

Związek Powiatów Polskich mówi o kryzysie finansowym szpitali powiatowych i o groźbie marginalizacji domów pomocy społecznej. Ministerstwo Zdrowia część postulatów uznaje za „zasadne kierunkowo”, informuje o braku instrumentów oddłużeniowych i zapowiada wprowadzenie maksymalnych poziomów wynagrodzeń, a stanowisko dotyczące DPS przekazuje – zgodnie z właściwością – do resortu rodziny.

XXXIII Zgromadzenie Ogólne Związku Powiatów Polskich, obradujące 17 czerwca 2026 roku w Karpaczu, przyjęło dwa stanowiska adresowane do administracji rządowej: jedno w sprawie sytuacji finansowej szpitali powiatowych, drugie w sprawie roli domów pomocy społecznej w systemie opieki długoterminowej. Oba stanowiska zostały przekazane Ministerstwu Zdrowia 30 czerwca 2026 r. Odpowiedzi udzielił Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia w dwóch odrębnych pismach. Pierwsze, z 7 lipca 2026 r. skierowano do dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Drugie, z 18 sierpnia 2026 r. skierowano bezpośrednio do prezesa zarządu ZPP, z wiadomością do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Znaczna część problemów opisanych przez powiaty w obszarze DPS została przez Ministerstwo Zdrowia zakwalifikowana jako pozostająca poza jego kompetencjami.

Domy pomocy społecznej: spór o kierunek, a nie tylko o pieniądze

W stanowisku dotyczącym DPS Zgromadzenie Ogólne ZPP odnosi się „z niepokojem” do propozycji zmian legislacyjnych w ustawie o pomocy społecznej, które – zdaniem Związku – mogą prowadzić do marginalizacji domów pomocy społecznej jako jednego z istotnych elementów systemu opieki długoterminowej w Polsce.

Główne zastrzeżenie ZPP dotyczy proponowanej definicji deinstytucjonalizacji. Według Związku jej treść stawia opiekę długoterminową stacjonarną w opozycji do opieki środowiskowej, podczas gdy obie formy powinny być komplementarne względem siebie i tworzyć spójny system, „tak aby osoba wymagająca wsparcia nie była pozbawiona pomocy adekwatnej do swojej sytuacji życiowej”. ZPP wskazuje, że biorąc pod uwagę trendy demograficzne, zapotrzebowanie na opiekę długoterminową stacjonarną będzie rosło. Tymczasem można zaobserwować, że w systemie pomocy społecznej prowadzone są działania zmierzające do marginalizacji tej formy wsparcia, a w systemie ochrony zdrowia, który jest droższy, tendencja jest dokładnie odwrotna.

Drugi wyraźnie sformułowany postulat to sprzeciw wobec wprowadzenia przepisu zakazującego umieszczania osób małoletnich w domach pomocy społecznej oraz usunięcia z ustawy o pomocy społecznej typów domów dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. ZPP uzasadnia to dwoma argumentami: po pierwsze o umieszczeniu dziecka w DPS decyduje sąd, po drugie umieszczenie dziecka nie zawsze wynika z nieprawidłowego wypełniania przez rodziców funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Związek dodaje, że wobec „postępującego kryzysu w rodzinnej pieczy zastępczej” alternatywą będzie umieszczanie dzieci w regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych albo w placówkach systemu ochrony zdrowia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Dokument formułuje w tym miejscu pytanie retoryczne, czy właściwym kierunkiem jest „zamiana jednej instytucji na inne droższe funkcjonujące poza systemem pomocy społecznej”.

Niezależnie od powyższych kwestii Zgromadzenie Ogólne wymienia pięć problemów z jakimi na co dzień borykają się domy pomocy społecznej: postępujący kryzys kadrowy wynikający z pogłębiającej się

dysproporcji wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia, dotyczący szczególnie domów dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną; brak rozwiązań prawnych i organizacyjnych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa mieszkańców i pracowników ze strony niektórych pensjonariuszy, przy czym – jak stwierdza ZPP – DPS nie mają narzędzi umożliwiających właściwe zabezpieczenie osób wymagających wzmożonego nadzoru z powodu zaburzeń psychicznych; brak systemowych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia świadczeń pielęgnarskich, problem ten jest szczególnie widoczny w domach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, gdzie całodobowa obecność personelu medycznego jest konieczna choćby z uwagi na przepisy dotyczące zastosowania przymusu bezpośredniego; brak spójności między systemem pomocy społecznej a systemem ochrony zdrowia w zakresie przepływu mieszkańców/pacjentów pomiędzy DPS a zakładami opiekuńczo-leczniczymi oraz opiekuńczo-pielęgnacyjnymi, problem ten generowany głównie przez odmienny model finansowania; oraz brak dedykowanych programów wspierających modernizację infrastruktury i wyposażenia DPS.

Odpowiedź resortu zdrowia: linia właściwości i oferta współpracy roboczej

Pismo Ministerstwa Zdrowia z 7 lipca 2026 r. nie jest odpowiedzią merytoryczną na wymienione postulaty, lecz przekazaniem stanowiska ZPP – „zgodnie z właściwością” – do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Resort zdrowia wylicza zagadnienia, których stanowisko dotyczy: projektowane zmiany w ustawie o pomocy społecznej, definicja deinstytucjonalizacji, zasady umieszczania osób w DPS, typy DPS, a także kwestie kadrowe, infrastrukturalne i finansowe tych jednostek – i stwierdza wprost: „Zagadnienia te pozostają zasadniczo poza właściwością Ministra Zdrowia”.

Jednocześnie Ministerstwo samo definiuje obszar, w którym widzi możliwość swojego udziału. Zgodnie z pismem, udział MZ „może dotyczyć wyłącznie zagadnień pozostających na styku systemu pomocy społecznej i systemu ochrony zdrowia”, w szczególności: zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców DPS, dostępu do świadczeń psychiatrycznych, relacji pomiędzy DPS a ZOL/ZPO, zasad kwalifikowania osób wymagających opieki długoterminowej do właściwych form wsparcia oraz wymiany informacji pomiędzy właściwymi instytucjami. W tym zakresie resort deklaruje „gotowość do współpracy roboczej”, w szczególności w odniesieniu do świadczeń opieki długoterminowej finansowanych ze środków publicznych, funkcjonowania ZOL/ZPO, pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej oraz opieki psychiatrycznej.

Szpitala powiatowe: mocna diagnoza i pięć konkretnych żądań

Stanowisko Zgromadzenia Ogólnego ZPP dotyczące szpitali powiatowych wyraża „głębokie zaniepokojenie biernością Rady Ministrów, Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wobec drastycznie pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali powiatowych”. Związek informuje, że tylko w pierwszym półroczu 2026 roku kilkakrotnie zwracał się do właściwych organów z apelem o działania naprawcze, ponieważ jednostki samorządu terytorialnego same nie są w stanie przeciwdziałać kryzysowi, i ocenia, że nie spotkało się to z właściwą reakcją. „Rozumiemy, że wygodnie jest ignorować problem, jednak jest to postawa krótkowzroczna prowadząca do pogłębienia się problemów systemowych” – czytamy w dokumencie.

Dane finansowe za 2025 rok jednoznacznie wskazują, że przychody szpitali nie pokrywają kosztów działalności. Z analizy Związku Powiatów Polskich wynika, że „prawie 91% szpitali wykazało stratę

operacyjną na działalności podstawowej”, a sytuacja z roku na rok się pogarsza i nie jest to wina osób zarządzających. ZPP wskazuje, że skala wydatków na wynagrodzenia, wywołana w szczególności rozwiązaniami ustawowymi, powoduje że większość wydatków ma charakter sztywny i pozostawia niewielki margines na elastyczne zarządzanie działalnością leczniczą, w tym na decyzje inwestycyjne. Za dowód chronicznego niedofinansowania Związek uznaje także znaczny odsetek szpitali z zobowiązaniami wymagalnymi.

Na tej podstawie ZPP formułuje pięć postulatów: pilną weryfikację wyceny świadczeń przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z uwzględnieniem procedur realizowanych w szpitalach powiatowych; wprowadzenie automatycznego mechanizmu indeksacji wartości kontraktów z NFZ, powiązanego ze wskaźnikami inflacji i wzrostem kosztów pracy w sektorze ochrony zdrowia; utworzenie dedykowanego funduszu restrukturyzacyjnego umożliwiającego oddłużenie szpitali powiatowych, wraz ze wsparciem przez instrument z Banku Gospodarstwa Krajowego, „który był zapowiadany jako element rządowych działań naprawczych”, ewentualnie inne rozwiązanie alternatywne; pełne finansowanie konsekwencji podwyżek w ochronie zdrowia, tak aby każdorazowe ustawowe podwyższenie minimalnych wynagrodzeń było nierozłącznie powiązane ze zwiększeniem finansowania ze strony NFZ, przy jednoczesnej sugestii rozważenia wprowadzenia obok minimalnych także maksymalnych limitów wynagrodzeń personelu medycznego; oraz terminową zapłatę za procedury wykonane ponad limit, ponieważ – jak ocenia Związek – szpitale powiatowe „de facto kredytują NFZ”.

Wycena świadczeń: postulat „zasadny kierunkowo”, ale bez odrębnych taryf dla powiatów

Odpowiedź resortu na pierwszy postulat łączy przyznanie racji co do kierunku z polemiką co do konstrukcji żądania. Ministerstwo Zdrowia stwierdza, że dostrzega znaczenie adekwatnej wyceny świadczeń dla stabilności finansowej podmiotów leczniczych oraz zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Resort wskazuje, że postulat został sformułowany w stanowisku ZPP jako żądanie przeprowadzenia przez AOTMiT kompleksowego przeglądu wycen świadczeń realizowanych w szpitalach powiatowych.

Jednocześnie resort podkreśla, że w obowiązującym systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nie funkcjonują odrębne procedury ani odrębne taryfy świadczeń dedykowane wyłącznie szpitalom powiatowym, ponieważ taryfikacja prowadzona jest w odniesieniu do określonych świadczeń, zakresów lub rodzajów świadczeń, a nie według kryterium organu tworzącego, właściciela podmiotu leczniczego czy potocznego określenia placówki jako „szpital powiatowy”. Jak wskazuje Ministerstwo, jeżeli dane świadczenie realizuje szpital powiatowy, wojewódzki, kliniczny albo inny podmiot z umową z NFZ, co do zasady stosowana jest ta sama wycena danego świadczenia; ewentualne różnice w finansowaniu wynikają z rodzaju świadczenia, warunków realizacji, poziomu zabezpieczenia, trybu rozliczenia lub współczynników korygujących, a nie z faktu, że podmiot jest szpitalem powiatowym.

Resort poinformował o przekazaniu do AOTMiT zatwierdzonego Planu Taryfikacji na 2026 rok, obejmującego m.in. obszary świadczeń w lecznictwie szpitalnym w zakresie chorób układu dokrewnego oraz świadczeń, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny, a także obszary ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym pakiety wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej. Resort deklaruje, że będzie monitorować wyniki prac AOTMiT i ich wpływ na finansowanie świadczeń, zaznaczając ponownie, że system taryfikacji nie przewiduje odrębnego katalogu procedur dla tej kategorii podmiotów. Odpowiedź zawiera też uwagę zwrotną wobec świadczeniodawców: prace taryfikacyjne opierają się na danych kosztowych pozyskiwanych od podmiotów leczniczych, dlatego istotne znaczenie ma rzetelne

przekazywanie informacji o kosztach realizacji świadczeń.

Indeksacja kontraktów z NFZ: MZ nie zapowiada nowego mechanizmu

Na postulat automatycznej indeksacji wartości kontraktów zawieranych z NFZ, Ministerstwo odpowiada opisem obowiązujących instrumentów, nie zapowiadając wprowadzenia mechanizmu, o który wnosi ZPP. Resort informuje, że prace analityczne AOTMiT nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględniają wiele czynników, w tym wzrost kosztów pracy, dane o wynagrodzeniach poszczególnych grup zawodowych, inflację i inne zmienne. Przywołuje ustawę z 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. poz. 1352), która dodała do ustawy o świadczeniach art. 31ha określający mechanizm dotyczący przygotowywania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania rekomendacji Prezesa AOTMiT w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń. W ramach tych prac AOTMiT monitoruje sytuację finansową podmiotów leczniczych, w tym szpitali z uwzględnieniem ich kategorii i poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. na podstawie danych sprawozdawanych w formularzach MZ-BFA, analizowanych kwartalnie.

Jednocześnie resort informuje, że w dniu 1 lipca 2026 r., Minister Zdrowia zatwierdził do realizacji wariant nr 1 rekomendacji nr 84/2026 z 9 czerwca 2026 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniający poziom inflacji. Rekomendacja obejmuje m.in. zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji, współczynniki dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych oraz JGP realizowanych w ryczałcie PSZ, taryfy dla świadczeń w obszarze chorób układu oddechowego, położnictwa i leczenia chorób piersi, ryczałty diagnostyczne dla onkologicznych programów lekowych oraz świadczenia udzielane w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci. Ministerstwo podkreśla, że zatwierdzony wariant „po raz kolejny” jest najkorzystniejszy dla placówek medycznych, gdyż zawiera dodatkowy komponent inflacyjny. Skutek finansowy: wzrost wydatków NFZ o 9,25 mld zł w okresie 12 miesięcy od wejścia rekomendacji w życie.

Fundusz restrukturyzacyjny: resort wprost o braku narzędzi oddłużeniowych

Odnosząc się do postulatu o utworzenie funduszu restrukturyzacyjnego dla szpitali powiatowych Ministerstwo informuje, że zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą określa dział V (art. 114–117a) ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 poz. 156), a katalog celów, na które podmiot prowadzący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z art. 114 ust. 1 pkt 1–7 ww. ustawy „nie przewiduje obecnie możliwości udzielenia pomocy finansowej w celu oddłużenia lub pokrycia kosztów bieżącego funkcjonowania szpitali”. Resort dodaje, że obecnie brak jest funduszy restrukturyzacyjnych oraz instrumentów finansowych w dyspozycji Ministra Zdrowia, których celem byłoby pokrywanie kosztów restrukturyzacji finansowej i udzielanie pomocy w związku z zadłużeniem szpitali powiatowych, a utworzenie takiego funduszu mogłoby wymagać określonych działań, w tym zmian legislacyjnych. Natomiast do państwowych funduszy celowych nie zalicza się funduszy, których jedynym źródłem przychodów, jest dotacja z budżetu państwa.

Ministerstwo jednocześnie informuje, że przygotowało wniosek o wprowadzenie do Wykazu prac

legislacyjnych i programowych Rady Ministrów projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej dotyczącego pożyczkowego instrumentu finansowego adresowanego do szpitali, jednak wniosek „musiał zostać wycofany ze względu na uwagi i sugestie zgłoszone przez Ministerstwo Finansów”. Aktualnie celem jest wypracowanie kompleksowego porozumienia dotyczącego zakresu, warunków i źródła finansowania ww. instrumentu finansowego, a kwestie te są przedmiotem dalszych uzgodnień między kierownictwem resortu zdrowia i resortu finansów. Resort wskazuje jednocześnie, że prace w zakresie wspomnianego wsparcia finansowego, nie obejmują działań na rzecz uruchomienia narzędzi oddłużeniowych dla szpitali, koncentrując się przede wszystkim na opracowaniu optymalnych rozwiązań odnoszących się do mechanizmu pożyczkowego”.

Podwyżki i limity wynagrodzeń: jedna zapowiedź zbieżna z sugestią powiatów

Odnosząc się do postulatu pełnego pokrycia kosztów podwyżek w ochronie zdrowia resort informuje, że „podobnie jak w poprzednich latach” NFZ dokona nowelizacji planu finansowego, zapewniając środki wynikające z wdrożenia zatwierdzonego wariantu wydanej rekomendacji nr 84/2026 z dnia 9 czerwca 2026 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Ministerstwo, wskazuje że realizacja przez podmioty lecznicze ustawy z 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych jest stałym punktem obrad Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, a w styczniu bieżącego roku Minister Zdrowia przedstawił stronie społecznej Zespołu propozycje zmian w ww. ustawie, zakładające m.in. przesunięcie terminu waloryzacji z 1 stycznia na 1 lipca oraz zmianę wskaźnika (na ustalony w ustawie budżetowej wskaźnik wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej) corocznej waloryzacji wynagrodzeń pracowników działalności podstawowej podmiotów leczniczych. Jak informuje resort, „wobec braku uzgodnienia proponowanych przez resort zmian prace na forum Zespołu nie były kontynuowane”. Kwestie dotyczące finansowania skutków ustawy są także przedmiotem współpracy ze stroną samorządową w ramach Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego – 10 lipca bieżącego roku Zespół ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej, na wniosek strony samorządowej, rozpatrywał informację MZ o wycenie w zakresie finansowania wzrostu wynagrodzeń w nawiązaniu do raportu AOTMiT.

Ministerstwo informuje, że uporządkowanie zasad wynagradzania personelu medycznego jest jednym z kluczowych elementów przedstawionego przez Ministra Zdrowia pakietu zmian, oraz że w przekazanej do podpisu Prezydenta ustawie z 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej określono uprawnienia MZ, NFZ i AOTMiT do pozyskiwania i przetwarzania szczegółowych danych o wynagrodzeniach powiązanych z numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu. Resort zapowiada, że „kolejnym etapem działań podjętych w Ministerstwie Zdrowia będzie wdrożenie rozwiązań wprowadzających maksymalne poziomy wydatków szpitali na wynagrodzenia personelu oraz maksymalne poziomy wynagrodzeń indywidualnych”.

Nadwykonania: wyjaśnienie mechanizmu i rosnące kwoty w planie NFZ

W odpowiedzi na postulat terminowej zapłaty za procedury wykonane ponad limit Ministerstwo przedstawia przede wszystkim wyjaśnienie obowiązujących zasad: NFZ zobowiązany jest do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty

zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, a wartość zobowiązań zaciąganych w danym roku na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwarunkowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Resort informuje, że oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą na bieżąco działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów – zarówno na wniosek świadczeniodawców, jak i z inicjatywy własnej – 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 świadczeń, zakontraktowania większej ich liczby i opłacania nadwykonań. Resort precyzuje przy tym, że nadwykonania z grupy świadczeń tzw. nielimitowanych oddziały wojewódzkie NFZ finansują w trakcie każdego okresu rozliczeniowego „w terminach i skali wynikającej z poziomu wolnych środków bieżącego planu finansowego”, natomiast ostateczne rozliczenie za każdy rok „następuje w pełni”.

Ministerstwo informuje, że w planie NFZ na 2026 rok pierwotna wysokość środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosła 201,2 mld zł, tj. 93,76 mld zł więcej niż zaplanowano pierwotnie na 2022 rok. Ponadto zaplanowana pierwotnie na 2026 rok dotacja podmiotowa wynosiła 26 mld zł; dzięki decyzjom Ministra Finansów i Ministra Zdrowia z marca i maja bieżącego roku na łączną kwotę 5,6 mld zł oraz uwzględniając pozytywnie zaopiniowany 2 lipca 2026 r. przez Sejmową Komisję Finansów Publicznych wniosek Ministra Finansów i Gospodarki o zmianę przeznaczenia rezerw celowych zaplanowanych w ustawie budżetowej na rok 2026, umożliwiające przekazanie kolejnych środków budżetu państwa w wysokości 2 mld zł, dotacja podmiotowa dla NFZ wyniesie w bieżącym roku 33,6 mld zł. Dalsze zwiększenia będą możliwe na podstawie art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ministerstwo zauważa, że pomimo działań zwiększających środki w budżecie NFZ „obecnie pokrywają one głównie skutki decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r.”. Resort informuje jednocześnie, że aktualnie podejmowane są prace mające na celu wdrożenie działań umożliwiających kontrolę wydatków publicznych i ograniczenie ryzyka niekontrolowanego wzrostu kosztów, przy zachowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i stabilności finansowej podmiotów leczniczych.