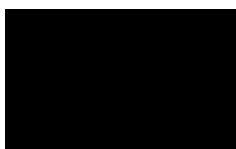




Ministerstwo Zdrowia

Departament
Lecznictwa

DLD.055.4.2026.SR
Warszawa, 31 sierpnia 2026



odpowiadając na petycję z dnia 20 czerwca 2026 r., skierowaną do Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (wpływ do Kancelarii Sejmu: 13 lipca 2026 r.) i przekazaną do Ministerstwa Zdrowia - w celu rozpatrzenia zgodnie z właściwością - pismem z dnia 27 lipca 2026 r. znak: BKSP-II.151.161.2026, w sprawie wprowadzenia ustawowego zakazu prywatyzacji publicznych podmiotów leczniczych za zaniżoną wartość oraz wdrożenia systemowych reform Narodowego Funduszu Zdrowia, bardzo proszę o przyjęcie poniższego.

W odniesieniu do wniosku dotyczącego wprowadzenia zakazu przekształcania i zbywania publicznych szpitali, tj. podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, utworzonych i prowadzonych przez podmioty publiczne, w przypadkach zaniżenia wartości podmiotu leczniczego, wskazania wymaga, że zgodnie z obowiązującymi przepisami podmioty publiczne mogą prowadzić podmioty lecznicze zarówno w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jak i spółki kapitałowej. W świetle art. 6 ustawy o działalności leczniczej¹:

- 1) Skarb Państwa może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, jednostki wojskowej i samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- 2) jednostka samorządu terytorialnego albo związek jednostek samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- 3) uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej.

W spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej nie może stanowić mniej niż 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej nie może stanowić mniej niż 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu.

¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156 ze zm.).

Jest też możliwe przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową – odbywa się ono na zasadach określonych w art. 70-82 ustawy o działalności leczniczej. Udziały albo akcje w spółce powstałej w wyniku przekształcenia obejmują podmioty publiczne, które były podmiotami tworzącymi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. W konsekwencji, mimo zmiany formy prawnej, właścicielem podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki kapitałowej nadal pozostają podmioty publiczne.

W zakresie postulatu dotyczącego reformy wyceny świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), informuję, że Minister Zdrowia podejmuje nieustanne działania mające na celu zapewnienie finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z rzeczywistymi kosztami ich realizacji.

W bieżącym roku Minister Zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wydanie rekomendacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw² na podstawie art. 31n pkt 2c w związku z art. 31ha ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³. Ponadto, w bieżącym roku Prezes AOTMiT dokonał analizy i opublikował obwieszczenia zmieniające finansowanie świadczeń związanych z: ciążą i porodem, chirurgicznym leczeniem chorób piersi, chorób układu oddechowego.

W planie taryfikacji świadczeń na 2026 r. uwzględniono: świadczenia chorób układu dokrewnego (realizowane w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych), świadczenia, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, świadczenia obejmujące pakiety wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej.

Zgodnie z obowiązującym zarządzeniem nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.), świadczeniodawca, który przekroczy wartość określoną w umowie dla danego kwartału, może złożyć do NFZ wnioski o zwiększenie wartości umowy na rzeczywiste wykonania. Wśród zakresów objętych ww. regulacją są świadczenia:

- 1) z zakresów endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, zrealizowane na rzecz pacjentów pierwszorazowych,
- 2) z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu realizowane ze wskazań nagłych lub będące świadczeniami zabiegowymi,
- 3) wszystkie świadczenia realizowane na rzecz osób poniżej 18 r.ż.,
- 4) świadczenia związane z diagnostyką onkologiczną, realizowane na podstawie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO).

Biorąc pod uwagę stan finansów NFZ, 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 oraz 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 NFZ i AOTMiT, jak i w ramach wspólnego dialogu, w tym m.in. w ramach prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Osiągnięcie

² Ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 1352).

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

powyższego celu, jakim jest poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, niewątpliwie wpłynie na poszerzenie możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozwiązania dotyczące zmiany sposobu rozliczeń nadwykonań nie obejmują świadczeń udzielonych pacjentom pierwszorazowym (czekającym na pierwszą poradę specjalisty), w związku z powyższym nie powinno to wpłynąć na ograniczenie gotowości świadczeniodawców do wykonywania świadczeń poza limitem dla osób wpisanych na listy oczekujących.

Priorytetem działań Ministra Zdrowia jest poprawa dostępności do świadczeń. Celem podejmowanych działań obecnie jest m.in. zwiększenie udziału świadczeń udzielanych pacjentom pierwszorazowym, tak aby pacjenci potrzebujący leczenia rozpoczęli jak najszybciej ścieżkę diagnostyczno-leczniczą, objęcie centralną elektroniczną rejestracją wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (do końca 2027), zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy poszczególnych specjalności i objęcie opieką koordynowaną jak największego procentu populacji.

Odnosząc się do wniosku dotyczącego cyfryzacji i stworzenia centralnego rejestru wolnych terminów, informuję, że obecnie trwają prace nad wdrożeniem Centralnej e-Kolejki na realizację świadczeń szpitalnych. Centralna e-Kolejka ma na celu wprowadzenie jednolitych, przejrzystych i bardziej transparentnych zasad oczekiwania na planowe leczenie szpitalne. Obecnie listy oczekujących są prowadzone indywidualnie przez poszczególne placówki medyczne, co ogranicza pacjentom możliwość monitorowania procesu oraz poznania zasad ustalania kolejności przyjęć. W nowym modelu podstawą wpisu na listę oczekujących będzie e-skierowanie, a cały proces zostanie zarejestrowany w centralnym systemie informatycznym. Dzięki temu każda operacja dotycząca kolejki będzie pozostawiała cyfrowy ślad, umożliwiając weryfikację m.in. daty wpisania pacjenta na listę, zajmowanej pozycji, zmian statusu oraz przyczyn tych zmian. Istotnym elementem rozwiązania będzie również wspierane cyfrowo przypisanie pacjenta do oddziału szpitalnego, który będzie mógł zapewnić najszybszy termin realizacji świadczenia. Jednocześnie pacjent zachowa możliwość samodzielnego wyboru preferowanej placówki leczenia. Najważniejszą korzyścią wynikającą z wdrożenia Centralnej e-Kolejki będzie zwiększenie transparentności procesu. Pacjenci uzyskają dostęp do informacji o statusie swojego skierowania oraz przebiegu obsługi za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP) i aplikacji moje IKP. Docelowo system ma zapewnić pełną widoczność kolejnych etapów realizacji skierowania i procesu leczenia, zwiększając poczucie bezpieczeństwa oraz przewidywalność ścieżki pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Planowana data przygotowania rozwiązania to koniec 2026 r.

Z wyrazami szacunku

Maciej Karaszewski

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/