

Łódzkie przygotowuje pozwy przeciwko NFZ

data aktualizacji: 2026.09.23 autor: Anna Wójcik-Brzezińska



Łódzkie przygotowuje pozwy przeciwko NFZ za nadwykonania. (fot. Urząd Marszałkowski w Łodzi)

- Szpitale wojewódzkie mają dochodzić w sądzie pieniędzy za świadczenia, za które nie otrzymały zapłaty z NFZ. Samorząd łódzki szuka kancelarii, a skalę roszczeń za lata 2023-2025 szacuje na około 230 mln zł.
- Rząd chce tymczasem ograniczyć najwyższe wynagrodzenia medyków.
- Raport szpitala w Skierniewicach pokazuje, dlaczego rozliczenie leczenia i kontrola kosztów muszą iść w parze.

- Jesteśmy na etapie analizy wyboru kancelarii, która będzie nas reprezentowała w sądzie - poinformował 22 września wicemarszałek Piotr Wojtysiak podczas sesji Sejmiku Województwa Łódzkiego.

Deklarację poprzedziły pytania o skuteczność odzyskiwania pieniędzy od Narodowego Funduszu Zdrowia. Radny Piotr Adamczyk przypomniał wcześniejsze zapewnienia zarządu województwa i dopytywał, co z nich wynikało.

- Czy to jest tak, że tylko wystąpiliśmy, odbiliśmy się od ściany i na tym się skończyło? - pytał radny.

Wojtysiak potwierdził zamiar wejścia na drogę sądową. Poszczególne szpitale mają dochodzić swoich roszczeń, a departament zdrowia i wspólna kancelaria – koordynować postępowania. Wicemarszałek dopuścił także możliwość ugody. To zapowiedź przygotowania spraw, nie informacja o złożonych już pozwach.

Pieniądze za różne lata

O skalę obciążenia samorządu pytała również radna Ewa Wendrowska. Magdalena Amrozik, dyrektorka Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi, podała, że ujemny wynik finansowy szpitali wojewódzkich za 2025 r., po uwzględnieniu kosztów amortyzacji, wynosi 313 mln zł. Osobno przedstawiła roszczenia wobec NFZ.

- Kwota roszczeń wobec Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2023-2025 w ujęciu łącznym w ramach ryczału i poza ryczałem wynosi 230 milionów zł – mówiła.

Największa część żądań – niemal 159 mln zł – dotyczy ryczału, czyli z góry określonej kwoty finansowania części działalności szpitala. Dalsze 74 mln zł przypadają na świadczenia limitowane poza ryczałem, a 2,5 mln zł na Nielimitowane. Te składniki dają jednak około 235,5 mln zł, a nie zadeklarowane 230 mln zł. Przedstawione zestawienie wymaga więc uzgodnienia.

Amrozik poinformowała też o wypłacie 80 mln zł za nadwykonania z drugiego kwartału 2026 r., wskazując przesunięcia środków i częściowe rozliczenie programów lekowych. Ten przelew dotyczy bieżącego roku, podczas gdy zapowiadane roszczenia obejmują lata 2023-2025. Nie rozstrzyga więc, jaka część dawnych żądań pozostaje do odzyskania.

Dla placówek pieniądze z NFZ oznaczają przede wszystkim możliwość regulowania rachunków. Ich wpływ na wynik finansowy zależy jednak od wcześniejszego ujęcia świadczeń w księgach. Jeśli należność została już wykazana jako przychód, sam przelew nie tworzy kolejnego przychodu. Dlatego kwoty roszczeń nie można po prostu odjąć od podanej w sejmiku straty.

W sądzie potrzebne będą dowody

Nadwykonanie oznacza, że placówka udzieliła więcej świadczeń, niż przewidywała wartość jej kontraktu lub plan finansowania. O możliwości uzyskania dodatkowej zapłaty decydują jednak zasady rozliczania konkretnego leczenia.

W przypadku świadczeń Nielimitowanych Fundusz potwierdza obowiązek zapłaty za prawidłowo wykonane i rozliczone procedury. W odniesieniu do świadczeń limitowanych przedstawia inne stanowisko, dodatkowe płatności uzależnia od możliwości finansowych oddziałów wojewódzkich, często proponując niższe stawki. Uzasadnia to pokryciem kosztów stałych placówki w podstawowym kontrakcie. To istota sporu o to, kto poniesie koszt leczenia ponad uzgodnione finansowanie.

Szpitale mają argumenty prawne w sprawach o świadczenia ponadlimitowe udzielone w stanie nagłym. W uchwale siedmiu sędziów z 19 marca 2019 r. Sąd Najwyższy przyjął, że świadczeniodawcy związanemu umową z NFZ przysługuje za takie leczenie wynagrodzenie ustalane według umowy. Konieczne jest jednak wykazanie okoliczności uzasadniających roszczenie.

Szczególnie trudna pozostaje kwestia ryczału. W tym systemie NFZ finansuje określony zakres opieki jedną kwotą, a większe wykonanie może wpływać na wysokość finansowania w kolejnym okresie. Nie daje to automatycznie prawa do osobnej zapłaty za każdą dodatkową procedurę.

Wskazana przez marszałka kancelaria będzie musiała zbadać umowy, sposób wyliczenia finansowania, aneksy i dokumentację poszczególnych świadczeń. Właśnie ryczałt stanowi największą część kwot przedstawionych w sejmiku.

Rząd sięga po limity płac

Tego samego dnia Rada Ministrów przyjęła projekty zmian dotyczących zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego. Polityczna dyskusja skupia się na „lekarzach-milionerach”, ale proponowane przepisy mają szerszy zakres: dotyczą także innych zawodów medycznych i organizacji pracy w placówkach finansowanych przez NFZ.

Zgodnie z komunikatem Kancelarii Premiera podstawowy miesięczny pułap ma wynosić ośmiokrotność płacy minimalnej przy jednym etacie i szesnastokrotność przy dwóch. Dwa pełne etaty mają być także granicą łącznego wymiaru pracy u wszystkich świadczeniodawców. Maksymalną stawkę godzinową powiązano z jedną dwudziestą płacy minimalnej, czyli około 240 zł. Minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda zapowiedziała ponadto możliwość zastosowania dwunastokrotności m.in. w określonych przypadkach świadczeń wysokospecjalistycznych i funkcji kierowniczych.

Pakiet przewiduje również ograniczenie pośrednictwa spółek i spółdzielni lekarskich oraz wynagrodzeń uzależnionych od kontraktu placówki z Funduszem. Ministerstwo Zdrowia wskazuje w tym kontekście odejście od rozliczania medyków procentem wartości procedur. Warunki finansowe ofert w konkursach mają być publicznie dostępne.

Przyjęcie projektów przez rząd otwiera drogę do dalszych prac legislacyjnych. Limity jeszcze nie obowiązują. Zapowiedziano wejście przepisów w życie po miesiącu od ogłoszenia, z okresem do sześciu miesięcy na dostosowanie już zawartych umów.

Skierniewice pod presją kosztów

Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego zakończył 2025 r. stratą netto w wysokości 16,84 mln zł. To wynik lepszy niż rok wcześniej, kiedy strata wynosiła 18,11 mln zł. Podstawowa działalność przynosiła jednak coraz większą stratę – wynika z raportu sporządzonego 15 maja 2026 r.

Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi wzrosły o 14,88 mln zł, a koszty działalności operacyjnej o 21,17 mln zł. W rezultacie strata na sprzedaży powiększyła się o 6,29 mln zł, do 25,26 mln zł. Poprawę końcowego wyniku przyniosły pozostałe pozycje rachunku zysków i strat. Nie oznaczała ona odzyskania równowagi w podstawowej działalności.

Presja płacowa jest dobrze widoczna. Wynagrodzenia oraz ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia kosztowały łącznie 101,92 mln zł. Oddzielną pozycją były usługi obce za 48,89 mln zł, obejmujące m.in. pracę personelu kontraktowego, diagnostykę i inne kupowane świadczenia. Te liczby pokazują obciążenie budżetu, lecz nie pozwalają wyodrębnić zarobków samych lekarzy ani ustalić liczby szczególnie wysokich kontraktów.

Raport dokumentuje również leczenie ponad plan. Wskazuje m.in. 2,58 mln zł nadwykonań na kardiologii, 1,90 mln zł na ortopedii i około 1 mln zł na chirurgii onkologicznej. Nie podaje jednak aktualnego na wrzesień salda roszczeń. Co więcej, omawiając ściągalność należności za 2025 r., szpital stwierdza, że NFZ terminowo regulował zobowiązania. To ważne rozróżnienie: terminowa

zapłata zobowiązań uwzględnionych w rozliczeniach może współistnieć ze sporem o dodatkowe świadczenia.

Niższa stawka i pełny grafik

Wprowadzenie wspólnych pułapów może wzmocnić pozycję dyrektorów w negocjacjach i ograniczyć licytowanie stawek między placówkami korzystającymi z publicznego finansowania. Jawność konkursów ułatwi ocenę, za co szpital płaci i czy podobne usługi kupuje na porównywalnych warunkach.

Oszczędność trzeba jednak policzyć dla całego oddziału. Gdy ograniczenie czasu pracy wymusi zatrudnienie dodatkowych osób, niższą stawkę częściowo zrównoważą koszty uzupełnienia grafiku. Jeśli zmiana warunków ograniczy dostępność specjalistów, może zmniejszyć liczbę wykonanych świadczeń, a w zakresach rozliczanych za wykonanie także przychody. To ryzyka do uwzględnienia w kalkulacji, nie przesądzony skutek reformy.

W Skierniewicach sprawdzianem będzie więc poprawa wyniku przy zachowaniu dostępności leczenia. Przejrzyste kontrakty mogą pomóc ograniczyć przyszłe wydatki. Pozwy i ugody mają rozstrzygnąć, kto zapłaci za świadczenia wykonane w poprzednich latach. O kondycji szpitala zdecyduje to, ile rzeczywiście odzyska, ile zaoszczędzi i czy za pozostałe pieniądze zapewni obsadę oddziałów.

Źródło: <https://skierniewice.eglos.pl/aktualnosci/item/45727-lodzkie-przygotowuje-pozwy-przeciwko-nfz>