



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.7.1.2025

Pani
Beata Cyganiuk
Dyrektor Opolskiego Oddziału
Wojewódzkiego Narodowego
Funduszu Zdrowia w Opolu
ul. Ozimska 72A
45-310 Opole

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	Narodowy Fundusz Zdrowia – Opolski Oddział Wojewódzki w Opolu ¹ , ul. Ozimska 72A; 45-310 Opole
Kierownik jednostki kontrolowanej	Beata Cyganiuk, Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu ² , od 25 lutego 2023 r. ³ (od 3 października 2022 r. do 24 lutego 2023 r.) W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Robert Bryk, Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu, od 12 grudnia 2016 r. do 2 października 2022 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Finansowanie przez wojewódzki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia ⁴ 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 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁵
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Celina Augustyn, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/41/2025 z 6 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: OOW NFZ lub Oddział.

² Dalej: Dyrektor Oddziału.

³ Od 3 października 2022 r. do 24 lutego 2023 r. pełniący obowiązki Dyrektora Oddziału.

⁴ Dalej: NFZ lub Fundusz.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna⁶ kontrolowanej działalności

Dyrektor Oddziału podejmowała działania na rzecz zapewnienia dostępu do badań i porad w ramach profilaktyki wieku rozwojowego, poprzez zaplanowanie i zawarcie w latach 2022-2024 ze 189 świadczeniodawcami⁷ w trybie wynikającym z art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸, umów dotyczących udzielania świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Monitorowanie wykonania tych umów polegało na sporządzaniu kwartalnych i półrocznych sprawozdań przekazywanych do Centrali NFZ. Pomimo przekazywania przez świadczeniodawców danych o liczbie zrealizowanych w danym okresie rozliczeniowym przez lekarzy POZ, pielęgniarki POZ i położne POZ świadczeń profilaktycznych rozliczanych metodą kapitacyjną („za gotowość”), w Oddziale nie przeprowadzano analizy przyczyn niskiej liczby wykonanych przez świadczeniodawców bilansów zdrowia i testów przesiewowych, tj. świadczeń z zakresu profilaktyki zdrowotnej w wieku rozwojowym dzieci i młodzieży, gdyż obowiązek sprawozdawczy nie był powiązany z analizą przyczyn niskiej liczby wykonanych przez świadczeniodawców bilansów zdrowia i testów przesiewowych.

Cykliczne raportowanie przez świadczeniodawców szczegółowych informacji o realizacji umów w rodzaju *podstawowa opieka zdrowotna* służyło celom statystycznym oraz sprawozdawczości⁹. W dedykowanej aplikacji CLO-Agent¹⁰ były gromadzone dane liczbowe o udzielonych świadczeniach w rodzaju *podstawowa opieka zdrowotna*. Weryfikacja danych do rozliczeń świadczeń z zakresu profilaktyki zdrowotnej odbywała się z wykorzystaniem Centralnych Reguł Weryfikacji i Centralnych Warunków Walidacji, co zapewniało jednolite i rzetelne sprawdzenie wszystkich kryteriów mających wpływ na przedstawiane przez świadczeniodawców rozliczenia.

Proces weryfikacji i walidacji¹¹ świadczeń finansowanych ze środków publicznych był przydatny, ale tylko w odniesieniu do świadczeń zrealizowanych i sprawozdanych. Wynikający z § 10 pkt 1 lit. b zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej¹², obowiązek gromadzenia i przekazywania informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁷ W ramach umów ze świadczeniodawcami zawarto 174 umowy na świadczenia udzielane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: lekarz POZ), 157 umów na świadczenia udzielane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: pielęgniarka POZ) oraz 65 umów na świadczenia udzielane przez położną podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: położna POZ).

⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach.

⁹ Sprawozdania kwartalne, półroczne i roczne, a także sprawozdania roczne z działalności oddziału wojewódzkiego NFZ.

¹⁰ Na serwerze centralnym NFZ zainstalowana została aplikacja KAMSOF S.A., a w jej ramach CLO Agent, gdzie zarejestrowane są dane pochodzące od świadczeniodawców.

¹¹ Opracowanie centralnych zasad walidacji i weryfikacji informacji przekazywanych przez świadczeniodawców było zadaniem Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ, co wynikało z § 43 ust. 2 pkt Regulaminu Organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (ostatnia aktualizacja ww. zasad pochodziła z 13 maja 2025 r.).

¹² Zarządzenie Prezesa NFZ nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 r. (ze zm.) dalej również: zarządzenie w sprawie POZ z 2021 r., zastąpione zarządzeniem Prezesa NFZ nr 79/2022/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r. (ze zm.) dalej również: zarządzenie w sprawie POZ z 2022 r.

umowy był przez Oddział uznawany za zrealizowany nawet w tych przypadkach, w których nie wykazywano ani jednego wykonanego bilansu zdrowia lub wykazywano niewspółmiernie niską ich liczbę w stosunku do liczby uprawnionych.

Oddział nie wnioskował do świadczeniodawców o wskazanie przyczyn niewykazywania świadczeń profilaktycznych lekarza POZ pomimo znaczącej (wynoszącej ponad 500) liczby dzieci i młodzieży objętych u tych świadczeniodawców opieką lekarza POZ, co było działaniem nierzetelnym.

Za stan nieprawidłowy uznano ponadto wprowadzenie do jednej z tabel sprawozdawczych błędnej liczby bilansów zdrowia wykonanych w 2022 r., w konsekwencji czego sprawozdanie za 2022 r. skierowane do Centrali NFZ (a następnie do Ministerstwa Zdrowia) wskazywało nierzetelny obraz wykonanych bilansów zdrowia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR 1. Finansowanie przez OOW NFZ profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

1.1. Potrzeby i stan profilaktycznej opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej według danych OOW NFZ

Opis stanu faktycznego

1. Wielkość populacji wieku rozwojowego (populacji dzieci i młodzieży na obszarze województwa opolskiego w wieku 0-19 lat) w latach 2022-2024 wynosiła odpowiednio: 172 568, 170 915 i 168 503 osób. Oddział dysponował powyższymi danymi dla zapewnienia dostępności podstawowej opieki zdrowotnej w drodze zawierania umów ze świadczeniodawcami, co było jednym z zadań komórki organizacyjnej¹³ właściwej w sprawach związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej gwarantowanymi na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Informacje o liczbie dzieci, które powinny zostać objęte opieką gwarantowaną ustawowo¹⁴, jednostka kontrolowana pozyskiwała z dwóch źródeł: a/ z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego¹⁵ (podgrupa: ludność, w tym dwie podkategorie: ludność według pojedynczych roczników wieku i płci; ludność według grup wiekowych i płci) oraz b/ z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych¹⁶, zasilanego danymi pochodzącymi z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz z rejestru PESEL (prowadzonego w Ministerstwie Spraw

¹³ Zadania Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej (dalej: Wydział Świadczeń) ujęte zostały w § 9 Regulaminu Organizacyjnego OOW NFZ, wprowadzonego zarządzeniem nr 111/2022 Dyrektora OOW NFZ z dnia 27 kwietnia 2022 r.; dalej: Regulamin Organizacyjny.

¹⁴ Zgodnie z ustawą o świadczeniach, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje osobom podlegającym obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, zgłoszonym do ubezpieczenia członkom rodziny osoby ubezpieczonej oraz nieubezpieczonym dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia z polskim obywatelstwem.

¹⁵ Dane i wskaźniki statystyczne opisują tzw. miejscowości statystyczne, gminy, powiaty, województwa i Polskę.

¹⁶ Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził Centralny Wykaz Ubezpieczonych na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

Wewnętrznych i Administracji), jak również od instytucji miejsca zamieszkania i pobytu w Unii Europejskiej lub na terenie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA). Dostęp upoważnionych pracowników OOW NFZ do danych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych¹⁷ umożliwiał dysponowanie wiedzą o wielkości grupy osób ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej niezbędną do realizacji zadań Wydziału Świadczeń. Nadzór nad ww. komórką organizacyjną pełniła w latach 2022-2024 Dyrektor Oddziału¹⁸ wraz z naczelnikiem Wydziału Świadczeń.

(akta kontroli str. 2-30, 435-443, 508-514)

Dokonywanie przewidzianej w Regulaminie Organizacyjnym *kompleksowej oceny dostępności świadczeń zdrowotnych na obszarze działania Oddziału* było wprowadzone zadaniem Wydziału Świadczeń, jednakże nie obejmowało ono ustalenia populacji dzieci i młodzieży, która powinna, a jednak nie była objęta profilaktyczną opieką zdrowotną.

(akta kontroli str. 8-30, 87, 95-98a)

Liczba faktycznie objętych opieką dzieci i młodzieży (zadeklarowanych do jednostek udzielających świadczeń w rodzaju *podstawowa opieka zdrowotna*) miała zbliżony poziom w latach 2022-2024 z tendencją do spadku liczby dzieci i młodzieży w wieku rozwojowym. I tak, w latach 2022-2024 opieką lekarza POZ objęto odpowiednio następującą liczbę dzieci i młodzieży do 19 roku życia: 168 974 osób (3594 osób poza systemem opieki zdrowotnej¹⁹), 168 442 osób (2473 osób poza systemem) oraz 166 885 osób (3594 osób poza systemem).

(akta kontroli str. 8-30, 87, 95-98a)

W ramach profilaktyki wieku rozwojowego u dzieci i opieki sprawowanej przez położną POZ nad matką noworodka, świadczone były wizyty patronażowe położnej, tj. wizyty mające na celu monitorowanie stanu zdrowia noworodka oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia wykonywane w warunkach domowych. Należność z tytułu przeprowadzenia takich wizyt ustalana była na podstawie raportu statystycznego świadczeniodawców, który podlegał weryfikacji przez Oddział. Odsetek nierozliczonych wizyt patronażowych był niewielki i wynosił zaledwie 0,74% (654 z ogółu 87 753 świadczeń).

(akta kontroli str. 91, 98a, 637-650)

1.2. Finansowanie świadczeń lekarza POZ , pielęgniarki POZ i położnej POZ w profilaktyce wieku rozwojowego u dzieci

1. Brak możliwości wyodrębnienia wielkości środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę dzieci i młodzieży wieku rozwojowego wynikał z przyjętego sposobu finansowania świadczeń udzielanych przez lekarza POZ,

¹⁷ Prowadzenie ewidencji osób ubezpieczonych i uprawnionych z terenu działania Oddziału nie należało do zakresu Wydziału Świadczeń, ale do zadań Działu Postępowań Administracyjnych (w Wydziale Organizacyjnym).

¹⁸ Zgodnie z zakresem działania Oddziału zadanie nadzoru nad tym wydziałem należy do Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych (do dnia powołania na stanowisko p.o. Dyrektora Oddziału wykonywała je Pani Beata Cyganiuk); od tej pory stanowisko to pozostaje nieobsadzone.

¹⁹ Wynik wynikał z różnicy pomiędzy osobami zadeklarowanymi do jednostek POZ a osobami ujętymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.

pielęgniarkę POZ i położną POZ – tj. metody kapitałowej. Finansowanie na podstawie rocznej stawki kapitałowej przeznaczonej na każdego zadeklarowanego pacjenta (korygowanej współczynnikiem dla danej grupy wiekowej) realizowane było zgodnie z zasadami wynikającymi z § 9 ust. 6 zarządzenia w sprawie POZ z 2022 r.²⁰ Odmienne finansowanie z zastosowaniem określonej wartości jednostki rozliczeniowej dotyczyło tylko świadczeń, o których mowa w § 9 ust. 7 pkt 1-3 ww. zarządzenia.

Finansowanie świadczeń lekarza w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna odbywało się dwiema odrębnymi metodami. I tak:

1/ metodą kapitałową²¹ w odniesieniu do następujących świadczeń i według następujących rocznych (i miesięcznych) stawek w latach 2022-2024 finansowano:

a/ porady patronażowe od 1. do 4. tygodnia życia dziecka;

b/ badania lekarskie w 1. roku życia dziecka;

c/ badania bilansowe w okresie od 2. do 19. roku życia (świadczenie kompleksowe obejmujące poradę lekarską udzieloną w związku z badaniem)²².

Ww. świadczenia profilaktyczne odpowiadały katalogowi świadczeń wskazanemu w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²³ i były finansowane zgodnie ze stawką kapitałową roczną (i miesięczną) wynoszącą od 171 zł rocznie (14,25 zł miesięcznie) do 215,28 zł rocznie (17,94 zł miesięcznie); dla podmiotów posiadających wydany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia certyfikat akredytacyjny²⁴ stawka kapitałowa roczna wynosiła odpowiednio od 172,56 zł do 217,44 zł;

d/ wizyty patronażowe pielęgniarki POZ oraz testy przesiewowe wykonywane przez pielęgniarkę POZ – adekwatne do wieku rozwojowego dziecka²⁵, które finansowane były zgodnie ze stawką kapitałową roczną (i miesięczną) wynoszącą od 41,76 zł rocznie (3,48 zł miesięcznie) do 52,68 zł rocznie (4,39 zł miesięcznie); dla podmiotów posiadających certyfikat akredytacyjny – odpowiednio od 42,12 zł rocznie do 53,16 zł rocznie;

e/ sprawowanie opieki profilaktycznej przez położną POZ (poprzez dokonanie rozpoznania problemów zdrowotnych populacji objętej opieką, zaplanowanie realizacji na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie własnych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz promocji zdrowia²⁶), które finansowane było zgodnie ze stawką kapitałową roczną (oraz miesięczną) wynoszącą od 27,60 zł rocznie (2,30 zł miesięcznie) do 34,92 zł rocznie (2,91 zł miesięcznie); z kolei dla

²⁰ Również finansowanie świadczeń pielęgniarki POZ oraz położnej POZ w profilaktyce wieku rozwojowego u dzieci na podstawie rocznej stawki kapitałowej odbywało się zgodnie z tymi zasadami. Analogiczne zasady wynikały z zarządzenia w sprawie POZ z 2021 r.

²¹ Polegająca na określeniu jednostkowej rocznej stawki przeznaczonej na jednego świadczeniobiorcę zadeklarowanego do lekarza, pielęgniarki i położnej danego zakładu opieki zdrowotnej, korygowanej odpowiednim współczynnikiem korygującym.

²² Świadczenia sprawozdawane komunikatem xml typu SWIAD.

²³ Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

²⁴ Dokument potwierdzający, że placówka medyczna spełnia wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej.

²⁵ Świadczenia sprawozdawane komunikatem xml typu SWIAD.

²⁶ Zgodnie z opisem świadczeń z części I załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

podmiotów posiadających certyfikat akredytacyjny stawka kapitacyjna wynosiła odpowiednio od 27,84 zł w 2022 r. do 35,16 zł w 2024 r.

2/ metodą jednostki rozliczeniowej – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”; zgodnie załącznikiem nr 1 do zarządzenia w sprawie POZ z 2021 r. metoda ta dotyczyła nw. dwóch świadczeń:

a/ wizyt patronażowych położnej POZ w opiece nad dzieckiem do ukończenia drugiego miesiąca życia (w liczbie od 4 do 6 wizyt w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych, przy czym pierwsza wizyta patronażowa powinna nastąpić nie później niż 48 h po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko²⁷) – dla których przyjęto ceną jednostkową – 30,31 zł;

b/ wizyty patronażowej położnej POZ w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży z powodu wady letalnej płodu – 39 zł / 40,76 zł.

Wysokość środków finansowych wydatkowanych na zrealizowane świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej według stawek kapitacyjnych, w tym również na profilaktykę wieku rozwojowego – w poszczególnych latach wynosiła:

– na świadczenia lekarza POZ (kod zakresu świadczeń 01.1110.094.01²⁸): 49 142 733 zł, 55 614 488 zł i 57 644 439 zł;

– na świadczenia pielęgniarki POZ: 7 175 032 zł, 7 675 787 zł i 8 014 525 zł;

– na świadczenia położnej POZ (za gotowość do udzielania świadczeń): 1 869 403, 2 036 000 zł i 2 174 767 zł.

Liczba wizyt patronażowych położnych POZ ulegała sukcesywnemu obniżeniu i w latach 2022-2024 wynosiła kolejno: 31 728, 29 785 i 26 240 wizyt, przy średniej cenie produktu (kod 5.01.00.0000089) wynoszącej odpowiednio: 30,94 zł; 33,26 zł i 35,22 zł.

Koszt całkowity wizyt patronażowych położnej, o których mowa w pkt 2 lit. a-b powyżej, wyniósł w latach 2022-2024 odpowiednio 981 646 zł, 990 616 zł i 924 126 zł.

(akta kontroli str. 91-103, 579-584)

1.3. Analiza danych przekazywanych do OOW NFZ przez placówki POZ

1. W ramach 245 zawartych przez OOW NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, ich przedmiot stanowiła realizacja świadczeń gwarantowanych udzielanych przez lekarza POZ oraz/lub przez pielęgniarkę POZ i przez położną POZ. Część z ww. umów obejmowała (łącznie z pozostałymi zakresami świadczeń lub odrębnie) sprawowanie profilaktyki zdrowotnej nad dziećmi przez położną POZ w formie wizyt patronażowych (kod zakresu świadczeń 01.0034.028.11²⁹). W latach 2022-2024 liczba umów, które objęły ww. zakres świadczeń położnej POZ wynosiła odpowiednio: 65, 68 i 75.

(akta kontroli str. 98-98a, 101-103, 579-585, 693-708, 725-728)

²⁷ W takich przypadkach wizyty patronażowe będą przypadały na okres późniejszy niż dwa pierwsze miesiące życia.

²⁸ W ramach jednego zakresu znajdowały się dwa świadczenia jednostkowe różnych kodach, tj. 5.01.00.0000023 ubezpieczeni w wieku od 0 do 6. roku życia oraz 5.01.00.0000042 ubezpieczeni od 7. do 19. roku życia.

²⁹ W ramach tego zakresu świadczenia występowały dwa różne świadczenie jednostkowe 5.01.00.0000089 oraz 5.01.00.0000123 (jeden przypadek w całym okresie kontrolowanym).

Jak wyjaśniła Dyrektor OOW NFZ: *liczba osób [dzieci i młodzieży] pozostających poza opieką położnej jest zawyżona z uwagi na fakt, że położna opiekuje się pacjentami w różnym okresie życia (deklaracje złożone przez kobiety zachowują swoją ważność od daty złożenia do 19 roku życia). Z kolei deklaracje złożone na noworodki płci męskiej są zaliczane [są aktywne] jedynie przez dwa miesiące życia dziecka. Następnie weryfikacja takich deklaracji w kolejnych miesiącach życia jest negatywna – deklaracje zostają odrzucone. Oznacza to, że przepisy zapewniają opiekę położnej POZ dzieciom (niezależnie od płci) do ukończenia 2. miesiąca życia, po tym okresie zaliczane są tylko deklaracje płci żeńskiej (niezależnie od wieku).*

(akta kontroli str. 87-94)

2. Analiza informacji dotyczących świadczeń profilaktycznych na rzecz dzieci i młodzieży była ściśle związana ze sprawozdawczością Oddziału kierowaną do Centrali Funduszu, co potwierdziły wyniki oględzin systemu K2000 i CLO-Agent³⁰. Sprawozdawczość ta obejmowała przekazywanie rocznych sprawozdań z działalności Oddziału za dany rok (po upływie każdego pierwszego półrocza roku następującego po roku objętym sprawozdaniem) oraz sprawozdań okresowych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw³¹. Oddział był zobowiązany do sporządzania sprawozdań do Prezesa NFZ³², które obejmowały dane o liczbie dzieci i młodzieży³³ objętych opieką lekarza POZ (Tabela IV.1.1.2), liczbę udzielonych świadczeń przez lekarza POZ (Tabela IV.1.1.3), liczbę osób objętych opieką pielęgniarki POZ (Tabela IV.1.2.2), liczbę udzielonych świadczeń przez pielęgniarkę POZ (Tabela IV.1.2.3), liczbę osób objętych opieką położnej POZ (Tabela IV.1.3.2) oraz liczbę udzielonych świadczeń przez położną POZ (Tabela IV.1.3.3).

(akta kontroli str. 331-347, 425-433, 543-578)

Oddział otrzymywał od poszczególnych świadczeniodawców (komunikatem sprawozdawczym xml³⁴) dane zbiorcze o liczbie aktywnych deklaracji świadczeniobiorców oraz dane o świadczeniach wynikających z umów o udzielanie świadczeń w zakresie określonym w przepisach 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 publicznych³⁵. Z wykorzystaniem odpowiedniego pliku sprawozdawczego, świadczeniodawcy raportowali (a część z nich powinna była raportować) ile świadczeń wykonano w miesięcznym okresie sprawozdawczym: w przypadku lekarza POZ była to

³⁰ Czynności oględzin systemu KAMSOF SA miały miejsce 13, 14 i 27 maja 2025 r.

³¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 625. Dalej: rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.

³² Następnie przekazywane do Ministra Zdrowia.

³³ Wszystkich osób, ale odrębnie w wieku 0-19 rok życia.

³⁴ Dane te były przekazywane zgodnie z treścią Załącznika nr 2 do zarządzenia nr 128/2021/DI Prezesa NFZ z dnia 7 lipca 2021 r. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych xml (Komunikat szczegółowy NFZ - Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ).

³⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji.

liczba porad patronażowych, bilansów zdrowia, badań przesiewowych, w przypadku pielęgniarki POZ - liczba pacjentów, u których wykonano testy przesiewowe, a w przypadku położnej POZ - liczba wizyt patronażowych u dzieci do 2. miesiąca życia. Szczegółowość gromadzonych przez Oddział danych sprawozdawczych potwierdziły przeprowadzone oględziny systemu informatycznego.

(akta kontroli str. 543-578)

3. W jednym z modułów aplikacji CLO_Agent *świadczenia zbiorcze – deklaracje POZ* w poszczególnych latach OOW NFZ gromadził zaraportowane dane o liczbie aktywnych deklaracji wyboru: lekarza POZ, pielęgniarki POZ, a także położnej POZ - w odniesieniu do dzieci i młodzieży w wieku rozwojowym. Do wyznaczenia liczby dzieci i młodzieży w wieku rozwojowym, Oddział przyjmował dane według stanu na 1 grudnia każdego roku, co wynikało z faktu, że liczba świadczeniobiorców ustalana była przez NFZ według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy, na podstawie bieżących informacji przekazanych przez świadczeniodawców o złożonych deklaracjach wyboru.

I tak, zgodnie z tymi danymi, liczby deklaracji wyboru lekarza POZ wynosiły: a) w 2022 r. – 99 707 dzieci; b) w 2023 r. – 97 639 dzieci; c) w 2024 r. - 95 675 dzieci.

Liczba dzieci w wieku uprawniającym do świadczeń profilaktycznych wykonywanych przez lekarza POZ wynosiła w poszczególnych latach:

- a) porady patronażowe - 2999, 2768 i 2500 dzieci³⁶;
- b) wizyty lekarskie/badania przesiewowe – 6738, 6235 i 2500 dzieci³⁷;
- c) profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia) – 56 017, 54 844 i 53 516 dzieci³⁸.

(akta kontroli str.725-728)

Liczba porad patronażowych lekarzy POZ w okresie rozwojowym dziecka od 1. do 4. tygodnia życia wyniosła: 2782 w 2022 r., 2903 w 2023 r. oraz 2687 w 2024 r., z kolei liczba wizyt lekarskich/testów przesiewowych w pierwszym roku życia dziecka wynosiła: 2894 w 2022 r., 3172 w 2023 r. oraz 2285 w 2024 r. Powyższe oznaczało, że zostało wykonanych: a) w latach 2022-2024 więcej niż jedna porada patronażowa w przeliczeniu na liczbę uprawnionych dzieci; b) dwukrotnie mniej wizyt lekarskich/badań przesiewowych w stosunku do liczby uprawnionych dzieci w latach 2022 i 2023; c) w 2024 r. liczby uprawnionych dzieci i wykonanych świadczeń równoważyły się.

(akta kontroli str. 95-98a, 101-103, 693-708)

³⁶ W wieku od 1. do 4. tygodnia życia.

³⁷ W wieku 2-6 miesiąc życia, 9. miesiąc życia, 12. miesiąc życia.

³⁸ W wieku od 2. do 19. roku życia.

Liczba wykonanych bilansów zdrowia w poszczególnych latach wraz z odsetkiem dzieci, które z nich skorzystały – w relacji do wszystkich osób uprawnionych wyniosła: a) 26 133 w 2022 r. (46,6%); b) 25 776 w 2023 r. (47,0%) oraz c) 26 400 w 2024 r. (49,3%).

(akta kontroli str. 87-98a, 101-103)

W ramach profilaktyki wieku rozwojowego (sprawowanej przez pielęgniarki POZ), małym dzieciom w okresie od 3. do 4. miesiąca życia i adekwatnie do potrzeb w 9. miesiącu życia przysługiwały wizyty patronażowe pielęgniarki. Do wizyt patronażowych pielęgniarki uprawnionych było odpowiednio: 4480, 4214 i 3873 dzieci; z kolei liczba dzieci do 5. roku życia uprawnionych do testów przesiewowych świadczonych przez pielęgniarki wynosiła odpowiednio: 23 502, 22 441 i 21 282 dzieci.

Liczba wykonanych przez pielęgniarki POZ wizyt patronażowych wraz z odsetkiem dotyczącym liczby dzieci w wieku uprawniającym do ww. świadczeń wynosiła: 361 w 2022 r. (8,0%), 436 w 2023 r. (10,3%) i 301 w 2024 r. (7,7%).

Liczba dzieci do 5. roku życia, u których wykonane zostały przez pielęgniarkę POZ testy przesiewowe wyniosła odpowiednio: a) 5131 w 2022 r., b) 4996 w 2023 r. i 3396 w 2024 r., co w stosunku do liczby dzieci w wieku uprawniającym do ww. świadczeń stanowiło: 21,8%, 22,3% oraz 16,0%.

(akta kontroli str. 95-98a, 101-103, 725-728)

Liczba dzieci do 2. miesiąca życia uprawnionych do wizyt patronażowych położnej POZ wynosiła w latach 2022-2024: 7344, 6775 i 5778 dzieci.

Ocenę prawidłowości realizacji wizyt patronażowych położnych przeprowadzono na próbie 26 podmiotów, z którymi Oddział zakontraktował ten zakres świadczeń w latach 2022-2024, co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 101-103, 277-279, 716-720)

4. Zgodnie z § 19 ust. 1-2 zarządzenia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów, świadczenia profilaktyczne polegające na badaniach w ramach bilansu zdrowia dzieci w wieku od 2. do 19. roku życia realizowane były z uwzględnieniem wykonania w trakcie tych badań testów przesiewowych³⁹, stosownych do wieku rozwojowego, w terminach oraz w szczególności określonej w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Badanie kontrolne⁴⁰ wykazało, że łącznie w latach 2022-2024:

- w 2022 r. 30 świadczeniodawców (u których zadeklarowanych było od 11 do 1 068 dzieci⁴¹); 33 świadczeniodawców (u których zadeklarowanych było od

³⁹ Badania pielęgniarskie mające na celu identyfikację grup ryzyka, wczesne wykrycie objawów chorobowych, podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego lub leczniczego, aby zahamować rozwój choroby lub zmniejszyć negatywne jej skutki.

⁴⁰ Na podstawie danych zgromadzonych w aplikacji CLO-Agent.

⁴¹ W tym dzieci uprawnionych do porad patronażowych było od 22 do 104; dzieci uprawnionych do wizyt lekarskich/badań przesiewowych było od 25 do 62; dzieci uprawnionych do badań bilansowych było od 11 do 1068 dzieci.

23 do 956 dzieci⁴²) w 2023 r. i 28 świadczeniodawców (u których zadeklarowanych było od 18 do 1127 dzieci⁴³) w 2024 r. - nie raportowało wykonania porad patronażowych lekarza POZ, wizyt lekarskich/testów przesiewowych i/lub badań bilansu zdrowia⁴⁴; przy czym we wszystkich trzech latach zerowe wartości dotyczyły 20 spośród ww. świadczeniodawców;

- w 2022 r. 131 świadczeniodawców (u których zadeklarowanych było od 14 do 472 dzieci⁴⁵); w 2023 r. 130 świadczeniodawców (u których zadeklarowanych było od 18 do 225 dzieci⁴⁶) i w 2024 r. 129 świadczeniodawców (u których zadeklarowanych było od 14 do 302 dzieci⁴⁷) - nie raportowało wykonania świadczeń profilaktycznych pielęgniarki POZ (wizyt patronażowych i/lub testów przesiewowych); w tym we wszystkich trzech latach zerowe wartości (brak raportowania) dotyczyły 72 spośród ww. świadczeniodawców;

- w 2022 r. 0; w 2023 r. 3 i w 2024 r. 3⁴⁸ świadczeniodawców nie raportowało wykonania świadczeń profilaktycznych położnej POZ (wizyt patronażowych).

W ostatnim przypadku brak raportowania wizyt patronażowych dotyczył pięciu świadczeniodawców w latach 2023-2024, do których łącznie zadeklarowanych było 15 noworodków.

(akta kontroli str. 101-105, 108-115, 281-286, 725-728)

Badanie kontrolne⁴⁹ wykazało, że sześciu⁵⁰ świadczeniodawców we wszystkich trzech latach nie wykazywało zarówno świadczeń profilaktycznych lekarza POZ, jak też świadczeń pielęgniarki POZ. Spośród powyższych świadczeniodawców, w jednym przypadku świadczeniodawcy⁵¹, brak raportowania świadczeń lekarza oraz pielęgniarki POZ nie dotyczył wizyt patronażowych położnej POZ, w pozostałych pięciu, świadczenie położnej POZ nie było zakontraktowane.

(akta kontroli str. 108-115, 281-286, 639-642, 725-728)

Stosunek liczby pacjentów, u których sprawozdano wykonanie danego świadczenia/badania profilaktycznego w relacji do oszacowanej liczby pacjentów, którzy byli uprawnieni ze względu na wiek rozwojowy do danego świadczenia/badania, wskazywał na przekraczający 50% odsetek dzieci i młodzieży nieobjętych następującymi świadczeniami/badaniami

⁴² W tym dzieci uprawnionych do porad patronażowych było od 23 do 104; dzieci uprawnionych do wizyt lekarskich/badań przesiewowych było od 25 do 62; dzieci uprawnionych do badań bilansowych było od 31 do 956 dzieci.

⁴³ W tym dzieci uprawnionych do porad patronażowych było od 12 do 81; dzieci uprawnionych do wizyt lekarskich/badań przesiewowych było od 15 do 82; dzieci uprawnionych do badań bilansowych było od 31 do 1127 dzieci.

⁴⁴ Liczby świadczeniodawców, którzy wykazywali zerowe wielkości dotyczące wykonania bilansów zdrowia to w latach 2022-2024: 23, 28 i 19 świadczeniodawców.

⁴⁵ W tym dzieci uprawnionych do wizyt patronażowych było od 14 do 164; dzieci uprawnionych do testów przesiewowych było od 19 do 472.

⁴⁶ W tym dzieci uprawnionych do wizyt patronażowych było od 24 do 213; dzieci uprawnionych do testów przesiewowych było od 18 do 225.

⁴⁷ W tym dzieci uprawnionych do wizyt patronażowych było od 14 do 115; dzieci uprawnionych do testów przesiewowych było od 22 do 302.

⁴⁸ Jeden z nich (08R/30157) nie sprawozdawał w obu latach.

⁴⁹ Na podstawie danych pobranych z aplikacji CLO-Agent – deklaracje POZ oraz CLO-Agent - raporty CBS.

⁵⁰ 08R/20016; 08R/20163; 08R/20173; 08R/20408; 08R/20661; 08R/30367.

⁵¹ 08R/20408.

profilaktycznymi (wyjątek stanowiły porady patronażowe lekarza POZ oraz wizyty patronażowe położnej POZ), który wynosił w latach 2022-2024:

- a) badania bilansu zdrowia – 53,4% w 2022 r.; 53,0% w 2023 r. i 50,7% w 2024 r.;
- b) testy przesiewowe pielęgniarstwa POZ – 78,2% w 2022 r., 77,7% w 2023 r. i 84,0% w 2024 r.;
- c) wizyty patronażowe pielęgniarstwa POZ – 92% w 2022 r.; 89,7% w 2023 r. i 92,3% w 2024 r.

W kontroli dokonano szacowania średniej liczby (ilości) poszczególnych rodzajów świadczeń/badań wykonanych przez 245 świadczeniodawców w odniesieniu do liczby uprawnionych do tych świadczeń pacjentów u każdego ze świadczeniodawców. Porównanie liczby sprawozdanych świadczeń/badań profilaktycznych w relacji do oszacowanej liczby dzieci w wieku rozwojowym uprawniającym do poszczególnych zakresów świadczeń wykazało następujące przedziały wartości⁵²:

- a) badania bilansu zdrowia – od 2,9 do 1,4,
- b) porady patronażowe lekarza POZ – od 3,0 do 1,9,
- c) testy przesiewowe lekarza POZ – od 1,9 do 0,9,
- d) wizyty patronażowe pielęgniarstwa POZ – od 1,6 do 1,2,
- e) testy przesiewowe pielęgniarstwa POZ – od 1,4 do 0,8,
- f) wizyty patronażowe położnej POZ – od 4,7 do 5,8.

Najwyższe poziomy⁵³ wykonania świadczeń profilaktycznych, w stosunku do liczby dzieci w wieku uprawniającym do poszczególnych zakresów świadczeń profilaktycznych, wyniosły:

- a) badania bilansu zdrowia – od 2,8 do 3,8⁵⁴,
- b) porady patronażowe lekarza POZ – od 2,7 do 3,3,
- c) testy przesiewowe lekarza POZ – od 2,2 do 2,5,
- d) wizyty patronażowe pielęgniarstwa POZ – od 2,1 do 3,0,
- e) testy przesiewowe pielęgniarstwa POZ – od 1,9 do 2,8,
- f) wizyty patronażowe położnej POZ – od 6,1 do 6,8.

Z kolei poziomy najniższe to każdorazowo zero⁵⁵, część takich przypadków została potwierdzona w trakcie oględzin aplikacji CLO-Agent.

(akta kontroli str. 95-98a, 101-103, 274-276, 281-286, 543-578, 725-728)

W odniesieniu do wizyt patronażowych położnej badaniem kontrolnym objęto bazę wykonanych i sprawozdanych świadczeń (z oznaczeniem m.in. świadczeniobiorcy, jego wieku, daty i miejsca udzielenia świadczenia, oznaczeniem położnej POZ). Badanie szczegółowe przeprowadzone na próbie 26 świadczeniodawców wykazujących najwięcej wykonanych wizyt

⁵² Od najwyższych, tj. z największą liczbą badań w stosunku do liczby uprawnionych dzieci i młodzieży.

⁵³ Pięć najwyższych sprawozdanych przez świadczeniodawców poziomów wykonania.

⁵⁴ Istniały znaczne różnice w poziomach wykonania bilansów zdrowia, przykładowo: 08R/20527 (w 2022 r. 595 bilansów na 2055 dzieci; w 2023 r. 603 bilanse na 1973 dzieci oraz w 2024 r. 617 bilansów na 1747 dzieci); w 2022 r. na 330 dzieci 16 bilansów; w 2023 r. 22 bilanse na 307 dzieci; w 2024 r. na 278 dzieci – 24 bilanse).

⁵⁵ Przykładowo: 08R/20408 w latach 2022-2024 nie wykazano wykonania bilansów przy liczbie dzieci: 505, 487 i 451 w wieku bilansowym; 08R/20270 (w 2022 r. 1 bilans na 1267 uprawnionych); 08R/20153 (w 2022 r. 2 bilanse na 210 dzieci; w 2023 r. 1 bilans na 210 dzieci; w 2024 r. 0 bilansów na 209 dzieci); 08R/20133 (w 2022 r. 3 wizyty patronażowe na 53 uprawnionych); 08R/20408 (w 2022 r. ani jednej wizyty patronażowej na 117 dzieci; w 2023 r. - na 110 dzieci; w 2024 r. - na 100 dzieci).

patronażowych położnej POZ w stosunku do liczby ważnych deklaracji⁵⁶, nie wykazało niewykonywania świadczeń lub wykonywania ich w innym zakresie niż wynikający z uregulowań prawnych. Na podstawie badania sprawozdawczości ww. świadczeniodawców nie zidentyfikowano przekroczeń liczby (powyżej sześciu) wizyt patronażowych w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia (ośmiu tygodni życia) oraz nad kobietą w okresie połogu.

(akta kontroli str. 354-359, 543-578, 716-720)

Spośród 76 podmiotów, które raportowały do OOW NFZ wykonanie świadczeń położnej POZ (wizyty patronażowe), nie rozliczono łącznie 654 wizyt patronażowych. Liczba nierozliczonych świadczeń wynosiła od jednostkowych przypadków (nie więcej niż dziewięciu) u 25 świadczeniodawców do 95⁵⁷. Najczęstszą przyczyną zakwestionowania sprawozdanych wizyt patronażowych położnych w latach 2022-2024 był komunikat ze strony systemu: *wiek pacjenta niezgodny z opisem świadczenia* (321 przypadków). System walidacji i weryfikacji stanowił skuteczne narzędzie do sprawdzenia poprawności raportowanych świadczeń⁵⁸.

(akta kontroli str. 73-84, 354-394, 637-650)

Spośród 26 świadczeniodawców, których dokumentacja została wyłoniąca do szczegółowego badania, najwięcej świadczeń dotkniętych błędem/błędami dotyczyło świadczeniodawcy o oznaczeniu 08R/30157, który wykazał 39 świadczeń nierozliczonych, co stanowiło 100% świadczeń zaraportowanych przez ten podmiot leczniczy w latach 2022-2023 (podmiot nie sprawozdawał ani jednej wizyty położnej w 2024 r.). Jak wyjaśnił kierownik Działu ds. Walidacji i Weryfikacji oraz Zgód Indywidualnych, (...) *status w systemie "błąd" oznaczał świadczenia, co do których nie było możliwe ich rozliczenie. Większość nierozliczonych świadczeń oznaczonych błędem dotyczyło nieprawidłowo sprawozdanego typu pacjenta. I tak, w przypadku użycia numeru Pesel opiekuna tak powinno to zostać sprawozdane (typ identyfikatora „Pesel – typ osoby Opiekun”); zamiast tego świadczeniodawcy sprawozdawali typ identyfikatora „Pesel-typ osoby Pacjent”, co automatycznie powodowało przekroczenie dopuszczalnego wieku (0-3 miesiąc życia). Na przykładzie świadczeniodawcy 08R/30157 ustalono, że błąd wiek pacjenta nie jest zgodny z opisem świadczenia dopuszczalnym dla wykazanego rozpoznania głównego ICD10:Z39 polegał na tym, że rozpoznanie główne Z39 Opieka i badanie poporodowe dotyczyło matki dziecka, ale zamiast przyporządkowania świadczenia do matki (które byłoby rozliczone metodą kapitacyjną) zostało sprawozdane dla noworodka (jako wizyta patronażowa rozliczona metodą jednostki rozliczeniowej), co spowodowało zakwestionowanie i w efekcie nierozliczenie wykonanego świadczenia.*

⁵⁶ Wizyta patronażowa w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia stanowiła odrębnie finansowany produkt, którego świadczenie wynosić mogło od 4 do 6 wizyt w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych.

⁵⁷ Dotyczy świadczeniodawców 08R/20263, 08R/20355, 08R/20688, 08R/20008, 08R/30157.

⁵⁸ Pozostałe z komunikatów to: *cena jednostkowa nie jest zgodna z aktualnym planem umowy* (65 przypadków), *przekazano nieprawidłowy kod świadczenia* (63 przypadki), *wielokrotne wykonanie świadczenia w tym samym dniu w ramach świadczeniodawcy* (21 przypadków), *przekroczono limit wykonanych świadczeń dla danego pacjenta* (15 przypadków), *limit wykonanych świadczeń dla danego pacjenta w ramach świadczeniodawcy został przekroczony* (14 przypadków) oraz *brak deklaracji albo data wykonania świadczenia wcześniejsza od daty złożenia deklaracji poz* (14 przypadków).

Powyższe świadczyło o sprawnym funkcjonowaniu procedury walidacji i weryfikacji danych przekazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych w oparciu o określone warunki realizacji świadczeń. Wykaz aktualnie działających sprawdzeń był umieszczony na stronie internetowej <https://www.nfz-opole.pl/> w zakładce Świadczeniodawcy-walidacje i weryfikacje. Świadczeniodawcy, którzy zawarli z OOW NFZ umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, przekazywali sprawozdania za pośrednictwem komunikatów elektronicznych nie później niż w terminie 10 dni od zakończenia okresu (miesiąca) sprawozdawczego.

(akta kontroli str. 73-84, 286, 348-405, 543-578, 579-593, 595-615, 637-650, 716-734)

1.4. Monitorowanie i ocena jakości i dostępności profilaktycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży

1. Monitorowanie realizacji świadczeń profilaktycznych odbywało się w oparciu o dane sprawozdawcze przekazywane do systemu informatycznego przez świadczeniodawców, co zostało opisane powyżej.

Zgodnie z przepisami § 28 pkt 1.3. Regulaminu Organizacyjnego, do zadań Wydziału Świadczeń należało m.in. monitorowanie jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pozostającym we właściwości Działu. Dodatkowo zgodnie z art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach, zadaniem Funduszu było monitorowanie oraz ocena dostępności świadczeń⁵⁹.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych: *jest to zagadnienie [monitorowanie i ocena dostępności], które należy rozpatrywać w kilku płaszczyznach. Po pierwsze, dostępność do świadczeń oceniać należy poprzez: liczbę podmiotów poz w danym zakresie świadczeń, liczbę lekarzy, pielęgniarek i położnych poz oraz liczbę podmiotów zapewniających dostępność do świadczeń w ramach budżetu diagnostycznego i budżetu powierzonego opieki koordynowanej. Te trzy elementy składające się na dostępność wymienioną w art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach, analiza i ocena składanych przez świadczeniodawców wniosków dotyczących zatrudnienia personelu i zmian w harmonogramie czasu pracy personelu, były monitorowane poprzez analizę i ocenę wniosków dotyczących zatrudnienia personelu (...), a także ocenę wniosków o zawarcie umów w rodzaju poz pod względem spełnienia warunków do zawarcia umowy (...).*

(akta kontroli str. 73-84, 637-650)

W odniesieniu do oceny jakości świadczeń, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił, że odbywa się ona w trakcie weryfikacji (sprawdzeń) spełniania następujących trzech kwestii (jeszcze w toku prowadzonego postępowania w sprawie zawarcia umowy): 1/ wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną; 2/ wymogów w zakresie kwalifikacji personelu medycznego; 3/ warunków lokalowych, w których udzielane są świadczenia (w tym również w ramach profilaktyki zdrowotnej).

(akta kontroli str. 637-650)

⁵⁹ Określonej jako liczba podmiotów POZ i ich rozmieszczenie pałdziernika 2024 r. terytorialne, liczba lekarzy, pielęgniarek, położnych.

2. Gromadzenie znacznej ilości informacji na temat zakresu i struktury udzielanych świadczeń, tzn. liczby wykonanych świadczeń i liczby osób, którym tych świadczeń udzielono, przy porównaniu danych do lat poprzednich nie służyło jednakże rzetelnej sprawozdawczości. I tak, liczba bilansów zdrowia (kod 5.01.00.0000104) w latach 2022-2024, według sprawozdawczości okresowej przekazywanej do Centrali NFZ, wyniosła odpowiednio:

a/ w 2022 r. – 26 408 badań, którymi objęto 25 935 dzieci⁶⁰,

b/ w 2023 r. – 25 943 badań⁶¹ bilansowych, w tym testów przesiewowych,

c/ w 2024 r. – 27 393 badań bilansowych, w tym testów przesiewowych.

Powyższe dane ujęte w sprawozdawczości okresowej (półrocznej) Oddziału ze względu na odmienne kryteria zliczania różniły od danych przekazanych w toku kontroli NIK, sporządzonych na podstawie aplikacji CLO-Agent (tj. więcej świadczeń wykazano w sprawozdaniach) i wskazywały na wykonanie niższej liczby bilansów zdrowia, tj. 26 133 w 2022 r. (o 158 mniej); 25 776 (o 167 mniej) w 2023 r. oraz 26 400 (o 993 mniej) w 2024 r.

(akta kontroli str.95-98a, 425-435)

W przypadku realizowanych przez lekarzy POZ patronaży (kod 5.01.00.0000102 i kod 5.01.00.0000103) wartości w sprawozdaniach i w systemie CLO-Agent wynosiły odpowiednio: a/ w 2022 r. – 3090 oraz 2782 (różnica o 308); b/ w 2023 r. – 3441 oraz 2903 (różnica o 538); c/ w 2024 r. – 3475 oraz 2687 (różnica o 786).

(akta kontroli str. 101-107, 425-435)

Jak wyjaśniła Dyrektor OOW NFZ, rozbieżności w danych sprawozdawczych wynikają z zastosowanego kryterium zliczania danych do sporządzenia sprawozdania, okresu w jakim sprawozdanie wykonano oraz faktu korygowania raportów przez świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 455-463)

Dyrektor OOW NFZ wyjaśniła ponadto: (...) różnice wynikają z przyjętych kryteriów zliczania danych oraz czasu, kiedy były wykonane. Dane przekazane do kontroli odnoszą się wyłącznie do grupy wiekowej 0-19 według wieku rocznikowego, natomiast dane zawarte w sprawozdaniu cz. IV zawierają wszystkie dane, które były sprawozdawane w kodzie (...). Ponadto dane zawarte w sprawozdaniu zgodnie z wytycznymi, opracowane zostały na podstawie zaliczonych deklaracji za miesiąc grudzień (...) przypisanych do szablonów rozliczeniowych według obowiązujących grup wiekowych. Dane na potrzeby sprawozdania okresowego przygotowywane są w szerszym zakresie z uwagi na legendę do tabeli. Natomiast na potrzeby kontroli NIK zostało przyjęte kryterium szczegółowe – wiek 0-19 lat z dokładnością do PESEL i daty urodzenia (...), czyli informacje o liczbie świadczeń zostały zawężone do liczby świadczeń wykonanych na rzecz osób uprawnionych w wieku do ukończenia 19 r.ż. (według stanu na 1 grudnia każdego roku).

(akta kontroli str. 464-470)

⁶⁰ Według danych z tabeli 4. Dane z realizacji umów POZ za okres I-XII 2022 r. - świadczenia lekarza POZ.

⁶¹ Tabela IV.1.1.3. Podstawowa opieka zdrowotna lekarza POZ - udzielone świadczenia (tabela nie ujmowała danych o liczbie dzieci poddanych tym badaniom.

Brakiem wymaganej rzetelności w realizacji obowiązków sprawozdawczych (w 2022 r.) było wskazanie w sprawozdaniu okresowym na koniec II półrocza, skierowanym do Centrali NFZ⁶², zawyżonej liczby bilansów zdrowia, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 95-98a, 425-435, 464-465)

3. Pomimo znacznych różnic między liczbą złożonych deklaracji (liczba dzieci uprawnionych do świadczeń lekarza POZ) a liczbą zrealizowanych przez lekarza świadczeń, OOW NFZ nie występował do świadczeniodawców o wyjaśnienie przyczyn niskiej realizacji świadczeń profilaktycznych lub przyczyn braku raportowania wykonanych świadczeń, przede wszystkim bilansów zdrowia. W przypadku 23 świadczeniodawców⁶³ w 2022 r.; 28 w 2023 r. i 19 w 2024 r. sprawozdawane były zerowe lub minimalne wartości co do wykonanych świadczeń lekarza POZ, z czego w przypadku czterech świadczeniodawców zaniechanie sprawozdawania świadczeń lekarza miało miejsce pomimo zadeklarowanych do lekarza POZ u tych świadczeniodawców ponad 500 dzieci. Powyższe zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 273-286)

Monitorowanie i ocena jakości profilaktycznych świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jak też dostępności profilaktycznych świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nie były prowadzone w sposób, który pozwalałby na zweryfikowanie otrzymywanych ze strony świadczeniodawców danych pod kątem ich rzetelności i poprawności. Takich wymogów nie ustanawiały zarówno przepisy aktów prawa powszechnie obowiązującego: a/ ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁶⁴, b/ ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta⁶⁵, c/ 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 zdrowotnej⁶⁶, d/ rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej⁶⁷, czy też akty prawa wewnętrznego ustanawiane przez Prezesa NFZ. Wskaźniki jakości opisywane przez parametr stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu po raz pierwszy zostaną wykorzystane przy sprawozdawczości za I kwartał 2025 r. i za I półrocze 2025 r.⁶⁸

Czynność monitorowania była ściśle powiązana z realizacją umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, co wynikało z art. 107 ust. 5 pkt 8 lit. b ustawy o świadczeniach. Sprawozdawanie przez świadczeniodawców danych co do liczby udzielonych świadczeń ze szczegółowym podziałem na bilanse zdrowia, porady patronażowe lekarzy POZ,

⁶² W tabeli IV.1.1.3.

⁶³ Nie uwzględniono tych jednostek POZ, w których zadeklarowanych było mniej niż 10 pacjentów do lekarza POZ.

⁶⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 515.

⁶⁵ Minister Zdrowia w rozporządzeniu wykonawczym nie określił kryteriów monitorowania jakości świadczeń z zakresu POZ.

⁶⁶ Dz. U. poz. 2335.

⁶⁷ Dz. U. poz. 1349.

⁶⁸ Przy czym wskaźniki te nie odnoszą się wyłącznie do świadczeń profilaktycznych udzielonych przez lekarza poz.

wizyty patronażowe i badania przesiewowe pielęgniarki POZ zostało potwierdzone w trakcie oględzin. Raportowane dane zamiast służyć do ich rzetelnej analizy służyły celom statystycznym, a także ocenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Wśród wymienionych przez Dyrektora Oddziału celów nie znalazły się cele dotyczące podejmowania działań w celu prawidłowego sfinansowania profilaktycznych świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym określenie „prawidłowość” nie powinna zdaniem NIK oznaczać tylko i wyłącznie czynności walidacji i weryfikacji świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawcę, ale również próbę dotarcia do przyczyn braku realizacji świadczeń, które w ramach stawki kapitałowej powinny być udzielane dzieciom i młodzieży, w szczególności badania bilansu zdrowia.

Ponadto – jak podkreśliła pracownik OOW NFZ uczestnicząca w oględzinach: (...) *nie jesteśmy w stanie dokonywać analizy ukierunkowanej jedynie na profilaktykę, ponieważ jest to tylko jeden element rozbudowanej umowy. Są prowadzone całościowe analizy, ale też nie są ukierunkowane jedynie na profilaktyczną opiekę nad dziećmi.*

(akta kontroli str. 543-579)

Brak wytycznych ze strony Centrali NFZ nie stanowił jedyne uzasadnienia niepodjęcia analiz co do niskiego odsetka badań profilaktycznych. Również Minister Zdrowia nie określił kryteriów monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (świadczeń z zakresu profilaktyki) uwzględniając obszary monitorowania (dostępność, kompleksowość, ciągłość, zarządzanie i organizację, uzyskanie efektu zdrowotnego). Z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych wynikały wyłącznie ogólnie sformułowane zadania lekarza POZ mające na celu profilaktykę chorób⁶⁹; z kolei w aktach wydawanych przez Prezesa NFZ wzór umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁷⁰ - w § 5 - zobowiązywał świadczeniodawcę do gromadzenia i przekazywania danych celem rozliczenia realizacji umowy.

Weryfikacja raportów statystycznych przedkładanych przez świadczeniodawców odbywała się na podstawie postanowień zarządzenia nr 306/2018 Dyrektora OOW NFZ z dnia 26 września 2018 r. w sprawie wprowadzenia procedury walidacji i weryfikacji danych o świadczeniach przekazanych przez Świadczeniodawcę w ramach realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a od 20 września 2022 r. – na podstawie zarządzenia nr 235/2022 Dyrektora OOW NFZ z dnia 20 września 2022 r. w sprawie wprowadzenia procedury walidacji i weryfikacji danych o świadczeniach przekazanych przez Świadczeniodawcę w ramach realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Weryfikacja dowodów księgowych odbywała się w systemach informatycznych Oddziału. Od 15 stycznia 2024 r. wprowadzono ponadto do Centralnych Reguł Weryfikacyjnych sprawdzenie, czy świadczenie nie było

⁶⁹ Lekarz POZ prowadzić powinien systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych⁶⁹. Pielęgniarka POZ realizować powinna zadania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w tym monitorować rozwój dziecka. Zadania położnej POZ odnosiły się do świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych oraz leczniczych.

⁷⁰ Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r.

udzielone w okresie zgłoszonej przez świadczeniodawcę przerwy⁷¹, jak również sprawdzenie czy został dochowany obowiązek przetwarzania danych co do masy ciała i wzrostu świadczeniobiorcy.

Zgodnie z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji, jednym z obowiązków świadczeniodawców było sprawozdawanie Oddziałowi danych o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy i informacja taka powinna zostać przekazana co najmniej raz w danym roku kalendarzowym. OOW NFZ otrzymywał dane dotyczące informacji o masie ciała i wzroście dzieci i młodzieży, jednak nie od wszystkich 185 świadczeniodawców. Nieprzekazanie wymaganych pomiarów, co najmniej w jednym z lat 2022-2024, dotyczyło 82 świadczeniodawców⁷² spośród tych, z którymi OOW NFZ zawarł 185 umowy (44,3%). W latach 2022-2024 świadczeniodawcy zaraportowali dokonanie pomiarów wzrostu i masy ciała łącznie dla: 14 054, 17 403, 22 677 świadczeniobiorców.

(akta kontroli str. 418-424a)

W związku z niedochowywaniem przez świadczeniodawców powyższego obowiązku Fundusz początkowo wprowadził dla braku wskazania tych danych przez świadczeniodawcę status *ostrzeżenie* (zwrócenie uwagi na poprawność przekazanych danych, bez konsekwencji w formie zablokowania możliwości rozliczenia). Po okresie przejściowym w 2025 r. status ten został zmieniony na *błąd*, który to status uniemożliwiał rozliczenie świadczenia, a w przypadku wcześniejszego rozliczenia wymagał dokonania korekty. W rezultacie przed wprowadzeniem konsekwencji odmowy rozliczenia świadczenia, wymogu tego nie dochowywano we wszystkich trzech latach łącznie w 40 przypadkach świadczeniodawców, u których odnotowano powyżej 500 aktywnych deklaracji do lekarza i pielęgniarki POZ.

(akta kontroli str. 418-424a)

4. Oddział nie przygotowywał i nie przekazywał Ministrowi Zdrowia danych lub analiz służących do sporządzenia mapy potrzeb zdrowotnych. Przed okresem objętym kontrolą OOW NFZ uczestniczył w opiniowaniu wniosków i rekomendacji dla poszczególnych obszarów (w tym profilaktycznej opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej) mapy potrzeb zdrowotnych.

(akta kontroli str. 543-579)

Jak wynikało z treści Mapy Potrzeb Zdrowotnych Województwa Opolskiego na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.⁷³, pozyskanej od Wojewody Opolskiego na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, problematyki profilaktyki wieku rozwojowego nie ujmowano zarówno w analizach, jak i rekomendowanych kierunkach działań.

(akta kontroli str. 447-454)

⁷¹ Sprawdzenie o symbolu 50811031.

⁷² W wyliczeniu niezależnym od liczby zadeklarowanych pacjentów.

⁷³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrowia, poz. 69).

1.5. Przeprowadzanie kontroli dotyczących realizacji umów w rodzaju POZ

1. Zgodnie z art. 64 ust. 1 pkt 1-2 ustawy o świadczeniach z tytułu realizacji umowy ze świadczeniodawcami, NFZ jako podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, ma prawo przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, a także udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W okresie objętym kontrolą OOW NFZ nie korzystał z uprawnienia do złożenia wniosku do terenowego oddziału kontroli o przeprowadzenie kontroli świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 586-593)

Jak wyjaśniła Dyrektor OOW NFZ, w latach 2022-2024 Oddział nie prowadził czynności sprawdzających. Tylko w trakcie czynności sprawdzających lub czynności kontrolnych jest możliwa weryfikacja faktycznego zrealizowania zaraportowanych świadczeń pod kątem ich zgodności z zapisami w dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 208-214)

Przyczynami niepodjęcia czynności o charakterze sprawdzającym, według wyjaśnień Dyrektora OOW NFZ, była przede wszystkim konieczność wdrożenia programu pilotażowego POZ+ oraz realizacja nowych zadań w ramach projektu grantowego nr FENX.06.01-IP.03-0001/23 pn. *Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)* współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Drugie z ww. zadań zostało powierzone pracownikowi zajmującemu się monitorowaniem umów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 142-159, 208-214)

2. W latach 2022-2024 do Oddziału nie wpłynęły skargi związane z realizacją świadczeń związanych z wykonywaniem świadczeń z zakresu profilaktyki wieku rozwojowego.

(akta kontroli str. 292-307)

3. OOW NFZ nie występował do Terenowego Wydziału Kontroli VIII w Opolu (podlegającemu bezpośrednio Prezesowi Funduszu) z wnioskami o przeprowadzenie kontroli doraźnych, co potwierdził Dyrektor Departamentu Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia⁷⁴.

W rocznych planach kontroli Funduszu (opracowywanych w Centrali NFZ) również nie były ujmowane w latach 2022-2024 kontrole dotyczące profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Prezes Funduszu nie wyjaśnił przyczyn ich niepodjęcia.

(akta kontroli str. 287-291)

⁷⁴ W odpowiedzi na pismo skierowane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f ustawy o NIK.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W ramach monitorowania realizacji umów na świadczenia gwarantowane w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, Oddział nie przeprowadzał analizy tych przypadków świadczeniodawców, którzy wykazywali zerowe wielkości dotyczące wykonania porad patronażowych oraz zerowe lub minimalne liczby (1-5) bilansów zdrowia⁷⁵. Pomimo tego, że świadczeniodawcy wykazujący powyżej 500 zadeklarowanych dzieci i młodzieży uprawnionych do świadczeń profilaktycznych lekarzy POZ, nie sprawozdawali wykonania ani jednego świadczenia lekarza POZ (albo w minimalnej liczbie 1-5 bilansów zdrowia), Oddział nie wnioskował do świadczeniodawców o wyjaśnienie tego stanu rzeczy.

(akta kontroli str. 95-98a, 101-103, 281-286)

U czterech świadczeniodawców: 08R/10050, 08R/20016, 08R/20168 i 08R/20641, liczba deklaracji do lekarza POZ wynosiła⁷⁶ odpowiednio: 08R/10050 (w 2022 r. 1025), 08R/20168 (896, 843, 741) oraz 08R/20016 (1068, 956, 955); 08R/20641 (636, 588, 509)⁷⁷.

(akta kontroli str. 95-98a, 101-103, 108-109, 281-286)

W Oddziale w latach 2022-2024 nie podejmowano działań zmierzających do ustalenia przyczyn braku wykazywania świadczeń przez lekarzy POZ (porad patronażowych, bilansów zdrowia w określonych rocznikach). Znaczenie miał w tym zakresie fakt, że powyższe świadczenia lekarza POZ były świadczeniami profilaktycznymi rozliczanymi pomiędzy świadczeniodawcą a OOW NFZ metodą kapitacyjną, ponieważ podobnej praktyki zaniechania sprawozdawania świadczeń profilaktycznych te same cztery podmioty nie stosowały w odniesieniu do raportowania wizyt patronażowych położnych POZ.

(akta kontroli str. 281-286)

Jak wyjaśnili Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych oraz Naczelnik Wydziału Świadczeń: *proces zbierania, weryfikacji i analizy danych sprawozdawczych wymaga odpowiednich zasobów ludzkich i organizacyjnych. OOW NFZ ma ograniczone możliwości w tym zakresie z uwagi na „deficytowe zasoby kadrowe”. Szeroko rozumianym monitorowaniem realizacji umów w rodzaju POZ przez większość czasu [w latach 2022-2024] zajmowały się dwie osoby.*

(akta kontroli str. 455-463)

W odniesieniu do zaniechania analiz odnoszących się do braku raportowania wykonania świadczeń profilaktycznych lekarza POZ, starszy specjalista w Wydziale Świadczeń uczestnicząca w oględzinach systemu CLO-Agent oświadczyła: (...) *Oddział NFZ nie posiada skutecznych narzędzi do motywowania świadczeniodawców co do zwiększenia wykonania świadczeń profilaktycznych (głównie bilansów zdrowia). Dla celów statystycznych i demograficznych Oddział prowadzi analizy i składa wymagane przepisami sprawozdania. Nieprowadzenie*

⁷⁵ 08R/20641 - po jednym bilansie zdrowia w 2023 r. i 2024 r.; 08R/20168 - pięć bilansów w 2022 r. i jeden w 2024 r.

⁷⁶ Według stanu na 1 grudnia danego roku.

⁷⁷ Co odpowiadało liczbie pacjentów w wieku rozwojowym 0-19 lat uprawnionych do świadczeń profilaktycznych lekarzy POZ.

analizy informacji odrębnie jedynie nt. profilaktycznej opieki zdrowotnej wynika przede wszystkim z braku wytycznych z Centrali NFZ co do prowadzenia analiz jakości i dostępności świadczeń profilaktycznych opieki zdrowotnej POZ.

(akta kontroli str. 543-579)

Jak wyjaśnili Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych OOW NFZ oraz Naczelnik Wydziału Świadczeń: *niewystępowanie do świadczeniodawców z pismami o wyjaśnienie przyczyn niskiej realizacji świadczeń profilaktycznych (...) nie oznacza, że OOW NFZ nie interesuje się profilaktyką i nie dokonuje w tym zakresie analiz. Wyniki analiz zostały zawarte w sprawozdaniach półrocznych i rocznych z realizacji umów oraz rocznym raporcie z działalności OOW NFZ. Jak podkreślono, należy mieć na uwadze, że w rodzaju POZ sprawozdawanych jest rocznie ok. 5 mln świadczeń, a także specyfikę samych danych sprawozdawczych, procedur, ich finansowania i rozliczania.* Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych OOW NFZ oraz Naczelnik Wydziału Świadczeń w wyjaśnieniach powołali się ponadto na zaangażowanie wskazanych dwóch pracowników zajmujących się monitorowaniem umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w dodatkowe zadania związane z przeciwdziałaniem rozprzestrzeniania się zakażenia Covid-19, wskazując na to, że stan epidemii obowiązywał do 16 maja 2022 r., z kolei stan zagrożenia epidemicznego został zniesiony 1 lipca 2023 r.

(akta kontroli str. 455-463)

Najwyższa Izba Kontroli nie kwestionuje faktu, iż w żadnym z aktów prawnych (powszechnie obowiązujących ani wewnętrznych aktów prawnych Prezesa NFZ) nie została uregulowana kwestia podejmowania działań oddziału wojewódzkiego NFZ na rzecz zwiększenia ilości wykonywanych świadczeń profilaktycznych. Z treści zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej sprawie (§ 10 pkt 1 lit. b) wynika jednakże dla świadczeniodawcy obowiązek gromadzenia i przekazywania, celem rozliczenia realizacji umowy, informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy, co nie było egzekwowane przez Oddział w latach objętych kontrolą.

2. W sporządzonym przez Oddział sprawozdaniu okresowym za 2022 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.) skierowanym do Centrali NFZ wpisano o 2000 więcej bilansów zdrowia niż wynikało to z danych zawartych w systemie informatycznym CLO-Agent.

(akta kontroli str.95-98a, 428, 455-470)

Sprawozdania okresowe sporządzano cyklicznie (po upływie każdego półrocza) zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia. W sprawozdaniu rocznym za II półrocze 2022 r. (sporządzonym po upływie IV kwartału 2022 r.⁷⁸) zamiast liczby 26 291 wykonanych bilansów zdrowia (wynikającej z CLO-Agent), pracownik merytoryczny Wydziału Świadczeń wskazał o 2000 więcej badań (28 291 bilansów zdrowia).

⁷⁸ Na sprawozdaniach nie umieszczano daty ich sporządzenia.

Nieścisłość ta została stwierdzona przez pracownika Wydziału Świadczeń po weryfikacji danych wymaganych w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli str. 332, 455-462)

Jak wyjaśniła kierownik Działu Analiz, Planowania i Monitorowania Świadczeń dział ten nie jest odpowiedzialny za przygotowanie danych do sprawozdania z działalności NFZ. Dane do sprawozdania są przygotowywane przez pracowników merytorycznych. Zakres czynności prowadzonych przez ww. Dział sprowadza się do koordynacji i nadzoru nad terminowością przekazania tego sprawozdania do centrali Funduszu.

(akta kontroli str. 330-330a)

Jak wyjaśnili Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych OOW NFZ oraz Naczelnik Wydziału Świadczeń, błąd był spowodowany realizowaniem przez pracownika [zatrudnienie tego pracownika w OOW NFZ ustało 31 grudnia 2023 r.] przygotowującego sprawozdanie zadań związanych z rozliczaniem Covid-19.

(akta kontroli str. 218-219a, 455-463)

IV. Uwagi i wnioski

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

- Uwagi OOW NFZ jako podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, pomimo gromadzenia dużej ilości informacji, nie dokonywał ich analizy w taki sposób, aby rozpoznać czy niewykazywanie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej badań profilaktycznych wynikało z nierealizowania tych świadczeń, czy z innych przyczyn (pomimo ich wykonania). Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, z punktu widzenia potrzeby osiągnięcia lepszego efektu zdrowotnego poprzez profilaktykę zdrowotną wieku rozwojowego, nie można uznać za właściwą postawę dystansowania się Oddziału od praktykowanego przez część świadczeniodawców braku dyscypliny w sprawozdawaniu świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną. Dowolność raportowania do Oddziału tych zakresów świadczeń (czyli większości świadczeń profilaktycznych) potwierdza zdecydowanie odmienna statystyka dotycząca rozliczania wizyt patronażowych położnej POZ, które jako świadczenie finansowane na podstawie wartości jednostki rozliczeniowej, było rozliczane przez niemal wszystkich świadczeniodawców, z którymi Oddział zakontaktował ww. świadczenia oraz w liczbie odpowiadającej faktycznie wykonanym wizytom patronażowym. Za uzasadnione należy zatem uznać podjęcie przez Oddział działań, które będą stanowiły skuteczną mobilizację świadczeniodawców do rzetelnego sprawozdawania wykonanych świadczeń z zakresu profilaktyki wieku rozwojowego dzieci i młodzieży.

Wnioski Najwyższa Izba Kontroli wnosi o rzetelne monitorowanie poziomu wykonanych przez świadczeniodawców badań profilaktycznych w rodzaju podstawowa opieka medyczna.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

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 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 wykorzystania uwagi i wykonania wniosku pokontrolnego 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, 1 października 2025 r.

Kontroler

Celina Augustyn

główny specjalista kontroli państwowej

podpisano elektronicznie

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Opolu

Dyrektor

Arkadiusz Kuglarz

p. o. Dyrektora

podpisano elektronicznie