



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.8.1.2025

Pani
Katarzyna Adamek
Dyrektor
Śląskiego Oddziału
Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach
ul. Stanisława Kossutha 13
40-844 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/091 Profilaktyczna opieka zdrowotna prowadzona w ramach podstawowej opieki medycznej dla dzieci i młodzieży jako miernik oceny stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach ¹ , ul. Stanisława Kossutha 13, 40-844 Katowice.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Katarzyna Adamek, Dyrektor Oddziału, od 23 maja 2024 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Ewa Kabza, p.o. Dyrektora Oddziału, od 28 marca 2024 r. do 22 maja 2024 r. Piotr Nowak, Dyrektor Oddziału od 20 grudnia 2021 r. do 27 marca 2024 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Finansowanie przez wojewódzki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2024 r. z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 w związku z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	Izabela Pilarek, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LKA/80/2025 z 28 kwietnia 2025 r. Jerzy Horodecki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/112/2025 z 3 czerwca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-4, 1073-1075)

¹ Dalej: „ŚOW NFZ”, „Oddział” albo „kontrolowana jednostka”.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

ŚOW NFZ dysponował w latach 2022-2024 danymi w zakresie stanu profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży do 19 roku życia⁴, w tym liczby dzieci i młodzieży, która mogła pozostawać poza systemem podstawowej opieki zdrowotnej⁵ (odpowiednio około 41,7 tys., 41,9 tys. oraz 41,5 tys. osób).

W latach 2022-2024, badaniami bilansowymi objętych zostało odpowiednio: 28,1%, 28,0% i 27,2%, a wizytami patronażowymi pielęgniarki POZ: 54,4%, 43,4% i 65,5% - uprawnionych dzieci i młodzieży. Nie miało to jednak wpływu na poziom finansowania świadczeń, z uwagi na ich rozliczanie w ramach stawki kapitałowej. Powyższe świadczenia nie były obowiązkowe, aczkolwiek zalecane przez lekarzy i Ministerstwo Zdrowia. W okresie objętym kontrolą na jednego uprawnionego przypadało średnio 3,5 (w 2022 r.) oraz po 3,6 (w latach 2023 i 2024) świadczenia dotyczącego wizyty patronażowej położnej, co było zgodne z załącznikiem nr 3 do części II do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁶.

Oddział przekazywał do centrali NFZ dwa razy w roku dane otrzymane z placówek POZ, dotyczące porad patronażowych lekarza POZ, badań bilansowych, wizyt patronażowych pielęgniarki POZ i wizyt patronażowych pielęgniarki POZ.

ŚOW NFZ monitorował jakość i dostępność profilaktycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży w ramach POZ, a także realizację zawartych umów, w szczególności poprzez analizę i ocenę składanych przez świadczeniodawców wniosków dotyczących zatrudnienia personelu, zmian w harmonogramie czasu pracy oraz weryfikację przekazanych przez świadczeniodawców danych o udzielonych świadczeniach (przy wykorzystaniu Centralnych Reguł Weryfikacji⁷).

Stwierdzona nieprawidłowość polegała na nieprzeprowadzaniu przez Oddział analiz oraz weryfikacji danych przekazywanych przez świadczeniodawców o wykonanych świadczeniach w rodzaju POZ - profilaktyczna opieka zdrowotna dzieci i młodzieży, w zakresie sprawozdawania ww. świadczeń. Dotyczyło to 93 (w latach 2022 i 2024) oraz 92 (w roku 2023) świadczeniodawców, którzy nie wykazali żadnego świadczenia dotyczącego profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży, w co najmniej jednym z badanych kodów świadczeń.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dalej: „dzieci i młodzież”.

⁵ Dalej: „POZ”.

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz.1427, ze zm.; zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

⁷ Dalej: CRW.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR **Finansowanie przez wojewódzki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży prowadzonej w ramach POZ.**

Opis stanu faktycznego **1. W okresie objętym kontrolą, liczba dzieci i młodzieży, która została objęta POZ⁹ w województwie śląskim ulegała stopniowemu zmniejszeniu¹⁰:**

- a) w zakresie świadczeń lekarza POZ¹¹ - z 802 786 osób w 2022 r., poprzez 795 743 w 2023 r. do 783 763 osób w 2024 r.;
- b) w zakresie świadczeń pielęgniarki POZ¹² - z 783 198 osób w 2022 r., poprzez 776 869 w 2023 r., do 765 912 osób w 2024 r.;
- c) w zakresie świadczeń położnej POZ¹³ - z 367 914 osób w 2022 r., poprzez 364 855 w 2023 r. do 359 505 osób w 2024 r.

(akta kontroli str. 18, 178)

Według Centralnego Wykazu Ubezpieczonych¹⁴, liczba dzieci i młodzieży w województwie śląskim, w badanym okresie wynosiła: 844 523 osoby w 2022 r., 837 661 osób w 2023 r. i 825 304 osoby w 2024 r.

Według powyższych danych, liczba dzieci i młodzieży, dla których nie złożono deklaracji wyboru w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie POZ wyniosła w poszczególnych latach: 41,7 tys., 41,9 tys. oraz 41,5 tys. osób.

(akta kontroli str. 179)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że różnica między liczbą dzieci i młodzieży posiadających prawo do świadczeń zdrowotnych a liczbą faktycznie objętych POZ może wynikać między innymi z poniższych czynników: braku automatyzmu między posiadaniem prawa do świadczeń a formalnym zapisaniem się do POZ (złożenie deklaracji wyboru w POZ jest prawem świadczeniobiorcy, z którego nie musi korzystać); korzystania z innych form opieki zdrowotnej np. prywatnej

⁸ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Dla których złożono deklarację wyboru w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego.

¹⁰ Dane uwzględniają liczbę dzieci i młodzieży do 19 roku życia w latach 2022-2024, która powinna zostać objęta badaniami: bilansowymi, w tym badaniami przesiewowymi i poradami patronażowymi lekarza POZ (kody świadczeń: 5.01.00.0000102, 5.01.00.0000103, 5.01.00.0000104), wizytami patronażowymi pielęgniarki POZ (kod świadczenia 5.01.00.0000107), wizytami patronażowymi położnej POZ (kod świadczenia 5.01.00.0000089), na podstawie złożonych deklaracji.

Uwzględniono podział na świadczeniodawców, na lata 2022, 2023, 2024.

Wskazano grupy wiekowe z liczbą świadczeń i liczbą unikalnych nr PESEL.

Uwzględniono wszystkie aktualne pozycje rozliczeniowe sprawozdane w ramach zakresów: 01.%. Dane ograniczono do pacjentów, którzy w dniu udzielenia świadczenia nie mieli ukończonych 19 lat, a także mieli złożoną deklarację u danego świadczeniodawcy (odpowiednio) do: lekarza, pielęgniarki, położnej.

¹¹ Zakres świadczeń nr 01.0010.094.01.

¹² Zakres świadczeń nr 01.0032.147.01.

¹³ Zakres świadczeń nr 01.0034.010.01.

¹⁴ System prowadzony przez NFZ, który zawierał informacje o osobach ubezpieczonych w NFZ. Dalej: „CWU”

opieki zdrowotnej lub specjalistycznych placówek, zamiast wizyt w POZ; migracji, tj. zmiany miejsca zamieszkania, przebywanie poza granicami kraju; występowania różnych źródeł danych CWU, z którego pozyskiwano dane (dane zawarte w CWU pochodzą z wielu źródeł i jeśli raz pojawią się w nim dane o dziecku, to pozostają tam bezterminowo), CWU zawiera informacje o większej liczbie osób niż baza deklaracji POZ (w tym przypadku źródłem danych jest wyłącznie świadczeniodawca); wieku badanej grupy dzieci i młodzieży – analiza dotyczyła osób do ukończenia 19 roku życia, podczas gdy prawo do świadczeń z mocy art. 2 ust. 1 pkt 3a-d ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵ i związany z tym status uprawnień w CWU występuje tylko do 18 roku życia i m.in. dla osób:

- posiadających polskie obywatelstwo,
- które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

(akta kontroli str. 497-500)

Zgodnie z przepisami zawartymi w: § 2 pkt 1-3 oraz załączniku nr 1 w części I pkt 1 ppkt 4 i 5, załączniku nr 2 części I pkt 1 ppkt 3 i 4, a także załączniku nr 3 części I pkt 1 ppkt 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia lekarza POZ (m.in. porada patronażowa i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe), świadczenia pielęgniarki POZ (m.in. wizyta patronażowa, testy przesiewowe) i świadczenia położnej POZ (m.in. wizyta patronażowa) są świadczeniami gwarantowanymi. Wymienione świadczenia POZ, nie są świadczeniami obowiązkowymi, aczkolwiek zalecanymi przez lekarzy i Ministerstwo Zdrowia. Decyzję w sprawie ich przeprowadzenia każdorazowo podejmuje rodzic lub opiekun prawny dziecka¹⁶.

Do rozliczania udzielonych świadczeń w zakresie POZ, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1 i 2 zarządzenia Prezesa NFZ z 30 września 2021 r. nr 160/2021/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej¹⁷ oraz zarządzenia Prezesa NFZ z 29 czerwca 2022 r. nr 79/2022/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna¹⁸, Oddział stosował:

- kapitacyjną stawkę¹⁹ roczną – dla świadczeń w zakresie POZ udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki i położnej oraz cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia);
- stawkę „za wykonaną usługę”, co dotyczyło m.in. świadczeń położnej POZ – wizyty patronażowej.

¹⁵ Dz.U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.; zwana dalej: „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

¹⁶ <https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/zaprowadz-dziecko-na-bilans-zdrowia>.

¹⁷ Biul. Inf. NFZ z 2021 r. poz. 160; zwane dalej: „zarządzeniem Prezesa NFZ z 30 września 2021 r. nr 160/2021/DSOZ”.

¹⁸ Biul. Inf. NFZ z 2022 r. poz. 79 ze zm.; zwane dalej: „zarządzeniem Prezesa NFZ z 29 czerwca 2022 r. nr 79/2022/DSOZ”.

¹⁹ Stała miesięczna kwota przekazywana przez NFZ placówkom POZ za każdego ubezpieczonego pacjenta, niezależnie od liczby udzielonych świadczeń.

Świadczeniodawca nie otrzymywał zatem dodatkowych środków finansowych za wykonanie badań bilansowych, w tym badań przesiewowych i porad patronażowych lekarza POZ, wizyt patronażowych i testów przesiewowych pielęgniarki POZ.

(akta kontroli str. 178, 502)

Wysokość środków finansowych wydatkowanych w kolejnych latach na profilaktykę w ramach POZ dzieci i młodzieży rosła: z 302 352,9 tys. zł w 2022 r., poprzez 336 042,5 tys. zł w 2023 r. do 346 323,3 tys. zł w 2024 r.²⁰, przy czym w zakresie świadczeń:

- lekarza POZ²¹: z 241 865,5 tys. zł w 2022 r., poprzez 272 003,8 tys. zł w 2023 r. do 280 243,6 tys. zł w 2024 r.;
- pielęgniarki POZ²²: z 45 579,3 tys. zł w 2022 r., poprzez 48 493,1 tys. zł w 2023 r. do 50 027,7 tys. zł w 2024 r.;
- położnej POZ²³: z 10 937,0 tys. zł w 2022 r., poprzez 11 770,0 tys. zł w 2023 r. do 12 323,1 tys. zł w 2024 r.

W przypadku położnej POZ - wizyta patronażowa²⁴ - wysokość wydatkowanych środków uległa nieznacznemu zmniejszeniu: z 3 971,1 tys. zł w 2022 r., poprzez 3 775,6 tys. zł w 2023 r. do 3 728,9 tys. zł w 2024 r.

(akta kontroli str. 18, 178)

W toku kontroli ustalono ponadto, że:

- a) Spośród nw. liczby dzieci i młodzieży²⁵ uprawnionych do objęcia poradami patronażowymi lekarza POZ²⁶, ww. świadczeń udzielono ogółem (według danych sprawozdanych przez świadczeniodawców):
 - w 2022 r.: 4 922, tj. 4 861 osobom²⁷, na 4 170 uprawnionych;
 - w 2023 r.: 4 569, tj. 4 508 osobom, na 2 423 uprawnionych;
 - w 2024 r.: 4 178, tj. 4 139 osobom, na 2 066 uprawnionych.
- b) Spośród nw. liczby dzieci i młodzieży²⁸ uprawnionych do objęcia badaniami bilansowymi, w tym badaniami przesiewowymi przez lekarza POZ²⁹, ww. świadczeń udzielono ogółem (według danych sprawozdanych przez świadczeniodawców):
 - w 2022 r.: 104 046, tj. 102 518 osobom (28,1%), na 365 309 uprawnionych;
 - w 2023 r.: 102 619, tj. 101 397 osobom (28,0%), na 362 483 uprawnionych;

²⁰ Wartość świadczeń z zakresów świadczeń nr 01.0010.094.01, 01.0032.147.01 i 01.0034.010.01 określono według wartości środków należnych za kapitaację, a z zakresu świadczenia nr 01.0034.024.11 według wartości rozliczonych środków za wizyty patronażowe położnej.

²¹ Zakres świadczeń nr 01.0010.094.01.

²² Zakres świadczeń nr 01.0032.147.01.

²³ Zakres świadczeń nr 01.0034.010.01.

²⁴ Zakres świadczeń nr 01.0034.024.11.

²⁵ Dla których złożono deklarację wyboru na dzień 1 grudnia danego roku.

²⁶ Kod świadczeń: 5.01.00.0000102 i 5.01.00.0000103.

²⁷ Porada patronażowa lekarza mogła być udzielona pomimo złożenia deklaracji wyboru dla dziecka w następnym miesiącu.

²⁸ Dla których złożono deklarację wyboru na dzień 1 grudnia danego roku.

²⁹ Kod świadczeń: 5.01.00.0000104.

- w 2024 r.: 100 105, tj. 98 971 osobom (27,2%), na 363 398 uprawnionych.
- c) Spośród nw. liczby dzieci i młodzieży³⁰ uprawnionych do objęcia wizytami patronażowymi pielęgniarstwa³¹ POZ³², ww. świadczeń udzielono ogółem (według danych sprawozdanych przez świadczeniodawców):
- w 2022 r.: 1 752, tj. 1 690 osobom (54,4%), na 3 109 uprawnionych;
 - w 2023 r.: 1 866, tj. 1 810 osobom (43,4%), na 4 171 uprawnionych;
 - w 2024 r.: 1 466, tj. 1 425 osobom (65,5%), na 2 176 uprawnionych.
- d) Spośród nw. liczby dzieci uprawnionych do objęcia wizytami patronażowymi położnej³³ POZ³⁴, ww. świadczeń udzielono ogółem (według danych sprawozdanych przez świadczeniodawców):
- w 2022 r.: 51 619, tj. 25 508 osobom³⁵ (171,2%), na 14 897 uprawnionych (średnio 3,5 świadczenia na uprawnionego);
 - w 2023 r.: 47 438, tj. 23 411 osobom (178,9%), na 13 087 uprawnionych (średnio 3,6 świadczenia na uprawnionego);
 - w 2024 r.: 43 026, tj. 21 450 osobom (179,0%), na 11 980 uprawnionych (średnio 3,6 świadczenia na uprawnionego).

(akta kontroli str. 668-750, 1054-1055)

Dyrektor ŚOW NFZ wyjaśniła, że z uwagi na finansowanie świadczeń na rzecz dzieci i młodzieży (z wyjątkiem wizyt patronażowych położnej POZ), na podstawie stawki kapitałowej i braku obowiązku ich przeprowadzania, niewykonywanie świadczeń lub wykonywanie ich w innym zakresie niż wynikający z uregulowań prawnych, nie miało wpływu na poziom finansowania świadczeń. Ponadto stwierdziła, że: „Świadczeniodawcy mogą błędnie ewidencjonować i sprawozdawać świadczenia patronażowe i bilansowe, co dodatkowo wpływa na jednoznaczne określenie, czy dane zadeklarowane dziecko miało wykonany bilans zdrowia lub wizytę patronażową.”

Poinformowała również, że dane przekazywane przez placówki POZ dotyczące świadczeń: porada patronażowa lekarza POZ, bilans zdrowia, wizyta patronażowa pielęgniarstwa POZ, wizyta patronażowa położnej POZ – były weryfikowane przez CRW. Wykaz Centralnych Reguł Walidacji i Weryfikacji został

³⁰ Dla których złożono deklarację wyboru na dzień 1 grudnia danego roku.

³¹ Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ: nr 160/2021/DSOZ z 30 września 2021 r. i nr 79/2022/DSOZ z 29 czerwca 2022 r. – oba w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, informacje o liczbie świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe były comiesięcznie przekazywane przez świadczeniodawców w formie elektronicznej w formacie wymiany danych – komunikat XML typu: ZBPOZ: „Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ”. Ww. dane sprawozdawano kodem świadczenia: 100211 – liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonano testy przesiewowe. Przekazywane informacje miały charakter zbiorczy, w związku z czym nie było możliwe wskazanie konkretnych osób i określenie grup wiekowych świadczeniobiorców, którym zostały wykonane testy przesiewowe.

³² Kod świadczeń: 5.01.00.0000107.

³³ Liczba złożonych deklaracji dotyczących osób urodzonych w danym roku według stanu na dzień 1 grudnia.

³⁴ Kod świadczeń: 5.01.00.0000089. Świadczenia udzielone osobom w wieku do 6 tygodnia życia.

³⁵ Porada patronażowa mogła być udzielona pomimo złożenia deklaracji wyboru dla dziecka w następnym miesiącu.

opublikowany na stronie internetowej Centrali NFZ: <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/sprawozdawczosc-elektroniczna/walidacje-i-weryfikacje/>.

W ww. wykazie znajdują się reguły, którymi sprawdzane są świadczenia sprawozdawane do systemu informatycznego ŚOW NFZ we wszystkich rodzajach świadczeń, w tym również świadczenia objęte niniejszą kontrolą. System weryfikacji centralnej był przesyłany przez Centralę NFZ do Oddziału, a następnie uruchamiany przez Wydział Informatyki ŚOW NFZ. Reguły weryfikacji zostały zainstalowane w procesie weryfikacji centralnej – w procesie tym weryfikowano świadczenia sprawozdawane do systemu informatycznego ŚOW NFZ. Świadczenia w rodzaju POZ, wysłane do systemu informatycznego po raz pierwszy weryfikowano do 24 godzin procesem tzw. weryfikacji międzyfazowej. Ponadto, po każdym zakończonym kwartale, Oddział przeprowadzał weryfikację wsteczną w rodzaju POZ obejmującą świadczenia sprawozdane od początku danego roku. Wyniki weryfikacji centralnej publikowano na portalu u każdego świadczeniodawcy w Kompleksowym Przeglądzie Wyników Weryfikacji. Świadczeniodawca posiadał możliwość sprawdzenia, które świadczenia zostały zweryfikowane jako świadczenia poprawne, a które zostały oznaczone jako błędy weryfikacji. Świadczeniodawcy wskazywano id zakwestionowanej pozycji rozliczeniowej i kod błędu np.: kod 50601037 – nieprawidłowy kod świadczenia, kod 51618015 – wielokrotne wykonanie świadczenia w tym samym dniu w ramach świadczeniodawcy, kod 50201087 – błędna wartość, kod 50317019 – wiek pacjenta niezgodny z opisem świadczenia. W sytuacji gdy świadczeniodawca dokonał poprawy świadczenia już wcześniej wysłanego i zweryfikowanego, świadczenia poprawione i wysłane do systemu informatycznego podlegały ponownej weryfikacji. W przypadku oznaczenia jako błąd weryfikacji świadczeń dotyczących wizyty patronażowej położnej POZ, świadczenie nie było finansowane przez ŚOW NFZ, a w przypadku pozostałych badanych świadczeń POZ, finansowanych w ramach stawki kapitałowej, pozostawały oznaczone na portalu świadczeniodawcy jako błąd weryfikacji (bez skutków finansowych).

Weryfikacja świadczeń objętych niniejszą kontrolą przy wykorzystaniu CRW, nie umożliwiała sprawdzenia czy świadczenia sprawozdane do systemu informatycznego ŚOW NFZ zostały zrealizowane. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że sprawdzenie czy zaraportowane i sfinansowane świadczenia zostały zrealizowane jest możliwe wyłącznie na podstawie wpisów do dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę. Nadmieniła również, że kontrole zgodności sprawozdawczości przekazanej do systemu informatycznego Oddziału z wpisami do dokumentacji medycznej, co do zasady prowadzą Terenowe Oddziały Kontroli NFZ (podlegające bezpośrednio Prezesowi NFZ).

(akta kontroli str. 172-174, 504, 510-511, 1076-1080)

Liczba podmiotów, które w ramach umowy podpisanej z NFZ na POZ dla dzieci i młodzieży były uprawnione do wykonywania świadczeń dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej (porada patronażowa lekarza POZ w miejscu udzielania świadczeń lub w domu świadczeniobiorcy³⁶, bilans zdrowia³⁷, wizyta

³⁶ Kod świadczeń: 5.01.00.0000102 lub 5.01.00.0000103.

³⁷ Kod świadczenia: 5.01.00.0000104.

patronażowa pielęgniarki POZ³⁸, wizyta patronażowa położnej³⁹) uległa w województwie śląskim stopniowemu zmniejszeniu: z 785 w 2022 r., poprzez 782 w 2023 r., do 777 w 2024 r.

Liczba podmiotów, które w badanym okresie nie udzieliły żadnego świadczenia dotyczącego profilaktycznej opieki zdrowotnej, w co najmniej jednym z ww. kodów świadczeń (pomimo złożonych deklaracji) wyniosła w badanym okresie:

- a) w 2022 r. – 93 (11,8% podmiotów ogółem), przy czym:
81 (10,3%) nie wykonało żadnego świadczenia dot. porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania lub w domu świadczeniobiorcy, a także bilansu zdrowia (przy 7 540 uprawnionych dzieci⁴⁰, tj. od jednego do 1 726 w tych podmiotach), 86 (11,0%) - dot. wizyty patronażowej pielęgniarki POZ (przy 9 495 uprawnionych dzieci⁴¹, tj. od jednego do 1 255 w tych podmiotach), 50 (6,4%) - dot. wizyty patronażowej położnej POZ (przy 1 916 uprawnionych m.in. do tego świadczenia⁴², tj. od jednego do 481 w tych podmiotach);
- b) w 2023 r. – 92 (11,8%), przy czym:
78 (10,0%) nie wykonało żadnego świadczenia dot. porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania lub w domu świadczeniobiorcy, a także bilansu zdrowia (przy 9 630 uprawnionych dzieciach, tj. od jednego do 1 686 w tych podmiotach), 83 (10,6%) - dot. wizyty patronażowej pielęgniarki POZ (przy 11 489 uprawnionych dzieciach, tj. od jednego do 1 656 w tych podmiotach), 45 (5,8%) - dot. wizyty patronażowej położnej POZ (przy 2 448 uprawnionych, tj. od jednego do 527 w tych podmiotach);
- c) w 2024 r. – 93 (12,0%), przy czym:
78 (10,0%) nie wykonało żadnego świadczenia dot. porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania lub w domu świadczeniobiorcy, a także bilansu zdrowia (przy 8 043 uprawnionych dzieci, tj. od jednego do 1 597 w tych podmiotach), 81 (10,4%) - dot. wizyty patronażowej pielęgniarki POZ (przy 11 702 uprawnionych dzieciach, tj. od dwóch do 1 526 w tych podmiotach), 44 (5,7%) - dot. wizyty patronażowej położnej POZ (przy 1 881 uprawnionych, tj. od jednego do 423 w tych podmiotach).

Szczegółowy opis przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 751-767)

³⁸ Kod świadczenia: 5.01.00.0000107.

³⁹ Kod świadczenia: 5.01.00.0000089.

⁴⁰ Liczba złożonych deklaracji do lekarza POZ.

⁴¹ Liczba złożonych deklaracji do pielęgniarki POZ.

⁴² Liczba złożonych deklaracji do położnej.

Średnia liczba udzielonych świadczeń dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej w odniesieniu do liczby uprawnionych⁴³ wynosiła:

a) w 2022 r.:

- w zakresie porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania lub w domu świadczeniobiorcy od 0,001 do 0,12⁴⁴,
- w zakresie bilansu zdrowia od 0,001 do 0,57⁴⁵,
- w zakresie wizyty patronażowej pielęgniarki POZ od 0,001 do 0,08⁴⁶,
- w zakresie wizyty patronażowej położnej POZ od 0,06 do 17,00⁴⁷;

b) w 2023 r.:

- w zakresie porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania lub w domu świadczeniobiorcy od 0,001 do 0,12⁴⁸,
- w zakresie bilansu zdrowia od 0,001 do 0,67⁴⁹,
- w zakresie wizyty patronażowej pielęgniarki POZ od 0,0004 do 0,10⁵⁰,
- w zakresie wizyty patronażowej położnej POZ od 0,03 do 15,00⁵¹;

c) w 2024 r.:

- w zakresie porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania lub w domu świadczeniobiorcy od 0,0003 do 0,14⁵²,
- w zakresie bilansu zdrowia od 0,0003 do 0,50⁵³,

⁴³ Dla których złożono deklarację wyboru na dzień 1 grudnia danego roku, a w przypadku porady patronażowej położnej liczba złożonych deklaracji dotyczących osób urodzonych w danym roku według stanu na 1 grudnia.

⁴⁴ Pięć wartości najniższych: 0,001 (liczba świadczeń: 1/liczba deklaracji wyboru: 928), 0,001 (2:2 330), 0,001 (1:1 325), 0,01 (3:3 884), 0,002 (1:653); pięć wartości najwyższych: 0,12 (263:2 155), 0,08 (64:778), 0,08 (6:76), 0,07 (50:768), 0,07 (80:1 118).

⁴⁵ Pięć wartości najniższych: 0,001 (liczba świadczeń: 1/liczba deklaracji wyboru: 1 194), 0,003 (2:597), 0,004 (3:777), 0,004 (8:2003), 0,005 (6:1 325); pięć wartości najwyższych: 0,57 (414:722), 0,50 (1:2), 0,49 (941:1 917), 0,39 (608:1 544), 0,33 (576:1 742).

⁴⁶ Pięć wartości najniższych: 0,001 (liczba świadczeń: 1/liczba deklaracji wyboru: 1 433), 0,001 (1:785), 0,002 (7:2 958), 0,002 (1:475), 0,004 (4:1 111); pięć wartości najwyższych: 0,08 (116:1 438), 0,08 (103:1 272), 0,06 (42:723), 0,05 (37:762), 0,05 (34:719).

⁴⁷ Pięć wartości najniższych: 0,06 (liczba świadczeń: 2/liczba deklaracji wyboru: 31), 0,08 (1:13), 0,13 (2:16), 0,13 (4:32), 0,14 (1:7); pięć wartości najwyższych: 17,00 (17:1), 12,50 (25:2), 12,33 (37:3), 9,67 (87:9), 9,00 (9:1).

⁴⁸ Pięć wartości najniższych: 0,001 (liczba świadczeń: 1/ liczba deklaracji wyboru: 934), 0,001 (2 : 2 328), 0,001 (1 : 1 259), 0,001 (1 : 675), 0,004 (4 : 934); pięć wartości najwyższych: 0,12 (275 : 2 357), 0,08 (4 : 51), 0,06 (48 : 793), 0,05 (36 : 768), 0,05 (105 : 2 011).

⁴⁹ Pięć wartości najniższych: 0,001 (liczba świadczeń: 1/liczba deklaracji wyboru: 863), 0,001 (3 : 4 003), 0,003 (1:352), 0,003 (4:1 299), 0,004 (1:233); pięć wartości najwyższych: 0,67 (4:6), 0,48 (906: 1 884), 0,37 (602:1 641), 0,29 (175:595), 0,29 (289:984).

⁵⁰ Pięć wartości najniższych: 0,0004 (liczba świadczeń: 1/liczba deklaracji wyboru: 2 621), 0,001 (1:681), 0,001 3:3125), 0,001 (1:1 649), 0,003 (1:387); pięć wartości najwyższych: 0,10 (100:1011), 0,05 (112:2282), 0,05 (32:630), 0,05 (62:1323), 0,05 (117:2393).

⁵¹ Pięć wartości najniższych: 0,03 (liczba świadczeń: 1/ liczba deklaracji wyboru: 40), 0,05 (1:21), 0,09 (3:34), 0,10 (3:30), 0,14 (2:14); pięć wartości najwyższych: 15,00 (15:1), 10,50 (189:18), 10,50 (168:16), 9,50 (19:2), 9,25 (37:4).

⁵² Pięć wartości najniższych: 0,0003 (liczba świadczeń: 1/ liczba deklaracji wyboru: 4 000), 0,0005 1:2160), 0,0005 (1:2 217), 0,003 (3:985), 0,003 (1:369); pięć wartości najwyższych: 0,14 (70:487), 0,07 (12:180), 0,07 (169:2 401), 0,06 (46:809), 0,06 (57:986).

⁵³ Pięć wartości najniższych: 0,0003 (liczba świadczeń: 1/liczba deklaracji wyboru: 3 898), 0,002 (1:630), 0,002 (1:605), 0,002 (4:1 655), 0,003 (4:1 198); pięć wartości najwyższych: 0,50 (1:2), 0,43 (796:1 863), 0,33 (567:1 711), 0,28 (273:973), 0,28 (285:1 006).

- w zakresie wizyty patronażowej pielęgniarki POZ od 0,001 do 0,07⁵⁴,
- w zakresie wizyty patronażowej położnej POZ od 0,09 do 13,00⁵⁵.

(akta kontroli str. 719-750, 768-803)

Zgodnie z załącznikiem nr 3, część II do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, położna POZ powinna przeprowadzić w 1-6 tygodniu życia dziecka co najmniej cztery wizyty patronażowe (w tym pierwszą nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko), które mają na celu: opiekę nad noworodkiem lub niemowlęciem, prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad m.in. w zakresie pielęgnacji noworodka i badań profilaktycznych, promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców, identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie, formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań.

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą, najwyższa i najniższa liczba wykonanych świadczeń⁵⁶ w zakresie porady patronażowej położnej POZ w odniesieniu do liczby uprawnionych⁵⁷ w poszczególnych placówkach, wynosiła⁵⁸:

a) pięć najniższych:

- w 2022 r. - 0,06, 0,08, 0,13 (2x) i 0,14;
- w 2023 r. - 0,03, 0,05, 0,09, 0,10, 0,14;
- w 2024 r. - 0,09, 0,11, 0,12, 0,14, 0,1;

b) pięć wartości najwyższych:

- w 2022 r. - 17,0, 12,5, 12,33, 9,67, i 9,00;
- w 2023 r. - 15,00, 10,5 (2x), 9,50, 9,25;
- w 2024 r. - 13,00 i 10,00 (4x).

(akta kontroli str. 719-750)

Wyjaśniając przyczyny najniższych i najwyższych liczb wykonanych świadczeń w zakresie porady patronażowej położnej POZ w odniesieniu do liczby uprawnionych, Dyrektor Oddziału wskazała m.in. na następujące okoliczności: możliwość zaistnienia sytuacji odmowy wpuszczenia położnej na wizytę patronażową przez opiekunów dziecka; brak zobowiązania prawnego do zgłoszenia dziecka do poradni POZ, co może skutkować nieskładaniem deklaracji wyboru do położnej POZ; brak w liczbie deklaracji dzieci urodzonych w grudniu roku poprzedniego, dla których realizowano wizyty patronażowe w analizowanym roku; epidemia wirusa SARS-CoV-2 oraz przypadki wskazania przez świadczeniodawców nieprawidłowych kodów wykonanego świadczenia.

⁵⁴ Pięć wartości najniższych: 0,001 (liczba świadczeń: 1/ liczba deklaracji wyboru: 1 609), 0,001 (3:2 262), 0,001 (1:1 415), 0,002 (6:2 949), 0,003 (7:2 471); pięć wartości najwyższych: 0,07 (170:2 281), 0,05 (48:1 022), 0,05 (107:2 318), 0,04 (36:893), 0,04 (35:846).

⁵⁵ Pięć wartości najniższych: 0,09 (liczba świadczeń: 1/ liczba deklaracji wyboru: 11), 0,11 (2:18), 0,12 (4:33), 0,14 (1:7), 0,15 (2:13); pięć wartości najwyższych: 13,00 (26:2), 10,00 (20:2), 10,00 (10:1), 10,00 (30:3), 10,00 (20:2).

⁵⁶ Świadczenia udzielone osobom w wieku do 6 tygodnia życia.

⁵⁷ Liczba złożonych deklaracji dotyczących osób urodzonych w danym roku według stanu na dzień 1 grudnia.

⁵⁸ Podane poniżej wartości, wyliczono jako iloraz liczby udzielonych świadczeń i liczby złożonych deklaracji.

Ponadto, Dyrektor poinformowała, że średnia liczba wizyt patronażowych wykonanych przez położną POZ przypadająca na liczbę deklaracji wg stanu na dzień 1 grudnia danego roku (uwzględniające dzieci urodzone w danym roku kalendarzowym) nie obrazuje rzeczywistej realizacji świadczeń, z uwagi na to m.in., że stan deklaracji na dzień 1 grudnia danego roku kalendarzowego nie uwzględnia wszystkich deklaracji dzieci, którym udzielono wizyty patronażowej.

(akta kontroli str. 613-620, 623-625)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła również, że „Świadczenia POZ na rzecz dzieci i młodzieży, za wyjątkiem wizyt patronażowych położnej POZ, finansowane były na podstawie stawki kapitałowej. Zaznaczyła przy tym, że porady patronażowe, badania bilansowe (w tym badania przesiewowe), wizyty patronażowe, testy przesiewowe są świadczeniami gwarantowanymi, ale nie obowiązkowymi. Badania te są jednak zalecane przez lekarzy i Ministerstwo Zdrowia, natomiast ostateczną decyzję w sprawie ich przeprowadzenia każdorazowo podejmuje rodzic lub opiekun prawny dziecka. Wobec powyższego, niewykonywanie świadczeń lub wykonywanie ich w innym zakresie niż wynikający z uregulowań prawnych nie ma wpływu na poziom finansowania świadczeń.

Odnosnie do sposobu weryfikacji danych przekazywanych przez placówki POZ, a dotyczących świadczeń: wizyta patronażowa położnej POZ (kod 5.01.00.0000089), porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w miejscu udzielania świadczeń (5.01.00.0000102), porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w domu świadczeniobiorcy (5.01.00.0000103), bilans zdrowia (5.01.00.0000104), wizyta patronażowa pielęgniarki POZ (5.01.00.0000107) – Dyrektor poinformowała, że odbywało się to w oparciu o Centralne Reguły Weryfikacji. Informacje dotyczące m. in. liczby testów przesiewowych pielęgniarek były sprawozdawane komunikatem XML typu: ZBPOZ – „Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ”, który zawierał dane zbiorcze o liczbie świadczeniobiorców (w tym osób dorosłych), u których w okresie sprawozdawczym zostały wykonane testy przesiewowe. Dane te, jako nie dotyczące świadczeń sprawozdawanych komunikatem SWIAD, nie podlegały weryfikacji przy wykorzystaniu CRW - mogły zostać zweryfikowane wyłącznie na podstawie wpisów do dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Wykaz świadczeń z błędem weryfikacji świadczeniodawca otrzymywał na Portalu Świadczeniodawcy, w zakładce „Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji”. W sytuacji, kiedy świadczenie, które w umowie ma określoną wartość (tj. wizyta patronażowa położnej POZ), zostało oznaczone przez błąd weryfikacji, nie zostało ono sfinansowane przez Śląski OW NFZ. Natomiast świadczenia, które były finansowane w ramach stawki kapitałowej - jeśli zostały zakwestionowane - pozostały oznaczone na portalu świadczeniodawcy jako błąd weryfikacji.

(akta kontroli str. 172-173, 1056-1058)

W toku kontroli ustalono, że:

- za okres od 1 stycznia 2021 r. do 31 marca 2022 r. oraz za okres od 1 stycznia 2023 do 31 grudnia 2023 r. przeprowadzony został

monitoring nieobecności lekarzy POZ⁵⁹ w wyniku czego opublikowano na Portalu Świadczeniodawcy komunikat przypominający o konieczności sprawozdawania każdego świadczenia, a w szczególności świadczenia podczas, których została wystawiona recepta;

- za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2024 r. Oddział przeprowadził weryfikację zrealizowanych i sprawozdanych świadczeń lekarzy POZ⁶⁰ w wyniku której opublikowano na Portalu Świadczeniodawcy komunikat przypominający wszystkim świadczeniodawcom realizującym umowy w rodzaju POZ o konieczności sprawozdawania świadczeń, a także wysłano do świadczeniodawców pismo wzywające do wyjaśnień stwierdzonych nieprawidłowości.

Oddział nie analizował i nie weryfikował danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców dotyczących udzielonych świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej prowadzonej w ramach POZ dla dzieci i młodzieży, pod względem nie sprawozdawania takich świadczeń.

(akta kontroli str. 503-504, 513-553)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m. in., że: „Profilaktyczne świadczenia dla dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, za wyjątkiem wizyt patronażowych położnej POZ, objęte przedmiotem kontroli finansowane są w ramach stawki kapitałowej. Stawka kapitałowa to kwota, jaką lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ otrzymuje za świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta. Roczna stawka kapitałowa to kwota przeznaczona na kompleksowe sfinansowanie opieki w danym zakresie dla jednego pacjenta, która przekazywana jest świadczeniodawcy co miesiąc, niezależnie czy pacjent korzysta z usług zdrowotnych, czy też nie. Świadczeniodawca nie otrzymuje zatem dodatkowych środków finansowych za wykonanie badań bilansowych, w tym badań przesiewowych i porad patronażowych. Przyjęty kapitałowy sposób finansowania świadczeń wynika z faktu, że podstawową opieką zdrowotną jest objęta cała populacja osób, w szczególności osoby które złożyły stosowne deklaracje wyboru.

(akta kontroli str. 592-593)

Zgodnie z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁶¹, świadczeniodawcy (placówki POZ) udzielający świadczeń w zakresie POZ, w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej byli zobowiązani do przekazywania Oddziałowi informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy co najmniej raz w danym roku kalendarzowym.

⁵⁹ W 2023 r. i 2024 r.

⁶⁰ W 2025 r. – notatka z 13 lutego 2025 r.

⁶¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm.; zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie informacji”.

W okresie objętym kontrolą, liczba świadczeniodawców, którzy przekazali do ŚOW NFZ informacje o masie ciała i wzroście dzieci i młodzieży⁶² wynosiła:

a) W zakresie informacji o masie ciała:

- w 2022 r. 492 na 739 placówek POZ (66,6%). Przekazane informacje dotyczyły 133 819 spośród 599 578 świadczeniobiorców tych placówek (22,3%) i 770 770 wszystkich świadczeniobiorców ŚOW NFZ w tym zakresie (17,4%);
- w 2023 r. 585 na 734 placówki POZ (79,7%). Przekazane informacje dotyczyły 165 350 spośród 677 967 świadczeniobiorców tych placówek (24,4%) i 755 353 wszystkich świadczeniobiorców ŚOW NFZ w tym zakresie (21,9%);
- w 2024 r. 628 na 736 placówek POZ (85,3%). Przekazane informacje dotyczyły 198 160 spośród 709 652 świadczeniobiorców tych placówek (27,9%) i 756 502 wszystkich świadczeniobiorców ŚOW NFZ w tym zakresie (26,2%).

(akta kontroli str. 841-847, 855-861, 870-877)

b) W zakresie informacji o wzroście:

- w 2022 r. 477 na 739 placówek POZ (64,5%). Przekazane informacje dotyczyły 90 223 spośród 587 894 świadczeniobiorców tych placówek (15,3%) i 770 770 wszystkich świadczeniobiorców ŚOW NFZ w tym zakresie (11,7%);
- w 2023 r. 580 na 734 placówek POZ (79,0%). Przekazane informacje dotyczyły 122 128 spośród 674 793 świadczeniobiorców tych placówek (18,1%) i 755 353 wszystkich świadczeniobiorców ŚOW NFZ w tym zakresie (16,2%);
- w 2024 r. 627 na 736 placówek POZ (85,2%). Przekazane informacje dotyczyły 147 897 spośród 708 916 świadczeniobiorców tych placówek (20,9%) i 756 502 wszystkich świadczeniobiorców ŚOW NFZ w tym zakresie (19,6%).

(akta kontroli str. 848-854, 862-869, 878-886)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w odniesieniu do braku przekazywania przez świadczeniodawców informacji o masie ciała i wzroście dzieci i młodzieży lub przekazywania niepełnych danych w tym względzie Oddział podjął następujące działania:

- opublikowano na Portalu Świadczeniodawcy komunikat przypominający świadczeniodawcom POZ o obowiązku przekazywania informacji o masie i wzroście pacjenta. Powyższe wynikało m.in. z przeprowadzenia weryfikacji poziomu przekazywania wskazanych danych w latach 2020-2022 (w 2023 r.);
- ujęto na stronie NFZ komunikat o sprawdzeniach z zakresu Centralnych Warunków Walidacji i Centralnych Reguł Weryfikacji stanowiący o rozszerzaniu zakresu prowadzonych weryfikacji sprawozdań za wykonane usługi (w listopadzie 2024 r.);
- uruchomiono weryfikację świadczeń polegającą na traktowaniu jako błąd krytyczny przypadków nieprzekazywania przez świadczeniodawcę

⁶² Zwanych dalej również: „świadczeniobiorcami”.

do NFZ w sprawozdawczości, informacji o masie i wzroście pacjenta (od 24 stycznia 2025 r.);

- wprowadzono nowy rodzaj zgody „domyślnej” 15 – Sprawozdanie lub rozliczenie porady lekarza POZ bez przekazania masy ciała i wzrostu pacjenta, z uwagi na brak jego zgody, odnotowane w indywidualnej dokumentacji medycznej. W związku z powyższym opublikowano komunikat dotyczący postępowania, gdy pacjent odmówi dokonania pomiaru masy ciała i wzrostu (w kwietniu 2024 r.).

Dyrektor Oddziału poinformowała również, że „W związku z wprowadzeniem centralnych reguł weryfikacyjnych, zauważalnym wzrostem liczby świadczeniodawców przekazujących wskazane dane, a także wprowadzeniem zgody „domyślnej” umożliwiającej oznaczenie w systemie odmowy dokonania pomiaru masy ciała i wzrostu, ŚOW NFZ nie dokonał analizy poziomu sprawozdawania wskazanych parametrów przez świadczeniodawców.”

(akta kontroli str. 506-508, 554-590)

ŚOW NFZ przekazywał dane otrzymane z placówek POZ dotyczące porad patronażowych lekarza POZ, badań bilansowych, wizyt patronażowych pielęgniarki POZ i wizyt patronażowych położnej do Centrali NFZ (za I i II półrocze) w formie tabel⁶³. W „Tabeli IV.1.2.3 – POZ – pielęgniarki POZ – udzielone świadczenia”, w kolumnie dotyczącej liczby dzieci do szóstego roku życia, którym wykonano badania (testy) przesiewowe, wykazywano wszystkich świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym zostały wykonane testy przesiewowe⁶⁴.

Różnice pomiędzy danymi zawartymi w tabelach przekazywanych do Centrali NFZ, a zawartymi w systemie informatycznym Oddziału wynikały z: korekt przesłanych przez świadczeniodawców związanych z procesami weryfikacji świadczeń oraz uzupełnień dokonanych przez świadczeniodawców raportów statystyczno-rozliczeniowych.

(akta kontroli str. 620-622, 626-667)

Ponadto Oddział przekazywał raz w roku:

- do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego arkusze sprawozdawcze, dotyczące liczby położnych i realizacji świadczeń zdrowotnych przez położne w ramach umów zawartych z ŚOW NFZ;
- do Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, arkusze dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych przez położne;
- do Centrali NFZ w Warszawie dane z realizacji umów POZ.

Dodatkowo, w lutym 2024 r. Oddział przekazał do Centrali NFZ wykaz podmiotów, które zawarły umowę z NFZ na realizację świadczeń w zakresie: pielęgniarka POZ, położna POZ, pielęgniarka szkolna, higienistka szkolna wraz z danymi teleadresowymi w latach 2022, 2023. Przedmiotowa tabela zawierała

⁶³ Np. Tabela IV.1.1.2, Tabela IV.1.1.3, Tabela IV.1.2.2, Tabela IV.1.2.3, Tabela IV.1.3.2, Tabela IV.1.3.3.

⁶⁴ Kod świadczenia: 100211.

również informacje dotyczące zrealizowanych świadczeń przez pielęgniarkę POZ, położną POZ, pielęgniarkę szkolną i higienistkę szkolną.

(akta kontroli str. 509-510)

W odpowiedzi na pytanie: „Czy i w jaki sposób weryfikowano, czy zaraportowane i sfinansowane świadczenia zostały zrealizowane (w szczególności wizyty patronażowe położnych, które winny być przeprowadzone w domach dzieci i finansowane dodatkowo oprócz stawki kapitałowej)...”, Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że dane przekazywane przez placówki POZ dotyczące porad patronażowych lekarza POZ, badań bilansowych, wizyt patronażowych pielęgniarki POZ i wizyt patronażowych położnej POZ, były weryfikowane przy wykorzystaniu CRW, Świadczenia z błędem weryfikacji przekazywano na portal świadczeniodawcy, w zakładce „kompleksowy przegląd wyników weryfikacji”. W przypadku świadczeń z określoną wartością (np. wizyta patronażowa położnej), oznaczenie jako błąd weryfikacji oznaczało brak finansowania przez ŚOW NFZ, a w przypadku pozostałych badanych świadczeń, np. porady patronażowe lekarza POZ, badania bilansowe, wizyty patronażowe pielęgniarki POZ, finansowanych w ramach stawki kapitałowej, ich zakwestionowanie skutkowało pozostawieniem na portalu jako błąd weryfikacji.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, również, że jednostkowe skargi w zakresie badań bilansowych, w tym badań przesiewowych i porad patronażowych lekarza POZ, wizyt patronażowych i testów przesiewowych pielęgniarek POZ oraz wizyt patronażowych położnej POZ, wskazywały na udzielanie tych świadczeń przez świadczeniodawców na rzecz pacjentów. Nadmieniała również, że prowadzenie ewentualnych analiz sprawozdanych świadczeń komplikowało m.in. wskazywanie w sprawozdawczości NFZ identyfikatora rodzica w sytuacji gdy dziecku nie został nadany numer PESEL. Wówczas konieczne było zweryfikowanie wykonania świadczenia na podstawie indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka.

Ponadto, Dyrektor Oddziału poinformowała, że na początku 2025 r., w ŚOW NFZ została przygotowana wewnętrzna aplikacja wspomagająca pracę i umożliwiającą monitorowanie realizacji umów przez świadczeniodawców POZ. Po opracowaniu przez Ministra Zdrowia lub Centralę NFZ odpowiednich wytycznych i wskaźników oraz po odpowiednim dostosowaniu aplikacja umożliwi prowadzenie stosownych analiz.

(akta kontroli str. 174-175)

2. ŚOW NFZ monitorował oraz oceniał jakość i dostępność profilaktycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży w ramach POZ, poprzez m.in.:

- a) analizę i ocenę składanych przez świadczeniodawców wniosków dotyczących zatrudnienia personelu i zmian w harmonogramie czasu pracy personelu, tj. ustalanie ich zgodności z wymaganiami określonymi m. in. w art. 6 ust. 1 i 2, art. 7 ust. 1 i 2, art. 8 ust. 1 i 2 ustawy z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁶⁵, art. 5 ust. 1-3 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami⁶⁶,

⁶⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 515; zwana dalej: „ustawą o POZ”.

⁶⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1078; zwana dalej: „ustawą o opiece zdrowotnej nad uczniami”.

załączniku nr 1 – 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych;

- b) ocenę wniosków o zawarcie umów w rodzaju POZ, pod względem spełnienia warunków określonych w: ustawie o POZ, ustawie o opiece zdrowotnej nad uczniami, rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Obligatoryjnie podejmowano czynności sprawdzające wobec: nowych świadczeniodawców wnioskujących o zawarcie umów, świadczeniodawców, z którymi rozwiązano uprzednio umowę w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie wnioskującego, świadczeniodawców, których wnioski o zawarcie umów budziły zastrzeżenia. W trakcie wizytacji sprawdzano m.in. wyposażenie w sprzęt i aparaturę wymaganą do udzielania świadczeń objętych wnioskiem, pomieszczenia niezbędne do wykonywania świadczeń;
- c) przygotowywanie przez I Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej i przedkładanie Dyrektorowi Oddziału, dwa razy w roku, okresowych informacji o liczbie przekroczonych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ⁶⁷, a następnie publikowanie na Portalu Świadczeniodawcy komunikatu przypominającego świadczeniodawcom o zalecanej liczbie świadczeniobiorców, wysłanie do właściwych świadczeniodawców pism z wezwaniem do podjęcia działań zmierzających do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby świadczeniobiorców, przeprowadzenie procedury wyjaśniającej w odniesieniu do podmiotów, w których nastąpił najwyższy wzrost liczby deklaracji wyboru;
- d) przesyłanie do Centrali NFZ pism w sprawie zajęcia stanowiska dotyczącego możliwości zastosowania odstępstw od warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej dotyczących zapewnienia dostępności personelu w szkołach⁶⁸ oraz

⁶⁷ Notatki służbowe: nr I WSOZ-II.425.13.81.2022 I WSOZ-II.POZ-C.362493.ABR.2022 z 15 lutego 2022 r., nr I WSOZ-VI.425.5.147.2022 2022.POZ-C.163133.PJ z 10 sierpnia 2022 r., nr NFZ12-I WSOZ-VI.4160.1.5.2023 2023.63502.PJ z 20 marca 2023 r., nr NFZ12-I WSOZ-VI.4160.1.10.2023 2023.230625.PJ z 3 października 2023 r., nr NFZ12-I WSOZ-VI.4160.1.2.2024 2024.53737.PJ z 13 lutego 2024 r., nr NFZ12-I WSOZ-VI.4160.1.14.2024 2024.330876.PJ z 5 listopada 2024 r.

⁶⁸ Pisma do Centrali NFZ nr NFZ12-I WSOZ-VI.4012.1.99.2023 2023.232231.AB z 6 października 2023 r., i nr NFZ12-I WSOZ-VI.4012.1.65.2024 2024.239538.DDe z 12 lipca 2024 r. W ww. pismach, ŚOW NFZ informował Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Warszawie, m. in. o tym, że ze względu na brak możliwości zapewnienia pełnej dostępności personelu w szkołach z uwagi na aktualną sytuację na rynku pracy oraz brak odpowiednio wykwalifikowanego personelu, świadczeniodawcy zwracają się do ŚOW NFZ z wnioskami o akceptację harmonogramów pielęgniarek/higienistek szkolnych, które nie zapewniają pełnej dostępności do świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami. Podkreślał również, że z uwagi na osiągnięcie wieku emerytalnego przez pielęgniarki/higienistki szkolne wiele podmiotów leczniczych w tym również indywidualnych praktyk pielęgniarskich rezygnuje z realizacji świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Centrala NFZ przekazała wymienione pisma do Ministerstwa Zdrowia, celem udzielenia odpowiedzi i prowadziła dalszą korespondencję w tej sprawie. ŚOW NFZ otrzymał odpowiedź z Centrali NFZ ujętą w piśmie z 24 września 2024 r., znak: NFZ-DSOZ-DPOZiZWM.4012.1.151.2024 2024.318429.KABA, stanowiącym przekazanie do wykorzystania służbowego pisma Ministerstwa Zdrowia z 20 sierpnia 2024 r., znak: ZPR.664.48.2024.AW skierowanego do Centrali NFZ, w którym Ministerstwo Zdrowia poinformowało o przygotowaniu wniosku o wpisanie projektu ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów i jego procedowaniu oraz o analizowaniu opracowania Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącego wyceny stawki kapitałowej dla świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku

w sprawie wyjaśnienia wieku uczniów podlegających profilaktycznym badaniom przesiewowym w związku z nieuwzględnieniem w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, zmian wprowadzonych przez reformę systemu oświaty⁶⁹.

(akta kontroli str. 160-164, 395-489, 908-909, 911-927, 1059-1072)

Oddział sporządzał plan zakupu świadczeń na poszczególne lata dla zakresów świadczeń będących przedmiotem umów w danym rodzaju świadczeń w ramach POZ, nie wyróżniając odrębnie planowania świadczeń przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, gdyż były one finansowane w oparciu o stawkę kapitacyjną przyjętą na dany rok rozliczeniowy na mocy zarządzenia Prezesa NFZ.

W odniesieniu do analizowania kosztów profilaktycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży w ramach POZ, w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów, Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że zadania związane z oceną świadczeń opieki zdrowotnej (m. in. w zakresie określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego) i określaniem taryf świadczeń wykonywała Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nadmieniała również, że ŚOW NFZ przygotowywał plany zakupów świadczeń na poszczególne lata i ich aktualizacje, na podstawie aktualnych i zweryfikowanych deklaracji wyboru, z uwzględnieniem współczynników korygujących i obowiązujących stawek kapitacyjnych.

(akta kontroli str. 163-164, 909-910, 928-973)

ŚOW NFZ, monitorował realizację umów o udzielanie profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w ramach POZ, poprzez:

- a) weryfikowanie sprawozdawanych przez świadczeniodawców danych o udzielonych świadczeniach, które wpływały do systemu informatycznego ŚOW NFZ, przy wykorzystaniu CRW, tj. przez weryfikację centralną. Wyniki weryfikacji centralnej publikowano na portalu poszczególnych świadczeniodawców. Świadczenia, które zostały wysłane do systemu informatycznego po raz pierwszy, weryfikowano do 24 godzin przy wykorzystaniu tzw. weryfikacji międzyfazowej⁷⁰.

nauczania i wychowania. Oddział otrzymał również pisma Ministerstwa Zdrowia skierowane do Centrali NFZ, tj.: pismo z 13 grudnia 2023 r., znak: ZPR.664.72.2023.AW i z 21 lutego 2024 r., znak: DLG.740.110.2023.TK – informujące o podjętych działaniach.

⁶⁹ Pismo do Centrali NFZ nr NFZ12-I WSOZ-VI.413.6.56.2025 2025.101438.DDe z 10 marca 2025 r. W piśmie tym, ŚOW NFZ informował Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Warszawie, iż z uwagi na zmiany w systemie oświaty świadczeniodawcy wskazują na wątpliwości dotyczące wieku uczniów, w którym powinny zostać wykonane badania przesiewowe. Według rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, badania przesiewowe powinny być wykonane na rzecz uczniów w klasie I gimnazjum, jak również w klasie I szkoły ponadgimnazjalnej. Po wdrożeniu reformy systemu oświaty, uczniowi I klasy gimnazjum odpowiada uczeń VII klasy szkoły podstawowej (w wieku 13 lat), a uczniowie I klasy szkoły ponadgimnazjalnej mogą mieć różny wiek, tj. 15 lat lub 16 lat. W związku z tym, wskazano na brak jednoznacznego określenia czy badania na rzecz ucznia mają zostać wykonane niezależnie od jego wieku i zwrócono się o określenie właściwego sposobu wykonywania badań przesiewowych uczniów, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Centrala NFZ zwróciła się w przedmiotowej sprawie do Ministerstwa Zdrowia pismem z 19 marca 2025 r., znak: NFZ-DSOZ-DPOZiZWM.4012.1.72.2025 2025.112659.KABA. ŚOW NFZ nie otrzymał odpowiedzi na przesłane pismo.

⁷⁰ Proces weryfikacji, który odbywa się między różnymi etapami lub fazami świadczeń zdrowotnych. Narzędzie kontrolne, mające na celu sprawdzenie czy świadczenia są realizowane zgodnie z umową oraz czy proces leczenia przebiega prawidłowo.

Po zakończonym kwartale, Oddział przeprowadzał weryfikację wsteczną obejmującą świadczenia sprawozdane od początku roku;

- b) przegląd danych ujętych w tabelach⁷¹ stanowiących załączniki do sprawozdań z działalności ŚOW NFZ⁷², zawierających m.in. informacje o liczbie wykonanych świadczeń profilaktycznych dzieci i młodzieży, tj.: patronaży lekarza, badań bilansowych w tym testów przesiewowych, wizyt patronażowych pielęgniarki, wizyt patronażowych położnej, a także liczby podmiotów i osób udzielających świadczeń w środowisku nauczania i wychowania, a także szkół objętych opieką;
- c) przeprowadzenie w 2023 r. i 2024 r. monitoringu nieobecności lekarzy POZ, w okresie od 1 stycznia 2021 r. do 31 marca 2022 r. i od 1 stycznia do 31 grudnia 2023 r. – porównano harmonogram lekarzy zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach zakresu świadczenia lekarza POZ, ze świadczeniami sprawozdanymi komunikatem XML w analizowanym okresie;
- d) weryfikację zrealizowanych i sprawozdanych⁷³ świadczeń lekarzy POZ, w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2024 r.

(akta kontroli str. 164-166, 974-1044)

W latach 2022-2024, Centrala NFZ nie zwracała się do ŚOW NFZ o przygotowanie i przekazanie danych i analiz niezbędnych do sporządzenia mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – w szczególności w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w ramach POZ.

ŚOW NFZ współpracował z Wojewodą Śląskim w zakresie opracowania planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 i jego aktualizacji, jednakże przekazywane dane nie dotyczyły profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w ramach POZ. Oddział przekazywał dane dotyczące obszarów działań w ramach POZ wskazanych przez Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, w zakresie: kosztów objęcia opieką pacjentów w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia i programu profilaktyki gruźlicy oraz prognozy kosztów objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekłe, a także prognozy kosztów świadczeń w ramach POZ⁷⁴, jak również dostępności do lekarza POZ, pielęgniarki i położnej w podziale na gminy.

(akta kontroli str. 166-167, 909-910, 1045-1053, 1076-1077, 1080)

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta⁷⁵, jakość w opiece zdrowotnej powinna być mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Wskaźniki te zostały

⁷¹ Tabele: nr IV.1.1.3 – POZ – lekarze POZ – udzielone świadczenia, nr IV.1.2.3 - POZ - pielęgniarki POZ – udzielone świadczenia, nr IV.1.3.3 - POZ – położne POZ – udzielone świadczenia, nr IV.1.3.4 - POZ – położne POZ - wybrane świadczenia, nr IV.1.4.1 - POZ w środowisku nauczania i wychowania – liczba udzielających świadczeń oraz szkół objętych opieką.

⁷² Przygotowywanych dwa razy w roku, tj. po I i II półroczu.

⁷³ Komunikatem XML.

⁷⁴ Rekomendacja „4.1 – Utrzymanie obecnego poziomu zabezpieczenia mieszkańców do dostępności do świadczeń POZ”.

⁷⁵ Dz.U. poz. 1692.; zwana dalej: „ustawą o jakości”.

określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej⁷⁶ i w odniesieniu do POZ dotyczyły:

- liczby porad lekarza POZ na pacjenta, zdefiniowanej jako liczba porad lekarza POZ w przeliczeniu na pacjentów, którym udzielono co najmniej jednej porady u danego świadczeniodawcy;
- odsetek teleporad lekarza POZ w ogólnej liczbie porad lekarza POZ;
- odsetek porad związanych z wystawieniem recepty w ogólnej liczbie porad w ramach POZ;
- odsetek porad domowych lekarza POZ w ogólnej liczbie porad lekarza POZ.

Zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy o jakości, 30 kwietnia 2025 r., NFZ opublikował na swojej stronie internetowej⁷⁷, w Biuletynie Informacji Publicznej, wartość zrealizowanych wskaźników jakości opieki zdrowotnej za 2024 r. dla poszczególnych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, dla których zostały one ustalone.

Wskaźnik liczby porad lekarza POZ na pacjenta dla województwa śląskiego wynosił średnio 5,8⁷⁸ (od 1,4 do 10,1)⁷⁹. Dla porównania, w skali całego kraju ww. wskaźnik wynosił 5,7⁸⁰.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że: „W tej chwili system monitorowania jakości w opiece zdrowotnej jest wdrażany. Pierwsze wnioski będą mogły być skonstruowane po opublikowaniu wskaźników jakości opieki zdrowotnej za 2025 r. Tym samym będzie możliwość ich porównania ze wskaźnikami za 2024 r.”

(akta kontroli str. 168-169)

3. W latach 2022-2024, odnotowano 23 skargi dotyczące profilaktycznych świadczeń na rzecz dzieci i młodzieży w ramach POZ, w tym 19 przesłano bezpośrednio do Oddziału, a cztery złożono przez Internetowe Konto Pacjenta⁸¹.

Przedmiotem skarg były: odmowa szczepienia (sześć przypadków), odmowa wykonania bilansu (pięć), bezzasadne obciążenie kosztami szczepienia⁸² (cztery), wykazanie sfinansowania świadczeń, które nie zostały udzielone (cztery)⁸³, odmowa lub brak wizyty patronażowej (trzy), niewykonanie pomiaru masy ciała noworodka podczas wizyty patronażowej (jeden).

Ustalono, że wszystkie z 19 rozpatrzonych skarg⁸⁴ dotyczyły nieprawidłowości, które w badanym okresie wystąpiły tylko raz w danej placówce POZ. Oddział w tych przypadkach zwracał się do świadczeniodawców o złożenie stosownych

⁷⁶ Dz.U. poz. 1349.

⁷⁷ <https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej>.

⁷⁸ 20 054 493 : 3 444 108 = 5,8.

⁷⁹ Pięć najmniejszych wartości wskaźnika: 1,4, 1,5, 1,5, 1,8, 2,1; pięć największych wartości wskaźnika: 10,1, 8,9, 8,7, 8,6, 8,4.

⁸⁰ 166 679 460 : 29 063 054 = 5,7.

⁸¹ Dalej: „IKP”.

⁸² Głównie przeciw HPV.

⁸³ W tym: wizyty patronażowe położnej (trzy przypadki) i szczepienie przeciw HPV (jeden).

⁸⁴ Czterech nie rozpatrzono, gdyż nie zostały uzupełnione o niezbędne informacje i dane.

wyjaśnień, a po ich przeanalizowaniu, 14 skarg uznał za zasadne lub częściowo zasadne⁸⁵. Świadczeniodawcy, których dotyczyły te skargi, m.in:

- potwierdzili wykazanie świadczeń, które nie były udzielone i dokonali ich korekty (we wszystkich czterech przypadkach);
- zobowiązali się zwrócić świadczeniobiorcom koszty szczepionek;
- ustalali termin przyjęcia dziecka na bilans, szczepienie lub wizytę patronażową.

Oddział kierował do świadczeniodawców pouczenie o konieczności realizacji świadczeń zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami, a także obligował ich do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie podobnych nieprawidłowości w przyszłości. W związku z brakiem skutków finansowych stwierdzonych nieprawidłowości, Oddział nie stosował kar umownych w odniesieniu do świadczeniodawców, którzy wykazali do sfinansowania niezrealizowane świadczenia.

(akta kontroli str. 5-155)

W latach 2022-2024, Dyrektor ŚOW NFZ nie wnioskował do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli doraźnych dotyczących profilaktycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży w ramach POZ.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że dokonywany dwa razy w każdym roku (po pierwszym i po drugim półroczu) przegląd danych stanowiących załączniki do sprawozdań z działalności ŚOW NFZ⁸⁶, pozwalał na stwierdzenie, że świadczenia były udzielane i sprawozdawane przez świadczeniodawców. Nadmieniała również, że składane przez pacjentów skargi miały charakter jednostkowy i nie powtarzały się w tych samych zakresach w danej placówce, co pozwoliło na uznanie, że działania podejmowane przez Oddział (pouczenia) czy też bezpośrednio przez samych świadczeniodawców były wystarczające – nie wystąpiła konieczność przeprowadzenia kontroli.

(akta kontroli str. 159-160, 365-394)

W odpowiedzi na zapytanie skierowane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, Dyrektor Departamentu Kontroli z up. Prezesa NFZ poinformował, że w latach 2022-2024, NFZ w rocznych planach kontroli nie ujmował kontroli dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w ramach POZ. Nadmieniał również, że Terenowy Wydział Kontroli XII w Katowicach Departamentu Kontroli NFZ nie prowadził kontroli doraźnych w tym zakresie.

(akta kontroli str. 490-493)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

⁸⁵ Pięć skarg uznano za niezasadne.

⁸⁶ Tabele: IV.1.1.3 – Podstawowa opieka zdrowotna - lekarze podstawowej opieki zdrowotnej - udzielone świadczenia, IV.1.2.3 – Podstawowa opieka zdrowotna - pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej - udzielone świadczenia, IV.1.3.3 – Podstawowa opieka zdrowotna - położne podstawowej opieki zdrowotnej - udzielone świadczenia, IV.1.3.4 – Podstawowa opieka zdrowotna - położne podstawowej opieki zdrowotnej - wybrane świadczenia, IV.1.4.1 – Podstawowa opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania - liczba udzielających świadczeń oraz szkół objętych opieką.

Oddział nie analizował i nie weryfikował danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców o wykonanych świadczeniach w rodzaju POZ (profilaktyczna opieka zdrowotna dzieci i młodzieży za lata 2022-2024) pod względem identyfikacji przypadków, w których świadczenia nie były sprawozdawane⁸⁷. Tym samym nie posiadając informacji o braku realizacji świadczeń, nie wnioskowano do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli doraźnych.

W toku kontroli stwierdzono, że spośród wszystkich świadczeniodawców (w 2022 r. 785, w 2023 r. 782, a w 2024 r. 777), odpowiednio 93, 92 i 93 - pomimo złożonych deklaracji - nie wykazało żadnego świadczenia dotyczącego profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży, w co najmniej jednym z badanych kodów świadczeń.

(akta kontroli str. 503-504, 513-553, 761-767)

Odnosnie do stwierdzonych przypadków niesprawozdawania świadczeń w co najmniej jednym z badanych kodów świadczeń, Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że spośród wskazanych podmiotów, po sześciu świadczeniodawców w latach 2022 i 2023 oraz jeden w roku 2024 nie sprawozdali żadnego świadczenia w całym rodzaju POZ. Pozostali, którzy nie sprawozdali w latach 2022-2024 świadczeń dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży, przekazali w tym okresie do systemu informatycznego Oddziału przynajmniej jedno inne świadczenie w rodzaju POZ.

(akta kontroli str. 501-502, 587-590)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła ponadto, że dla zweryfikowania sprawozdawczości świadczeniodawców, którzy nie wykazali żadnego świadczenia dotyczącego profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w co najmniej jednym z badanych kodów świadczeń w zakresie profilaktyki zdrowotnej dzieci i młodzieży, w toku niniejszej kontroli podjęto następujące działania:

- przeprowadzono analizę dotyczącą liczby podmiotów, które w ramach umowy z NFZ w rodzaju POZ, dotyczącej profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży nie wykonały żadnego świadczenia w latach 2022-2024;
- w przypadku świadczeniodawców, u których wystąpił brak sprawozdania z realizacji świadczeń w ww. latach w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, na Portalu Świadczeniodawcy (w sekcji „Wiadomości i akcje” – „Akcje”), opublikowano pismo wzywające do złożenia wyjaśnień, z pouczeniem o przestrzeganiu wyżej wymienionych przepisów. Ponadto, dla świadczeniodawców, których dotyczą stwierdzone nieprawidłowości został umieszczony plik Excel w sekcji „Pobranie plików technicznych z NFZ” – „Pliki dedykowane”;
- opublikowano na Portalu Świadczeniodawcy komunikat przypominający realizatorom świadczeń w rodzaju POZ o konieczności sprawozdawania

⁸⁷Badania bilansowe, w tym badania przesiewowe i porada patronażowa lekarza POZ (kody świadczeń: 5.01.00.0000102, 5.01.00.0000103, 5.01.00.0000104), wizyta patronażowa pielęgniarstwa POZ (kod świadczenia 5.01.00.0000107) oraz wizyty patronażowe położnej POZ (kod świadczenia 5.01.00.0000089).

świadczeń dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży.

Dyrektor poinformowała przy tym, że po przeanalizowaniu i uwzględnieniu wyjaśnień złożonych przez świadczeniodawców, zostanie podjęta decyzja odnośnie dalszego postępowania.

(akta kontroli str. 887-906)

Odnosnie do braku prowadzenia odrębnych analiz dotyczących sprawozdawania świadczeń z zakresu profilaktyki zdrowotnej dzieci i młodzieży, Dyrektor wskazała, że wynikało to głównie z następujących okoliczności:

1. Nieaktualizowania przez ustawodawcę – w związku z reformą systemu oświaty w Polsce – grup wiekowych określonych w warunkach realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych.
2. Dużej liczby zawartych umów w rodzaju POZ, zakresów świadczeń w rodzaju POZ i produktów jednostkowych w rodzaju POZ, tj.:
 - liczba umów - w 2022 r. 998, w 2023 r. 1001, a w 2024 r. 989;
 - liczba złożonych deklaracji wyboru (według stanu na 1 grudnia): w 2022 r. – 3 991 248 osób (dla lekarza POZ), 3 909 243 osób (dla pielęgniarki POZ) i 1 965 730 osób (dla położnej POZ). W 2023 r. kolejno – 3 980 411, 3 905 029 i 1 964 685. W 2024 r. odpowiednio – 3 968 412, 3 896 884 i 1 962 718 osób.
3. Systematycznego zwiększania liczby zadań wynikających z regulaminu organizacyjnego, jak również zlecanymi na bieżąco innymi zadaniami.

Zdaniem Dyrektora, powyższe uniemożliwiło w latach 2022-2024 prowadzenie szczegółowych analiz w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 592-610)

Uwzględniając bardzo dużą liczbę świadczeniodawców działających w województwie śląskim i zawartych z nimi umów, a także obciążenie pracowników Oddziału wzrastającą liczbą zadań do wykonania, zdaniem NIK, Oddział powinien analizować co najmniej przypadki całkowitego braku sprawozdawania świadczeń.

IV. Uwagi i wnioski

Z uwagi na podjęcie w toku kontroli działań w celu usunięcia nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, uwag ani wniosków w zakresie stwierdzonej nieprawidłowości.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń,

zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w postaci elektronicznej z użyciem kwalifikowanych podpisów elektronicznych.

Katowice, dnia 17 listopada 2025 r.

Kontroler

Izabela Pilarek

Doradca ekonomiczny

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Katowicach

p.o. Wicedyrektor

Tomasz Kuźniak

/podpisano elektronicznie/