



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.3.1.2025

Edward Bondarewicz
Dyrektor Gminnego Zespołu
Lecznictwa Otwartego w Kietrze
ul. Kościelna 1, 48-130 Kietrz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/079 – Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze, ul. Kościelna 1, 48-130 Kietrz ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Edward Bondarewicz, Dyrektor, od 16 marca 2000 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Działania na rzecz profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania oraz ich efekty
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2022 r. do zakończenia czynności kontrolnych z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli mają one istotny wpływ na ustalenia i oceny ³
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Jarosław Pałęga, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/24/2025 z 21 stycznia 2025 r.

(akta kontroli str. 1-4)

¹ Dalej: GZLO.

² Powołany na mocy uchwały Rady Miejskiej w Kietrze nr 42/200/2000 z 15 marca 2000 r.

³ Dalej również lata 2022-2025.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2022-2025 GZLO zapewniało dzieciom i młodzieży oraz osobom dorosłym dostęp do diagnostyki i leczenia zaburzeń odżywiania, a zakres udzielanych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej był zgodny z zakresem ujętym w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, postanowieniami umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia⁶ oraz dokumentami wewnętrznymi jednostki. Jednak działania GZLO nie były szczególnie ukierunkowane na leczenie i profilaktykę związaną z symptomami zaburzeń odżywiania.

Lekarze GZLO nie w każdym przypadku odnotowywali w dokumentacji medycznej wszystkie podejmowane działania w ramach udzielanych świadczenia zdrowotnych⁷, w szczególności wyniki pomiarów masy ciała i wzrostu pacjenta, który zgłosił się na wizytę, co najmniej raz w roku kalendarzowym, co utrudniało monitorowanie stanu zdrowia pacjentów⁸. Skutkowało również brakiem możliwości rzetelnej realizacji obowiązku⁹ przekazywania Narodowemu Funduszowi Zdrowia¹⁰, wymaganych informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorców.

Stwierdzono również przypadki zaniechania odnotowania w dokumentacji medycznej przeprowadzonych badań bilansowych oraz nieprawidłowego ich dokumentowania, obejmujących m.in. pomiary: wzrostu i masy ciała, w tym określanie współczynnika masy ciała¹¹. Podejmowane przez lekarzy działania na rzecz leczenia pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenia odżywiania, w szczególności kierowanie ich na badania diagnostyczne do poradni specjalistycznych i szpitali, były prawidłowe i skuteczne.

Wprawdzie GZLO dysponował sprzętem umożliwiającym diagnozowanie i monitorowanie chorób związanych z symptomami zaburzeń odżywiania, to jednak w terminie wymaganym przepisami rozporządzenia Ministra Przedsiębiorczości i Technologii z dnia 22 marca 2019 r. w sprawie prawnej kontroli metrologicznej przyrządów pomiarowych¹² nie dokonano legalizacji ponownej wag służących do pomiaru wzrostu i masy ciała, co mogło skutkować ryzykiem dokonywania błędnych pomiarów.

W latach 2022-2025 wywiązano się z obowiązków określonych w art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej¹³ i w wymaganym

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej: NFZ.

⁷ § 10 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.). Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

⁸ Obowiązek wynikający m.in. w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, ze zm.) oraz art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515), dalej: ustawa o POZ.

⁹ § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 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 publicznych Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

¹⁰ Dalej: NFZ.

¹¹ Body Mass Index – Dalej: BMI.

¹² Dz.U. z 2019 r. poz. 759.

¹³ Dz.U. 2024 poz. 1799. Dalej: ustawa o statystyce.

terminie¹⁴ przekazywano sprawozdania MZ-06 i MZ-11. Stwierdzono jednak, że sprawozdania MZ-11 zawierały nierzetelne dane.

W okresie objętym kontrolą GZLO nie podejmował współpracy z jednostkami samorządu lub placówkami oświatowymi na rzecz prowadzenia profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania oraz nie realizował programów profilaktycznych w tym zakresie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR Działania w zakresie profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania oraz ich efekty

Opis stanu faktycznego

GZLO został utworzony na mocy uchwały Rady Miejskiej w Kietrze nr XXXV/231/93 z 27 kwietnia 1993 r. jako jednostka budżetowa i wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą¹⁶. Podmiot ten działalność leczniczą rozpoczął 9 listopada 1993 r. Na mocy uchwały Rady Miejskiej w Kietrze nr XXXV/237/98 z 9 kwietnia 1998 r. został on przekształcony w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. W skład GZLO wchodziły m.in. Przychodnia Rejonowa w Kietrze (w ramach której funkcjonowała Poradnia Lekarza POZ i Gabinet Medycyny Szkolnej) oraz Wiejskie Ośrodki Zdrowia w Dzierżysławiu, Nasiedlu i Pilszczu¹⁷. W § 19 regulaminu organizacyjnego¹⁸ wskazano, że zadaniem podstawowej opieki zdrowotnej jest zapewnienie świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy złożą deklarację wyboru w GZLO miejscu udzielania świadczeń oraz w środowisku nauczania wychowania, w warunkach ambulatoryjnych, bądź w uzasadnionych przypadkach domowych¹⁹. Świadczenia POZ miały być ukierunkowane na promocję i profilaktykę zdrowotną, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności, usprawnianie oraz pielęgnację i edukację zdrowotną.

W GLZO nie wprowadzono innych wewnętrznych wytycznych dotyczących zapewnienia świadczeń mających na celu profilaktykę i leczenie zaburzeń odżywiania. Dyrektor wyjaśnił: *W GZLO nie istnieją procedury ani wewnętrzne wytyczne dotyczące zapewnienia świadczeń mających na celu profilaktykę i leczenie zaburzeń odżywiania. Nie wiemy na jakiej podstawie prawnej należałoby takie procedury stworzyć i jakie przyjąć kryteria. Fakt, potencjalnych stwierdzonych*

¹⁴ Programy badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 i 2023, przyjęte rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 ze zm. (Dz. U. poz. 2303) oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 października 2022 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2023 ze zm. (Dz.U. poz. 2453).

¹⁵ 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.

¹⁶ <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?Id=8420>

¹⁷ § 14 ust. 1 pkt 1 lit. a i b i pkt 5 Statutu wprowadzonego uchwałą Rady Miejskiej w Kietrze nr LXII/634/2023 z 27 czerwca 2023 r. oraz § 14 ust. 1 pkt 1 i 5 statutu wprowadzonego uchwałą Rady Miejskiej w Kietrze nr XXXV/237/98 z 9 czerwca 1998 r.

¹⁸ Wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora GZLO nr 45/2012 z 25 maja 2021 r. ujednolicony zarządzeniem Dyrektora GZLO nr 230/0224 z 15 kwietnia 2024 r.

¹⁹ W ramach świadczeń wyodrębniono: świadczenia lekarza, w tym koordynacji opieki; świadczenia pielęgniarki, świadczenia położnej, świadczenia pielęgniarki szkolnej oraz transport sanitarny

zaburzeń odżywiania powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta. W każdym takim przypadku postępowanie jest indywidualne, zależne od lekarza identyfikującego problem oraz rodzica/opiekuna prawnego. Nie są stworzone żadne specjalne dokumenty i prowadzone statystyki.

(akta kontroli str. 99-100, 606, 629)

Informacje dotyczące godzin pracy GZLO w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dostępne były na drzwiach wejściowych GLZO oraz stronie internetowej jednostki.

(akta kontroli str. 108)

Świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane były na podstawie umowy zawartej z NFZ²⁰. Świadczenia lekarzy POZ udzielane były z zachowaniem warunków określonych w ww. umowie i jej załącznikami oraz wymogami wynikającymi z części I pkt 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²¹.

Według danych na dzień 26 marca 2025 r., świadczeń opieki zdrowotnej w GZLO udzielało pięciu lekarzy, jedna pielęgniarka szkolna oraz jedna higienistka szkolna. W latach 2022-2024 (według stanu na 31 grudnia) liczba lekarzy wynosiła odpowiednio 6, 5 i 7. W okresie tym liczba pielęgniarek i higienistek szkolnych nie zmieniała się i była tożsama ze stanem na 26 marca 2025 r., co odpowiadało wielkościom zadeklarowanym w załączniku nr 2 do umowy z NFZ (harmonogram – zasoby). Według danych pozyskanych z NFZ liczba lekarzy na koniec ww. lat wynosiła odpowiednio 10, 8 i 10. Wyjaśniając wykazane wyżej rozbieżności Dyrektor wskazał, że: *W sprawozdaniu MZ-11 podawany jest stan liczby zatrudnionych lekarzy na dzień 31 grudnia danego roku (w przypadku, gdy ten termin wypada w sobotę lub niedzielę – na kolejny dzień roboczy), natomiast w danych otrzymanych z NFZ wykazano łączną liczbę lekarzy zatrudnionych w danym roku.*

(akta kontroli str. 108-109, 535-551, 565-591, 634)

Według danych zawartych w sprawozdaniach MZ-11²² w latach 2022-2024: a/ liczba lekarzy na listach lekarzy POZ wynosiła odpowiednio 6, 5 i 7; b/ liczba pacjentów do 19 roku życia wynosiła odpowiednio 1 173, 1 162 i 1 245; c/ liczba pacjentów mających 19 lat i więcej wynosiła odpowiednio 6 279, 6 354 i 6 145. Zgodnie ze sprawozdaniami MZ-06²³ za lata 2022-2023, GZLO realizował opiekę zdrowotną nad uczniami w siedmiu szkołach, gdzie świadczeń udziela pielęgniarka albo higienistka szkolna²⁴. Liczba uczniów objęta opieką wynosiła

²⁰ 08R/10031/0113/POZ/(2022/2023/2024). Dalej umowa z NFZ.

²¹ Dz.U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ.

²² Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

²³ Sprawozdanie z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach.

²⁴ Zespół Szkół w Kietrze, w ramach którego funkcjonowała Publiczna Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II, Liceum Ogólnokształcące im. Cypriana Kamila Norwida oraz Branżowa Szkoła I Stopnia; Publiczna Szkoła Podstawowa z Oddziałem Przedszkolnym Stowarzyszenia Aktywna Społeczność Dzierżysławia; Publiczna Szkoła Podstawowa z Oddziałem Przedszkolnym im. Marii Konopnickiej w Nasiedlu; Publiczna Szkoła Podstawowa z Oddziałem Przedszkolnym im. Jana III Sobieskiego Stowarzyszenia na Rzecz Edukacji i Kultury w Pilszczu; Szkoła Podstawowa z Oddziałem Przedszkolnym przy Stowarzyszeniu Przyjaciół Ściborzyc Wielkich „ŚCIBOR”.

odpowiednio 754 i 724, a liczba uczniów, których rodzice nie wyrazili zgody na zapewnienie opieki zdrowotnej wynosiła odpowiednio 2 i 4.

(akta kontroli str. 120-388, 622)

W latach 2022–2025 (do 5 lutego 2025 r.) do GZLO nie wpłynęły skargi dotyczące naruszenia praw pacjentów przy realizacji świadczeń POZ w zakresie profilaktyki i zaburzeń odżywiania.

(akta kontroli str. 81-90)

2. W latach 2022-2025 w kontrolowanej jednostce sporządzono i przekazano sprawozdania statystyczne MZ-06 z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach oraz MZ-11 o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Dane wynikające z tych sprawozdań, tj. MZ-11 za lata 2022-2024 oraz MZ-06 za lata szkolne 2022/2023 i 2023/2024 przekazane zostały w postaci elektronicznej poprzez zamieszczenie ich na platformie sprawozdawczej System Statystyki w Ochronie Zdrowia w terminach wynikających z przepisów²⁵, tj. odpowiednio do 31 marca roku, wg stanu na 31 grudnia za rok poprzedni oraz do 29 września 2023 r. i do 30 września 2024 r.

(akta kontroli str. 120-396)

Badanie w zakresie zgodności danych raportowanych do NFZ, a sprawozdawanych w MZ-11 i MZ-06 wykazało, że:

a/ liczba uczniów objętych opieką pielęgniarki albo higienistki szkolnej wg sprawozdań MZ-06 na koniec roku szkolnego 2021/2022 i 2022/2023 wynosiła odpowiednio 754 i 724, a wg danych zaraportowanych do NFZ liczba ta wynosiła odpowiednio 913 i 869;

b/ liczba dzieci i młodzieży, u których przeprowadzono badania bilansowe wg sprawozdań MZ-11 w latach 2022-2024 wynosiła odpowiednio 223, 485 i 256, a wg danych zaraportowanych do NFZ liczby te wynosiły odpowiednio 130, 170 i 45 (od stycznia do listopada 2024 r.).

Dyrektor GZLO wyjaśnił: *Liczba uczniów objętych opieką pielęgniarki szkolnej wykazana do sprawozdania, została wyliczona na podstawie deklaracji złożonych do pielęgniarki wg stanu na 31 grudnia danego roku. Ponadto wskazał, że: Rozbieżność danych pomiędzy sprawozdaniami a danymi raportowanymi do NFZ wynika z faktu, iż dane do sprawozdania zliczane są ręcznie przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, natomiast do NFZ dane eksportowane z systemu mMedica (dane z dokumentacji medycznej wprowadzone przez lekarza podczas badania). Jak wspomniane było w poprzednich pismach, lekarze ze względu na przeciążenie pracą oraz brak czasu - zapominają dopisać lub piszą, ale błędny kod ICD- 10 (oznaczający bilans). Wskutek czego liczba bilansów wykazanych do NFZ zostaje błędnie podana.*

(akta kontroli str. 120-388, 615, 620, 630-633)

Ponadto, stwierdzono że sprawozdania MZ-11 zawierały nierzetelne dane w zakresie liczby pacjentów ujętych na listach aktywnych lekarzy POZ oraz liczby zdiagnozowanych schorzeń: niedożywienie, otyłość, zaburzenie odżywiania

²⁵ Programy badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 i 2023, przyjęte rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 ze zm. (Dz. U. poz. 2303) oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 października 2022 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2023 ze zm. (Dz.U. poz. 2453).

(kody ICD -10: E40-E46, E65-E68, F50) rozpoznanych u osób objętych opieką czynną, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 620, 630-633)

3. Poradnie wyposażone były w sprzęt niezbędny do pomiaru masy ciała i wzrostu, tj. wagi medyczne ze wzrostomierzem oraz aparaty do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych oraz glukometry, co było zgodne wymaganiami określonymi w części V ust. 4 pkt 3 lit. d), i), j) załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ. W wyniku przeprowadzonych 26 marca 2025 r. oględzin stwierdzono, że sprzęt ten był sprawny. GZLO dysponował dwiema wagami ze wzrostomierzem, w tym jedną z udźwigiem powyżej 150 kg oraz jedną wagą medyczną przeznaczoną dla niemowląt²⁶. Wagi nie zostały poddane obowiązkowej (przeprowadzanej co 25 miesięcy) legalizacji. Stwierdzono również, że GZLO nie posiadał urządzeń do pomiaru masy ciała dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 108, 552, 625)

4. W okresie objętym kontrolą pielęgniarka i higienistka szkolna udzielały świadczeń, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁷, obejmujących m.in. profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania szkolnego, w czterech szkołach podstawowych oraz w Zespole Szkół w Kietrzu, w skład którego wchodziły trzy szkoły²⁸. Zgodnie z Częścią I pkt 2, ppkt 1, 2 i 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, do zadań pielęgniarki szkolnej należało m.in.: wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów, a także udzielanie porad uczniom z problemami zdrowotnymi. Pielęgniarka szkolna mogła również wnioskować o objęcie ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną²⁹.

W okresie objętym kontrolą wykonano 865 testów przesiewowych, z tego 333 testy w roku szkolnym 2021/2022, 242 testy w 2022/2023 oraz 290 testów w 2023/2024. Analiza kart zdrowia uczniów, u których pielęgniarka i higienistka szkolna przeprowadziły w okresie objętym kontrolą 371 testy przesiewowe wykazała, że u 124 uczniów (33,4%) pomiar masy ciała i wzrostu wskazywał na nieprawidłowości związane z zaburzeniem odżywiania, tj.: a/ u 14 uczniów (11,3%) stwierdzono niedowagę; b/ u 59 uczniów (47,6%) stwierdzono nadwagę; c/ u 51 uczniów (41,1%) stwierdzono otyłość. Ponadto stwierdzono, że:

²⁶ Elektroniczna waga lekarska o budowie szalkowej przeznaczona do ważenia niemowląt w pozycji leżącej (WPT 10/20D) oraz elektroniczne wagi lekarskie o budowie kolumnowej WPT 60/150 OW oraz WPT 100/200 OW.

²⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

²⁸ Liceum Ogólnokształcące, Szkoła Branżowa I stopnia oraz Szkoła Podstawowa.

²⁹ § 5 pkt 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach (Dz. U. 2023 poz. 1798). Dalej: rozporządzenie w sprawie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

a/ w dokumentacji medycznej pielęgniarka/higienistka każdorazowo odnotowała przeprowadzenie testów przesiewowych, wpisując wyniki pomiarów masy ciała i wzrostu; b/ w każdym przypadku przeprowadzono analizę dokonanych pomiarów i obliczono wskaźnik BMI, wskazując jednocześnie rozpoznanie; c/ w połowie przypadków w dokumentacji medycznej odnotowano fakt przeprowadzenia rozmowy edukacyjnej o zasadach zdrowego odżywiania i konieczności zwiększenia aktywności fizycznej. W żadnym przypadku nie podejmowano działań poprzemiesiowych polegających m.in. na monitorowaniu wagi uczniów z nieprawidłową masą ciała, a dokumentacja medyczna nie zawierała informacji, że pielęgniarka/higienistka wnioskuje o objęcie ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 486-532)

W latach 2022-2025 GZLO nie przekazywał dyrektorom szkół danych statystycznych wynikających z wykonanych badań przesiewowych. Dyrektor GZLO wyjaśnił, że: *pielęgniarka/higienistka nie przekazywała takich danych dyrektorom szkół, gdyż wyniki badań przesiewowych przekazywane były bezpośrednio rodzicom/opiekunom prawnym uczniów w formie ustnej*.

(akta kontroli str. 609)

5. Zgodnie z Częścią III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje m.in. pomiary: wzrostu i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała BMI oraz poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Na podstawie analizy 65 dokumentacji medycznych uczniów, u których w latach 2022-2025 wykonano bilans zdrowia stwierdzono, że: a/ w 55 przypadkach (84,6%) w dokumentacji medycznej odnotowano wzrost i masę ciała pacjentów oraz obliczony wskaźnik BMI; b/ w 44 przypadkach dokumentacja medyczna zawierała diagnozę określoną na podstawie nieprawidłowej wartości masy ciała oraz wyliczonego wskaźnika BMI/centyla masy ciała; c/ w przypadku 11 z 23 uczniów (47,8%), u których stwierdzono nieprawidłową masę ciała, dokumentacja medyczna zawierała informację o udzieleniu porady dotyczącej prozdrowotnego stylu życia; d/ w przypadku uczniów, u których stwierdzono prawidłową masę ciała (32 pacjentów) w dokumentacji medycznej nie odnotowano ww. porad; Stwierdzono jednak przypadki braku w dokumentacji medycznej informacji o wzroście i masie ciała pacjentów, wskaźnika BMI/centyla masy ciała, diagnozy na podstawie dokonanych pomiarów i wskaźników, informacji o udzieleniu porad dotyczących prozdrowotnego stylu życia oraz adnotacji o odnotowaniu przeprowadzonego badania bilansowego w książeczce zdrowia dziecka. Ustalenia te opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 648-681)

6. W świetle § 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 publicznych³⁰ świadczeniodawca POZ ma obowiązek sprawozdawania pomiarów masy ciała i wzrostu u każdego pacjenta, co najmniej raz w roku kalendarzowym.

Zgodnie z danymi pozyskanymi, GZLO przekazało NFZ pomiary masy ciała i wzrostu 159 pacjentów, którym udzielono świadczeń w 2022 r. W latach 2023-2024 (do listopada) liczba ta wyniosła odpowiednio 367 i 323.

Badaniem objęto dokumentację medyczną 65 dzieci i młodzieży oraz 20 osób dorosłych, którzy w latach 2022-2025 (I kwartał) przynajmniej jeden raz korzystali ze świadczeń lekarza POZ. W odniesieniu do pomiarów wzrostu i masy ciała dzieci i młodzieży stwierdzono, że jedynie w 19 przypadkach (29,3%) przeprowadzono i udokumentowano takie pomiary, z tego: a/ u 18 pacjentów obliczono i odnotowano wskaźnik BMI; b/ u 11 pacjentów stwierdzono prawidłową masę ciała, a u dwóch otyłość; c/ u dwóch pacjentów dokumentacja zawierała diagnozę w zakresie nieprawidłowej masy ciała na podstawie dokonanych pomiarów; d/ z 19 pacjentów, u których dokonano pomiarów wzrostu i masy ciała, u pięciu wskaźnik BMI wskazywał na nieprawidłową masę ciała (jedna otyłość, dwie nadwagi, dwie niedowagi).

W wyniku badania dokumentacji medycznej 20 osób dorosłych stwierdzono, że ze świadczeń lekarza POZ w latach 2022-2025 (I kwartał) korzystało odpowiednio 18, 17, 18 i 16 pacjentów. Liczba pacjentów, którym wykonano i udokumentowano pomiar wzrostu i masy ciała wynosiła odpowiednio: 1, 3, 1 i 2. Na podstawie wykonanych pomiarów w jednym przypadku lekarz potwierdził otyłość I stopnia oraz w jednym przypadku otyłość II stopnia.

Stwierdzono jednak przypadki niedokonania pomiarów wzrostu i masy ciała, pomimo korzystania przez pacjenta ze świadczeń lekarza POZ, co skutkowało brakiem możliwości przekazywania danych w tym zakresie do NFZ. Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 433-442, 453-487)

7. Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej³¹, w ramach działań mających na celu rozpoznanie chorób, lekarz POZ jest zobowiązany m.in. do: planowania i koordynowania postępowaniem diagnostycznym, stosownie do stanu zdrowia pacjenta, wykonywania testów lub zlecenia wykonania badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych, kierowania świadczeniobiorcy na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia. W świetle art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 5 ust. 2 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, lekarze są również zobowiązani do m.in. do rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej

³⁰ Dz. U. 2024 poz. 610, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

³¹ Dz. U. poz. 2335.

i z należytą starannością oraz do udzielania świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Według danych zaraportowanych do NFZ, liczba zdiagnozowanych i leczonych pacjentów w GZLO, u których rozpoznano zaburzenia odżywiania³² w latach 2022-2024 (I-XI) wynosiła odpowiednio 203, 336 i 382, z tego odpowiednio: a/ 12, 14 i 18 osób w wieku do 19 lat; b/ 191, 322 i 364 - w wieku powyżej 19 lat. Liczba pacjentów z rozpoznaną otyłością zwiększyła się z 201 w 2022 r. do 364 w 2024 r., z tego wśród osób w wieku do 19 lat wzrosła z 12 do 18. W przypadku jednego pacjenta w wieku powyżej 19 lat zdiagnozowano niedożywienie (2022 r.) oraz w przypadku jednego pacjenta w wieku do 19 lat zdiagnozowano zaburzenia odżywiania (2022 r. i 2023 r.).

(akta kontroli str. 620, 630-633)

W wyniku badania dokumentacji medycznej 14 pacjentów, w zakresie podejmowanych działań, w związku ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania stwierdzono m.in., że: a/ okolicznościami zdiagnozowania zaburzeń odżywiania były badania bilansowe (6), wizyta z powodu złego samopoczucia (1), wizyta z powodów symptomów zaburzeń odżywiania (2), wizyta z powodu nagłej utraty wagi (3), wizyta z powodu nagłego wzrostu wagi (1); b/ we wszystkich przypadkach pierwszym działaniem lekarza w związku wystąpieniem symptomów zaburzeń odżywiania było zlecenie badań diagnostycznych; c/ w przypadku dwóch pacjentów lekarz zlecił skorzystanie z psychoterapii/wizyty u psychiatry; d/ w przypadku 10 pacjentów, wyniki badań diagnostycznych wskazywały, że oprócz zaburzeń odżywiania wystąpiły inne problemy zdrowotne; e/ siedmiu pacjentów skierowano do specjalistycznych poradni, tj.: endokrynologicznej (4), kardiologicznej (1), metabolicznej (1), psychologicznej (1); f/ w przypadku 10 pacjentów, lekarz nie posiadał aktualnej wiedzy o stanie zdrowia pacjenta m.in. z uwagi na brak kolejnych wizyt; g/ trzech pacjentów nie podjęło leczenia; g/ w jednym przypadku w dokumentacji medycznej znajdowały się wpisy dotyczące stanu emocjonalnego pacjenta; h/ w przypadku dziewięciu pacjentów na podstawie pomiarów wzrostu i masy ciała lub BMI określono stan zdrowia pacjenta.

(akta kontroli str. 682-691)

8. W latach 2022-2025 GZLO nie podejmował działań profilaktycznych w zakresie zaburzeń odżywiania, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Na podstawie zawartych 12 września 2019 r. porozumień z Zespołem Szkół w Kietrze³³ oraz czterema szkołami podstawowymi (w Dzierżysławiu, w Nasiedlu, w Pilszczu oraz w Ściborzycach Wielkich), szkoły te: nieodpłatnie udostępniały pomieszczenia na potrzeby udzielania świadczeń; umożliwiały udział pielęgniarki/higienistki szkolnej w zebraniach rady pedagogicznej celem przedstawienia zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów; zapewniały rodzicom prawo do uzyskania informacji o zakresie opieki

³² Niedożywienie E40-E46 (kody wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10), otyłość i inne zespoły z hiperalimentacji E65-E68, zaburzenia odżywiania F50.

³³ W ramach Zespołu Szkół funkcjonowała Publiczna Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II, Liceum Ogólnokształcące im. Cypriana Kamila Norwida oraz Branżowa Szkoła I Stopnia.

zdrowotnej z możliwością wyrażenia sprzeciwu wobec niektórych form tej opieki³⁴.

Dyrektor GZLO wyjaśnił: *Pielęgniarka/higienistka szkolna przeprowadza w szkole edukację dot. prozdrowotnego stylu życia polegającą m.in. na rozmowie z uczniami na temat zdrowego odżywiania oraz mobilizuje dzieci do uprawiania różnych sportów. Uczniowie dostają także ulotki zachęcające do prowadzenia prawidłowych zachowań prozdrowotnych oraz wdrażania odpowiednich działań profilaktycznych, ponieważ prawidłowe zasady stylu życia powinny być wpajane dziecku od najmłodszych lat. W/w informacje przekazywane są w formie ustnej podczas zajęć na forum klasy, w formie prezentacji oraz podczas rozmowy indywidualnej z uczniem w zależności od wynikających potrzeb. Pielęgniarka/higienistka szkolna udzielała tylko informacji ustnie - nie robiąc adnotacji o w/w działaniach w indywidualnej dokumentacji medycznej ucznia.*

(akta kontroli str. 94-98)

W sprawie przekazywania szkole danych statystycznych wynikających z przeprowadzonych testów przesiewowych i badań bilansowych Dyrektor wyjaśnił: *Pielęgniarka/higienistka szkolna ze względu na wysoki poziom dot. stwierdzonych nadwag, otyłości i niedowag poza ustną edukacją, informację o wynikach przeprowadzonych testów przesiewowych przekazywała każdorazowo rodzicom – pisemnie. Faktu przekazania nie odnotowuje w żadnym rejestrze. W sytuacji, gdy wynik przeprowadzonych testów jest dodatni lub budzi zastrzeżenie - pielęgniarka/ higienistka informuje ustnie rodziców danego dziecka o konieczności podjęcia działań profilaktycznych czy możliwości skorzystania z pomocy specjalistycznej. W gestii rodzica jest podjęcie dalszego postępowania zdrowotnego.*

(akta kontroli str. 609)

W okresie objętym kontrolą GZLO nie realizował i nie uczestniczył w programach profilaktycznych związanych z problemami zaburzeń odżywiania. Na stronie internetowej GZLO nie zamieszczono żadnych informacji związanych profilaktyką na rzecz przeciwdziałania zaburzeniom odżywiania. Dyrektor wyjaśnił: *jednostki oświatowe i jednostki samorządowe oraz organizacje i stowarzyszenia pozarządowe z terenu gminy Kietrz nie prowadziły żadnych, szerzej zakrojonych działań na rzecz przeciwdziałania zaburzeniom odżywiania, w których GZLO mógłby wziąć udział jako partner. Nie spotkaliśmy się także z oczekiwaniami udziału w takich projektach. Ze swojej strony GZLO nie podejmowało takich, szerzej zakrojonych działań.*

(akta kontroli str. 101-102, 605)

9. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym GZLO, do zadań Dyrektora należało m.in.: dbanie o właściwy poziom GZLO i jego wizerunek, w tym stan higieniczno-sanitarny oraz jakość i rzetelność świadczonych usług medycznych; zabezpieczenie właściwego obiegu dokumentów, ich kontroli, gromadzenia i przechowywania; dokonywanie okresowej kontroli i oceny pracy kierowników komórek organizacyjnych; czuwanie nad prawidłową realizacją umów

³⁴ Na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. poz. 1078), profilaktyczna opieka zdrowotna oraz opieka stomatologiczna nad uczniami w zakresie, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2, jest sprawowana w przypadku braku sprzeciwu rodziców albo pełnoletnich uczniów.

o udzielanie świadczeń zdrowotnych; współpraca z organem założycielskim, organami administracji państwowej i samorządowej, Radą Społeczną GZLO, Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia i innymi instytucjami, jak i jednostkami współuczestniczącymi w realizacji zadań GZLO.

(akta kontroli str. 29-80)

W latach 2022-2025, w GZLO nie przeprowadzano kontroli zewnętrznych i wewnętrznych dotyczących profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania. W jednostce tej nie opracowano dokumentów potwierdzających koordynowanie i monitorowanie zadań związanych z profilaktyką leczenia zaburzeń odżywiania, w tym dotyczących zapobiegania i eliminowania sytuacji, które mogły dyskryminować lub naruszać dobra osobiste pacjentów z nieprawidłową masą ciała. Poza Standardami Ochrony Małoletnich³⁵ w GZLO nie wprowadzono innych procedur/wytycznych w zakresie informowania stosownych organów (pomoc społeczna, prokurator) o podejrzeniu niewłaściwej opieki ze strony rodziców w związku z zaburzeniami odżywiania, mogącymi zagrażać zdrowiu czy życiu dziecka.

Dyrektor wyjaśnił: (...) *Do tej pory nie docierały do nas żadne informacje na temat istnienia aktów dyskryminacji pacjentów z nieprawidłową masą ciała. W przypadku zasygnalizowania takiego problemu, podjęta zostałaby próba rozwiązania problemu. Wszystkie nasze placówki (miejsca udzielania świadczeń) spełniają obowiązujące normy, jeśli chodzi o dostępność, przestrzeganie przepisów sanitarnych, ochronę danych osobowych oraz standardów etycznych. Zwracam również uwagę, że jeśli chodzi o placówki oświatowe to sprawy dyskryminacji i naruszania praw uczniów, są w zakresie działań kadry pedagogicznej. W GZLO nie istnieją procedury informowania stosownych organów: pomocy społecznej, prokuratury itp. w związku z zaburzeniami odżywiania, mogącymi zagrażać zdrowiu i życiu dzieci. Nie wiemy na jakiej podstawie prawnej należałoby takie procedury stworzyć i jakie przyjąć kryteria: obiektywne – od jakiego percentyla lub BMI, czy subiektywne. Fakt potencjalnych, stwierdzonych zaburzeń odżywiania powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta. W każdym takim przypadku postępowanie jest indywidualne, zależy od lekarza identyfikującego problem oraz rodzica/opiekuna prawnego. Nie są tworzone żadne specjalne dokumenty i prowadzone statystyki.*

(akta kontroli str. 606)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy o statystyce w związku z art. 7 ust. 1 tej ustawy GZLO zobowiązane było do udzielenia i przekazania prowadzącemu badanie pełnych, zgodnych ze stanem faktycznym, rzetelnych i wyczerpujących

³⁵ Opracowane na podstawie ustawy z dnia 23 lipca 2023 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r., poz. 1606) i wprowadzone do stosowania 14 sierpnia 2024 r. Standardy te dotyczyły m.in. sposobu postępowania w przypadkach zaobserwowania przemocy lub wykorzystywania małoletniego, zaniedbania potrzeb psychofizycznych małoletniego, ubóstwa lub podejrzenia, że zdrowie i życie małoletniego są zagrożone oraz podejrzenia popełnienia przestępstwa.

danych, zgodnie ze szczegółowym zakresem (m.in. określonych w formularzu sprawozdania MZ-11, MZ-06).

W trakcie kontroli NIK stwierdzono, że sprawozdania MZ-11 zawierały nierzetelne dane w zakresie liczby pacjentów ujętych na listach aktywnych lekarzy POZ oraz liczby zdiagnozowanych schorzeń: niedożywienie, otyłość, zaburzenie odżywiania (kody ICD-10: E40-E46, E65-E68, F50) rozpoznanych u osób objętych opieką czynną, i tak:

- a) w sprawozdaniach za lata 2022-2023 zawyżono liczbę osób zadeklarowanych (w stosunku do liczby złożonych deklaracji) odpowiednio o 190 i 215³⁶;
- b) w sprawozdaniach MZ-11 w zakresie liczby pacjentów (dzieci i młodzieży), u których rozpoznano:
 - niedożywienie (E40-E46) - w 2022 r. zawyżono tą liczbę o 58 – według danych z NFZ nie było takich pacjentów;
 - otyłość (E65-E68) – w latach 2022-2024 zawyżono liczbę pacjentów w latach 2022-2023 odpowiednio o 331, 193 (sprawozdano odpowiednio 342 i 206) oraz zaniżono liczbę takich pacjentów w 2024 r. o 12 (sprawozdano 6);
 - zaburzenia odżywiania (F50) – w 2022 r. zaniżono liczbę pacjentów o jeden, a w 2023 r. zawyżono o 15 (wpisano odpowiednio zero i 16);
- c) w sprawozdaniach w zakresie liczby dorosłych pacjentów (w wieku 19 lat i więcej), u których rozpoznano:
 - niedożywienie (E40-E46) - w 2022 r. zaniżono liczbę o jeden (wpisano zero);
 - otyłość (E65-E68) – w latach 2022-2024 zaniżono liczbę pacjentów odpowiednio o 106, 122 i 101 (wpisano odpowiednio 84, 200 i 263);

(akta kontroli str. 336, 356, 620)

Dyrektor wyjaśnił: *Dane przekazane do sprawozdania MZ-11 zostały zliczone przez automat programu mMedica. Niestety dane zliczone przez system zostały błędnie policzone (zliczone przez nas ręcznie dane rozliczeniowe odpowiadały ilości uzyskanych z NFZ). Ww. nieprawidłowość została zgłoszona do dostawcy oprogramowania celem wyjaśnienia i usunięcia błędu.*

(akta kontroli str. 592-593, 626, 691)

Zgodnie z art. 8 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 ustawy z dnia 11 maja 2001 r. Prawo o miarach³⁷ w związku z § 5 pkt 10 rozporządzenia z dnia 13 kwietnia 2017 r. Ministra Rozwoju i Finansów w sprawie rodzajów przyrządów pomiarowych podlegających prawnej kontroli metrologicznej oraz zakresu tej kontroli³⁸, przyrządy pomiarowe, które mogą być stosowane:

1) w ochronie zdrowia, życia i środowiska, [...] i są określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 6³⁹, podlegają prawnej kontroli metrologicznej. [...] Prawna kontrola metrologiczna przyrządów pomiarowych jest wykonywana przez: 1) zatwierdzenie typu przyrządu pomiarowego na podstawie badania typu

³⁶ W sprawozdaniu z 2022 r. wpisano 7 452 – powinno być 7 262, w sprawozdaniu za 2023 r. wpisano 7 516 – powinno być 7302.

³⁷ Dz.U. z 2022 r. poz. 2063.

³⁸ Dz.U. z 2017 r. poz. 885.

³⁹ Minister właściwy do spraw gospodarki określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje przyrządów pomiarowych podlegających prawnej kontroli metrologicznej oraz zakres tej kontroli w stosunku do danego rodzaju przyrządów, mając na względzie niezbędność, z punktu widzenia obszarów zastosowań, objęcia określonych przyrządów pomiarowych prawną kontrolą metrologiczną, zakres

- przed wprowadzeniem typu przyrządu pomiarowego do obrotu lub 2) legalizację pierwotną albo legalizację jednostkową - przed wprowadzeniem danego egzemplarza przyrządu pomiarowego do obrotu lub użytkowania, a także 3) legalizację ponowną - w stosunku do przyrządów pomiarowych wprowadzonych do obrotu lub użytkowania. [...]

W świetle § 5 pkt 9 i 10 ww. rozporządzenia, prawnej kontroli metrologicznej w zakresie legalizacji ponownej podlegają następujące rodzaje przyrządów pomiarowych wprowadzonych do obrotu lub użytkowania po dokonaniu oceny zgodności w rozumieniu art. 2 pkt 12 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 765/2008 z dnia 9 lipca 2008 r. ustanawiającego wymagania w zakresie akredytacji i nadzoru rynku odnoszące się do warunków wprowadzania produktów do obrotu i uchylającego rozporządzenie (EWG) nr 339/93 (Dz.Urz. UE L 218 z 13.08.2008, str. 30): [...] wagi automatyczne i nieautomatyczne.

Termin do legalizacji wag określa rozporządzenie w sprawie prawnej kontroli metrologicznej przyrządów pomiarowych. Rodzaje dowodów legalizacji pierwotnej, legalizacji jednostkowej i legalizacji ponownej oraz okresy ważności tych legalizacji określa tabela nr 1. ust. 1 Załącznika nr 5 tego aktu. Dla wag automatycznych i nieautomatycznych okres ważności legalizacji ponownej jest określony w wierszu 19 i 20 tabeli i wynosi 25 miesięcy.

Na podstawie przedłożonych dokumentów oraz w wyniku przeprowadzonych 26 marca 2025 r. oględzin stwierdzono, że do dnia kontroli NIK, nie dokonano legalizacji ponownej elektronicznej wagi lekarskiej o budowie szalkowej przeznaczonej do ważenia niemowląt w pozycji leżącej (WPT 10/20D, rok produkcji 2019 r.) oraz elektronicznych wag lekarskich o budowie kolumnowej (WPT 60/150 OW oraz WPT 100/200 OW – rok produkcji 2017 r.).

Dyrektor wyjaśnił: *Zakupione w latach 2017-2019 wagi do tutejszego zakładu zostały przez nieuwagę pominięte w corocznych przeglądach dot. urządzeń diagnostycznych. Obecnie został wyznaczony pracownik odpowiedzialny za przestrzeganie terminów przeprowadzania obowiązkowych ponownych legalizacji. Zgodnie z dokonanymi ustaleniami z firmą Procelwag Gliwice w dniu 16 kwietnia 2024 r. zostanie przeprowadzona legalizacja wag.*

(akta kontroli str. 605)

W trakcie kontroli NIK usunięto ww. nieprawidłowość i w dniu 23 kwietnia 2025 r. dokonano legalizacji wszystkich wag.

(akta kontroli str. 555-563)

2. W GZLO nie zapewniono wagi dla osób ze szczególnymi potrzebami, co według NIK świadczy o braku rzetelności działań na rzecz zapewnienia możliwości dokonania takich pomiarów w ramach udzielanych świadczeń.

Dyrektor wyjaśnił: *Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2019 poz. 736 ze zm.) – gabinet lekarza POZ powinien być wyposażony m.in. w wagę medyczną dla niemowląt oraz wagę medyczną ze wzrostomierzem, w związku z czym*

ilościowy tych zastosowań, dziedziny pomiarowe, w których są one stosowane, oraz zobowiązania wynikające z wiążących Rzeczpospolitą Polską umów międzynarodowych.

w/w sprzęt GZLO posiada w swoich zasobach. Nie ma obowiązku posiadania wagi dostosowanej dla osób niepełnosprawnych. Obecnie obowiązujące przepisy nie doprecyzowują dostosowania tego typu urządzeń do potrzeb osób z szczególnymi potrzebami.

NIK nie podziela stanowiska przedstawionego w powyższych wyjaśnieniach. Wprawdzie przepisy prawa nie precyzują, czy waga powinna być dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością, jednak ustalenie wagi pacjenta stanowi element świadczenia zdrowotnego, od którego może być uzależniona dalsza diagnostyka i leczenie. Stosownie do art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁰, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Zgodnie z art. 20 ust. 1 ww. ustawy, pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym, podmiot leczniczy w ramach POZ powinien zapewnić pacjentowi z niepełnosprawnością możliwość dokonania pomiaru wagi ciała – jeśli jest to możliwe, udzielając pomocy w skorzystaniu z klasycznej wagi, a gdy stan zdrowia pacjenta tego nie umożliwia, zapewnić wagę przystosowaną do jego potrzeb. Ponadto, GZLO, jako podmiot publiczny, o którym mowa w art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami⁴¹ zobowiązany jest do uwzględniania ich potrzeb w planowanej i prowadzonej przez ten podmiot działalności oraz usuwania barier, a także zapobiegania ich powstawaniu.

3. Zgodnie z Częścią I pkt 2, ppkt 1, 2 i 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, do zadań pielęgniarstwa szkolnego należało m.in.: wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów, a także udzielanie porad uczniom z problemami zdrowotnymi. Pielęgniarka szkolna mogła również wnioskować o objęcie ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną (§ 5 pkt 5 rozporządzenia w sprawie pomocy psychologiczno-pedagogicznej).

Na podstawie kart medycznych 124 uczniów, u których pomiar masy ciała i wzrostu wskazywał na nieprawidłowości związane z zaburzeniem odżywiania stwierdzono, że:

- w połowie przypadków (62) dokumentacja medyczna uczniów nie zawierała adnotacji o ewentualnych, podjętych przez pielęgniarkę/higienistkę działaniach poprzemiesiowych polegających m.in. na udzieleniu porad w zakresie prozdrowotnego stylu życia oraz przekazaniu uczniom pisemnej informacji dla rodziców o stwierdzonej nadwadze, otyłości lub niedowadze;
- w żadnym przypadku dokumentacja medyczna nie zawierała adnotacji w zakresie wnioskowania o objęcie ucznia pomocą psychologiczno-

⁴⁰ Dz. U. z 2024 r., poz. 581.

⁴¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1411, ze zm.

pedagogiczną oraz adnotacji potwierdzających dokonanie pomiarów wzrostu i masy ciała w kolejnym roku.

(akta kontroli str. 486-532)

Dyrektor wyjaśnił: *Pielęgniarka/higienistka szkolna przeprowadza w szkole edukację dotyczącą prozdrowotnego stylu życia polegającą m.in. na rozmowie z uczniami na temat zdrowego odżywiania oraz mobilizuje dzieci do uprawiania różnych sportów. Uczniowie dostają także ulotki zachęcające do prowadzenia prawidłowych zachowań prozdrowotnych oraz wdrażania odpowiednich działań profilaktycznych, ponieważ prawidłowe zasady stylu życia powinny być wpajane dziecku od najmłodszych lat. W/w informacje przekazywane są w formie ustnej podczas zajęć na forum klasy, w formie prezentacji oraz podczas rozmowy indywidualnej z uczniem. W zależności od wynikających potrzeb. Pielęgniarka/higienistka szkolna udzielała tylko informacji ustnie - nie robiąc adnotacji o w/w działaniach w indywidualnej dokumentacji medycznej ucznia. Pielęgniarka/higienistka szkolna przekazywała rodzicom/opiekunom prawnym informację ustnie o problemach związanych z zaburzeniami masy ciała (stwierdzonej nadwadze, otyłości lub niedowadze). W przypadku nieprawidłowości informowała ustnie rodziców/opiekunów prawnych o potrzebie objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną. Po rozmowie oraz przekazaniu wszystkich danych nie odnotowywała w/w działań w dokumentacji ucznia. W związku z powyższym – w celu prawidłowej organizacji i realizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/ higienistkę szkolną została opracowana w dniu 25 kwietnia 2025 r. procedura zobowiązująca personel medyczny do dokumentowania (adnotacja w dokumentacji medycznej ucznia) podejmowanych kroków i działań. Pozwoli ona również usprawnić współpracę pielęgniarki/higienistki szkolnej z rodzicami i dyrekcją szkół - podnosząc tym samym jakość czynnej opieki sprawowanej nad uczniami oraz pełne monitorowanie ich stanu zdrowia.*

(akta kontroli str. 599)

4. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej. W świetle § 4 ust. 1 tego rozporządzenia, wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Z treści § 36 ust. 1 pkt 1, § 37 ust. 1 i § 38 ust. 1, ust. 3 pkt 2 oraz ust. 4 pkt 1-4 i pkt 6-8 rozporządzenia wynika m.in., że: podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby, zakładaną przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi; historia zdrowia i choroby zawiera także informacje dotyczące: ogólnego stanu zdrowia, chorób, w tym chorób przewlekłych, problemów zdrowotnych lub urazów, porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, świadczeń pielęgniarki lub położnej realizowanych w warunkach domowych, w tym wizyt patronażowych, pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Historia zdrowia i choroby zawiera m.in.: datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej, dane z wywiadu i badania przedmiotowego, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach,

wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, opis innych udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W części III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, określono wytyczne do przeprowadzania profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia), który obejmuje m.in. pomiary: wzrostu i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała BMI oraz poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Na podstawie dokumentacji medycznej 65 pacjentów⁴², u których wykonano bilans zdrowia w latach 2022-2025 stwierdzono, że:

- w 10 przypadkach dokumentacja nie zawierała danych dotyczących pomiarów wzrostu i masy ciała pacjenta oraz wskaźnika BMI;
- w 11 przypadkach dokumentacja nie zawierała informacji o diagnozie, tj. o nadwadze pacjenta (9) oraz o niedowadze pacjenta (2) wynikających z dokonanych pomiarów wzrostu i masy ciała;
- w żadnym z 65 objętych badaniem przypadków, dokumentacja nie zawierała informacji, czy przeprowadzone badanie odnotowano w książeczce zdrowia pacjenta;
- w siedmiu przypadkach nie odnotowano faktu przeprowadzenia badań bilansowych, ujętych w kartach badań profilaktycznych;
- w jednym przypadku, w dokumentacji nieprawidłowo wpisano dane dotyczące wzrostu pacjenta (wpisano i przyjęto wzrost 153 cm zamiast 133 cm), w wyniku czego błędnie obliczono BMI (12,8), a wg ww. danych BMI powinno wynosić 17;
- w 14 przypadkach, pomimo stwierdzonej nieprawidłowej wagi ciała, dokumentacja nie zawierała żadnych zaleceń/porad w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Powyższe świadczy o nierzetelnym prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjentów GZLO.

(akta kontroli str. 397-432)

Dyrektor wyjaśnił: *Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrzu zmaga się z olbrzymim problemem jakim jest brak dostępności wykwalifikowanej kadry medycznej, w szczególności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Zatrudnieni lekarze są znacznie obciążeni pracą, przyjmując dziennie bardzo dużą liczbę pacjentów ze złożonymi problemami medycznymi. Mimo rzetelnego podejścia do pacjenta i prowadzonej dokumentacji medycznej – wspomniane przeciążenia mogą prowadzić przez nieuwagę do drobnych błędów, chociażby takich jak brak wpisu dot. pomiarów. Zdarzają się sytuacje, że rodzic zgłaszający się z chorym dzieckiem do lekarza prosi na wizycie „przy okazji” o uzupełnienie karty bilansowej w formie papierowej. Lekarz skupiając się na problemie zdrowotnym pacjenta – zapomina o wpisie dot. bilansu, który jednocześnie na prośbę rodzica został przeprowadzony. Każdorazowo lekarz po zakończonym badaniu bilansowym dokonuje wpisu w książeczce zdrowia dziecka, jednakże nie odnotowuje w dokumentacji medycznej informacji, że takiego wpisu dokonał. (...) dane zawarte w książeczce zdrowia dziecka są powieleniem (odzwierciedleniem) wpisu, którego lekarz dokonuje w systemie mMedica i te dane są na bieżąco uzupełniane. Nawiązując natomiast do zaleceń czy*

⁴² Prowadzonej w systemie mMedica

porad dotyczących prowadzenia zdrowego stylu życia – w szczególności u pacjentów z nieprawidłową wagą – z informacji uzyskanej od lekarzy poz wynika, że prowadzą oni pogadanki, rozmowy czy przekazują ulotki dot. zagadnień z zakresu prawidłowych zachowań zdrowotnych (dieta, eliminacja nałogów czy aktywność fizyczna) jednakże wielokrotnie w formie ustnej – nie odnotowując tego faktu w dokumentacji medycznej (m.in. z braku czasu) – skupiając się w ten sposób bezpośrednio na samym pacjencie i jego problemie.

(akta kontroli str. 598-599)

5. W świetle § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, świadczeniodawca POZ ma obowiązek przekazywania do NFZ m.in. pomiarów masy ciała i wzrostu u każdego pacjenta, co najmniej raz w danym roku kalendarzowym. Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych. Ponadto w świetle § 10 pkt 4 tego rozporządzenia indywidualna dokumentacja medyczna zawiera m.in. informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji.

Na podstawie zbadanej dokumentacji medycznej stwierdzono, że w 63 z 85 (74,1%) przypadków, dokumentacja medyczna prowadzona z wykorzystaniem systemu mMedica nie zawierała adnotacji dotyczących pomiarów masy ciała i wzrostu pacjenta, który zgłosił się na wizytę do lekarza POZ co najmniej raz w roku kalendarzowym. Powyższe uniemożliwiało prawidłową realizację ww. obowiązku wynikającego z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 433-442, 453-485)

Dyrektor wyjaśnił: Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestracji tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych – lekarz poz jest zobowiązany przynajmniej raz w roku uzyskać od pacjenta podczas wizyty informacji o danych antropometrycznych, tj. waga i wzrost. W dniu 28 lutego 2025 r. wystosowałem pismo do lekarzy poz zatrudnionych w naszej placówce – przypominające oraz zobowiązujące ich - do bezwzględnego przestrzegania ww. obowiązku. Efekty przekazanego lekarzom pisma już są widoczne – analiza dokumentacji od 01.03.2025 r. – pokazuje, że w/w dane są już systematycznie i na bieżąco wprowadzane.

(akta kontroli str. 599)

6. Zgodnie z treścią art. 3 pkt 3, 4, 5, 6 ustawy o POZ, podstawowa opieka zdrowotna ma na celu: ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych; rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego; zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa; zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej. W ramach

profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami pielęgniarka lub higienistka szkolna powinna współpracować z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzem POZ. Współpraca ta polega na podejmowaniu wspólnych działań, w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób oraz podejmowaniu wspólnych działań w zakresie profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych (art. 14 ust. 2 w zw. z art. 15 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami). Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia pacjentów lekarze POZ są zobowiązani m.in.: do prowadzenia edukacji zdrowotnej; działania na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej; uczestniczenia w realizacji programów zdrowotnych, profilaktycznych.

W trakcie kontroli NIK stwierdzono, że GZLO nie współpracował z jednostkami samorządu terytorialnego na rzecz przeciwdziałania zaburzeniom odżywiania, w tym nie propagował zdrowego odżywiania w środowisku lokalnym, a także nie opracowywał żadnych programów w tym zakresie.

Dyrektor wyjaśnił: GZLO, jak większość placówek podstawowej opieki zdrowotnej na naszym terenie, boryka się z trudną, a okresowo wręcz katastrofalną sytuacją kadrową. Dotyczy to niedoboru kadr medycznych. Z trudnością realizowane są bieżące zadania w zakresie przyjmowania chorych, prowadzenia szczepień profilaktycznych, bilansów zdrowia, prowadzenia pielęgniarskiej opieki środowiskowej i podstawowego zakresu zadań higieny szkolnej. Jest to problem, który jest powszechnie obserwowany, szczególnie w ośrodkach prowincjonalnych, takich jak gminy powiatu głubczyckiego. Starzenie się kadr medycznych, brak zastępowalności kadr młodszym pokoleniem, niski prestiż, którym obdarzeni są pracownicy POZ, w odróżnieniu od faworyzowanej w Polsce opieki wysokospecjalistycznej, nie zachęca absolwentów studiów medycznych do podejmowania pracy w podstawowej opiece zdrowotnej. Sytuację ratują lekarze pracujący doraźnie, w systemie godzinowo-kontraktowym, nie identyfikujący się ze środowiskiem lokalnym, często przybywający z zagranicy. Nie wiążą oni swojej przyszłości z pracą w ramach POZ. Model organizacyjny pracy lekarza POZ/rodzinnego, który byłby zgodny z treścią art. 3 pkt 3, 4, 5, 6 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, w znacznej mierze pozostaje w chwili obecnej, w sferze życzeniowej ustawodawcy.

(akta kontroli str. 605)

NIK nie podziela stanowiska przedstawionego w wyjaśnieniach. Brak podejmowania działań profilaktycznych na rzecz przeciwdziałania zaburzeniom odżywiania stanowił naruszenie ww. przepisów. Również art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje, że świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie. W ocenie NIK braki

kadrowe i brak zaangażowania w sprawy lokalnej społeczności lekarzy POZ nie uzasadniają zaniechania podejmowania wymaganych przepisami działań.

7. W świetle art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴³, celem kontroli zarządczej jest zapewnienie m.in. zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania oraz wiarygodności sprawozdań.

W okresie objętym kontrolą Dyrektor nie zapewnił rzetelnego nadzoru nad realizacją zadań związanych z profilaktyką i leczeniem zaburzeń odżywiania, czego skutkiem były opisane wyżej nieprawidłowości. Zgodnie ze standardem C.11 kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁴⁴, w jednostce sektora finansów publicznych należy prowadzić nadzór nad wykonywaniem zadań w celu ich m.in. efektywnej i skutecznej realizacji.

Dyrektor wyjaśnił: *Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze sprawuje nadzór i kontrolę w zakresie realizowanych zadań dotyczących profilaktyki i zaburzeń odżywiania oraz identyfikuje ryzyko i problemy z tym związane, jednakże jakość nadzoru uzależniona jest od trudnej sytuacji niedoboru kadr medycznych, a także dużej liczby przyjmowanych dziennie pacjentów. Skutkiem czego jest fakt, że nie wszystkie informacje dotyczące profilaktyki (edukacja, zalecenia prozdrowotne itp.) są odnotowywane w dokumentacji medycznej, ponieważ lekarz przekazuje je pacjentowi w formie ustnej. Otyłość czy zaburzenia odżywiania to jedynie jeden z wielu czynników ryzyka występujących u pacjentów. Należy nadmienić, że lekarze pierwszego kontaktu realizują aktywnie program profilaktyczny chorób układu krążenia – program, który pozwala wykryć wiele chorób, ale i określić ryzyka, które te problemy wywołują. Do czynników ryzyka należą m.in.: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe: stężenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cukrzyca, mała aktywność fizyczna czy otyłość. To właśnie te i wiele innych czynników lekarze identyfikują podczas przyjmowania pacjenta oraz realizując w/w program. Program ten jest monitorowany na podstawie systemu SIMP (System informatyczny monitorowania profilaktyki), dane z programu wprowadzane są również do dokumentacji medycznej pacjenta. Lekarz na podstawie uzyskanych informacji podejmuje dalsze leczenie, jak również udziela wraz z pielęgniarką POZ porad w zakresie edukacji prozdrowotnej.*

(akta kontroli str. 615-619)

⁴³ Dz. U. z 2024 r., poz. 1530.

⁴⁴ Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych. Dz. Urz. MF. Nr 15, poz. 84.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi	Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.
Wnioski	Najwyższa Izba Kontroli wnosi o: 1. Wzmocnienie nadzoru nad prawidłowością wykazywanych danych statystycznych w sprawozdaniach MZ-11 oraz MZ-06. 2. Podjęcie skutecznych działań mających na celu zapewnienie wagi dla osób z niepełnosprawnością ruchową. 3. Podejmowanie działań poprzemieszanych wobec uczniów z dodatnim wynikiem testu w zakresie masy ciała. 4. Zapewnienie odzwierciedlania w dokumentacji medycznej pacjentów udzielonych świadczeń, wykonanych badań, pomiarów i ich wyników oraz diagnoz. 5. Wzmocnienie nadzoru nad realizacją obowiązku wykonywania pomiarów masy ciała i wzrostu każdego pacjenta, który zgłosił się na wizytę do lekarza POZ, co najmniej raz w roku kalendarzowym oraz przekazywaniem do NFZ wymaganych w tym zakresie danych. 6. Podejmowanie działań profilaktycznych na rzecz przeciwdziałania zaburzeniom odżywiania.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono i opatrzone podpisem własnoręcznym w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń	Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje <i>prawo zgłoszenia</i> na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Opolu. 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.
Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków	Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Opole, 18 czerwca 2025 r.

Kontroler

Jarosław Pałęga
główny specjalista kontroli
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Opolu

p.o. Dyrektor

Arkadiusz Kuglarz

/podpisano elektronicznie/