Minister Zdrowia

DLU.050.46.2026.MŁ
Warszawa, 02 listopada 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 20115 Pana Posła Janusza Cieszyńskiego w sprawie zgłaszania do Narodowego Funduszu Zdrowia wykazów personelu obejmujących lekarzy niezatrudnionych u świadczeniodawcy, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień stanowiących odpowiedź na pytania postawione przez Pana Posła.

Ad. 1. Ile kontroli dotyczących zgodności zgłoszonych wykazów personelu ze stanem faktycznym przeprowadził Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2024, 2025 i 2026 do 31 sierpnia? W ilu z nich stwierdzono nieprawidłowości, ilu lekarzy one dotyczyły oraz jaka była łączna kwota nałożonych kar umownych i żądanych zwrotów? Proszę o dane w podziale na lata i oddziały wojewódzkie.

Uprzejmie informujemy, że Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie od 1 stycznia 2024 roku do 31 sierpnia 2026 roku zakończył łącznie 1003 kontrole i czynności sprawdzające, w których weryfikował m.in. personel zgłoszony do umowy. W postępowaniach kontrolnych oraz czynnościach sprawdzających oprócz weryfikacji personelu sprawdzane były również inne obszary. W tym miejscu należy wyjaśnić, że prowadzone rejestry nie uwzględniają danych w tak szczegółowym podziale. W związku z powyższym, nie jest możliwe jednoznaczne ustalenie, czy we wszystkich 905 postępowaniach kontrolnych, w ramach, których weryfikowano personel i nałożono kary, podstawą ich nałożenia były nieprawidłowości stwierdzone w obszarze dotyczącym personelu.
Należy również wyjaśnić, że w prowadzonych rejestrach kontroli i czynności sprawdzających nie są gromadzone dane dotyczące m.in. liczby lekarzy. Dane dotyczące wartości nienależnie wypłaconych przekazanych środków finansowych oraz dane wartości kar z uwzględnieniem podziału na lata i oddziały wojewódzkie zostały przedstawione w poniższych tabelach.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Rok 2024

Oddział Wojewódzki rozliczający świadczenia	Liczba działań kontrolnych dotyczących personelu	Liczba działań kontrolnych z nieprawidłowościami	Wartość nienależnie przekazanych środków finansowych	wartość kar
Dolnośląski OW NFZ	20	19	9 035 302,66 zł	1 590 029,06 zł
Kujawsko-Pomorski OW NFZ	25	25	1 972 037,39 zł	1 019 148,33 zł
Lubelski OW NFZ	11	11	739 292,79 zł	232 473,89 zł
Lubuski OW NFZ	4	4	230 227,48 zł	145 875,23 zł
Łódzki OW NFZ	14	11	580 367,41 zł	739 883,86 zł
Małopolski OW NFZ	32	32	391 747,34 zł	339 581,49 zł
Mazowiecki OW NFZ	65	52	6 803 608,75 zł	2 145 112,55 zł
Opolski OW NFZ	5	5	63 648,64 zł	209 433,17 zł
Podkarpacki OW NFZ	25	17	967 869,35 zł	445 430,97 zł
Podlaski OW NFZ	19	19	23 852,00 zł	423 987,24 zł
Pomorski OW NFZ	20	20	609 461,33 zł	1 667 932,25 zł
Śląski OW NFZ	37	30	1 846 927,72 zł	1 181 750,68 zł
Świętokrzyski OW NFZ	6	5	78 809,20 zł	160 875,48 zł
Warmińsko-Mazurski OW NFZ	12	8	153 983,34 zł	1 398 006,11 zł
Wielkopolski OW NFZ	32	30	341 734,16 zł	252 025,84 zł
Zachodniopomorski OW NFZ	10	9	3 495 050,52 zł	1 417 560,46 zł
suma	337	297	27 333 920,08 zł	13 369 106,61 zł

Rok 2025

Oddział Wojewódzki rozliczający świadczenia	Liczba działań kontrolnych dotyczących personelu	Liczba działań kontrolnych z nieprawidłowościami	Wartość nienależnie przekazanych środków finansowych	wartość kar
Dolnośląski OW NFZ	31	26	243 543,05 zł	718 256,72 zł
Kujawsko-Pomorski OW NFZ	34	31	3 315 460,34 zł	2 686 496,83 zł
Lubelski OW NFZ	30	27	3 695 177,23 zł	1 204 082,05 zł
Lubuski OW NFZ	14	14	52 648,09 zł	684 007,38 zł
Łódzki OW NFZ	22	16	297 437,43 zł	706 574,53 zł
Małopolski OW NFZ	53	49	59 441,20 zł	1 141 445,99 zł
Mazowiecki OW NFZ	37	34	1 195 928,50 zł	2 500 363,66 zł

Opolski OW NFZ	6	6	28 752,01 zł	634 286,56 zł
Podkarpacki OW NFZ	15	13	402 207,41 zł	708 513,98 zł
Podlaski OW NFZ	24	24	550 083,92 zł	774 857,88 zł
Pomorski OW NFZ	13	12	731 509,51 zł	435 845,34 zł
Śląski OW NFZ	35	29	438 334,16 zł	2 460 030,82 zł
Świętokrzyski OW NFZ	11	9	9 955,44 zł	161 874,70 zł
Warmińsko-Mazurski OW NFZ	9	8	128 136,42 zł	879 586,92 zł
Wielkopolski OW NFZ	18	15	332 053,51 zł	795 857,61 zł
Zachodniopomorski OW NFZ	4	4	802 530,60 zł	321 248,33 zł
suma	356	317	12 283 198,82 zł	16 813 329,30 zł

Do 31.08.2026 r.

Oddział Wojewódzki rozliczający świadczenia	**Liczba działań kontrolnych dotyczących personelu**	**Liczba działań kontrolnych z nieprawidłowościami**	**Wartość nienależnie przekazanych środków finansowych**	**wartość kar**
Dolnośląski OW NFZ	24	21	2 302 897,94 zł	902 333,80 zł
Kujawsko-Pomorski OW NFZ	13	13	4 466 590,21 zł	272 632,19 zł
Lubelski OW NFZ	13	12	109 459,68 zł	202 694,78 zł
Lubuski OW NFZ	8	8	533 910,46 zł	387 279,36 zł
Łódzki OW NFZ	23	15	1 065 558,26 zł	920 272,80 zł
Małopolski OW NFZ	31	31	429 831,10 zł	1 292 325,96 zł
Mazowiecki OW NFZ	40	37	2 614 876,10 zł	3 310 388,99 zł
Opolski OW NFZ	6	6	850 633,05 zł	397 674,44 zł
Podkarpacki OW NFZ	18	18	205 504,72 zł	1 241 673,00 zł
Podlaski OW NFZ	11	11	54 693,86 zł	413 720,77 zł
Pomorski OW NFZ	18	18	380 520,65 zł	460 064,52 zł
Śląski OW NFZ	43	40	82 653,79 zł	2 613 509,95 zł
Świętokrzyski OW NFZ	11	11	1 312,23 zł	99 689,70 zł
Warmińsko-Mazurski OW NFZ	16	16	62 141,82 zł	170 812,80 zł
Wielkopolski OW NFZ	24	23	250 104,44 zł	566 383,10 zł
Zachodniopomorski OW NFZ	11	11	1 221 050,80 zł	7 614 868,42 zł
suma	310	291	14 631 739,11 zł	20 866 324,58 zł

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Ad. 2. W jaki sposób Fundusz weryfikuje prawdziwość wykazów personelu przy zawieraniu umów i w trakcie ich realizacji? Czy dane te są porównywane z Centralnym Rejestrem Lekarzy i Lekarzy Dentystów, danymi ZUS o zgłoszeniach do ubezpieczeń lub innymi rejestrami publicznymi? Jeżeli nie, z jakich przyczyn.

Należy w pierwszej kolejności wyjaśnić, że prowadząc postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej komisje konkursowe/zespoły w sprawie oceny wniosków powołane w OW NFZ, działają w oparciu o obowiązujące regulacje prawne, takie jak:
- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1858, ze zm.),
-zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.) oraz odpowiednie procedury dotyczące zawierania umów.

Powyższe regulacje określają m.in. zakres danych jakie powinna zawierać oferta konkursowa/wniosek o zawarcie umowy, a także wskazują zasady weryfikacji spełnienia warunków wymaganych lub dodatkowo ocenianych. Zgodnie z nimi komisje/zespoły mogą zażądać przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta/wnioskującego, nie mogą natomiast żądać od niego przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania, jeżeli potwierdzenie tych danych i informacji jest możliwe na podstawie:
- posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych,
- rejestrów publicznych posiadanych przez inne podmioty publiczne, do których Narodowy Fundusz Zdrowia ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.
Uwzględniając powyższe weryfikacje kwalifikacji wykazanego w ofercie/we wniosku personelu odbywa się poprzez:
- analizę dokumentacji kwalifikacyjnej w przypadku jej dołączenia do oferty/wniosku - potwierdzenie w dostępnych rejestrach publicznych, takich jak: Centralny Rejestr Lekarzy, Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych, Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów,
- potwierdzenie w zbiorze danych zawartym w systemie informatycznym Oddziału (KS SIKCh),
- wezwanie oferenta do przedłożenia dokumentów kwalifikacyjnych (dotyczy kwalifikacji nie uwzględnionych w publicznych rejestrach, gdy jednocześnie zbiór danych w systemie informatycznym Oddziału nie zawiera takich informacji, np. certyfikaty, zaświadczenia o odbytych szkoleniach, dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe). Oprócz weryfikacji kwalifikacji deklarowanego personelu komisje/zespoły analizują potencjał pod kątem spełnienia warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych w zakresie dostępności (harmonogram udzielania świadczeń) oraz koincydencji czasu pracy (poprzez dostępną funkcjonalność w KS-SIKCh).

Należy również wskazać, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2026 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 1137), które wejdzie w życie w dniu 1 listopada 2026 r. zostaje wprowadzony obowiązek przekazywania przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne godzinowych zestawień obecności osób wykonujących zawody medyczne. Rozwiązanie to służy

zwiększeniu przejrzystości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wzmocnieniu mechanizmów nadzoru nad prawidłowością wykonywania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Obowiązek przekazywania danych o rzeczywistym czasie wykonywania świadczeń przez personel medyczny ułatwi Narodowemu Funduszowi Zdrowia prowadzenie bieżącej analizy zgodności realizacji świadczeń z harmonogramami pracy personelu zgłoszonego do umowy, a także identyfikowanie przypadków jednoczesnego wykazywania tej samej osoby jako wykonującej świadczenia w różnych miejscach w tym samym czasie.

Dla zapewnienia efektywnego wykonywania ww. obowiązku regulacja wprowadza możliwość nałożenia kary umownej za jego niewykonanie. Rozwiązanie to ma na celu zapewnienie terminowej realizacji obowiązku przekazywania danych przez świadczeniodawców.

Ad. 3. Czy lekarz zgłoszony do wykazu personelu jest o tym informowany i czy może samodzielnie sprawdzić, u których świadczeniodawców i w jakim wymiarze godzin został zgłoszony? Jeżeli nie, czy ministerstwo udostępni taką informację w aplikacji gabinet.gov.pl i w jakim terminie?

Informujemy, że obecnie lekarz zgłoszony do harmonogramu zasoby – stanowiącym załącznik do umowy ze świadczeniodawcą nie jest o tym informowany przez OW NFZ i nie ma obecnie jeszcze funkcjonalności w systemie informatycznym NFZ dedykowanej wprost do komunikacji z lekarzem w tej sprawie. Obecnie lekarze korzystają co prawda z funkcjonalności w SNR w której „podglądają" na poziomie danego OW NFZ do jakich umów zostali zgłoszeni, ale w NFZ trwają prace nad rozbudową tego systemu, aby wprowadzić dedykowaną funkcjonalność dla personelu medycznego do weryfikacji swoich danych, przekazanych przez świadczeniodawców i zatwierdzonych w umowach podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Całościowe prace dotyczące zgłoszenia dotyczyć będą nowego serwisu WWW w ramach modułu Centralny Portal SZOI, który ma pozwolić zalogowanej osobie personelu medycznego zweryfikować dane przekazane przez wszystkich świadczeniodawców, ze wszystkich OW, dotyczące jej planowanej i faktycznie wykonanej pracy u tych świadczeniodawców, w ich miejscach udzielania świadczeń, wraz ze zgłaszaniem nieprawidłowości dotyczących tych danych.

Ad. 4. Którym instytucjom Fundusz przekazuje dane pochodzące z wykazów personelu i czy przy ich przekazywaniu wskazuje, że nie zostały zweryfikowane co do zgodności ze stanem faktycznym?

Uprzejmie informujemy, że zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na dany rok, dane o lekarzach zgłoszonych do umów z Narodowym Funduszem Zdrowia zostają przekazywane do Głównego Urzędu Statystycznego. Należy podkreślić, że dane lekarzy zgłoszonych do umów przechodzą weryfikację pod kątem spełnienia warunków wymaganych do zawarcia umowy.

Ad. 5. Czy oceniono wpływ nieprawdziwych danych o personelu na taryfy ustalane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz na mapy potrzeb zdrowotnych? Jeżeli tak, jaki jest wynik tej oceny, a jeżeli nie, czy taka analiza zostanie przeprowadzona i w jakim terminie?

Dane dotyczące personelu medycznego, gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, nie są przekazywane Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a tym samym nie stanowią źródła danych wykorzystywanych w procesie ustalania taryf/wycen świadczeń.

Podstawę prowadzonych przez Agencję analiz taryfikacyjnych stanowią dane pozyskiwane bezpośrednio od świadczeniodawców realizujących świadczenia objęte danym postępowaniem. Obejmują one w szczególności informacje dotyczące zasobów zaangażowanych w realizację świadczeń oraz kosztów związanych z ich wykorzystaniem.

W przypadku świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym czas pracy personelu zapewniającego opiekę na oddziale nie jest analizowany odrębnie. Koszty osobowe stanowią bowiem jeden z elementów całkowitego kosztu osobodnia wykazywanego przez świadczeniodawców. Szczegółowej analizie podlega natomiast czas zaangażowania poszczególnych grup personelu w realizację określonych procedur, w szczególności zabiegów operacyjnych oraz badań diagnostycznych czy laboratoryjnych. W tym zakresie wykorzystywane są dane przekazywane przez świadczeniodawców, dotyczące m.in. składu zespołu oraz czasu pracy niezbędnego do wykonania danej procedury.

Mając na uwadze, że dane zawarte w wykazach personelu przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia nie są wykorzystywane przez Agencję w procesie taryfikacji/wycen świadczeń, ewentualne nieprawidłowości w tych danych nie mają wpływu na wysokość ustalanych taryf/wycen. Tym samym nie występowały przesłanki do prowadzenia odrębnych analiz dotyczących wpływu jakości danych zawartych w przedmiotowych wykazach na wyniki postępowań taryfikacyjnych.

Jednocześnie informujemy, że w ramach Mapy Potrzeb Zdrowotnych analizy dotyczące zasobów kadry medycznej opracowywane są w znacznej mierze na podstawie danych o liczbie personelu medycznego pracującego ogółem. W ramach prowadzonych analiz prezentowane są również dane dotyczące personelu medycznego zgłaszanego do realizacji świadczeń w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale nie stanowią jedynego i głównego źródła informacji wykorzystywanego do oceny zasobów kadrowych.

Ad. 6. W ilu postępowaniach o zawarcie umowy rozstrzygniętych w latach 2024–2026 warunki dotyczące personelu wykazano danymi zakwestionowanymi następnie w kontroli? Czy rozstrzygnięcia tych postępowań zostały ponownie zweryfikowane, a jeżeli nie, czy Fundusz taką weryfikację przeprowadzi?

Uprzejmie informujemy, że Narodowy Fundusz Zdrowia podczas przeprowadzonych kontroli i czynności sprawdzających dokonywał weryfikacji m.in. personelu zgłoszonego do umowy. W postępowaniach kontrolnych oraz czynnościach sprawdzających oprócz weryfikacji personelu sprawdzane były także inne obszary.
Należy w tym miejscu wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie gromadzi danych w formie rejestrów/ewidencji wskazanych w treści ww. pytania Pana Posła.

Dodatkowo wyjaśnić należy, że spełnienie przez świadczeniodawców warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, monitorowane jest przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w trakcie całego okresu obowiązywania umowy. Powyższe odbywa się w szczególności poprzez bieżącą ocenę zgłaszanych przez świadczeniodawców zmian do umowy, analizę raportów sprawozdawczych pod kątem faktycznego udzielania świadczeń przez personel wykazany w umowach.

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