



Minister Zdrowia

ASG.050.207.2026.MK
Warszawa, 29 września 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację (nr 19213), Pana Posła Dariusza Mateckiego w sprawie nieprawidłowości w funkcjonowaniu Szpitala Miejskiego w Miastku oraz rozliczania świadczeń wykonywanych przez spółkę Spine, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji

1. Czy Ministerstwo Zdrowia posiadało informacje o wielokrotnym zawieszaniu działalności oddziału chirurgii Szpitala Miejskiego w Miastku w latach 2024–2025 oraz o wykonywaniu w tym samym czasie zabiegów przez lekarzy związanych ze spółką Spine, a jeżeli tak, to kiedy informacje te wpłynęły do Ministerstwa i jakie działania zostały wówczas podjęte?
2. Czy Ministerstwo Zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia zweryfikowały wszystkie świadczenia wykonane w Szpitalu Miejskim w Miastku przez lekarzy związanych ze spółką Spine w latach 2024–2025, w szczególności świadczenia sprawozdawane jako pełna hospitalizacja, i jaka jest łączna wartość środków publicznych wypłaconych z tego tytułu oraz kwota, której zwrotu zażądał lub zamierza zażądać NFZ?
3. Dlaczego Narodowy Fundusz Zdrowia – według informacji ujawnionych przez media – przez wiele miesięcy nie posiadał wiedzy o zawieszeniu działalności oddziału chirurgii, pomimo finansowania wykonywanych tam świadczeń, oraz czy Ministerstwo ustaliło, czy doszło w tym zakresie do zaniedbań po stronie szpitala, NFZ lub innych instytucji odpowiedzialnych za nadzór nad placówką?

Na podstawie danych przedstawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zawartych w Księdze Rejestrowej placówki w Rejestrze Podmiotów Leczniczych Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Pomorskiego brak jest adnotacji odnoszącej się do wskazanego okresu czasowego zaprzestania działalności przez komórkę organizacyjną (tj. oddział chirurgiczny ogólny), o którym mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2 ustawy [1]. Wojewoda Pomorski nie zasięgał opinii dyrektora Pomorskiego OW NFZ o której mowa w art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156) w odniesieniu do wskazanego powyżej oddziału szpitalnego. Podkreślenia wymaga, iż Szpital Miejski w Miastku w latach 2024 – 2025 informował Pomorski OW NFZ o problemach z zapewnieniem pełnej obsady lekarskiej w oddziale chirurgii ogólnej.

Jednocześnie zaznaczyć należy, że podmiot nie przekazał do Pomorskiego OW NFZ informacji o zawarciu umowy ze Spine sp. z o.o. Przedsiębiorstwo to nie zostało również wskazane jako podwykonawca świadczeń realizowanych w ramach umowy podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Dodatkowo z informacji przekazanych przez Pomorski OW NFZ wynika, iż wszystkie sprawozdawane przez świadczeniodawców świadczenia do systemu informatycznego Pomorskiego OW NFZ podlegają procesom walidacji i weryfikacji zgodnie z obowiązującymi sprawdzeniami z zakresu Centralnych Warunków Walidacji i Centralnych Reguł Weryfikacji. Natomiast świadczenia realizowane w ramach oddziału chirurgicznego

ogólnego finansowane są w ramach ogólnej kwoty ryczałtu podstawowego szpitalnego zapiecenia, która przeznaczona jest na finansowanie świadczeń w ramach wszystkich profili systemu zakwalifikowanych do sieci szpitali. Oznacza to, że podmiot leczniczy otrzymał środki finansowe na zabezpieczenie dostępności do świadczeń w ramach leczenia szpitalnego na rzecz całego podmiotu. Podmiot zobowiązany jest do przekazywania danych statystycznych dotyczących realizowanych świadczeń, które nie podlegają osobnemu rozliczeniu z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie mają wpływu na wysokość przekazanych środków finansowych na rzecz podmiotu w danym roku rozliczeniowym.

Nadmieniam, że oddziały wojewódzkiego NFZ dokonują cyklicznych analiz związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej oraz monitorują ich prawidłowość. Proces ten odbywa się na podstawie pogłębionej weryfikacji umów.

W ramach sprawozdawczości systemowej wytypowano procedury medyczne, które wzbudziły wątpliwości Pomorskiego OW NFZ co do ich liczby i prawidłowości wykonania. W związku z tym 20 sierpnia 2025 r. zorganizowano spotkanie z Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie neurochirurgii, podczas którego szczegółowo omówiono te kwestie w odniesieniu do wybranych grup neurochirurgicznych.

Następnie konsultant sprecyzował swoje stanowisko drogą e-mailową (wiadomości z 25 sierpnia 2025 roku.). Odpowiedź Pomorskiego OW NFZ przekazano 2 września 2025 r.

W kolejnym etapie analizy uzyskanych danych Konsultant wojewódzki przeprowadził kontrolę w Szpitalu Miejskim w Miastku. Protokół z tej kontroli przekazano do wiadomości Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurochirurgii oraz do Pomorskiego OW NFZ w dniu 21 grudnia 2025 roku. Na tej podstawie Pomorski OW NFZ skierował sprawę do Terenowego Wydziału Kontroli Centrali NFZ w dniu 29 grudnia 2025 r.

W toku przeprowadzonej kontroli zweryfikowano realizację świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 1 kwietnia 2024 r. do 31 marca 2025 r. Weryfikacja dotyczyła zakresu: chirurgia ogólna – hospitalizacja (kod zakresu 03.4500.030.02), w obszarze realizacji i sprawozdawania świadczeń opieki zdrowotnej w grupie JGP H55 Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa.

Kontrolą objęto wszystkie 2582 świadczenia sprawozdane do Narodowego Funduszu Zdrowia przez Szpital w Miastku grupą JGP H55 Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa z procedurą ICD-9 03.96 przezskórne odnerwienie powierzchni stawowej wyrostka kręgu. Nie sprawozdano do rozliczenia z NFZ takich świadczeń w innych okresach. Wartość tych świadczeń wyniosła: 17.794.244,21 zł.

NFZ wezwał świadczeniodawcę do zapłaty 13.258.157,23 zł tytułem kary umownej stanowiącej równowartość nienależnie wypłaconych środków, stanowiących równowartość różnicy pomiędzy wartością sprawozdanych świadczeń, a wartością świadczeń, które faktycznie zostały wykonane wg zapisów w dokumentacji medycznej. Realizacja świadczeń nastąpiła niezgodnie z kryterium określonym w art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) – cel leczenia mógł zostać osiągnięty poprzez leczenie ambulatoryjne.

Jednocześnie do Pomorskiego OW NFZ w latach 2024–2025 nie wpłynęły skargi pacjentów dotyczące oddziału chirurgii ogólnej w Szpitalu Miejskim w Miastku.

- 4. W jaki sposób, w ocenie Ministerstwa Zdrowia, możliwe było wykonywanie i rozliczanie świadczeń medycznych na oddziale, którego działalność była formalnie zawieszona, oraz czy Ministerstwo dokonało lub zamierza dokonać analizy zgodności takich działań z obowiązującymi przepisami dotyczącymi działalności leczniczej i finansowania świadczeń ze środków publicznych?**

Zgodnie z § 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2026 r. poz. 712):

- świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym.
- świadczeniodawca powiadamia Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.
- przerwa w udzielaniu świadczeń, o której mowa powyżej wymaga zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, udzielonej w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – w terminie 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

W związku z powyższym w ocenie Ministerstwa Zdrowia nie jest możliwe rozliczenie świadczeń udzielonych w okresie zgłoszonej przerwy na danym oddziale. Ponadto jak wynika z przeprowadzonych ustaleń sytuacja taka nie miała miejsca.

Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, że świadczenia realizowane w ramach oddziału chirurgicznego ogólnego finansowane są w ramach ogólnej kwoty ryczałtu podstawowego szpitalnego zapieczęcia, która przeznaczona jest na finansowanie świadczeń w ramach wszystkich profili systemu zakwalifikowanych do sieci szpitali. Oznacza to, że podmiot leczniczy otrzymał środki finansowe na zabezpieczenie dostępności do świadczeń w ramach lecznictwa szpitalnego na rzecz całego podmiotu. Podmiot zobowiązany jest do przekazywania danych statystycznych dotyczących realizowanych świadczeń, które nie podlegają osobnemu rozliczeniu z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie mają wpływu na wysokość przekazanych środków finansowych na rzecz podmiotu w danym roku rozliczeniowym.

- 5. Czy Ministerstwo Zdrowia ustaliło, ilu pacjentów szpitala w okresach zawieszenia oddziału chirurgii nie zostało przyjętych, zostało odesłanych do innych placówek albo musiało oczekiwać na świadczenie, podczas gdy w tym samym czasie infrastruktura oddziału była wykorzystywana do wykonywania zabiegów przez lekarzy związanych ze spółką Spine, oraz czy zbadano wpływ tej sytuacji na bezpieczeństwo i prawa pacjentów?**

Przedmiotowe dane nie są możliwe do ustalenia, gdyż m.in. liczba pacjentów przewożonych przez zespoły ratownictwa medycznego w okresie zawieszenia działalności określonej jednostki organizacyjnej do innych podmiotów leczniczych nie jest rejestrowana.

- 6. Jakie działania systemowe zamierza podjąć Ministerstwo Zdrowia, aby uniemożliwić w przyszłości finansowanie przez NFZ świadczeń wykonywanych na oddziałach formalnie zawieszonych oraz zapewnić automatyczną wymianę informacji pomiędzy wojewodami, podmiotami leczniczymi, Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia o zawieszeniu działalności oddziałów i realizowanych w tym czasie świadczeniach?**

W opinii Ministerstwa Zdrowia takie zabezpieczenia systemowe istnieją. Oprócz wskazanych powyżej przepisów ogólnych warunków umów, obowiązuje również art. 34 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156), zgodnie, z którym:

- podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne może, w zakresie świadczeń zdrowotnych

finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej:

- całościwie;
 - częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń.
 - czasowe zaprzestanie działalności, o którym mowa powyżej, wymaga zgody wojewody,
 - kierownik występuje do wojewody z wnioskiem o udzielenie zgody,
 - wniosek kierownika powinien zawierać określenie przyczyny, proponowany okres oraz zakres zaprzestania działalności;
 - wojewoda przed wyrażeniem zgody zasięga opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Niewydanie opinii w terminie 7 dni jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.
 - wojewoda wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.
 - w przypadku gdy zaprzestanie działalności leczniczej:
 - jest spowodowane siłą wyższą,
 - wynika z decyzji administracyjnej podjętej na podstawie odrębnych przepisów
- kierownik informuje wojewodę o czasowym całkowitym albo częściowym zaprzestaniu działalności, w terminie 3 dni roboczych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących zaprzestanie tej działalności.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Tomasz Maciejewski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/