



Minister
Zdrowia

DLF.050.102.2026.KK
Warszawa, 22 września 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
w związku z interpelacją nr 19396 Pana Dariusza Mateckiego i Pana Tadeusza Chrzana, Posłów na Sejm RP, z dnia 1 września 2026 r. *w sprawie sytuacji finansowej publicznej ochrony zdrowia w kontekście problemów finansowych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 PUM w Szczecinie*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zgodnie z danymi posiadanymi przez Ministerstwo Zdrowia, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie przez lata pozostawał w dobrej sytuacji finansowej, czego dowodem były odnotowywane rokrocznie dodatnie wyniki finansowe, brak zobowiązań wymagalnych, czyli takich, które nie zostały zapłacone, mimo że termin ich płatności upłynął oraz wartości wskaźnika płynności finansowej szybkiej powyżej uznawanego za minimalny bezpieczny poziom 1,00. Dopiero w 2025 r. wartość poniesionych kosztów przewyższyła uzyskane przez szpital przychody, czego efektem była odnotowana strata netto. Brak pokrycia kosztów przychodami mógł wpłynąć na pogorszenie płynności finansowej jednostki, jednak dopiero w I kw. 2026 r. odnotowała ona wystąpienie zobowiązań wymagalnych.

Począwszy od końca 2023 r. wartości zobowiązań ogółem i wymagalnych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie przedstawiały się następująco:

Stan na dzień:	Zobowiązania ogółem [w mln zł]	- w tym zobowiązania wymagalne [w mln zł]
31.12.2023 r.	112,10	0,00
31.12.2024 r.	129,40	0,00
31.12.2025 r.	160,90	0,00
31.03.2026 r.	197,90	22,60

W odniesieniu do pytania o inne szpitale informuję, że według stanu na dzień 31 marca 2026 r. występowanie zobowiązań wymagalnych będące przejawem problemów z bieżącą płynnością finansową było udziałem 248 z 414, tj. 59,9% szpitali funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w całej Polsce. Jeśli chodzi o teren województwa zachodniopomorskiego to według stanu na ww. dzień zobowiązania wymagalne wykazało 11 z 19, tj. 57,9% szpitali spzoz.

Odnosząc się do pytania o zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia względem wykonanych przez podmiot świadczeń, w tym nadwykonań, przede wszystkim należy mieć na uwadze przepisy art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach, 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. 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.

Należy również wskazać, że wykonania z grupy świadczeń tzw. nielimitowanych oddziały wojewódzkie NFZ finansują w pierwszej kolejności.

W zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą 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 oraz na wzrost wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Zgodnie z informacją Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (ZOW NFZ), nie posiada on żadnych zaległych należności wobec wskazanego w niniejszej interpelacji świadczeniodawcy.

W przedłożonych wyjaśnieniach Oddział NFZ poinformował, że obecnie rozliczył świadczenia wykonane ponad limity umowne za I i II kwartał 2026 r. Podkreślił przy tym, że warunkiem ujęcia w rozliczeniu świadczeń nadlimitowych każdorazowo jest ich poprawna sprawozdawczość przekazana do Oddziału w terminach określonych przepisami §23 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. ZOW NFZ poinformował również, że celem zwiększenia komfortu pracy świadczeniodawców, przedłużył ten termin na sprawozdanie świadczeń wykonanych w okresie I-VI 2026 r. do 20 lipca 2026 roku. Dodatkowo rozliczono również na rzecz ww. szpitala świadczenia o wartości 2,1 mln zł, które nie zostały rozliczone z uwagi na ich sprawozdanie po terminie określonym przez Oddział.

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 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. poz. 1352), dalej „ustawa o wynagrodzeniach”, wprowadziła zmianę w ustawie o świadczeniach, poprzez dodanie art. 31ha, określającego mechanizm dotyczący przygotowywania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, rekomendacji Prezesa AOTMiT w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń.

AOTMiT w ramach prac związanych z przygotowaniem ww. raportu monitoruje i analizuje sytuację finansową podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym w szczególności szpitali z uwzględnieniem ich kategorii i poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Jednym z działań w tym zakresie są prowadzone przez AOTMiT analizy danych sprawozdawanych w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo-ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii. Analizie podlegają również

cyklicznie gromadzone informacje o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając na względzie powyższe pragnę wskazać, że 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.

Jednocześnie należy zauważyć, że po przyjęciu właściwego wariantu wydanej rekomendacji, NFZ corocznie dokonywał nowelizacji planu finansowego, zapewniając środki z niej wynikające.

Niezależnie od powyższego informuję, że w planie finansowym NFZ zapewniane są coraz wyższe środki. Ujęte w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2026 r. koszty realizacji zadań NFZ wynosiły 214,03 mld zł, natomiast w wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2026 r. środki te zostały zwiększone do aktualnej wysokości 223,43 mld zł (stan na dzień 11.09.2026 r.).

Ponadto coraz większą część przychodów NFZ stanowią środki budżetu państwa, w tym przede wszystkim dotacja podmiotowa na finansowanie świadczeń gwarantowanych. Dotacja podmiotowa dla NFZ zaplanowana pierwotnie w 2026 r. wynosiła 26 mld zł, a dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Ministra 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Niezależnie od powyższego informuję, że z uwagi na aktualną sytuację finansową Narodowego Funduszu Zdrowia, priorytetem dla Ministra Zdrowia obecnie jest wdrażanie konkretnych działań, mających na celu jego poprawę. Kwestia ta jest aktualnie 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.

Należy przy tym zaznaczyć, że priorytetem w podejmowanych działaniach oraz ostatecznie wdrażanych rozwiązaniach jest uwzględnienie konieczności zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz stabilności finansowej podmiotów leczniczych.

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

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