



Minister Zdrowia

NKK1.050.9.2026.2.ES
Warszawa, 23 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek
Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
X kadencji

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 18104 Państwa Posłów Wiesława Krajewskiego i Olgi Ewy Semeniuk-Patkowskiej, w sprawie prowadzenia kontroli oraz sprawowania nadzoru nad podmiotami leczniczymi, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Pytanie 1.

W latach 2022 – 2026 przeprowadzono łącznie 407 kontroli podmiotów leczniczych, których elementem były m.in. zagadnienia z zakresu funkcjonowania podmiotu leczniczego.

Wyżej wymienione dane w podziale na województwa i rodzaje podmiotów leczniczych prezentują się następująco:

- województwo zachodniopomorskie 10 kontroli,
- województwo pomorskie 35 kontroli,
- województwo warmińsko-mazurskie 10 kontroli,
- województwo lubuskie 5 kontroli,
- województwo wielkopolskie 39 kontroli,
- województwo kujawsko-pomorskie 14 kontroli,
- województwo mazowieckie 79 kontroli,
- województwo podlaskie 14 kontroli,
- województwo dolnośląskie 27 kontroli,
- województwo łódzkie 38 kontroli,
- województwo lubelskie 23 kontrole,
- województwo opolskie 16 kontroli,
- województwo śląskie 49 kontroli,
- województwo świętokrzyskie 9 kontroli,
- województwo małopolskie 26 kontroli,
- województwo podkarpackie 13 kontroli.

Te same dane w podziale na rodzaje podmiotów leczniczych stanowią:

- 263 kontrole samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹,
- 93 kontrole placówek prowadzonych w formie spółek²,
- 43 kontrole instytutów³,

¹ Dalej jako: „spzoz”.

² W formie określonej w art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, dalej jako: „spółka”.

³ Wynikający z art. 4 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej.

- 8 kontroli w innych podmiotach⁴.

Powyższe dane obejmują m.in. kontrole prowadzone w ramach programów POWER, FERS oraz NMF, a także w zakresie kontroli projektów realizowanych w ramach POLiŚ 2014-2020 oraz FEnIKS 2021-2027.

Przedstawione powyżej informację obejmują również kontrole podmiotów leczniczych, przeprowadzone na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵. Powyższe kontrole nie były związane stricte z funkcjonowaniem podmiotów leczniczych, a ich przeprowadzenie miało na celu m.in. dokonanie oceny prawidłowości postępowania personelu medycznego oraz procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego u danego pacjenta.

Pytanie 2.

Pośród 407 wyżej wymienionych kontroli, 344 stanowiły kontrole planowe, a 63 kontrole miały charakter doraźny, wszczęte na skutek sygnałów o potencjalnych nieprawidłowościach.

Ministerstwo Zdrowia, co do zasady, przeprowadza kontrole zgodnie z rocznym planem kontroli Ministerstwa, w którym w pierwszej kolejności ujęte zostają kontrole, których obowiązek przeprowadzenia wynika z przepisów prawa, a także propozycje zgłaszane przez komórki organizacyjne Ministerstwa, nadzorujące dany obszar, mając na uwadze priorytety działalności kontrolnej ustalone przez Prezesa Rady Ministrów, Plan działalności Ministra Zdrowia, wyniki wcześniejszych kontroli, napływające do Ministerstwa skargi, wnioski i inne sygnały o nieprawidłowościach oraz dokonuje się oceny ryzyka – ustalając prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka oraz wpływ ryzyka, jaki może mieć na realizację zadań i osiąganie celu, a następnie o szacowaniu istotności ryzyka. W sytuacjach podyktowanych charakterem lub pilnością sprawy prowadzone są kontrole doraźne.

Mając na uwadze powyższe podkreślenia wymaga, że również przy typowaniu jednostek i tematów do kontroli, uwzględnia się również kwestie skarg, sygnałów lub informacji o nieprawidłowościach w tym medialnych i pochodzących od innych podmiotów.

Pytanie 3.

W ramach przeprowadzonych kontroli najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły, m.in.:

- naruszeń w zakresie stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych⁶ oraz nieprzestrzegania uregulowań wewnętrznych w zakresie udzielania zamówień publicznych,
- naruszenia wytycznych oraz przepisów w zakresie kwalifikowalności wydatków,
- uchybień i braków w instrukcji obiegu i kontroli dokumentów finansowo-księgowych, nieaktualizowania wewnętrznych aktów prawnych,
- nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej stanowiących naruszenie postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷,
- niewystarczającego wymiaru zatrudnienia personelu medycznego w zakładzie w stosunku do ustalonej minimalnej normy.

Pytanie 4.

We wnioskowanym okresie wydano łącznie 494 zalecenia, w tym: w 2022 r. 81 zaleceń, w 2023 r. 173 zalecenia, w 2024 r. 148 zaleceń, w 2025 r. 71 zaleceń, w 2026 r. 21 zaleceń.

⁴ W formie określonej w art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej, dalej jako: „inny podmiot”.

⁵ Dz. U. z 2026 r., poz. 156, dalej jako: „ustawa o działalności leczniczej”.

⁶ Dz. U. z 2026 r., poz. 793.

⁷ Dz. U. z 2024 r., poz. 798 z późn. zm.

Pytanie 5 i 6.

Zalecenia pokontrolne nie mają charakteru decyzji administracyjnej i nie podlegają przymusowej egzekucji administracyjnej. Skuteczność ich wykonania opiera się na instrumentach nadzorczych przewidzianych w regulacjach prawnych dotyczących funkcjonowania danego podmiotu lub gospodarowania środkami publicznymi. Ocena realizacji zaleceń jest dokonywana w oparciu o informacje przekazywane przez kontrolowane jednostki oraz ustalenia wynikające z prowadzonych czynności pozostających w zakresie kompetencji organu, w tym ewentualnych, kolejnych działań kontrolnych.

Uprawnienia nadzorcze Ministra Zdrowia wynikają z przepisów prawa lub postanowień umowy w przypadku przekazania dotacji. Względem jednostek podległych lub nadzorowanych, Minister Zdrowia posiada szersze uprawnienia niż wobec pozostałych podmiotów. Wykaz tych jednostek zawiera obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2025 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych⁸.

Zakres działań nadzorczych nad podmiotami leczniczymi, przysługujących podmiotowi tworzącemu został zawarty w art. 121 ustawy o działalności leczniczej.

W przypadku projektów realizowanych w ramach środków europejskich, instrumentem prawnym są zapisy umów o dofinansowanie projektów i wskazane tam sankcje.

Pytanie 7.

W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości skierowano 6 zawiadomień do organów ścigania.

Pytanie 8.

W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości skierowano 3 sprawy do właściwych samorządów zawodów medycznych.

Pytanie 9, 10, 11, 13, 14, 15.

Pytania dotyczące problematyki nadzoru wydają się zakładać, iż istnieje centralny system nadzoru nad wszystkimi podmiotami leczniczymi działającymi na terenie kraju, niezależnie od ich formy organizacyjno-prawnej, podmiotu tworzącego lub struktury właścicielskiej. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy - Prawo przedsiębiorców we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy o instytutach badawczych, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne ww. stowarzyszeń, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, czy też jednostki wojskowe - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 ww. ustawy). Z kolei, na gruncie ustawy o działalności leczniczej, normatywne ramy i zasady nadzoru dotyczą przede wszystkim podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (a więc tych prowadzonych w formie: spzoz, jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej), względem których nadzór sprawuje podmiot tworzący. Granice i aspekty tego nadzoru wyznaczają w szczególności przepisy art. 121 ustawy o działalności leczniczej. Minister Zdrowia jest podmiotem tworzącym dla relatywnie niewielkiej (w skali kraju) grupy

⁸ M.P. 2025 poz. 41.

podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jak również jest ministrem nadzorującym wobec 14 uczestniczących w systemie ochrony zdrowia instytutów badawczych, objętych wykazem jednostek organizacyjnych mu podległych lub przez niego nadzorowanych i tym samym nie dysponuje uprawnieniami nadzorczymi względem innych, działających na terenie kraju, podmiotów leczniczych.

Niezależnie od powyższego, wyodrębnienia wymaga prowadzenie nadzoru przez Ministra Zdrowia nad systemem Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego, dalej jako: „PRM”. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu PRM prowadzony jest z wykorzystaniem dwóch systemów teleinformatycznych: Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, dalej jako: „SWD PRM” oraz systemu zarządzającego Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. SWD PRM umożliwia obsługę zgłoszeń alarmowych, dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych oraz monitorowanie lokalizacji i statusów zespołów ratownictwa medycznego.

Administrator systemu przekazuje do Ministerstwa Zdrowia comiesięczne raporty obejmujące wszystkie SOR w kraju. Dane są również poddawane doraźnej weryfikacji, a wykryte błędy są na bieżąco sygnalizowane użytkownikom. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości Ministerstwo Zdrowia kieruje korespondencję do podmiotów leczniczych, organów tworzących, wojewodów oraz oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, niejednokrotnie wskazując na zasadność przeprowadzenia kontroli. Jeżeli działania te nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, właściwa komórka organizacyjna, nadzorująca ww. obszar, zgłasza propozycję tematu i podmiotu do ujęcia w rocznym planie kontroli Ministerstwa.

W latach 2022–2026 wdrożono szereg działań zwiększających skuteczność nadzoru nad podmiotami realizującymi świadczenia w systemie PRM, w szczególności:

1. Rozwój Modułu NFZ w SWD PRM – usprawnienie wymiany i weryfikacji danych dotyczących świadczeń realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego;
2. Rozwój Modułu Planista w SWD PRM – wsparcie monitorowania grafików, obsady i dostępności personelu oraz identyfikacji potencjalnych braków kadrowych;
3. Rozbudowa Modułu Raportowego SWD PRM – zapewnienie wojewodom, dysponentom ZRM i Ministerstwu Zdrowia bieżącego dostępu do danych analitycznych dotyczących funkcjonowania systemu.
4. Upowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz rejestracji zdarzeń medycznych – zwiększenie dostępności i jakości danych o udzielanych świadczeniach.
5. Uruchomienie RPWDL 2.0 – dalsza elektronizacja procesów związanych z prowadzeniem rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz usprawnienie aktualizacji i weryfikacji danych.
6. Ujednolicenie sprawozdawczości w ramach wojewódzkich planów działania systemu PRM – poprawa porównywalności danych i identyfikacji obszarów wymagających działań naprawczych.
7. Wdrożenie automatycznych reguł walidacji danych oraz kontroli zmian – poprawa jakości danych, rozliczalności działań użytkowników oraz możliwości personalnej identyfikacji wprowadzanych modyfikacji.

Pytanie 12.

W Ministerstwie Zdrowia są opracowywane analizy dotyczące kadry medycznej obejmujące lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów, zarówno w ujęciu ogólnokrajowym, jak i regionalnym. Analizy dostępne są w aplikacji pod linkiem: https://basiw.mz.gov.pl/mapyinformacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/W_zakladce_„Kadra_NFZ” ww. aplikacji udostępnione są informacje dotyczące personelu medycznego w podziale na rodzaj udzielanych świadczeń oraz typ komórki organizacyjnej, w której świadczenia realizowane są w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Aplikacja zawiera również zakładkę poświęconą analizom zastępowalności pokoleniowej kadr medycznych.

Przedstawione w niej analizy obrazują różnicę pomiędzy liczbą osób wchodzących i odchodzących z rynku pracy. W przypadku lekarzy specjalistów uwzględniono dodatkowo porównanie liczby lekarzy, którzy prawdopodobnie ukończą szkolenie specjalizacyjne, z liczbą lekarzy osiągających wiek emerytalny w danym roku, co pozwala prognozować zmiany w zasobach kadrowych w poszczególnych specjalizacjach. W Ministerstwie Zdrowia opracowany został również model popytowy dla kadry lekarskiej ogółem, bez podziału na poszczególne specjalizacje (<https://basiw.mz.gov.pl/mapyinformacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/model-popytowo-podazowylekarzy/>). Z modelu wynika, że w Polsce nastąpi wzrost liczby lekarzy ogółem, co jest głównie efektem wzrostu kształcenia na kierunku lekarskim. Model wskazuje, że możliwe jest, że w najbliższych latach podaż przewyższy popyt na kadrę lekarską. W związku z tym istotne jest dostosowanie kształcenia specjalizacyjnego do potrzeb i różnic regionalnych – kluczowa jest odpowiednia dystrybucja kadry oraz strategia przyznawania miejsc na szkolenia specjalizacyjne lekarzy.

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