



Minister Zdrowia

DLF.736.39.2026.KG
Warszawa, 11 marca 2026

Pan
Andrzej Płonka
Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z otrzymanym Stanowiskiem Zarządu Związku Powiatów Polskich z dnia 21 stycznia 2026 r. w sprawie konieczności podjęcia przez rząd natychmiastowych działań naprawczych w systemie ochrony zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji w odpowiedzi na wymienione w ww. piśmie postulaty.

Na wstępie należy wskazać, że zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia należy do jednostek sektora finansów publicznych i w związku z tym wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mając powyższe, finansowanie przez oddziały wojewódzkie NFZ udzielonych przez świadczeniodawców, w tym przez szpitale samorządowe, świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;
- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie

rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Ponadto, zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ww. ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 tejże ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

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 wniosek 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.

Odnosząc się do kwestii związanej z *jednostronnym przygotowywaniem umów dla szpitali ryczałtowych na rok 2026 na poziomie istotnie niższym niż faktyczne wykonanie świadczeń w roku 2025* informuję, że tryb ustalania kwot zobowiązań umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) na 2026 r. określają przepisy §32 i 33a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie wyjaśnienia wymaga, że ryczałt PSZ jest ustalany na podstawie wzorów szczegółowo określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustalenie ryczałtu PSZ wymaga przeprowadzenia szeregu obliczeń z uwzględnieniem zmiennych, które zostały wskazane w ww. rozporządzeniu. Wartość ryczałtu PSZ dla danego świadczeniodawcy, zgodnie z art. 136c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uwzględnia:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych **za poprzedni okres rozliczeniowy** finansowanych w formie ryczałtu 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.

W związku z powyższym, Centrala NFZ zapewniła, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ uzgodnili ze świadczeniodawcami PSZ kwoty zobowiązań w umowach PSZ na 2026 r., w trybie określonym ww. przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając wartość środków określoną w planie finansowym NFZ na 2026 r. sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W kwestii sfinansowania kosztów wyższego standardu żywienia w szpitalach, informuje, że rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (Dz.U. z 2025 r. poz. 1780) wprowadzono nowy standard żywienia w podmiotach leczniczych. Rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2026 r. Do 1 września 2026 r. trwa okres przejściowy na dostosowanie się podmiotów leczniczych do nowych wymagań. Na realizację standardu żywienia szpitale będą otrzymywać dodatkowe środki finansowe (w zakresie objętym umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ) – zgodnie z wyceną Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podkreślenia wymaga również, że obecnie trwa analiza możliwych do wdrożenia rozwiązań, mających na celu poprawę sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, która jest szczegółowo 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. Priorytetem w podejmowanych działaniach oraz ostatecznie wdrożonych rozwiązaniach będzie uwzględnienie konieczności zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

W odniesieniu do kwestii związanej z rozwiązaniami przerzucającymi z budżetu państwa na Narodowy Fundusz Zdrowia finansowanie kolejnych kosztownych zadań oraz obniżającymi wydajność składki zdrowotnej jako podstawowego źródła finansowania systemu ochrony

zdrowia należy wskazać, że coraz większą część przychodów NFZ stanowią środki budżetu państwa, w tym dotacja podmiotowa na finansowanie świadczeń gwarantowanych, zgodnie z czym:

- dotacja podmiotowa na 2023 r. w planie finansowym NFZ wyniosła 200 mln zł;
- dotacja podmiotowa na 2024 r. w pierwotnym planie finansowym NFZ została określona w wysokości 8,8 mld zł, natomiast po zwiększeniach kwota ta wyniosła ostatecznie blisko 14,8 mld zł;
- dotacja podmiotowa na 2025 r. w pierwotnym planie finansowym NFZ została określona w wysokości 18,35 mld zł, natomiast po zwiększeniach kwota ta wyniosła ostatecznie blisko 33 mld zł.
- dotacja podmiotowa na 2026 r. w pierwotnym planie finansowym NFZ została określona w wysokości 26 mld zł.

Jeśli nastąpi konieczność zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 131d o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ. Zgodnie z powyższym, podobnie jak w poprzednich latach, należy spodziewać się zwiększenia wsparcia z budżetu państwa dla NFZ w 2026 r. na podstawie ww. przepisu.

Odnosząc się do kwestii związanych z ewentualnymi zmianami w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych informuję, że są one przedmiotem prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, z udziałem przedstawicieli reprezentatywnych organizacji pracodawców (w tym zrzeszających szpitale samorządowe) oraz reprezentatywnych związków zawodowych. Wynika to z ustalenia 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.

W odniesieniu do kwestii niewłaściwej metodologii wyceny świadczeń przez AOTMiT, należy podkreślić, że proces taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej jest wprost opisany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Taryfikacja prowadzona jest na podstawie planu taryfikacji albo na zlecenie Ministra Zdrowia. Procedura ta ma charakter sformalizowany – jej poszczególne etapy, tryb postępowania oraz role poszczególnych organów są jednoznacznie określone przepisami prawa.

Proces taryfikacji obejmuje przygotowanie raportu taryfikacyjnego wraz z projektami taryf. Materiał ten jest prezentowany na posiedzeniach Rady do spraw Taryfikacji, będącej ciałem doradczym przy Prezesie AOTMiT. Członkowie Rady mają możliwość zgłaszania uwag i rekomendacji do przedstawionych analiz oraz propozycji taryf. Po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady raport taryfikacyjny wraz z projektami taryf publikowany jest do konsultacji publicznych na okres siedmiu dni.

Informacja o publikacji raportu przekazywana jest m.in. konsultantom krajowym oraz właściwym towarzystwom medycznym, z prośbą o przedstawienie uwag. Zgłoszone opinie są następnie zbierane, analizowane i prezentowane na kolejnym posiedzeniu Rady do spraw Taryfikacji. Na tym etapie możliwe jest wprowadzenie zmian do projektów taryf, wynikających z przeprowadzonej dyskusji oraz analizy zgłoszonych stanowisk. Po uzyskaniu pozytywnego stanowiska Rady do spraw Taryfikacji projekty taryf przekazywane są Ministrowi Zdrowia do zatwierdzenia. Minister Zdrowia ma możliwość ich akceptacji bądź wprowadzenia zmian. Ostatecznym etapem jest publikacja obwieszczenia w sprawie taryf w Biuletynie Informacji Publicznej. Tym samym proces taryfikacji ma charakter wieloetapowy, szeroko konsultowany i transparentny, a proponowane taryfy są przedmiotem zarówno analiz eksperckich, jak i konsultacji środowiskowych oraz decyzji organu właściwego do ich zatwierdzenia.

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.

W świetle powyższego należy stwierdzić, że metodologia stosowana przez AOTMiT opiera się na obiektywnych i weryfikowalnych danych oraz ustrukturyzowanej procedurze analitycznej, której celem jest zapewnienie możliwie najbardziej adekwatnej, ekonomicznie uzasadnionej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

W kwestiach dotyczących wojewódzkich planów transformacji (WTP) i zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, należy wskazać, że zakres wojewódzkich planów transformacji określa art. 95c. ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Diagnoza oraz rekomendowane kierunki działania (czyli stan wyjściowy i docelowy) są wskazane w załącznikach do mapy potrzeb zdrowotnych publikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Jest to podstawa do określenia działań w planach transformacji.

Aktualizacja wojewódzkich planów transformacji możliwa jest tylko w przypadkach określonych w ustawie. Są to:

- 1) osiągnięcie założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 5 lat;
- 2) identyfikacja nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej;

3) konieczność doprowadzenia do zgodności wojewódzkiego planu z krajowym planem po jego aktualizacji.

Podstawą do przeprowadzenia aktualizacji WPT jest sprawozdanie śródkresowe, które jest publikowane przez wojewodę w terminie do dnia 30 czerwca trzeciego roku kalendarzowego obowiązywania wojewódzkiego planu. Ma ona więc miejsce jedno raz w pięcioletnim okresie obowiązywania planu. Ze względu na strategiczny charakter dokumentu, taka częstotliwość aktualizacji jest wystarczająca.

Jednocześnie informuję, że Minister Zdrowia nie ma wpływu na harmonogram prac wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych.

Odnosząc się natomiast do zakwestionowanego przez TK przepisu art. 59 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zobowiązujący podmiot tworzący do pokrycia straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej został zmieniony. W myśl obowiązującego przepisu podmiot tworzący, może pokryć stratę netto.

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

Do wiadomości:

Pan Grzegorz Gmyrek, Zastępca Dyrektora, Biuro Prezesa Rady Ministrów (pismo znak: BPRM.512.3.2.2026)