



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
DELEGATURA W OPOLU

LOP.410.7.2.2025

Pan Janusz Gurawski  
Pan Krzysztof Dobis  
wspólnicy spółki MEDICOM  
działającej w formie spółki cywilnej  
ul. Ks. Prałata Bolesława Bilińskiego 2  
46-070 Komprachcice

# 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              | MEDICOM Spółka Cywilna <sup>1</sup> , ul. Ks. Prałata Bolesława Bilińskiego 2, 46 - 070 Komprachcice                                                                       |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Janusz Gurawski <sup>2</sup> , Krzysztof Dobis <sup>3</sup> – wspólnicy Spółki <sup>4</sup>                                                                                |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | Działania placówki podstawowej opieki zdrowotnej w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej 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. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>5</sup>                                                                                    |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Opolu                                                                                                                              |
| Kontroler                           | Agnieszka Roszczak-Fedorowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/39/2025 z 24 kwietnia 2025 r.<br><br>(akta kontroli str. 1, 10, 24) |

---

<sup>1</sup> Dalej: Spółka lub Medicom s.c.

<sup>2</sup> Dalej: Wspólnik Spółki i jednocześnie Kierownik Medicom s.c. (lekarz) – Regulamin organizacyjny Spółki z 1 kwietnia 2020 r. (§10 i §13).

<sup>3</sup> Dalej: Wspólnik Spółki.

<sup>4</sup> Wspólnicy Spółki Cywilnej – umowa Spółki z 14 czerwca 2012 r., w której określono (§ 8 pkt 1), że każdy Wspólnik jest uprawniony i zobowiązany do prowadzenia spraw Spółki.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>6</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Spółka realizowała profilaktyczną opiekę zdrowotną dla dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej<sup>7</sup> na podstawie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych, zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>8</sup>. W zakres ww. świadczeń wchodziły świadczenia profilaktyczne: porady patronażowe, wizyty patronażowe, bilanse zdrowia i badania (testy) przesiewowe. Świadczenia w zakresie POZ udzielane w Medicom s.c. nie były szczególnie ukierunkowane na działania związane z profilaktyką dzieci i młodzieży określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej<sup>9</sup>. W Spółce nie opracowano wewnętrznych procedur dotyczących sposobu organizacji udzielania świadczeń profilaktycznych.

Badanie dokumentacji medycznych dzieci i młodzieży wykazało, że zakres realizowanych i dokumentowanych przez lekarzy POZ badań nie był zgodny z zakresem określonym w Części III Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. W większości przypadków ww. świadczenia profilaktyczne udzielane przez lekarzy POZ realizowane były w ramach wizyt związanych z obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi. W objętej kontrolą dokumentacji medycznej dzieci nie stwierdzono wpisów potwierdzających udzielanie wizyt patronażowych i testów przesiewowych przez pielęgniarki POZ, których zakres badań określono w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>10</sup>.

Nierealizowanie, jak i nieodnotowywanie w dokumentacji medycznej dzieci i młodzieży opisu wszystkich działań podejmowanych przez lekarza i pielęgniarkę POZ w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych<sup>11</sup> mogło mieć wpływ na skuteczne monitorowanie stanu zdrowia tej grupy pacjentów<sup>12</sup>, a także na skuteczną realizację obowiązku monitorowania jakości udzielanych świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, określonego w przepisie art. 23 ust. 1 i 2 ustawy o POZ.

Stwierdzono także nieprawidłowości polegające na niedochowaniu wymogu przeprowadzenia przez położną POZ pierwszej wizyty patronażowej do 48 godzin od wypisu matki z dzieckiem ze szpitala<sup>13</sup>, zaniechaniu obowiązku sprawdzenia poprawności wypełnienia deklaracji wyboru lekarza POZ i położnej POZ, o którym mowa w art. 10 ust. 4 pkt 1 ustawy o POZ; nieprzekazywaniu Ministrowi Zdrowia wymaganych sprawozdań MZ-11 (*Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*)

---

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

<sup>7</sup> Dalej: POZ.

<sup>8</sup> Dalej: NFZ.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 540, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>10</sup> Określonych w Części II Załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>11</sup> Przepis § 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.

<sup>12</sup> Obowiązek wynikający z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527), dalej: ustawa o POZ.

<sup>13</sup> Tj. po terminie wskazanym w Części II Załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, realizowanych przez położną POZ (48 godzin od przekazania położnej POZ informacji o wypisie ze szpitala).

oraz niedochowaniu obowiązku<sup>14</sup> przekazywania do NFZ wymaganych informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorców.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>15</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

#### 1. Działania Medicom s.c. w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

1. Spółka utworzona została na podstawie umowy zawartej 14 czerwca 2012 r.<sup>16</sup> oraz wpisana do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego<sup>17</sup>. W latach 2022-2025 Medicom s.c. realizował świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umów zawartych z NFZ<sup>18</sup>. Regulamin organizacyjny Spółki<sup>19</sup> określał m.in.: podstawowe cele i zadania podmiotu leczniczego, strukturę organizacyjną, zakres i rodzaje świadczeń zdrowotnych. W Regulaminie organizacyjnym Spółki (§ 4) określone zostały zadania lekarza i pielęgniarki POZ, tj. m.in.: wykonywanie testów przesiewowych, sporządzanie bilansów zdrowia pacjentów, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna pacjentów.

(akta kontroli str. 10-23, 24-27, 28-33)

Dane dotyczące liczby dzieci i młodzieży, którym w poszczególnych latach 2022-2024 lekarze POZ zatrudnieni w Spółce udzielili świadczeń profilaktycznych<sup>20</sup> (porad patronażowych, testów przesiewowych i badań bilansowych) przedstawiały się następująco:

- liczba dzieci i młodzieży objętych opieką przez lekarzy POZ wynosiła: 630, 775 i 777<sup>21</sup>;
- liczba dzieci i młodzieży, które korzystały ze świadczeń lekarzy POZ (do trzech razy) wynosiła: 344, 363, 364;
- liczba dzieci i młodzieży, które nie korzystały z żadnych świadczeń lekarzy POZ wynosiła: 23, 48, 32;

<sup>14</sup> Przepis § 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.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Umowa Spółki Cywilnej z 14 czerwca 2012 r.

<sup>17</sup> Nr księgi 000000020944.

<sup>18</sup> Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych Nr 08R/20408/0113/POZ kontynuowana w latach 2022-2025 (aneks nr 1 z 14 stycznia 2022 r., aneks nr 1 z 10 stycznia 2023 r., aneks nr 1 z 4 stycznia 2024 r. i aneks nr 1 z 30 grudnia 2024 r.).

<sup>19</sup> Z 1 kwietnia 2020 r.

<sup>20</sup> Przyjęto dane przekazane przez Spółkę w zakresie kodów rozpoznania Z10 (Kod rozpoznania Z10 w klasyfikacji ICD-10 oznacza rutynową ogólną kontrolę stanu zdrowia) z uwagi na brak w przekazanych plikach danych dotyczących kodów świadczeń: 5.01.00.0000104 – bilans zdrowia/rozpoznanie Z10, testy przesiewowe oraz 5.01.00.0000102 – porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w miejscu udzielenia świadczeń/rozpoznanie Z10.

<sup>21</sup> W wieku do lat 5 (w latach 2022-2024) odpowiednio: do 1 roku życia 32, 26, 27; 2 lata: 37, 33, 29; 3 lata: 40, 40, 38; 4 lata: 39, 42, 42; 5 lat: 53, 41 i 47.

- liczba dzieci w wieku 1-4 tydzień życia uprawnionych do skorzystania z porad patronażowych lekarza POZ wynosiła: 31, 29 i 29 osób<sup>22</sup>;
- liczba dzieci (w wieku od 2. do 6. miesiąca życia oraz 9. i 12. miesiąca życia) uprawnionych do wizyt lekarskich/testów przesiewowych przeprowadzanych przez lekarza POZ wynosiła: 42, 38 i 27, a liczba udzielonych ww. dzieciom świadczeń profilaktycznych wynosiła: 18 w 2022 r., 53 w 2023 r. i 35 w 2024 r.;
- liczba dzieci w wieku uprawniającym do badań bilansowych (2 lata, 4 lata, 5 lat, 4-krotnie w trakcie nauki szkolnej) wynosiła odpowiednio: 297, 277 i 248;
- liczba dzieci, którym wystawiono skierowania do lekarzy specjalistów wynosiła łącznie 21 (w 2022 r. skierowano 4 osoby, w 2023 r. – 10, a w 2024 r. – 7 osób).

Spółka nie gromadziła zbiorczych danych dotyczących liczby wykonanych przez lekarzy POZ porad patronażowych, badań bilansowych i testów przesiewowych oraz danych dotyczących liczby badań bilansowych i testów przesiewowych, których nie wykonano. Medicom s.c. nie posiadała danych dotyczących liczby dzieci, co do których złożono rezygnację z korzystania ze świadczeń lekarza POZ<sup>23</sup>, jak również przypadków odmowy udzielenia świadczenia.

(akta kontroli str. 625, 626)

W sprawie nieudzielenia w latach 2022-2024 świadczeń profilaktycznych przez lekarzy POZ (dotyczących porad patronażowych i badań bilansowych) odpowiednio: 23 dzieciom (z 630), 48 dzieciom (z 775) i 32 dzieciom (z 777), Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *Przyczyną nieudzielenia świadczeń przez lekarza POZ dzieciom (23, 48 i 32) w latach 2022-2024 było najprawdopodobniej niezgłoszenie się dziecka do lekarza POZ. Trudno jest wskazać jedną przyczynę, gdyż Spółka nie gromadzi w tym zakresie danych. Jeśli pacjent nie zgłosił się na umówioną wizytę to jest do odnotowywane w dokumentacji medycznej tego pacjenta.*

W odniesieniu do przyczyn udzielenia w 2022 r. przez lekarzy POZ tylko 18 świadczeń profilaktycznych (porad patronażowych) przypadających na 31 dzieci w wieku do 1. roku życia<sup>24</sup>, Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *Świadczenia profilaktyczne, w tym wizyty patronażowe są udzielane przez lekarza POZ głównie przy szczepieniach. Powodem małej liczby wykazanych świadczeń patronażowych u dzieci w wieku do 1 roku życia, są przypadki opóźnień w wykonaniu tych świadczeń z uwagi na choroby pacjentów. Świadczenie mogło zostać udzielone później, bo chciał tak rodzic. Mogło też się zdarzyć, że lekarz nie wpisał odpowiedniego kodu świadczenia.*

(akta kontroli str. 538-550)

Spółka, stosownie do wytycznych określonych w Zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. w § 8 pkt 9 Zarządzenia nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 r.<sup>25</sup> oraz § 8 pkt 7 Zarządzenia nr 79/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r.<sup>26</sup>, była zobowiązana do informowania świadczeniobiorców o dostępnych świadczeniach profilaktycznych w ramach POZ (tj.: poradach patronażowych i badaniach bilansowych, w tym badaniach przesiewowych oraz o zasadach ich

<sup>22</sup> Według danych Spółki. Według danych NFZ liczba dzieci uprawnionych do świadczeń w ramach porad patronażowych wynosiła: 17, 13 i 16. Ww. różnica nie była możliwa do weryfikacji.

<sup>23</sup> Liczby osób, które przepisały deklarację do innego świadczeniodawcy.

<sup>24</sup> Według danych Spółki. Według danych NFZ było to 51 dzieci (tj. 17 dzieci w wieku 1-4 tydzień życia i 42 dzieci do 1. roku życia). Weryfikacja ww. danych nie była możliwa.

<sup>25</sup> Dalej: Zarządzenie Prezesa NFZ nr 160/2021.

<sup>26</sup> Dalej: Zarządzenie Prezesa NFZ nr 79/2022.

udzielania). W sprawie informowania świadczeniobiorców o ww. świadczeniach profilaktycznych dla dzieci i młodzieży udzielanych w ramach POZ (lekarzy, pielęgniarki i położne), Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *Powiadomienia o potrzebie wykonania świadczeń przekazywane są rodzicom osobiście podczas zapisywania dziecka do przychodni, w trakcie wizyt w placówce oraz telefonicznie. Fakt ten nie jest odnotowywany w kartotece pacjenta (...) Informowanie jest ustne podczas zapisu do placówki o wszelkich szczepieniach ochronnych oraz wizytach lekarskich. Również poprzez wywieszenie w rejestracji informacji z zaproszeniem na wykonywanie świadczeń dla stosownych roczników (...).*

(akta kontroli str. 2, 7)

W Spółce nie opracowano procedury określającej organizację zadań związanych z udzielaniem świadczeń profilaktycznych dzieciom i młodzieży, w tym sposób doboru dzieci i młodzieży do przeprowadzenia porad patronażowych i bilansów zdrowia. Jak wyjaśnił Wspólnik Spółki: (...) *dzieci uczęszczające do szkół typuje pielęgniarka szkolna według określonych roczników, które wymagają wykonania odpowiednich badań. W pozostałych przypadkach na bieżąco przeglądamy karty uodpornień dzieci i zapraszamy na badania. O konieczności wykonania badań przypomina również lekarz podczas wizyty lekarskiej oraz pielęgniarka POZ w trakcie wykonywania szczepień ochronnych, a także wcześniejszych patronaży i bilansów. Nad całym procesem czuwa stosowny personel placówki, a nie jedna konkretna osoba.*

(akta kontroli str. 2-6, 7, 471)

W Części III Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, określono wytyczne do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich (tj.: porad patronażowych, badań bilansowych, w tym badań przesiewowych) obejmujących m.in.: badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta, pomiary: wzrostu i masy ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych, ocenę stanu neurologicznego, określenie wieku zębowego, przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz udzielenie poradnictwa w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Badaniem objęto dokumentację medyczną<sup>27</sup> 80 pacjentów w wieku do 19. roku życia, w tym DM 30 osób, u których w okresie objętym kontrolą lekarze POZ wykonali co najmniej jedno badanie bilansowe i 32 DM osób, którym tego badania nie wykonano, a także 9 DM dzieci, którym lekarze POZ udzielili porady patronażowej i 9 DM osób, którym takiej wizyty nie udzielono, pomimo spełniania wymogów wiekowych.

W odniesieniu do prawidłowości udzielania ww. świadczeń profilaktycznych przez lekarzy POZ przeprowadzona analiza DM: a/ 30 osób<sup>28</sup>, u których w okresie objętym kontrolą lekarze POZ przeprowadzili badanie bilansowe w wymaganym terminie oraz b/ 9 DM pacjentów<sup>29</sup>, którym lekarz POZ udzielił porady patronażowej w wymaganym terminie, wykazała że:

---

<sup>27</sup> Dalej: DM.

<sup>28</sup> Do badania wybrano losowo po 10 DM dzieci i młodzieży z każdego roku, u których wykonano co najmniej jedno badanie bilansowe w okresie objętym kontrolą.

<sup>29</sup> Do badania wybrano losowo po troje dzieci, z każdego roku, u których wykonano co najmniej jedną poradę patronażową w okresie objętym kontrolą.

- w żadnej DM (z 39) nie było wpisów dotyczących powiadomienia rodziców lub opiekunów prawnych dzieci o konieczności wykonania badania profilaktycznego (porady patronażowej, badania bilansowego) w określonym terminie, jak też wpisów przypominających o konieczności udzielenia ww. świadczenia;
- badania bilansowe (30) i porady patronażowe (9) przeprowadzono z zachowaniem terminów określonych w Części III Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>30</sup>;
- w pięciu DM dotyczących wykonania badania bilansowego wpisy odnoszące się do wizyty potwierdzały, że badania przeprowadzono zgodnie z zakresem określonym w ww. Załączniku nr 1;
- w pozostałych 25 DM (dotyczących badań bilansowych) i 9 DM (dotyczących porad patronażowych), brak było informacji o udzieleniu następujących świadczeń określonych w Części III Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych:
  - a) badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych (dotyczyło to wszystkich 9 DM dotyczących udzielenia porad patronażowych);
  - b) testu rozwoju reakcji słuchowych (dotyczyło to dziesięciu badań bilansowych<sup>31</sup>), oceny rozwoju mowy (dotyczyło to pięciu badań bilansowych<sup>32</sup>), badania psychomotorycznego (dotyczyło to siedmiu badań bilansowych<sup>33</sup>), pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (dotyczyło to czterech badań bilansowych<sup>34</sup>) i oceny higieny jamy ustnej (dotyczyło to trzech badań bilansowych<sup>35</sup>), udzielenia porady w zakresie prozdrowotnego stylu życia (dotyczyło to badań bilansowych dziesięciorga dzieci<sup>36</sup>). W przypadku trójki dzieci w DM brak było opisów dotyczących przeprowadzenia niektórych wymaganych badań/testów

---

<sup>30</sup> W Części III Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, określono wytyczne do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich (tj.: porad patronażowych, badań bilansowych, w tym badań przesiewowych) obejmujących badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta, pomiary: wzrostu i masy ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych, ocenę stanu neurologicznego, określenie wieku zębowego, przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz udzielenie poradnictwa w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

<sup>31</sup> J.L. nr 1, Z.S. nr 4, M.G. nr 5, P.Ch. nr 6, T.L. nr 7, A.D. nr 8 i M.Sz. nr 9 i T.S. nr 10, F.S. nr 23 i W.B. nr 28.

<sup>32</sup> J.L. nr 1, Z.S. nr 4, T.L. nr 7, F.S. nr 22 i W.B. nr 28.

<sup>33</sup> Z.S. nr 4, M.G. nr 5, P.Ch. nr 6, T.L. nr 7, A.D. nr 8 i M.Sz. nr 9 i T.S. nr 10.

<sup>34</sup> M.G. nr 5, P.Ch. nr 6, A.D. nr 8 i W.B. nr 28.

<sup>35</sup> J.L. nr 1, T.L. nr 7, T.C. nr 24.

<sup>36</sup> M.R. nr 14, A.S. nr 15, H.S. nr 16, F. Sz. nr 17, J.T. nr 18, P.U. nr 19, P.U. nr 20, S.S. nr 21., T.C. nr 24, M.W. nr 25.

określonych dla dzieci w III klasie<sup>37</sup>, bilansu 14 latka<sup>38</sup> oraz bilansu 4 latka<sup>39</sup>. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

- w 29 DM (badania bilansowe) i 9 DM (porady patronażowe) wpisy lekarzy POZ zawierały informacje dotyczące przeprowadzonych badań, obejmujących pomiar masy i długości ciała (oraz pomiar obwodu głowy i klatki piersiowej, w przypadku udzielania porad patronażowych); w jednej DM wpis lekarza POZ dotyczący badania bilansowego 2-latka<sup>40</sup> i przeprowadzonych badań bilansowych nie zawierał informacji dotyczącej wykonania pomiaru masy ciała i wzrostu pacjenta oraz w dwóch DM określenia współczynnika masy ciała Body Mass Index - BMI<sup>41</sup>, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

- w analizowanych DM nie było wpisów potwierdzających, że badanie bilansowe lub poradę patronażową przeprowadzono w obecności opiekunów prawnych lub faktycznych w przypadku dzieci do 16. roku życia<sup>42</sup>;

- we wszystkich objętych analizą DM badanie przeprowadzali lekarze pediatrzy;

- w ośmiu przypadkach (6 z 30 i 2 z 9) badanie przeprowadził ten sam lekarz, który został wskazany w deklaracji danego pacjenta jako lekarz POZ, a w 24 przypadkach badanie przeprowadził inny lekarz POZ, który aktualnie udzielał świadczeń POZ dla dzieci (22 z 30 i 2 z 9);

- w dziewięciu DM znajdowały się wpisy lekarza POZ o kontynuacji leczenia dziecka z powodu: astmy oskrzelowej, zaburzeń męskich narządów płciowych i w poradni okulistycznej (pięcioro dzieci) oraz informacje o wystawieniu skierowań do poradni specjalistycznych (czworo dzieci).

W sprawie odnotowywania w książeczkach zdrowia dzieci przeprowadzenia badań profilaktycznych w ramach porady patronażowej lekarza POZ, wizyty patronażowej położnej i badania bilansowego, Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *udzielający świadczeń zawsze dokonuje wpisu w książeczce zdrowia dziecka, bo rodzic dziecka ma wówczas dostęp do wszystkich niezbędnych danych, dot. m.in. urodzenia, porodu, szczepień, bilansów, badań przesiewowych – fakt ten nie zawsze wpisuje się w dokumentację medyczną pacjenta.*

(akta kontroli str. 282, 283-470, 284, 321, 478-531, 532)

Analiza dokumentacji medycznej 32 pacjentów, u których w okresie objętym kontrolą lekarz POZ nie przeprowadził badania bilansowego w wymaganym

---

<sup>37</sup> T.C. nr 24 – brak było w DM wpisów dotyczących analizy informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych oraz od wychowawcy klasy, badania przedmiotowego ze szczególnym uwzględnieniem oceny, rozwoju psychospołecznego, układu moczowo-płciowego, dojrzewania płciowego według skali Tannera, tarczycy, jamy ustnej, wykrywania zaburzeń ostrości wzroku i widzenia, barw. Brak podsumowania badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego, brak udzielenia porady w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

<sup>38</sup> M.W. nr 25 - brak było w DM wpisów dotyczących przedmiotowego badania ze szczególnym uwzględnieniem oceny: rozwoju psychospołecznego, układu ruchu, tarczycy, dojrzewania płciowego, układu moczowo-płciowego, wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, podsumowania badania, z określeniem poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego oraz porady w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

<sup>39</sup> K.O. nr 12 – brak badania w zakresie budowy ciała postawy.

<sup>40</sup> Z.S. nr 4.

<sup>41</sup> Z.S. nr 4 i N.W. nr 27.

<sup>42</sup> Obecność rodziców przy badaniu ich dzieci potwierdziła pielęgniarka POZ, która uczestniczyła w badaniach profilaktycznych udzielanych przez lekarza POZ.

terminie oraz 9 DM pacjentów<sup>43</sup>, którym lekarz POZ nie udzielił porady patronażowej w wymaganym terminie (łącznie 41 DM) wykazała, że:

- w 41 DM nie było wpisów potwierdzających udzielenie przez lekarzy POZ świadczeń profilaktycznych we wszystkich terminach określonych w Części III Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych (tj. 32 badań bilansowych<sup>44</sup> i 9 porad patronażowych).

Wspólnik Spółki i jednocześnie Kierownik Medicom s.c. wyjaśnił, że: *Najczęściej badania bilansowe i przesiewowe robione są przy szczepieniach i być może to jest powód dlaczego nie we wszystkich terminach wykazanych rozporządzeniem badane są dzieci. Każde dziecko, które zgłosi się do poradni POZ ma wykonywane badania. Są dzieci, których rodzice nie zgłaszają się na umówione wizyty i to też jest jeden z powodów niewykonania badania bilansowego czy badania patronażowego. Największy nacisk kładzie się na terminy, w których wykonywane są szczepienia i tu staramy się, aby każde dziecko było wyszczepione.*

(akta kontroli str. 532-533)

- we wszystkich ww. 41 DM pacjentów, którym nie wykonano badania bilansowego i nie udzielono porady patronażowej w wymaganym terminie znajdowały się wpisy dotyczące udzielenia porady przez lekarza POZ w związku z chorobą pacjenta;
- w dziewięciu DM znajdowały się wpisy o wizytach związanych z wykonaniem szczepienia, a w trzech DM były wpisy o niezgłoszeniu się pacjenta na umówioną wizytę w wyznaczonym terminie;
- w ww. 41 DM nie odnotowano informacji o powiadomieniu rodziców pacjentów/ opiekunów prawnych o przypadającym terminie wykonania badania bilansowego czy udzielenia porady patronażowej, jak również wpisów przypominających o konieczności wykonania tych badań.

(akta kontroli str. 282, 283-470, 478-531)

Dodatkowo analizą objęto 62 DM dzieci i młodzieży<sup>45</sup> w zakresie realizacji wszystkich świadczeń profilaktycznych określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych (badania bilansowe, porady patronażowe/testy przesiewowe lekarza POZ), które powinny zostać wykonane w poszczególnych latach objętych kontrolą. Badanie wykazało, że: sześciu pacjentom<sup>46</sup> lekarze POZ udzielili świadczeń profilaktycznych obejmujących badanie bilansowe i porady patronażowe, uwzględniając wiek dziecka (u tych pacjentów wykonano również wszystkie szczepienia obowiązkowe, zgodnie z harmonogramem szczepień). W pozostałych 56 przypadkach, w DM nie było wpisów potwierdzających udzielenie przez lekarzy POZ niektórych ww. świadczeń profilaktycznych, w szczególności: porad patronażowych/testów przesiewowych wymaganych w 9. miesiącu życia (u 26 osób) oraz badań bilansowych: w wieku 2 lat (u 26 osób), 4 lat (34 osób), 12 lat (u 27 osób). Stwierdzono również, że w 51 przypadkach udzielenie porady patronażowej lub przeprowadzenie badania

<sup>43</sup> Do badania wybrano losowo dokumentację trójki dzieci z każdego roku, u których nie wykonano badania patronażowego, mimo że spełniały wymogi wiekowe określone w rozporządzeniu.

<sup>44</sup> Dotyczyło to: 11 bilansów pacjentów (III klasa), 10 bilansów pacjentów (4 latka), 3 bilansów 5 latka i 3 bilansów 6 latka, 4 bilansów 2 latka i jednego bilansu dziecka bilans 6/7 lat dziecka wieku rocznego przygotowania przedszkolnego.

<sup>45</sup> Stanowiących próbę 62 DM poddaną badaniu bilansów zdrowia.

<sup>46</sup> J.L., J.R., R.R., P.Ch., K.O., W.B.

bilansowego odbywało się równolegle w terminach odpowiadających szczepieniom obowiązkowym<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 555-557)

W sprawie przypadków niezgłoszenia się pacjenta na badanie profilaktyczne, Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *lekarz odnotowuje w kartotece pacjenta niestawienie się na umówioną wizytę, a personel placówki telefonicznie próbuje umówić nowy termin wizyty. W przypadku braku kontaktu ze strony rodzica czyni się to przy najbliższej jego wizycie z chorym dzieckiem w przychodni. Jeżeli personel zaobserwuje celowe uchylanie się rodzica od wykonania świadczeń, jest on w trakcie tej wizyty proszony o podpisanie stosownej odmowy, jednak nigdy nie udało się nam jej uzyskać. Jeżeli mamy do czynienia z dziećmi szkolnymi powiadamia się o tym fakcie dyrektora szkoły z prośbą o stosowną reakcję.*

(akta kontroli str. 2, 7)

W sprawie przyczyn niewykonania świadczeń profilaktycznych, w tym porad patronażowych, testów przesiewowych i badań bilansowych u dzieci we wskazanych terminach, Lekarka POZ wyjaśniła, że *wizyty bilansowe czy przesiewowe albo patronażowe najczęściej zbiegają się z przeprowadzaniem szczepień i często wykorzystuje się moment szczepienia do przeprowadzenia bilansu czy porady patronażowej. Powodem, dla którego nie zawsze przeprowadzane są wszystkie bilanse może być też to, że dziecko choruje i często pojawia się na wizytach u lekarza, wobec tego stan zdrowia tego dziecka jest znany. Rodzice niechętnie korzystają z dodatkowych wizyt. Najczęściej pojawiają się na badaniach związanych ze szczepieniem lub chorobą albo gdy kartę bilansową przekazuje pielęgniarka szkolna pacjentowi do wypełnienia. W sprawie przyczyny braku udzielania niektórych porad patronażowych<sup>48</sup> ww. lekarka POZ wyjaśniła, że przyczyną braku przeprowadzenia niektórych wizyt patronażowych jest sytuacja kiedy dziecko często pojawia się w trakcie roku u lekarza z powodu choroby. (...). Ww. pacjenci mieli udzieloną przynajmniej jedną wizytę patronażową. Rodzice pacjentów w przypadku jakichkolwiek wątpliwości związanych ze zdrowiem ich dziecka mają nieograniczoną możliwość umówienia się na wizytę bez oczekiwania na jej udzielenie. Zdarzają się też przypadki, że wizyta jest umówiona ale pacjent nie przychodzi na wizytę i nie jest ona też odwoływana.*

(akta kontroli str. 534-535)

W żadnej z objętej kontrolą DM nie stwierdzono zapisów na temat niewłaściwego traktowania dzieci i młodzieży przez ich rodziców/opiekunów prawnych lub osoby z najbliższego otoczenia, czy też niewłaściwego ich odżywiania. Powyższe potwierdził Wspólnik Spółki, wyjaśniając, że (...) *W okresie objętym kontrolą nie odnotowaliśmy zgłoszenia ani jednego przypadku niewłaściwego traktowania dziecka.*

(akta kontroli str. 4, 8, 282, 283-470, 478-531)

Analiza 80 deklaracji pacjentów (których DM objęto weryfikacją), dotyczących wyboru lekarza POZ w Medicom s.c. wykazała, że:

<sup>47</sup> W przypadku porad patronażowych zdarzały się sporadycznie przypadki wykonania szczepień dziecku w wieku 1-4 tygodni życia.

<sup>48</sup> Zuzanna (brak badania w 2023 r.), Aleksandra (brak badania w 2022 r.), Dawid (brak badania w 2022 r.), Hanna (brak badania w 2023 r.), Alexander (brak badania w 2024 r.).

- we wszystkich objętych badaniem deklaracjach znajdował się podpis pacjenta lub jego rodzica (opiekuna prawnego);
- w 10<sup>49</sup> deklaracjach brak było wskazania imienia i nazwiska lekarza POZ. W trakcie kontroli NIK (14 lipca 2025 r.) przekazano wydrukowane z systemu *mMedica* deklaracje ww. pacjentów, które co do wyboru konkretnego lekarza POZ zatrudnionego u świadczeniodawcy zostały przez Spółkę uzupełnione. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 283-470, 478-531, 543-546, 547-548, 719-736)

- w 48<sup>50</sup> deklaracjach pozostawały dane lekarza POZ, który na dzień kontroli NIK (24 czerwca br.) nie był zatrudniony w Spółce<sup>51</sup>. Według danych Spółki do ww. lekarza POZ, w latach 2022-2024 zadeklarowanych było łącznie 1529 pacjentów (w wieku do 18 lat).

W art. 7 ustawy o POZ określono, że w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza POZ u wybranego świadczeniodawcy deklaracje wyboru zachowują ważność w zakresie wyboru tego świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza POZ lub wyboru nowego świadczeniodawcy.

Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *być może nie zwrócono uwagi na to, że w tych deklaracjach jest lekarz, który w kwietniu 2021 r. zaprzestał udzielania świadczeń. Deklaracje nie były pod tym kątem weryfikowane. (...) Zdarzały się już przypadki, że deklaracje były przepisywane na innego lekarza. Jednostka nie dysponuje czasem, aby to robić w szerszym zakresie przy innych pilniejszych zadaniach (...).*

(akta kontroli str. 283-470, 478-531, 539, 543-546, 547-548, 559, 639)

- w 42 z 80 deklaracji nie wskazano adresu miejsca zamieszkania opiekuna prawnego i numeru jego telefonu<sup>52</sup>, jak również nie określono, który raz w danym roku był dokonywany wybór lekarza POZ oraz czy powodem dokonania wyboru było wystąpienie okoliczności określonych w art. 9 ust. 5 ustawy o POZ, tj. danych i informacji, o których mowa odpowiednio w art.10 ust. 3 pkt 1 lit. i) oraz art.10 ust. 3 pkt 2 ustawy o POZ. W ww. deklaracjach wskazywano dane jednego opiekuna prawnego.

Spółka udzielająca świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej była zobowiązana do sprawdzenia poprawności wypełnienia deklaracji (art. 10 ust. 4 ustawy o POZ), czego nie dopełniła i co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 283-470, 478-531, 539, 543-546, 547-548)

2. W DM medycznej dzieci i młodzieży objętej badaniem nie stwierdzono wpisów potwierdzających udzielanie świadczeń profilaktycznych przez pielęgniarki POZ<sup>53</sup>, określonych w Części II Załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, zgodnie z którym wykonywane przez pielęgniarkę POZ świadczenia gwarantowane obejmują wizytę patronażową oraz testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie

<sup>49</sup> Dotyczyło to następujących pacjentów: M.SZ. H.S., W.B. L.L., A.G., T.K., A.W., T.B., D.B., M.G.

<sup>50</sup> W trakcie kontroli NIK 3 lipca 2025 r. pacjent/rodzic dokonał zmiany deklaracji w zakresie wyboru lekarza POZ wskazując w deklaracji lekarza udzielającego świadczeń POZ w Spółce.

<sup>51</sup> Lekarz POZ zmarł 16 kwietnia 2021 r. Wobec zaprzestania udzielania świadczeń przez tego lekarza zachodziła potrzeba zmiany wyboru lekarza POZ.

<sup>52</sup> Deklaracje dotyczyły osób niepełnoletnich.

<sup>53</sup> Nie sprawozdawano również, takich świadczeń do NFZ.

odchylen od normy rozwojowej<sup>54</sup>, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W DM pacjentów objętych badaniem, wpisy dotyczące udzielonych dzieciom świadczeń profilaktycznych obejmowały zakres badań przewidzianych dla lekarza POZ, a nie pielęgniarki POZ.

(akta kontroli str. 7, 474)

Wspólnik Spółki w przekazanej informacji wskazał, że *odnośnie danych liczbowych 2022, 2023, 2024 dotyczących liczby udzielonych wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych z dodatkowym podziałem na liczbę dzieci, u których je zrealizowano bądź nie zrealizowano, jednostka nie prowadzi takich danych statystycznych, więc nie ma możliwości ich podania. Świadczenia te są wykonywane przez pielęgniarkę podczas częstych wizyt pacjentów u lekarza bez ich dokumentowania*.

(akta kontroli str. 7)

Według danych Medicom s.c. łączna liczba<sup>55</sup> deklaracji wyboru pielęgniarki POZ wyniosła 2181<sup>56</sup>. Liczba dzieci do 5. roku życia uprawnionych do świadczeń profilaktycznych pielęgniarki POZ (oraz złożonych deklaracji) w poszczególnych latach wynosiła: 225, 219 i 189<sup>57</sup>. Ww. dzieci nie zostały objęte świadczeniami profilaktycznymi pielęgniarki POZ, mimo że spełniały wymogi wiekowe określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Spółka nie dysponowała informacją ile z ww. dzieci zostało objętych konsultacjami specjalistów, brak było również danych dotyczących liczby dzieci, których rodzice odmówili udzielenia im dzieciom świadczeń profilaktycznych. Spółka nie posiadała także danych dotyczących liczby dzieci, które zostały wypisane od pielęgniarki POZ, ze wskazaniem innej placówki POZ. Deklaracje wyboru pielęgniarki POZ dotyczyły pięciu pielęgniarek, które na dzień kontroli NIK<sup>58</sup> nie udzielały już świadczeń w Medicom s.c.<sup>59</sup> W każdym przypadku deklaracje były podpisane przez opiekuna prawnego (rodzica) pacjenta.

(akta kontroli str. 638, 639, 643, 649-651)

3. W okresie objętym kontrolą, świadczenia położnej POZ, określone w Części II Załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>60</sup>, wykonywane były przez położną POZ zatrudnioną w Spółce i obejmowały one wizytę patronażową udzielaną wyłącznie dzieciom do 6. tygodnia życia. Liczba dzieci objętych opieką położnej POZ w latach 2022-2024 wynosiła: po 36 dzieci w latach 2022-2023 oraz 28 dzieci w 2024 r. Wszystkim ww. dzieciom udzielone zostały wizyty patronażowe przez położną POZ.

Stosownie do przepisu § 8 pkt 9 zarządzenia Prezesa NFZ nr 160/2021 i § 8 pkt 7 zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2022 położna POZ zatrudniona w Medicom s.c. informowała rodziców dzieci do 6. tygodnia życia o dostępnych świadczeniach

<sup>54</sup> Szczegółowe warunki realizacji wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych zostały określone w Części II Załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>55</sup> Nie tylko dotyczących dzieci do 5. roku życia.

<sup>56</sup> 625 deklaracji w 2022 r., 774 deklaracji w 2023 r., oraz 782 deklaracji w 2024 r.

<sup>57</sup> Według danych Spółki. Według danych przekazanych przez NFZ: 127, 222, 183. Pielęgniarki, do których złożone były deklaracje ww. dzieci, według stanu na dzień kontroli NIK, nie pracowały w Spółce.

<sup>58</sup> 2 lipca 2025 r.

<sup>59</sup> D.K. – 71 deklaracji, I.H. – 702 deklaracje, Z.J. – 1 122, E.Ł. – 45 deklaracji, T.R. – 263 deklaracji.

<sup>60</sup> Szczegółowe warunki realizacji wizyt patronażowych udzielanych przez położną POZ zostały określone w Części II Załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

podstawowej opieki zdrowotnej, tj. wizytach patronażowych oraz zasadach ich udzielania. Nie stwierdzono przypadków, w których rodzice dziecka odmówili udzielenia ich dzieciom świadczeń profilaktycznych tego rodzaju oraz przypadków kierowania dzieci do objęcia ich leczeniem specjalistycznym. W badanym okresie położna POZ przeprowadziła łącznie 345 wizyt (rozliczonych przez NFZ<sup>61</sup>), i tak: 128 wizyt w 2022 r., 110 wizyt w 2023 r. i 107 wizyt w 2024 r. Spółka nie posiadała informacji o przypadkach wypisania dziecka od położnej POZ zatrudnionej w Spółce i przepisania do innej położnej.

(akta kontroli str. 37, 46-92, 645-648)

W sprawie organizacji udzielania świadczeń przez położną POZ, w szczególności wskazania dzieci, u których należy przeprowadzić wizyty patronażowe, sposobu powiadamiania ich rodziców/opiekunów prawnych oraz monitorowania procesu udzielania tych świadczeń, położna POZ wyjaśniła, że *Przyjęta jest zasada, że to pacjent bezpośrednio kontaktuje się z położną (pacjenci otrzymują moją wizytówkę w POZ, albo korzystają z informacji dostępnych w szpitalach albo na stronach NFZ). Wówczas proszę pacjentkę, aby poinformowała mnie o dniu wypisu ze szpitala i umawiany jest dogodny termin dla pacjentki, zawsze zaznaczam, że pierwsza wizyta powinna odbyć się u pacjentki i dziecka w ciągu 48 godzin od wypisu ze szpitala. Jeśli pojawi się jakaś pilna potrzeba to pacjentka wie, że może się ze mną kontaktować przez cały czas będąc pod moją opieką. Nie wystąpiły przypadki nieudzielenia świadczenia w ramach wizyty patronażowej u pacjentów zgłoszonych do mnie. Proces udzielania świadczeń w ramach wizyt patronażowych sama monitoruję, umawiając pacjentki na kolejne wizyty, jeśli jest potrzeba udzielenia więcej niż 4 wizyt - to tak jest też robione. Jeśli jest potrzeba, aby dziecko zobaczył lekarz, po mojej wizycie albo telefonie od mamy, to najczęściej kieruję dziecko do szpitala. W latach 2022-2024 nie było takiego przypadku, ale z doświadczenia mojej pracy zawodowej - również w szpitalu - wiem, że takie małe dzieci mogą otrzymać pomoc głównie w szpitalu. Terminy wizyty patronażowej odnotowywane są w dokumentacji medycznej pacjenta, tam też odnotowuję wszystkie ważne informacje, m.in. datę zgłoszenia dziecka do mnie, datę wypisu ze szpitala, numer telefonu do matki dziecka.*

(akta kontroli str. 140-142)

Badanie 60 DM dzieci<sup>62</sup>, u których w okresie objętym kontrolą położna POZ przeprowadziła wizyty patronażowe (po 4 wizyty - łącznie 240 wizyt)<sup>63</sup> wykazało, że wizyty te odbyły się z zachowaniem wymogów określonych w Części II Załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, dotyczących zarówno miejsca ich przeprowadzenia (miejsce zamieszkania dziecka), jak i obecności podczas badań opiekunów prawnych lub faktycznych; - w 39 z 60 objętych badaniem przypadków (65%) pierwsza wizyta patronażowa odbyła się w ciągu 48 godzin od zgłoszenia się rodzica dziecka do położnej POZ po wypisaniu ze szpitala; w pozostałych 21 przypadkach (35%) udzielenie pierwszej wizyty patronażowej nastąpiło po upływie 48 godzin, tj.: w trzecim dniu (11 wizyt), w czwartym dniu (9 wizyt) i w piątym dniu (jedna wizyta) od daty

<sup>61</sup> Według danych przekazanych przez NFZ z 10 czerwca 2025 r.

<sup>62</sup> Dobór losowy po 20 DM pacjentów z lat 2022-2024.

<sup>63</sup> Wszystkie świadczenia profilaktyczne określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych (wizyty patronażowe położnej POZ), które mogły zostać wykonane w poszczególnych latach objętych kontrolą.

zgłoszenia się rodzica do położnej POZ po wypisaniu dziecka ze szpitala, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;

- DM wszystkich pacjentów (którym położna POZ udzieliła wizyty patronażowej) zawierała informacje dotyczące przeprowadzonych badań (np. dane z wywiadu i badania fizykalnego), a także uzyskane na podstawie wywiadu informacje o warunkach wychowania; zakres czynności podczas wizyt patronażowych położnej odpowiadał wymogom wynikającym z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, z wyjątkiem informacji dotyczących identyfikowania czynników ryzyka w rodzinie;
- wpisy dotyczące udzielenia wizyty patronażowej dziecku, w każdym przypadku zostały potwierdzone podpisem matki dziecka, co było zgodne z wytycznymi określonymi w § 28 ust. 6 zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2022;
- wszystkie wizyty patronażowe udzielane były za każdym razem przez tą samą położną POZ, wskazaną w deklaracji danego pacjenta;
- w objętej badaniem dokumentacji nie stwierdzono przypadków dzieci, które zostały objęte świadczeniem/konsultacją specjalistów;
- w DM pacjentów, u których zostały przeprowadzone wizyty patronażowe przez położną POZ nie było adnotacji dotyczących niewłaściwego traktowania dzieci przez ich rodziców/opiekunów prawnych, niewłaściwego ich odżywiania, lub okoliczności wskazujących na możliwe nieprawidłowości w rozwoju lub poważne choroby. Położna POZ udzielająca świadczeń w latach 2022-2024 była (w trakcie trwania czynności kontrolnych NIK) nadal zatrudniona w Medicom s.c.

(akta kontroli str. 93-136, 137-139)

Położna POZ, w sprawie braku w DM informacji dotyczących identyfikowania czynników ryzyka w rodzinie wyjaśniła, że *w badanej dokumentacji medycznej 60 pacjentów nie ma informacji dotyczącej identyfikowania czynników ryzyka w rodzinie, bo rodziny te funkcjonowały prawidłowo i nie stwierdziłam konieczności takich zapisów. Gdyby pojawiła się sytuacja wystąpienia problemów w rodzinie to mam bezpośredni kontakt do pracowników pomocy społecznej i podjęte byłyby działania. W populacji, którą obejmuję opieką, nie ma takich przypadków, w których rodziny wykazywałyby problemy.* Położna POZ wyjaśniła również: *co do opisu warunków zamieszkania ograniczam się do wpisu, że warunki są dobre, jeśli takie są. Nie opisuję tego szczegółowo. Jeśli wystąpiłby przypadek, kiedy warunki zamieszkania byłyby nieodpowiednie dla dziecka, to wówczas taki zapis odnotowałabym w dokumentacji medycznej (szczególnie w zakresie czystości pomieszczeń), poinformowałabym wówczas odpowiednie służby. Nie było takiego przypadku w mojej pracy zawodowej w latach 2022-2024.*

(akta kontroli str. 140-142)

W wyniku analizy deklaracji wyboru położnej POZ dotyczących ww. 60 dzieci (których DM była objęta badaniem w zakresie udzielonych wizyt patronażowych u dziecka do 6. tygodnia życia) stwierdzono, że:

- wszystkie deklaracje wyboru położnej POZ zostały podpisane przez rodzica dziecka;

- w jednej deklaracji, mimo wymogu wynikającego z art. 10 ust. 3 pkt 1 lit. i) ustawy o POZ, nie wskazano imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego<sup>64</sup>, co zostało uzupełnione w trakcie kontroli NIK<sup>65</sup>;
- w 55<sup>66</sup> deklaracjach nie wskazano adresu miejsca zamieszkania, a w 29 - numeru telefonu opiekuna prawnego<sup>67</sup>, tj. elementów, o których mowa w art. 10 ust. 3 pkt 1 lit. i) ustawy o POZ;
- w 57 deklaracjach (95%) nie podano informacji, o których mowa w art. 10 ust. 3 pkt 2 ustawy o POZ, wskazujących, który raz w danym roku był dokonywany wybór, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 143-144, 145-146, 147-270, 549-550)

4. Zgodnie z art. 11 ust. 1 i ust. 2 ustawy o POZ, zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizuje zespół POZ, w skład którego wchodzi: lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Zespół ten, w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką. Współpraca ta polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy.

W sprawie ww. współpracy zespołu POZ z pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania (pielęgniarkami szkolnymi) dotyczącej profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży, Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *w okresie objętym kontrolą posiadaliśmy umowę z NFZ na wykonywanie świadczeń pielęgniarki szkolnej w następujących okresach od 1 stycznia 2022 r. do 31 sierpnia 2023 r. i od 1 lutego 2024 r. do 31 grudnia 2024 r. W pierwszym okresie opiekowaliśmy się pięcioma szkołami, natomiast w drugim już tylko trzema mniejszymi. Do wykonywania zadań z tym związanych zatrudnialiśmy własne pielęgniarki szkolne. Wspólnik Spółki wyjaśnił również, że (...) w uzgodnieniu z dyrekcjami placówek szkolnych organizowane były pogadanki na konkretne tematy, związane z higieną osobistą, odżywianiem, dojrzwaniem, pierwszą pomocą, profilaktyką chorobową. Nie sporządzano z tych zdarzeń pisemnej dokumentacji (...).*

(akta kontroli str. 2-6, 7-8)

Badanie losowo wybranych 30 DM dzieci wykazało, że w latach 2022-2024 pielęgniarka szkolna zatrudniona w Spółce realizowała swoje zadania profilaktyczne (wykonując testy przesiewowe i badania bilansowe). W dokumentacji badania przesiewowego wykonanego przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania zawarte były informacje dotyczące przeprowadzonych testów przesiewowych i ich wyniki. Nie stwierdzono wpisów wskazujących na nieprawidłowości w rozwoju dzieci lub niewłaściwe ich traktowanie. Pracownicy Medicom s.c. w okresie objętym kontrolą nie brali udziału w posiedzeniach gminnego zespołu interdyscyplinarnego ds. przemocy domowej.

(akta kontroli str. 278)

<sup>64</sup> Pacjent A. C.

<sup>65</sup> 13 czerwca 2025 r. rodzic pacjenta A.C. dokonał korekty deklaracji w zakresie wskazania danych przedstawiciela ustawowego.

<sup>66</sup> W trakcie kontroli NIK, 13 czerwca 2025 r. rodzic pacjenta E.W. dokonał korekty deklaracji, uzupełniając wymagane dane.

<sup>67</sup> Deklaracje dotyczyły osób niepełnoletnich.

5. Medicom s.c. była zobowiązana do monitorowania jakości udzielanych świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie: dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej; zarządzania organizacją ich udzielania oraz uzyskania efektu zdrowotnego, tj. realizacji obowiązku określonego w art. 23 ust. 1 i 2 ustawy o POZ.

Wspólnik Spółki wyjaśnił, że w MEDICOM s.c. koordynacją i monitorowaniem udzielania świadczeń profilaktycznych zajmują się głównie pielęgniarki współpracujące z lekarzem POZ. Pielęgniarki poprzez m.in. monitorowanie terminów szczepień i informacji pozyskiwanych od położnej, a także od lekarza ustalają terminy wizyt badań profilaktycznych, które realizowane są w związku ze szczepieniem pacjentów. Występują trudności w skutecznym wezwaniu na szczepienie pacjenta, dlatego mając to na względzie wykorzystuje się tą wizytę również w celu wykonania badań profilaktycznych. Pacjenci, którzy nie pojawią się w wyznaczonych terminach przyjęć nie zawsze informują o swojej nieobecności i nie zawsze jest to dokumentowane, bo w systemie jest informacja, że danym dniu pacjent się nie zgłosił. W Medicom S.C. jest możliwość umówienia wizyty w godzinach od 8 do 18 (...). Nie jest stosowana określona procedura, jednak działania podejmowane są na bieżąco i zapewniają dostępność, kompleksowość oraz ciągłość świadczeń opieki zdrowotnej (...).

(akta kontroli str. 280-281, 471, 540)

Z ustaleń kontroli wynika, że w Spółce w sposób niewystarczający monitorowano jakość profilaktyki dla dzieci i młodzieży w ramach POZ. Potwierdzeniem tego jest nieobjęcie profilaktycznymi świadczeniami gwarantowanymi przez lekarza POZ większości uprawnionych dzieci (w przypadku pielęgniarki POZ wszystkich uprawnionych dzieci), a także opisane poniżej przypadki nieprawidłowości związanych z udzielaniem świadczeń profilaktycznych.

6. W latach objętych kontrolą wysokość środków przekazanych Spółce przez NFZ na świadczenia udzielane w ramach POZ dla dzieci i młodzieży do 19. roku życia z podziałem na lata 2022-2024 i poszczególne rodzaje świadczeń<sup>68</sup> kształtowała się następująco:

- a) lekarz POZ, kwota środków przekazanych w ramach stawki kapitałowej za deklaracje lekarza POZ: 254 649,94 zł, 284 224,45 zł i 294 269,82 zł;
- b) pielęgniarka POZ, kwota środków przekazanych w ramach stawki kapitałowej za deklaracje pielęgniarki POZ: 48 154,58 zł, 51 598,86 zł, 53 588,87 zł;
- c) położna POZ, kwota środków przekazanych w ramach stawki kapitałowej za deklaracje położnej POZ: 16 930,08 zł, 18 304,60 zł, 19 271,64 zł oraz kwota zapłacona przez NFZ za wykonane wizyty patronażowe: 3 915,62 zł, 3 662,23 zł, 3 782,34 zł.

Wysokość środków przekazanych przez NFZ w ramach stawki kapitałowej dla populacji dzieci i młodzieży 0-19 lat - w podziale na częstotliwość korzystania ze wszystkich świadczeń POZ w poszczególnych latach objętych kontrolą wyniosła:

- „0” zrealizowanych wizyt lekarza POZ: 47 754,23 zł, 37 393,56 zł, 41 968,29 zł;
- 1-3 zrealizowanych wizyt lekarza POZ: 95 468,30 zł, 112 884,12 zł, 115 614,86 zł;

<sup>68</sup> Według informacji NFZ z 17 czerwca 2025 r. środki finansowe wypłacone świadczeniodawcy w ramach stawki kapitałowej obejmującej wszystkie porady zrealizowane przez świadczeniodawcę w ciągu roku, w tym poniesione koszty badań diagnostycznych i koszty pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń dla populacji 0-19 lat.

- 4 i więcej zrealizowanych wizyt: 111 427, 41 zł, 133 946,77 zł, 136 686, 67 zł.

(akta kontroli str. 652-655, 657)

Z wyjaśnień Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>69</sup>, dotyczących rozliczeń umowy 08R/20408 zawartej z Medicom s.c. (w latach 2022-2024) wynikało, że *POZ jest specyficznym rodzajem świadczeń, wyróżniającym się na gruncie systemu opieki zdrowotnej nie tylko trybem i zasadami zawierania umów, ich zakresem przedmiotowym, sposobem zabezpieczania świadczeń, ale przede wszystkim sposobem finansowania i rozliczania świadczeń (...) Profilaktyczne świadczenia dla dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem wizyt patronażowych położnej POZ, finansowane są w ramach stawki kapitałowej, świadczeniodawca nie otrzymuje zatem dodatkowych środków finansowych za wykonanie badań bilansowych, badań przesiewowych, porad patronażowych lekarza POZ, wizyt patronażowych i testów przesiewowych pielęgniarki POZ. W związku z tym brak jest możliwości wyodrębnienia środków przekazanych świadczeniodawcom wyłącznie za zrealizowane profilaktyczne świadczenia dla dzieci i młodzieży (...).*

*W przypadku świadczeń pielęgniarki POZ nie ma możliwości podziału na liczbę osób, które w wieku 0-19 lat nie korzystały ze świadczeń i które korzystały sporadycznie z uwagi na fakt, że świadczenia pielęgniarki sprawozdawane są komunikatem zbiorczym XML TYPU "ZBPOZ". W przypadku świadczeń położnej POZ realizowanych w ramach stawki kapitałowej również nie ma możliwości określenia częstotliwości korzystania ze świadczeń z uwagi na wykazywanie świadczeń z danymi opiekuna z uwagi na brak własnego identyfikatora pesel.*

(akta kontroli str. 640-668)

Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *świadczenia (profilaktyczne dla dzieci i młodzieży) nie posiadają indywidualnych wycen w rozliczeniu z NFZ. Stanowią one pewną część stawki kapitałowej, która obejmuje całokształt wszystkich świadczeń wykonywanych w ramach POZ. Nie istnieje zatem możliwość wydzielenia ze stawki kapitałowej części dotyczącej jedynie profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży do 19 roku życia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a więc nie jest możliwe przekazanie informacji o wysokości otrzymanych środków za te wybrane świadczenia. Jedynymi z wymienionych świadczeń, rozliczanych osobno, poza stawką kapitałową, są wizyty patronażowe wykonywane przez położną. Z tego tytułu w roku 2022 otrzymaliśmy z NFZ kwotę 3 402,16 zł, w roku 2023 – 3 627,93 zł, a w roku 2024 – 3 748,04 zł. (...) Gdyby znana była wartość części stawki kapitałowej przypadająca na profilaktyczną opiekę zdrowotną dzieci i młodzieży do 19 roku życia można byłoby podjąć próbę wyselekcjonowania z bazy danych osób, które w tej grupie wiekowej nie skorzystały z żadnych świadczeń. Wówczas mnożąc otrzymaną ilość przez nieznaną stawkę moglibyśmy uzyskać odpowiedź na zadane pytanie.*

(akta kontroli str. 280-281, 471)

Medicom s.c. stosownie do § 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

<sup>69</sup> Informacja udzielona w trakcie kontroli P/25/091 (pismo z 17 czerwca 2025 r. Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>70</sup> była zobowiązana do przekazywania NFZ informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, na pierwszej wizycie pacjenta. Spółka, w badanym okresie nie przekazywała ww. informacji, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Według danych NFZ przekazanych w trakcie niniejszej kontroli NIK, liczba świadczeniobiorców (dzieci i młodzieży), których dotyczył obowiązek przekazania informacji o masie ciała i wzroście przez Spółkę (w poszczególnych latach) wynosiła: 713, 734 i 713 osób.

Spółka, w badanym okresie, nie posiadała zbiorczych zestawień dotyczących liczby i rodzaju udzielonych świadczeń profilaktycznych przez lekarzy POZ umożliwiających zweryfikowanie prawidłowości raportowanych danych w tym zakresie do NFZ<sup>71</sup>. Liczba udzielonych świadczeń profilaktycznych przez pielęgniarki POZ, wg danych Spółki i zaraportowanych do NFZ wynosiła „0”. Liczba świadczeń udzielonych przez położną POZ (świadczenia udzielane w ramach wizyty patronażowej rozliczane z NFZ odrębnie) była zgodna z danymi w tym zakresie przekazanymi do NFZ.

(akta kontroli str. 477, 659)

W myśl art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej<sup>72</sup>, świadczeniodawca jest zobowiązany do raportowania danych o stanie zdrowia pacjentów<sup>73</sup>, tj. m.in. do przekazywania danych zgodnie ze wzorem formularza MZ-11 *Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*. W okresie objętym kontrolą Spółka nie sporządziła ww. sprawozdań (za lata 2022, 2023 i 2024), co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 476-477)

Wspólnik Spółki w przekazanej informacji wskazał, że Spółka nie posiada tzw. pustych kart uodpornienia dzieci, przekazanych przez szpitale, których rodzice nie zgłosili się w celu złożenia deklaracji w Medicom s.c. w celu objęcia ich dzieci podstawową opieką zdrowotną.

(akta kontroli str. 281, 471)

W trakcie kontroli, udostępniono rodzicom dzieci, którzy zgłosili się na wizytę z dzieckiem do lekarza POZ, przygotowaną przez NIK anonimową ankietę dotyczącą profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce<sup>74</sup>. Ww. ankietę zawierała siedem

---

<sup>70</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

<sup>71</sup> Spółka przekazała dane wyłącznie w zakresie jednego kodu rozpoznania Z10 (Kod rozpoznania Z10 w klasyfikacji ICD-10 oznacza rutynową ogólną kontrolę stanu zdrowia). Z uwagi na brak w przekazanych do kontroli plikach danych dotyczących kodów poszczególnych świadczeń objętych kontrolą, tj.: 5.01.00.0000104 – bilans zdrowia/rozpoznanie Z10, testy przesiewowe oraz 5.01.00.0000102 – porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w miejscu udzielenia świadczeń/rozpoznanie Z10, weryfikacja liczby ww. poszczególnych świadczeń nie była możliwa.

<sup>72</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1799; dalej: ustawa o statystyce publicznej.

<sup>73</sup> Elektronicznie za pomocą Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia.

<sup>74</sup> 50 sztuk.

pytań<sup>75</sup>. Łącznie wypełnionych zostało 19 ankiet<sup>76</sup>. Wszyscy ankietowani stwierdzili, że posiadają wiedzę na temat świadczeń gwarantowanych lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, które obejmują m.in.: poradę i wizytę patronażową oraz badania bilansowe, badania/testy przesiewowe, wskazując we wszystkich ankietach lekarza rodzinnego jako główne źródło tej wiedzy. Poza tym wiedzę o ww. badaniach i testach czerpano z ulotek i plakatów w przychodni (sześć osób) oraz innych źródeł (cztery osoby), wskazując m.in.: NFZ, znajomych, rodzinę, Internet, pielęgniarki, telewizję i radio. Pozyskana wiedza dotyczyła: zakresu świadczeń (osiem osób), terminów świadczeń i zakresu świadczeń (pięć osób), terminów świadczeń (cztery osoby), terminów świadczeń, zakresu świadczeń i innych spraw (dwie osoby). Ankietowani (100%) stwierdzili, że wyniki badań/świadczeń zostały wpisane do książeczki zdrowia dziecka oraz wskazali na zasadność prowadzenia elektronicznej książeczki zdrowia zamiast dotychczasowej, mającej formę papierową. W Medicom s.c. dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była w formie elektronicznej, natomiast wpisy w książeczkach zdrowia pacjentów dokonywane były w formie papierowej.

W odniesieniu do ww. sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej wskazano, że dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 (w postaci elektronicznej) i w ust. 2 (w postaci papierowej), nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Wszyscy ankietowani wskazali, że Spółka informowała o świadczeniach gwarantowanych lekarza, pielęgniarki i położnej<sup>77</sup>, tj. w trakcie wizyty - trzy osoby, a telefonicznie i w przychodni - po jednej osobie.

(akta kontroli str. 670-707)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W wyniku szczegółowego badania DM 9 dzieci objętych poradami patronażowymi przez lekarza POZ oraz DM 25<sup>78</sup> dzieci objętych badaniami bilansowymi przez lekarza POZ, stwierdzono, że zakres udzielonych

<sup>75</sup> 1) Czy ma Pani/Pan wiedzę na temat świadczeń gwarantowanych lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, które obejmują m.in.: poradę i wizytę patronażową oraz badania bilansowe, badania/testy przesiewowe? a) Badanie bilansowe, w tym przesiewowe lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, b) Porada patronażowa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, c) Wizyta patronażowa i testy przesiewowe pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, d) Wizyta patronażowa położnej podstawowej opieki zdrowotnej. 2) Czego dotyczyła ta wiedza? a) Terminów świadczeń, b) Zakresu świadczeń, c) Innych spraw (jakich). 3) Skąd wiedza ta pochodziła? a) Od lekarza rodzinnego, b) Z mediów, c) Z ulotek i plakatów w przychodni, d) Z innych źródeł (jakich). 4) Czy placówka podstawowej opieki zdrowotnej, do której zapisane jest Pani/Pana dziecko informowała o świadczeniach gwarantowanych lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, które obejmują m.in.: poradę i wizytę patronażową oraz badania bilansowe, badania/testy przesiewowe i zasadach ich udzielania? Tak, a) Jakich, b) W jaki sposób, Nie. 5) Czy wszystkie wyniki ww. badań/świadczeń zostały wpisane do książeczki zdrowia Pani/Pana dziecka? Tak/Nie. 6) W przypadku, gdy wyniki badań/świadczeń nie zostały wpisane do książeczki zdrowia Pani/Pana dziecka jakie były tego przyczyny? a) Brak książeczki, b) Niewpisanie wyników przez lekarza, pielęgniarkę, położną, c) Brak wiedzy, d) Inne. Przyczyny. 7) Czy zdaniem Pani/Pana zasadnym byłoby wprowadzenie elektronicznej książeczki zdrowia dziecka zamiast dotychczasowej, mającej formę papierową, a jeżeli tak to dlaczego? Tak (wskazać korzyści)/ Nie.

<sup>76</sup> W okresie od 28 kwietnia do 14 lipca 2025 r.

<sup>77</sup> Jeden ankietowany wskazał, że otrzymał informację o wszystkich świadczeniach, dwóch ankietowanych wskazało, że otrzymali informację o badaniach bilansowych.

<sup>78</sup> Z 30 DM objętych badaniem.

i udokumentowanych badań nie był zgodny z zakresem określonym w Części III Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, i tak: a) we wszystkich 9 DM dotyczących udzielenia porad patronażowych nie było wpisów dotyczących przeprowadzenia badań przedmiotowych w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych<sup>79</sup>; b) w DM dotyczących przeprowadzenia badań bilansowych nie było wpisów dotyczących wykonania testu rozwoju reakcji słuchowych<sup>80</sup> oceny rozwoju mowy<sup>81</sup>, badania psychomotorycznego<sup>82</sup>, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi<sup>83</sup> i oceny higieny jamy ustnej<sup>84</sup>, udzielenia porady w zakresie prozdrowotnego stylu życia<sup>85</sup>. W DM trójki dzieci w DM brak było opisów dotyczących przeprowadzenia niektórych wymaganych badań/testów określonych dla dzieci: w III klasie<sup>86</sup>, bilansu 14 latka<sup>87</sup> oraz bilansu 4 latka<sup>88</sup>. Ponadto w jednej DM nie było wpisu o wykonaniu pomiaru masy ciała i wzrostu pacjenta<sup>89</sup> oraz w dwóch DM określenia współczynnika masy ciała - Body Mass Index - BMI<sup>90</sup>.

(akta kontroli str. 282, 283-470, 284, 321, 478-531)

Kierownik Przychodni (Wspólnik Spółki) wyjaśnił: (...) w 2021 r. zmarł lekarz POZ zajmujący się w Przychodni głównie dziećmi od ok. 30 lat, od tego czasu dzieci przyjmowane są przez lekarzy POZ, którzy pracują zmianowo, często zmieniają się i różnie prowadzą dokumentację medyczną. Staram się, aby ta dokumentacja była kompletna, ale z uwagi na trudności z personelem medycznym jest to czasem trudne do spełnienia. Lekarze często badają, ale nie zawsze wszystkie wpisy są robione z uwagi na natłok pracy i mogą zdarzyć się w tym zakresie usterki. Będziemy informować lekarzy, aby na przyszłość zwracali uwagę na wszystkie wymagane badania i ich dokumentowanie.

(akta kontroli str. 532-533)

<sup>79</sup> Dotyczyło to wszystkich 9 wizyt patronażowych objętych badaniem.

<sup>80</sup> Dotyczyło to dziesięciu DM pacjentów: J.L. nr 1, Z.S. nr 4, M.G. nr 5, P.Ch. nr 6, T.L. nr 7, A.D. nr 8 i M.Sz. nr 9 i T.S. nr 10, F.S. nr 23 i W.B. nr 28.

<sup>81</sup> Dotyczyło to pięciu DM pacjentów: J.L. nr 1, Z.S. nr 4, T.L. nr 7, F.S. nr 22 i W.B. nr 28.

<sup>82</sup> Dotyczyło to siedmiu DM pacjentów: Z.S. nr 4, M.G. nr 5, P.Ch. nr 6, T.L. nr 7, A.D. nr 8 i M.Sz. nr 9 i T.S. nr 10.

<sup>83</sup> Dotyczyło to czterech DM pacjentów: M.G. nr 5, P.Ch. nr 6, A.D. nr 8 i W.B. nr 28.

<sup>84</sup> Dotyczyło to trzech DM pacjentów: J.L. nr 1, T.L. nr 7, T.C. nr 24.

<sup>85</sup> Dotyczyło to dziesięciu DM pacjentów: M.R. nr 14, A.S. nr 15, H.S. nr 16, F. Sz. nr 17, J.T. nr 18, P.U. nr 19, P.U. nr 20, S.S. nr 21., T.C. nr 24, M.W. nr 25.

<sup>86</sup> T.C. nr 24 – brak było w DM wpisów dotyczących analizy informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych oraz od wychowawcy klasy, badania przedmiotowego ze szczególnym uwzględnieniem oceny, rozwoju psychospołecznego, układu moczowo-płciowego, dojrzewania płciowego według skali Tannera, tarczycy, jamy ustnej, wykrywania zaburzeń ostrości wzroku i widzenia, barw. Brak podsumowania badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego, brak udzielenia porady w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

<sup>87</sup> M.W. nr 25 - brak było w DM wpisów dotyczących przedmiotowego badania ze szczególnym uwzględnieniem oceny: rozwoju psychospołecznego, układu ruchu, tarczycy, dojrzewania płciowego, układu moczowo-płciowego, wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, podsumowania badania, z określeniem poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego oraz porady w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

<sup>88</sup> DM pacjenta K.O. nr 12 – brak badania w zakresie budowy ciała postawy.

<sup>89</sup> DM dotycząca bilansu 2 latka Z.S. nr 4.

<sup>90</sup> Dwie DM pacjentów: Z.S. nr 4 i N.W. nr 27.

W sprawie przyczyny braku w DM niektórych badań wymaganych do przeprowadzenia w trakcie porad patronażowych i badań bilansowych, lekarz POZ udzielająca tych świadczeń wyjaśniła: *braki wpisów w dokumentacji medycznej niektórych badań przeprowadzonych w ramach badania bilansowego, mogły wynikać z tego, że wszystkie te dane wpisuję w książeczke zdrowia dziecka i zdarza się, że skrótowo wpisuję do dokumentacji medycznej, bo najważniejsze jest to, żeby dziecko miało wszystkie wpisy w książeczce. Zawsze bardzo dokładnie badam dzieci w ramach bilansu i staram się informować rodziców uczestniczących w badaniu o każdej nieprawidłowości stwierdzonej u dziecka, kieruję wówczas do lekarzy specjalistów lub zalecam obserwację dziecka, a w dokumentacji medycznej dokonuję stosownego wpisu. Jeśli nie było nieprawidłowości wpis mógł zostać pominięty (...).* Ponadto lekarz POZ w odniesieniu do braku w DM wpisów dotyczących badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych wyjaśniła, że *w trakcie każdego badania przeprowadzanego w ramach wizyty patronażowej zawsze badam dziecko bardzo dokładnie. Nie zwróciłam do tej pory uwagi na zapis w dokumentacji medycznej dotyczący odniesienia się do badania stawów biodrowych może to wynikać również z tego, że dzieci zaraz po wypisie ze szpitala są kierowane do poradni preluksacyjnej; w trakcie mojego badania kieruję ponownie dziecko do tej poradni na kontrolę.*

(akta kontroli str. 534-535)

W sprawie braków w bilansie 2-latka<sup>91</sup> pomiarów masy i długości ciała i oceny psychomotorycznej, oceny obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu, przeprowadzenia testu rozwoju reakcji słuchowych oraz oceny rozwoju mowy, wykonania testu Hirschberga w kierunku wykrywania zezów; pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, lekarz POZ, który przeprowadzał ww. badanie wyjaśnił: *Pełen opis przeprowadzonego badania bilansowego zawierającego opis wykonanych badań znajduje się zapewne w książeczce zdrowia pacjenta, co wpisano w dokumentacji medycznej pacjenta. Gdyby u tego dziecka były wykryte w ramach badania jakieś nieprawidłowości byłyby one wykazane w dokumentacji medycznej. Z przeoczenia nie wszystkie wpisy dot. tego bilansu są w dokumentacji medycznej pacjenta. Każde dziecko jest dokładnie badane podczas bilansu zdrowia, który bardzo często wykonywany jest w ramach wizyty związanej ze szczepieniem i tak było też w tym przypadku, gdyż wizyta była połączona ze szczepieniem.*

(akta kontroli str. 536-537)

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela powyższych wyjaśnień. Zgodnie z § 9 ust. 2 zarządzeń Prezesa NFZ nr 160/2021 oraz nr 79/2022 potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wpisanie informacji o wykonanym świadczeniu w dokumentacji pacjenta jest dowodem na jego udzielenie. Ponadto zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

2. W dokumentacji medycznej pacjentów brak było wpisów potwierdzających przeprowadzenie przez pielęgniarki POZ obowiązkowych badań dzieci, które powinny być wykonane dla danego przedziału wiekowego dziecka, co świadczy

---

<sup>91</sup> Z.S.

o braku realizacji zakresu świadczeń określonych w Części II Załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(akta kontroli str. 7, 474)

Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *Pielęgniarki POZ realizują świadczenia wizyt patronażowych, testów przesiewowych uczestnicząc przy badaniu, które wykonuje lekarz i on w dokumentacji medycznej potwierdza przeprowadzenie tych badań profilaktycznych. Przy każdym udzielanym przez lekarza POZ świadczeniu profilaktycznym uczestniczy pielęgniarka POZ, zarówno przy badaniu bilansowym, przesiewowym, patronażowym czy też szczepieniu. To w szczególności pielęgniarka POZ pomaga w przygotowaniu dziecka do badania, mierzy i waży dziecko, a lekarz realizuje pozostałe badania. W dokumentacji medycznej pacjenta realizację udzielenia tych świadczeń wpisuje lekarz POZ.*

(akta kontroli str. 540-541)

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela powyższych wyjaśnień. Pielęgniarka POZ podobnie jak lekarz POZ, zobowiązana jest do potwierdzenia udzielenia świadczenia zdrowotnego poprzez dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy<sup>92</sup>, niezwłocznie po jego udzieleniu<sup>93</sup>.

3. Spółka, na etapie zawierania umowy z NFZ<sup>94</sup>, przekazała niezgodne ze stanem faktycznym informacje o osobach, które miały udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w POZ. W konsekwencji doszło do naruszenia § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>95</sup>, w myśl którego świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne (w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>96</sup>) zgodnie z harmonogramem, jak też § 2 ust. 5 umowy zawartej z NFZ, zgodnie z którym Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń wraz z ich harmonogramami pracy (...)<sup>97</sup> Jeden lekarz POZ wykazany jako personel medyczny w Załączniku nr 2 (*Harmonogram – zasoby*) do umowy zawartej z NFZ w latach 2022-2025 r.<sup>98</sup> nie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej<sup>99</sup> od 17 kwietnia 2021 r., natomiast inny lekarz POZ udzielał świadczeń POZ od 13 listopada 2023 r.<sup>100</sup>, mimo że nie był objęty umową zawartą z NFZ.

(akta kontroli str. 46-92, 558, 559, 708-709, 564-583)

<sup>92</sup> Zgodnie z § 9 ust. 2 zarządzeń Prezesa NFZ nr 160/2021 oraz nr 79/2022.

<sup>93</sup> Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie dokumentacji medycznej.

<sup>94</sup> W latach 2022-2025.

<sup>95</sup> Dz. U. z 2025 r., poz. 400. Dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

<sup>96</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.

<sup>97</sup> Z wyjątkiem, gdy zaistniała zmiana nie przekracza 14 dni (§ 2 ust. 6 umowy zawartej z NFZ).

<sup>98</sup> Umowa nr 08R/20408/0113/POZ zawarta z NFZ, kontynuowana w latach 2022-2025 (aneks nr 1 z 14 stycznia 2022 r. na rok 2022, aneks nr 1 z 10 stycznia 2023 r. na rok 2023, aneks nr 1 z 4 stycznia 2024 r. na rok 2024 i aneks nr 1 z 30 grudnia 2024 r. na rok 2025).

<sup>99</sup> Lekarz zmarł 16 kwietnia 2021 r.

<sup>100</sup> Umowa zawarta 13 listopada 2023 r. na czas nieokreślony obejmowała udzielanie świadczeń przez lekarza w poradni pediatrycznej.

W sprawie niezgodności personelu medycznego udzielającego świadczeń medycznych z danymi zawartymi w załączniku nr 2 do umowy z NFZ, Wspólnik Spółki wyjaśnił: *Informowaliśmy NFZ o tym fakcie, że lekarz zaprzestał udzielania świadczeń na pewno telefonicznie i być może mailowo, ale odpowiedź NFZ była taka, że nie da się tego zrobić. Informację taką przekazywaliśmy do NFZ w latach 2021-2022. Ponieważ nie zostało to zrobione przez NFZ, nie zgłaszaliśmy tego w kolejnych latach. W portalu świadczeniodawcy nie wykazuje się tego lekarza – lekarz figuruje jako osoba, która zaprzestała udzielenia świadczeń. To NFZ przekazuje umowę do podpisania i ja jej nie mogę zmienić, muszę ją podpisać aby zachować ciągłość udzielania świadczeń. (...) Nie znamy przyczyny dlaczego w naszych umowach zawieranych z NFZ (...) wykazywany był lekarz zmarły w kwietniu 2021 r. To nie Spółka tworzy te umowy i nie ma żadnego wpływu na ich treść, która jest rozbieżna z danymi zamieszczonymi w portalu świadczeniodawcy (...). Trzeba mieć na względzie, że był to okres Covidu-19 i wiele wówczas rzeczy nie działało. W sprawie niezgłoszenia do umowy lekarza udzielającego świadczeń POZ Wspólnik Spółki wyjaśnił, że Nie pamiętamy przyczyny dlaczego do umowy na 2025 rok nie został zgłoszony lek. med. (...).*

(akta kontroli str. 541, 620-621)

Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>101</sup> z 4 lipca 2025 r.<sup>102</sup> wskazała, że świadczeniodawca 08R/20408 - Medicom s.c. realizujący umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na przestrzeni lat 2021-2025, nie dokonał zgłoszenia zmian do umowy w postaci zakończenia zatrudnienia lekarza (...) oraz dodania zatrudnienia lekarza (...). Potwierdzam zatem, że Medicom s.c. nie dopełnił wymaganych zgłoszeń w obu przypadkach.

(akta kontroli str. 584-585, 586)

W trakcie kontroli NIK (tj. 7 lipca 2025 r.) Spółka zwróciła się do OOW NFZ z prośbą o dokonanie zmiany w zakresie odnoszącym się do wykreślenia lekarza POZ, który zaprzestał udzielania świadczeń. W ww. piśmie do OOW NFZ Spółka wskazała: że w latach 2021-2022 podejmowaliśmy kilka prób wykreślenia lekarza, jednakże wówczas zostały zablokowane wszystkie możliwości, jakie były stosowane do wprowadzania zmian dotyczących personelu. Żadne rozmowy na ten temat z działem organizacyjnym oraz informatycznym NFZ nie przyniosły oczekiwanego efektu. Chcielibyśmy tę sprawę ostatecznie zakończyć.

(akta kontroli str. 563)

4. W Spółce nie dopełniono obowiązku przekazywania danych o stanie zdrowia pacjentów, wynikającego z ustawy o statystyce publicznej, gdyż nie sporządzono i nie przekazano sprawozdań MZ-11 (*Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*) za lata 2022-2024.

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynikał z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy o statystyce publicznej, w związku z art. 7 ust. 1 tej ustawy. Za sporządzenie sprawozdania i prawidłowość przekazywanych danych odpowiada kierownik jednostki.

---

<sup>101</sup> Dalej: OOW NFZ.

<sup>102</sup> Uzyskanych przez kontrolera przeprowadzającego kontrolę P/25/091 w OOW NFZ.

Podstawę wypełnienia formularza sprawozdania MZ-11, tj. źródło danych sprawozdawczych powinna stanowić dokumentacja medyczna.

(akta kontroli str. 476-477)

Wspólnik Spółki, w sprawie braku realizacji obowiązku sporządzenia sprawozdań MZ-11 wyjaśnił, że *od roku 2022, tj. po zakończeniu wykonywania świadczeń z zakresu AOS na naszym portalu SSOZ szablon sprawozdania MZ-11 przestał być dla naszej jednostki dostępny, co stanowiło dla nas oczywistą informację, że od tej pory jego sporządzenie nie jest już od nas wymagane. Od tego roku jednostka zaprzestała sporządzania sprawozdania MZ-11, należy również nadmienić, że nikt nigdy nie skierował do nas żadnej prośby, czy też ponaglenia do wykonania niniejszego sprawozdania. Reasumując, przyczyną niesporządzania sprawozdania MZ-11 był brak wiedzy na temat konieczności jego sporządzenia.*

(akta kontroli str. 562)

5. Spółka w okresie objętym kontrolą nie realizowała obowiązku wynikającego z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, zgodnie z którym świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach POZ ma obowiązek przekazywania do NFZ informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy - co najmniej raz w danym roku kalendarzowym.

(akta kontroli str. 471)

Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *jednostka, jak niemal wszystkie pozostałe tego typu w kraju, w badanym okresie nie sprawozdawała osobnym zestawieniem informacji o masie ciała i wzroście pacjenta. Czynności te u dzieci i młodzieży były wykonywane podczas wizyt lekarskich z odpowiednią adnotacją w dokumentacji medycznej. (...) Nie mieliśmy wiedzy, że należy sprawozdawać dane o masie ciała i wzroście, NFZ nie wymagał tych danych i ich nie egzekwował.*

(akta kontroli str. 471, 540)

6. Z objętej badaniem DM 60 pacjentów, u których położna POZ przeprowadziła wizyty patronażowe, w 21 przypadkach wynikało, że pierwsza wizyta patronażowa odbyła się po upływie 48 godzin po wypisaniu dziecka ze szpitala<sup>103</sup>, tj. po upływie terminu określonego w Części II Załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, realizowanych przez położną POZ.

(akta kontroli str. 93-136, 137-139)

Położna POZ wyjaśniła, że *termin wizyty jest ustalany z pacjentką do której się udaje, często pacjentka chce tej wizyty po upływie 48 godzin po wypisie ze szpitala, zdarza się też, że 48 godzinach wypada w dzień wolny, są też pacjentki, które rodziły już kilka razy i nie chcą mieć wizyty niezwłocznie po wypisie ze szpitala. Nie zauważyłam, aby wizyta udzielona nie w pierwszych 48 godzinach była jakimś zagrożeniem dla dzieci. Pacjentka jest w stałym kontakcie telefonicznym ze mną, jeśli potrzebuje pomocy, pacjentka lub dziecko, bez względu na godzinę i dzień kontaktuje się ze mną. Bardzo często pacjentki, będąc jeszcze w szpitalu informują mnie, że wybrały mnie jako położną. Pacjentki dzwonią również z informacją w weekend, że są wypisane, a szpital informuje mnie później. Nie sądziłam, że odnotowanie*

<sup>103</sup> W trzecim dniu (11 wizyt), w czwartym dniu (9 wizyt) i w piątym dniu (jedna wizyta) przyjmując datę zgłoszenia się rodzica do położnej POZ po wypisaniu dziecka ze szpitala.

*w dokumentacji medycznej prośby pacjentki o późniejszej wizycie niż 48 godzin będzie istotne. Nie zdarzyły się przypadki, aby zgłoszona do mnie pacjentka nie otrzymała świadczenia, jak również nie zdarzyły się przypadki aby pacjentki, które są zapisane do mnie odmówiły wizyty patronażowej.*

(akta kontroli str. 140-142)

7. Spółka w okresie objętym kontrolą sprawozdała do NFZ dane wynikające z 10<sup>104</sup> deklaracji wyboru lekarza POZ, w których brak było wskazania imienia i nazwiska wybranego lekarza POZ<sup>105</sup>. Świadczeniodawca przekazując ww. deklaracje do NFZ w systemie *mMedica* uzupełnił samodzielnie brakujące dane dotyczące wyboru lekarza, co stanowiło naruszenie prawa pacjenta do swobodnego wyboru lekarza POZ. Zgodnie z art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o POZ pacjentowi przysługuje prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz prawo do wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Stosownie do art. 10 ust. 1 ustawy o POZ świadczeniobiorca swój wybór potwierdza oświadczeniem woli („deklaracją wyboru”). Ponadto, stosownie do art. 10 ust. 4 pkt 1 ustawy o POZ, świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest zobowiązany do sprawdzenia poprawności wypełnienia deklaracji. Przyjęcie przez Spółkę deklaracji niezawierającej elementu wskazanego w art. 10 ust. 2 pkt 6 ustawy o POZ, tj. imienia i nazwiska lekarza POZ, świadczyło o naruszeniu ww. obowiązku.

(akta kontroli str. 283-470, 478-531, 543-546, 547-548, 719-736)

W sprawie wykazywania w ww. deklaracjach przekazywanych do NFZ lekarza POZ (niewskazanego w deklaracji złożonej przez pacjenta), Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *Przyczyną braku wskazania w deklaracjach wyboru ww. pacjentów lekarza POZ było przeoczenie. Brak ten wynikał również z rotacji pracy lekarzy POZ w naszej przychodni. W przypadku pojawienia się pacjenta na kolejnej wizycie lekarskiej deklaracje tych pacjentów zostaną przedłożone rodzicom/opiekunowi prawnemu do uzupełnienia.* Wspólnik wyjaśnił również, *Program mMedica nie pozwoli na wprowadzenie deklaracji pacjenta bez wyboru lekarza, dane te wpisuje personel, który się zmienia. Nie jest to jedna osoba. Panie pielęgniarki i rejestratorki są uprawnione do wpisywania do systemu tych deklaracji.*

W odniesieniu do weryfikowania przez NFZ poprawności deklaracji, Dyrektor OOW NFZ wyjaśniła, że Oddział korzysta z prawa wynikającego z § 4 pkt 6 umowy dotyczącego sprawdzania złożonych deklaracji wyboru w przypadku egzekwowania opłat od świadczeniobiorców, którzy dokonali kolejnego (trzeciego i więcej wyboru) lekarza/pielęgniarki/położnej POZ w jednym roku kalendarzowym (art. 9 ust. 4 ustawy o POZ)<sup>106</sup>.

(akta kontroli str. 538, 668)

8. Spółka pomimo obowiązku sprawdzenia poprawności wypełnienia deklaracji wyboru lekarza POZ i położnej POZ wynikającego z art. 10 ust. 4 ustawy o POZ,

<sup>104</sup> Dotyczyło to następujących pacjentów: M.SZ. H.S., W.B. L.L., A.G., T.K., A.W., T.B., D.B., M.G.

<sup>105</sup> 14 lipca 2025 r. – przekazano do kontroli NIK deklaracje 9 pacjentów, które w systemie rejestracji deklaracji przekazywanych do NFZ posiadały wypełnioną rubrykę wyboru lekarza POZ.

<sup>106</sup> Wyjaśnienia uzyskane przez kontrolera przeprowadzającego kontrolę P/25/091 w OOW NFZ (pismo z 3 lipca 2025 r.).

przyjmowała deklaracje<sup>107</sup> zawierające braki formalne. W 42 z 80 deklaracji złożonych do lekarza POZ brak było wskazania adresu miejsca zamieszkania opiekuna prawnego (art. 10 ust. 3 lit. i ustawy o POZ) oraz określenia, który raz w danym roku był dokonywany wybór lekarza POZ (art. 10 ust. 2 ustawy o POZ). Ponadto, w 55<sup>108</sup> deklaracjach złożonych do położnej POZ, brak było wskazania adresu miejsca zamieszkania<sup>109</sup>, a w 57 deklaracjach brak było określenia, który raz w danym roku był dokonywany wybór położnej POZ. W przypadku jednej deklaracji nie wskazano żadnego przedstawiciela ustawowego<sup>110</sup> (art.10 ust. 3 pkt i ustawy o POZ), co zostało uzupełnione w trakcie kontroli NIK<sup>111</sup>.

(akta kontroli str. 143-144, 145-146, 147-270, 283-470, 478-531, 539, 543-546, 547-548, 549-550)

Wspólnik Spółki wyjaśnił, że *Błędy czy też braki w wypełnianych przez pacjentów deklaracjach wynikają z niedopatrzenia przez pracowników, którzy je przyjmowali. Druki deklaracji zmieniały się i nie zawsze wszystko zostało dobrze zweryfikowane przez osobę przyjmującą deklarację. Wynika to również z tego, że bardzo często jest duża ilość pacjentów i wówczas mogło dojść do przeoczeń. Deklaracje będą sukcesywnie weryfikowane. Zdarza się również, że sam pacjent odmawia podawania pewnych informacji ale nie było to odnotowywane.*

(akta kontroli str. 539)

## 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 | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Zapewnienie wskazywania w umowach zawieranych z NZF aktualnych danych dotyczących potencjału medycznego udzielającego świadczeń.</li><li>2. Podjęcie działań w celu zapewnienia realizacji i dokumentowania udzielanych świadczeń profilaktycznych zgodnie z zakresem przewidzianym dla lekarzy POZ, pielęgniarki i położnej POZ (tj. badań bilansowych, porad patronażowych, wizyt patronażowych, testów przesiewowych).</li><li>3. Podjęcie działań w celu realizacji obowiązku przekazywania danych statystycznych w sprawozdaniach MZ-11.</li><li>4. Przekazywanie do NFZ – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym – informacji o masie ciała oraz wzroście dzieci i młodzieży.</li><li>5. Dokonywanie weryfikacji poprawności wypełnienia przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru lekarza POZ i położnej POZ.</li></ol> |

<sup>107</sup> Badaniem objęto 80 deklaracji złożonych do lekarza POZ (wybranych w ramach badania 80 DM pacjentów bilansów i wizyt patronażowych lekarza POZ) i 60 deklaracji złożonych do położnej POZ (wybranych w ramach badania 60 DM udzielonych wizyt patronażowych).

<sup>108</sup> W trakcie kontroli NIK, 13 czerwca 2025 r. rodzic pacjenta E.W. dokonał korekty deklaracji, uzupełniając wymagane dane.

<sup>109</sup> Deklaracje dotyczyły osób małoletnich.

<sup>110</sup> Pacjent A. C.

<sup>111</sup> 13 czerwca 2025 r. rodzic pacjenta A.C. dokonał korekty deklaracji w zakresie wskazania danych przedstawiciela ustawowego.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

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 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, 9 października 2025 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Opolu

Kontroler

Dyrektor

Agnieszka Roszczak-Fedorowicz

Arkadiusz Kuglarz

specjalista kontroli państwowej

p. o. Dyrektora

*podpisano elektronicznie*

*podpisano elektronicznie*