku AOTMiT pięciokrotnie uzyskał zlecenie Ministra Zdrowia dotyczące dokonania analizy oraz przygotowania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydania rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą o wynagrodzeniach. Należy podkreślić, że przy dotychczasowym wyborze wariantu rekomendacji, Minister Zdrowia kierował się przede wszystkim koniecznością poprawą sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, urealnienia wyceny oraz poprawy dostępności do świadczeń, w szczególności w sytuacji występowania długu zdrowotnego spowodowanego epidemią COVID-19. Powyższe było możliwe dzięki m.in. wzmocnieniu wycen w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu, czyli głównie placówek powiatowych.

Natomiast w dniu 1 lipca 2026 r. Minister Zdrowia zatwierdził 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, uwzględniający poziom inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, określenie współczynników dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych taryfy dla świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego, położnictwa, leczenia chorób piersi, ryczałtów diagnostycznych dla onkologicznych programów lekowych, wybranych świadczeń udzielanych w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci. Oznacza to kolejne środki, jakie zostaną zapewnione dla świadczeniodawców, w tym szpitali powiatowych.

Szczegóły zostały opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pod adresem:

<https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2026/1125-materialy-2026/9695-116-2026-zlc>.

Zwiększone środki dotacji podmiotowej z budżetu państwa pozwoliły na zmianę planu finansowego NFZ z 22 lipca 2026 r. z przeznaczeniem na sfinansowanie skutków ww. rekomendacji w bieżącym roku – zwiększenie kosztów realizacji zadań NFZ o blisko **3,3 mld zł**, w tym ponad **3 mld zł** stanowił wzrost nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, – z czego najwięcej, tj. **1,35 mld zł** dotyczy zwiększenia nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

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/

Do wiadomości:

Pan Grzegorz Gmyrek, Zastępca Dyrektora Biura Prezesa Rady Ministrów (dot. pisma z 30 czerwca 2026 r. znak: BPRM.512.8.23.2026)