



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Piotr Miklis

LRZ.410.4.1.2025

Jolanta Sobierańska-Grenda
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/079 Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia ¹ , ul. Miodowa 15, 00-923 Warszawa.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jolanta Sobierańska-Grenda ² Minister Zdrowia od dnia 24 lipca 2025 r. ³ W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Izabela Leszczyna, od 13 grudnia 2023 r. ⁴ do 24 lipca 2025 r. ⁵ , Ewa Krajewska, od 27 listopada 2023 r. ⁶ do 13 grudnia 2023 r. ⁷ , Katarzyna Sójka, od 10 sierpnia 2023 r. ⁸ do 27 listopada 2023 r. ⁹ , Adam Niedzielski, od 26 sierpnia 2020 r. ¹⁰ do 10 sierpnia 2023 r. ¹¹ ,
Zakres przedmiotowy kontroli	Działania na rzecz profilaktyki i zapewnienia dostępności leczenia zaburzeń odżywiania oraz ich efekty.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2022 r. do zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie, a dotyczących okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. <i>o Najwyższej Izbie Kontroli</i> ¹² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontrolerzy	1. Magdalena Gierlak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/32/2025 z dnia 18 marca 2025 r., upoważnienie do kontroli nr LRZ/120/2025 z dnia 2 września 2025 r. 2. Urszula Dziedzic, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/33/2025 z dnia 18 marca 2025 r.

(akta kontroli: tom I str. 4-6)

¹ Dalej także: MZ lub Ministerstwo.

² Dalej: Minister lub Minister Zdrowia.

³ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 lipca 2025 r. nr 1131.28.2025 o zmianie w składzie Rady Ministrów (M.P. poz. 690).

⁴ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 grudnia 2023 r. nr 1131.45.2023 o powołaniu w skład Rady Ministrów (M.P. poz. 1383).

⁵ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 lipca 2025 r. nr 1131.27.2025 o zmianie w składzie Rady Ministrów (M.P. poz. 689).

⁶ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 listopada 2023 r. nr 1131.39.2023 o powołaniu w skład Rady Ministrów (M.P. poz. 1288).

⁷ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 grudnia 2023 r. nr 1131.43.2023 o przyjęciu dymisji Rady Ministrów (M.P. poz. 1379).

⁸ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 sierpnia 2023 r. nr 1131.26.2023 o zmianie w składzie Rady Ministrów (M.P. poz. 838).

⁹ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 listopada 2023 r. nr 1131.34.2023 o przyjęciu dymisji Rady Ministrów (M.P. poz. 1221).

¹⁰ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 sierpnia 2020 r. nr 1131.20.2020 o zmianie w składzie Rady Ministrów (M.P. poz. 765).

¹¹ Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 sierpnia 2023 r. nr 1131.25.2023 o zmianie w składzie Rady Ministrów (M.P. poz. 837).

¹² Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna¹³ kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Ministra Zdrowia dotyczącą profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania¹⁴. W zakresie swojej właściwości¹⁵ Minister wprowadził realizował zadania z zakresu zdrowia publicznego w tych obszarach, jednakże działania te były niewystarczające i w części nierzetelne. Nie zostały one także poprzedzone analizami, których wyniki można było wykorzystać dla zapewnienia dostępności do profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania. Minister nie korzystał przy tym z wszystkich dostępnych danych¹⁶.

I.1. Zadania wspierające profilaktykę zaburzeń odżywiania Minister planował głównie w ramach ustalonego przez Radę Ministrów *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025*¹⁷. Sam projekt *NPZ 2021-2025* został opracowany nierzetelnie, bowiem Minister nie określił w nim wartości bazowych i docelowych wskaźników monitorowania celów związanych z zaburzeniami odżywiania, jak również nie publikował, na stronach Ministerstwa, ich osiągniętych wartości (w kontekście realizowanych celów). W konsekwencji przyjęty przez Radę Ministrów *NPZ 2021-2025* nie określał narzędzi służących ocenie osiągnięcia założonych w nim celów. W latach 2022-2024 na realizację celu 1 i celu 3 *NPZ 2021-2025*, w ramach siedmiu z dziewięciu¹⁸ zadań związanych z zaburzeniami odżywiania, Minister wydatkował ponad 30 mln zł. W ramach powyższych celów Minister natomiast nie wykonał badań: sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa oraz stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań.

I.2. Minister nie określił zadań podstawowej opieki zdrowotnej¹⁹ w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej, w ten sposób nie zrealizował obowiązku nałożonego nań w *Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022*²⁰. Zadanie to zostało powtórzone w *Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030*²¹. Opóźniło się także wdrożenie programu *Diagnostyka i leczenie zaburzeń odżywiania dzieci i młodzieży*, będącego częścią projektu pn. *Opracowanie i realizacja specjalistycznych programów diagnozy i leczenia zaburzeń psychicznych*²².

I.3. Minister Zdrowia w niepełnym zakresie pozyskiwał i analizował dostępne dane dotyczące sytuacji zdrowotnej społeczeństwa związanej z zaburzeniami odżywiania. Zakres danych, które Minister wykorzystywał do bieżącej polityki

¹³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

¹⁴ Rozumianych jako choroby sklasyfikowane wg ICD-10 w ramach kodów E40-E46 (niedożywienie), E65-E68 (otyłość), F-50 (zaburzenia odżywiania).

¹⁵ Art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz.U. z 2024 r. poz. 1050, ze zm.), 34 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1370), art. 3 i 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2025 r. poz. 1670 z zm.).

¹⁶ Ze sprawozdań MZ-11 i danych NFZ – wyniki pomiarów masy ciała i wzrostu pacjentów POZ.

¹⁷ Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025* (Dz.U. poz. 642), dalej *NPZ 2021-2025* lub *Program*.

¹⁸ Jedno z tych zadań zostało ukończone, a przewidziane efekty zostały osiągnięte.

¹⁹ Dalej również: POZ.

²⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022* (Dz.U. poz. 458), dalej: *NPOZP 2017-2022*.

²¹ Rozporządzenie Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030* (Dz.U. poz. 2480), dalej: *NPOZP 2023-2030*.

²² Nr umowy FERS.04.15-IP.07-0006/24-00/462/2024/740, gdzie Minister Zdrowia był Instytucją pośredniczącą, zaś beneficjentem projektu Instytut Psychiatrii i Neurologii działający w imieniu własnym i Partnera projektu – Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, zwany dalej *Projektem*.

zdrowia publicznego, uniemożliwiało mu prawidłową ocenę ich wiarygodności i kompletności.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że choć niekompletne – to dane o wynikach pomiarów masy ciała i wzrostu pacjentów POZ, przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia, podobnie jak trend zmian danych w sprawozdaniach statystycznych MZ-11, dawały podstawę do podjęcia przez Ministra intensywnych działań w kontrolowanym zakresie. Minister nie skorzystał także z przysługującego mu uprawnienia i nie zlecił badania oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami, pomimo, że wprowadzone w 2019 r. zmiany organizacyjne miały umożliwić zwiększenie efektywności tej opieki.

Jednocześnie należy zauważyć, że w latach objętych kontrolą etapy edukacji uczniów, na których przeprowadza się testy przesiewowe oraz badania bilansowe, określone były nadal w odniesieniu do szkół gimnazjalnych, pomimo ustania funkcjonowania tych szkół w 2019 roku. Minister nie dokonał zmiany przepisów rozporządzenia regulującego te świadczenia.

I.4. Minister Zdrowia nie realizował rzetelnego nadzoru nad Głównym Inspektorem Sanitarnym²³ w zakresie dokonywania przez Państwową Inspekcję Sanitarną ocen działalności oświatowo-zdrowotnej, o których mowa w art. 6 pkt 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*²⁴, wskutek czego nie posiadał informacji na ten temat.

I.5. W ocenie NIK stwierdzone stany nieprawidłowe wskazują na brak adekwatnych mechanizmów kontroli zarządczej, której celem m.in. jest, stosownie do art. 68 ust. 2 pkt 2-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*²⁵, zapewnienie: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, efektywności i skuteczności przepływu informacji oraz zarządzania ryzykiem.

II. Ocena negatywna została sformułowana przez NIK pomimo tego, że w okresie objętym kontrolą w Ministerstwie stworzono warunki do realizacji zadań dotyczących profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania oraz dokonano właściwego podziału obowiązków. Podmioty podległe Ministrowi prowadziły działania edukacyjne i informacyjne związane z zaburzeniami odżywiania, w szczególności poprzez publikowane na swoich stronach internetowych materiały w tym zakresie. Ministerstwo natomiast opiniowało te materiały i czuwało, aby te same treści nie były powielane przez różne podmioty.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Działania na rzecz profilaktyki i zapewnienia dostępności leczenia zaburzeń odżywiania oraz ich efekty

Opis stanu faktycznego

1.1. Minister Zdrowia na podstawie art. 3 ust. 1 i art. 4 ustawy o *zdrowiu publicznym* realizuje zadania w zakresie zdrowia publicznego (współdziałając z innymi organami i podmiotami), a także koordynuje realizację tych działań przez inne organy i podmioty. Zgodnie z art. 2 pkt 1, 4-6 tej ustawy do zadań z zakresu zdrowia publicznego należą: monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa; profilaktyka chorób; działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; analiza

²³ Dalej: również GIS.

²⁴ Dz.U. z 2024 r. poz. 416, dalej: ustawa o PIS.

²⁵ Dz.U. z 2025 r. poz. 1483, dalej: *ufp*.

adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

W Ministerstwie sprawy związane z profilaktyką i leczeniem zaburzeń odżywiania powierzono głównie Departamentowi Zdrowia Publicznego. W realizację tych zadań zaangażowane były także Departament Równości w Zdrowiu, Departament Lecznictwa oraz – po zmianie struktury organizacyjnej od dnia 7 sierpnia 2024 r. – Departament Oceny Inwestycji²⁶. Realizację zadań przez te departamenty wspomagały również Departamenty: Prawny i e-Zdrowia. Do zadań pracowników Departamentu Zdrowia Publicznego należało m.in. prowadzenie spraw związanych z realizacją zadań w zakresie zdrowia psychicznego oraz z żywnością i żywieniem człowieka, w tym wynikających z realizowanych inicjatyw międzyresortowych, a także z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²⁷ oraz ustawy z 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia²⁸.

Departamentowi Równości w Zdrowiu powierzono zadania związane m.in. z medycyną szkolną. Departament Lecznictwa odpowiadał m.in. za regulacje prawne i organizacyjne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Polsce, w tym na poziomie POZ, a także za nadzór merytoryczny nad NFZ. Departament Oceny Inwestycji pełnił funkcję instytucji pośredniczącej w imieniu Ministra Zdrowia projektów związanych m.in. z zaburzeniami odżywiania.

Departament Prawny realizować miał zadania polegające m.in. na nadzorze nad prawidłowością aktów prawnych, do opracowania których jest obowiązany Minister i monitorowaniu prac legislacyjnych prowadzonych w Ministerstwie. Natomiast do podstawowych zadań Departamentu e-Zdrowia należało realizowanie zadań wynikających ze sprawowania przez Ministra nadzoru merytorycznego nad Centrum e-Zdrowia.

(akta kontroli: tom I str. 9-39)

1.2 W związku z tym, iż szeroko rozumiane zaburzenia odżywiania obejmują jednostki chorobowe zakwalifikowane jako zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej,²⁹ jak i zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania³⁰, w okresie objętym kontrolą planowane i podejmowane w Ministerstwie działania prowadzono odrębnie dla każdej z wyżej wskazanych kategorii zaburzeń.

(akta kontroli: tom I str. 9-39)

W kontekście somatycznych czynników zaburzeń odżywiania zadania zaplanowano głównie w celu operacyjnym nr 1 *Profilaktyka nadwagi i otyłości NPZ 2021-2025*, a zatem koncentrowały się one na problemach związanych z nadmierną masą ciała.

Zaplanowano następujące zadania służące realizacji tego celu w zakresie związanym z zaburzeniami odżywiania, przypisane Ministrowi lub we współpracy Ministra z innymi podmiotami:

- *Prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej* (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-Państwowy Instytut Badawczy³¹ w ramach umowy z Ministrem),

²⁶ Zarządzenie Ministra Zdrowia z 17 listopada 2020 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 98, ze zm.) oraz Zarządzenie Ministra Zdrowia z 6 sierpnia 2024 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 55).

²⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

²⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1448, ze zm.

²⁹ Sklasyfikowane wg ICD-10 w ramach kodów E40-E46 (niedożywienie), E65-E68 (otyłość).

³⁰ Sklasyfikowane wg ICD-10 w ramach kodu F-50 (zaburzenia odżywiania).

³¹ Dalej: NIZP-PZH.

- *Aktualizacja norm żywienia populacji* (NIZP-PZH w ramach umowy z Ministrem, w części dotyczącej służb mundurowych Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii w ramach umowy z Ministerstwem Obrony Narodowej³²),
- *Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci* (Instytut Matki i Dziecka³³ w ramach umowy z Ministrem),
- *Badanie sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa* (instytut badawczy lub uczelnia wybrana w drodze konkursów ogłaszanych przez Ministra, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w ramach umowy z MON).

W zakresie zaburzeń odżywiania o podłożu psychicznym prowadzono reformę systemu ochrony zdrowia psychicznego (bez wyszczególniania określonych jednostek chorobowych), celem której było zapewnienie odpowiedniego dostępu do kompleksowej i dobrze skoordynowanej opieki psychiatrycznej. Zadania z tym związane określono w celu operacyjnym nr 3 *Promocja zdrowia psychicznego NPZ 2021-2025*.

Jako działania służące realizacji tego celu w zakresie związanym z zaburzeniami odżywiania, przypisane Ministrowi lub we współpracy Ministra z innymi podmiotami, przewidziano:

- *Realizację projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych, opartych na podstawach naukowych, w tym programach profilaktyki uniwersalnej wskazującej i selektywnej* (m.in. jednostki samorządu terytorialnego, MZ, Instytut Psychiatrii i Neurologii³⁴ oraz podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ);
- *Podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji profilaktyki na rzecz opieki psychiatrycznej* (MZ oraz podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ);
- *Koordinowanie, monitorowanie oraz ewaluowanie skuteczności i efektywności zadań dotyczących profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego* (MZ, IPiN na podstawie umowy zawartej z MZ na wniosek IPiN);
- *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań* (instytut badawczy lub uczelnia medyczna wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ).

(akta kontroli: tom I str. 9-39, 89-94, 289-354)

W *NPZ 2021-2025* określono wskaźniki monitorowania celów: strategicznego i operacyjnych oraz źródła ich danych. Do monitoringu celu operacyjnego nr 1 *NPZ 2021-2025* zaplanowano dwa wskaźniki, tj.: „liczbę uczestników zadań realizowanych w ramach programu sport dla wszystkich” oraz „spożycie warzyw”. Do monitoringu celu operacyjnego nr 3 *NPZ 2021-2025* zaplanowano również dwa wskaźniki, tj.: „liczbę prób samobójczych” oraz „liczbę samobójstw”. Nie określono natomiast wartości bazowych ani docelowych tych wskaźników monitorowania, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 89-94)

Minister oświadczył, że w Ministerstwie Zdrowia przy planowaniu działania w zakresie profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania korzystano z dostępnych danych i informacji, w tym pochodzących z dokumentów krajowych opracowanych m.in. przez NIZP-PZH³⁵ oraz europejskich – opracowanych m.in.

³² Dalej: MON.

³³ Dalej również: IMiD

³⁴ Dalej: IPiN.

³⁵ Sytuacja zdrowotna ludności i jej uwarunkowania 2018 r.

przez Światową Organizację Zdrowia³⁶, Unię Europejską³⁷, ESPAS³⁸. Ponadto wykorzystywano dane statystyczne dostępne w rejestrach krajowych, w tym GUS³⁹, NFZ, PARPA⁴⁰, KBPN⁴¹ i zagranicznych – EUROSTAT⁴².

(akta kontroli: tom I str. 9-39)

Minister Zdrowia nie wykorzystywał do analiz danych o wzroście i masie ciała pacjentów POZ⁴³, będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast dane związane z zaburzeniami odżywiania gromadzone w ramach statystyki publicznej, zawarte w sprawozdaniach MZ-11 o *działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*⁴⁴, wykorzystywał w niewielkim zakresie, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 134-14, 148-166)

Z analizy wyników pomiarów masy ciała i wzrostu pacjentów POZ pozyskanych od NFZ wynika⁴⁵, że nastąpił wzrost udziału procentowego kobiet i mężczyzn z otyłością odpowiednio z 26,6% w 2022 r. do 27,8% w 2024 r. oraz z 30,7% w 2022 r. do 31,6% w 2024 r. Wzrosła też liczba kobiet i mężczyzn, których BMI⁴⁶ wskazywał na wychudzenie lub wygłodzenie, odpowiednio o: prawie połowę – z 12 759 w 2022 r. do 18 893 w 2024 r. oraz ponad połowę – z 3 294 w 2022 r. do 5 099 w 2024 r.

(akta kontroli: tom II str. 314-341)

Zgodnie z *NPOZP 2017-2022* minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do określenia zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej (cel główny nr 1, zadanie nr 6). Zadanie takie zostało powielone na kolejne lata w *NPOZP 2023-2030*.

Poza działaniami ujętymi w ramach *NPZ 2021-2025*, *NPOZP 2017-2022* i *NPOZP 2023-2030* do realizacji przewidziano również projekt pn. *Opracowanie i realizacja specjalistycznych programów diagnozy i leczenia zaburzeń psychicznych*⁴⁷, w ramach którego zaplanowano pięć programów dot. diagnozy zaburzeń psychicznych dla osób dorosłych oraz 15 programów dot. diagnozy i leczenia zaburzeń psychicznych dla dzieci i młodzieży, w tym m.in. opracowanie i wdrożenie programu pn. *Diagnostyka i leczenie zaburzeń odżywiania dzieci i młodzieży*. Programy te przewidziane były do realizacji na poziomie ambulatoryjnym, w tym w poradniach zdrowia psychicznego i centrach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Ich celem było zapewnienie kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki, obejmującej m.in. diagnozę psychiatryczną i somatyczną, psychoterapię indywidualną i rodzinną, psychoedukację oraz

³⁶ Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia XXI w., Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka.

³⁷ Europa 2020, strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu.

³⁸ Raport pt. Światowe tendencje do 2030 r.

³⁹ Główny Urząd Statystyczny.

⁴⁰ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

⁴¹ Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

⁴² Urząd statystyczny Unii Europejskiej.

⁴³ Raportowanych do NFZ przez świadczeniodawców POZ na podstawie § 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 2025 r. poz. 1588).

⁴⁴ Dalej: również sprawozdania MZ-11.

⁴⁵ Na podstawie klasyfikacji WHO dla wskaźnika BMI.

⁴⁶ Wskaźnik masy ciała (Body Mass Index).

⁴⁷ Nr umowy FERS.04.15-IP.07-0006/24-00/462/2024/740, gdzie Minister Zdrowia był Instytucją pośredniczącą, zaś beneficjentem projektu Instytut Psychiatrii i Neurologii działający w imieniu własnym i Partnera projektu – Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, zwany dalej *Projektem*.

wsparcie dietetyczne. Programy te były zgodne z najnowszymi standardami europejskimi i zakładały intensyfikację opieki ambulatoryjnej w celu zmniejszenia potrzeby hospitalizacji całodobowej. Projekt współfinansowany był ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

Zgodnie z harmonogramem ujętym we wniosku do *Projektu* wszystkie programy należało opracować do 30 czerwca 2025 r., a ich wdrażanie zakończyć 31 marca 2028 r. W wymaganym terminie opracowano dwa projekty dla osób dorosłych, nie opracowano programu pn. *Diagnostyka i leczenie zaburzeń odżywiania dzieci i młodzieży*. W związku z trudnościami związanymi z wyłonieniem wykonawców w zakresie opracowania programów, Instytucja pośrednicząca, na prośbę beneficjenta wyraziła zgodę na przesunięcie terminu na opracowanie programów do 30 września 2025 r. Programy zostały przekazane do końca lipca 2025 r. i poddane akceptacji w pierwszym tygodniu września 2025 r.

(akta kontroli: tom I str. 58-61, 181-201, 289-354)

Konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży podała, że (...) *W aspekcie leczenia zaburzeń odżywiania, w tym anoreksji, w ramach systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych, w ramach II poziomu referencyjności zespół ekspertów przygotowuje rekomendacje przedstawiające kryteria organizacyjne i program terapeutyczno-leczniczy, który będzie zakładał tworzenie maksymalnie 8-osobowych pododdziałów, w ramach leczenia całodobowego przy oddziale ogólnopsychiatrycznym, ze szczegółowo opisanym personelem, w szczególności z dostępnością konsultacji interdyscyplinarnych i odrębnych, indywidualnych programów terapeutyczno-leczniczych. (...).*

(akta kontroli: tom I str. pismo 244-280)

Minister Zdrowia wskazał, iż uchwałą Rady do Spraw Zdrowia Publicznego⁴⁸ powołany został *Zespół do spraw przeciwdziałania otyłości*, którego zadaniem było: przeprowadzenie analizy systemu ochrony zdrowia w zakresie przeciwdziałania otyłości; wypracowanie propozycji rozwiązań w zakresie zmniejszenia liczby osób z chorobą otyłościową w Polsce; wypracowanie propozycji rozwiązań w odpowiedzi na problemy osób z chorobą otyłościową w Polsce. Od dnia powołania ww. *Zespół* odbył pięć spotkań⁴⁹, na których dyskutowano na temat kierunków, stanowiących podstawy do dalszych rozważań nad zmniejszeniem liczby osób z chorobą otyłościową. Ponadto prowadzono analizy, rozmowy, konsultacje, prezentacje w szczególności: w zakresie działań edukacyjnych w placówkach oświatowych; kształcenia kadr medycznych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości; potrzeby kontynuacji działań KOS-BAR po zakończeniu programu pilotażowego (wprowadzenie go do koszyka świadczeń, a także rozszerzenie na inne grupy).

Minister nie określił w dokumencie powołującym zespół ram czasowych, w jakich oczekuje realizacji przez zespół zadań. Jednakże do 30 czerwca 2025 r. *Zespół do spraw przeciwdziałania otyłości* nie przeprowadził pełnej analizy systemu ochrony zdrowia ani nie wypracował propozycji rozwiązań w zakresie otyłości w formie dokumentu⁵⁰.

(akta kontroli: tom I str. 214-225)

1.3. W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie inicjował działań legislacyjnych ukierunkowanych bezpośrednio na profilaktykę i leczenie

⁴⁸ Nr 26/2024 z dnia 15 listopada 2024 r.

⁴⁹ W listopadzie 2024 r., styczniu, lutym, kwietniu i czerwcu 2025 r.

⁵⁰ Podejmowane dotychczas działania nie miały charakteru ostatecznych rekomendacji. Miały charakter rozpoznawczy, stanowiły podstawy do dalszych dyskusji i wymagały kolejnych konsultacji i doprecyzowania przyszłych kierunków działań.

zaburzeń odżywiania. Prace w tym zakresie, pośrednio związane z zaburzeniami odżywiania, Ministerstwo prowadziło zarówno przed jak i w okresie objętym kontrolą np. wydano rozporządzenia dotyczące programu pilotażowego KOS-BAR⁵¹ oraz opieki koordynowanej w POZ⁵².

Zgodnie z Załącznikiem nr 1 – *Wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji*, Część III – *Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych* oraz Załącznikiem nr 4 – *Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji*, Część II – *Warunki realizacji testów przesiewowych*, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁵³ testy przesiewowe a także profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) przeprowadza się m.in. w klasie I gimnazjum, w klasie I szkoły ponadgimnazjalnej oraz w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. roku życia – zatem do typów szkół, które od roku szkolnego 2019/2020 nie funkcjonują. Pomimo tych zmian Minister Zdrowia dotychczas nie zaktualizował – przewidzianych w ww. rozporządzeniu etapów edukacji, na których przeprowadza się testy przesiewowe i bilanse zdrowia, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 47-57)

1.4. Realizowane w Ministerstwie zadania nie były nakierowane wprost na zaburzenia odżywiania w kompleksowym, psychiatrycznym i somatycznym ujęciu tych problemów zdrowotnych – lecz dotyczyły ich pośrednio.

W okresie objętym kontrolą działania podejmowane były w szczególności w ramach *NPZ 2021-2025*. W ramach realizowanej bieżącej polityki zdrowia publicznego Minister prowadził współpracę z ministrami właściwymi do spraw: oświaty i wychowania, kultury fizycznej, wewnętrznych, finansów publicznych, Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości.

W ramach celu operacyjnego nr 1 *NPZ 2021-2025* Minister Zdrowia realizował bądź powierzył realizację następujących zadań:

- *Prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej*⁵⁴, w ramach którego NIZP-PZH w latach 2021-2025: kontynuował prowadzenie Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej⁵⁵, które prowadziło m.in. Centrum Dietetyczne Online w zakresie udzielania bezpłatnych konsultacji online; prowadził działalność edukacyjną, polegającą m.in. na przygotowaniu i opublikowaniu na stronie NCEŻ ebooków dotyczących zdrowego odżywiania⁵⁶. Na stronie internetowej dostępne były artykuły poświęcone zaburzeniom odżywiania⁵⁷. W latach 2022-2024 na realizację tego zadania wydatkowano 10 938,38 tys. zł, a w 2025 r. na realizację tego zadania przekazano dotację w wysokości 4 000,00 tys. zł;

⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz.U. 2021 poz. 1622).

⁵² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022 poz. 1965).

⁵³ Dz.U. 2023 poz. 1427.

⁵⁴ Na podstawie umowy na okres od stycznia 2021 r. do grudnia 2025 r.

⁵⁵ Dalej: NCEŻ.

⁵⁶ Ebooki: „Wiem, że dobrze jem – Talerz Zdrowego Żywienia w praktyce”, „Strączkowe są zdrowe!”, „Dieta dla zdrowia serca i układu krążenia”, „Nadwaga i otyłość. Małymi krokami do zdrowia”.

⁵⁷ <https://ncez.pzh.gov.pl/dzieci-i-mlodziez/zaburzenia-odzywiania-jak-rozmawiac-o-pierwszych-objawach-z-wlasnym-dzieckiem-3/>; <https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/dieta-w-leczeniu-anoreksji/>.

- *Szkolenia w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy PIS), w ramach którego NIZP-PZH⁵⁸ przeprowadził szkolenia e-learningowe, w trakcie których przeszkolono 1911 osób oraz na stronie NCEŻ opublikowało materiały i artykuły z tych szkoleń. W latach 2022-2024 na realizację tego zadania wydatkowano 875,1 tys. zł a w 2025 r. na realizację tego zadania przekazano dotację w wysokości 221,1 tys. zł;*
- *Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego w krwi w populacji dzieci – celem zadania było badanie dzieci w wieku 7-9 lat, trzecia runda badań COSI⁵⁹, opracowanie programu profilaktyki nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia krwi u dzieci. W ramach tego zadania IMiD⁶⁰: w 2022 r. przeprowadził badanie pilotażowe w ramach III edycji badań COSI – przebadano 50 rodziców dzieci w wieku 7-9 lat i ok. 5,5 tys. dzieci w wieku 8-9 lat oraz przeszkolono online koordynatorów wojewódzkich tego badania; w 2023 r. opracował wstępną wersję programu profilaktyki nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego u dzieci pn. *Przybij Piątkę!*, przeprowadził pomiary antropometryczne, laboratoryjne i genetyczne na grupie 422 uczniów I klas szkoły podstawowej oraz opracował raport z badania w ramach III rundy badań COSI; w 2024 r. przeprowadził ocenę częstości występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi na postawie III rundy międzynarodowych badań COSI w Polsce, przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie 6000 dzieci w wieku 7-9 lat oraz uzupełnił rekomendacje dla działań profilaktycznych w zakresie nadwagi, otyłości i podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi; w 2025 r. prowadził końcowe opracowanie programu. W latach 2022-2024 na realizację tego zadania wydatkowano 2 903,9 tys. zł a w 2025 r. na realizację tego zadania przekazano dotację w wysokości 912,3 tys. zł;*
- *Aktualizacja norm żywienia populacji, w ramach którego NIZP-PZH⁶¹ w 2022 r. rozpoczął prace nad opracowaniem dotyczącym norm żywienia dla populacji Polski; w 2023 r. prowadził prace dotyczące aktualizacji norm w zakresie energii i makroskładników oraz witamin i składników mineralnych; w 2024 r. kontynuował prace jak wyżej oraz prowadził promocję treści edukacyjnych zaktualizowanych norm. W latach 2022-2024 na realizację tego zadania wydatkowano 427,8 tys. zł a w 2025 r. na realizację tego zadania przekazano dotację w wysokości 626,9 tys. zł.*

Na realizację zadań związanych z zaburzeniami odżywiania ujętych w celu 1 *NPZ 2021-2025* w okresie od 2022 r. wydatkowano łącznie 15 451,8 tys. zł, a w całym okresie obowiązywania tego programu 18 213,9 tys. zł. Przy czym na badania, analizy i opracowanie programu profilaktyki nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego u dzieci w ramach zadania *Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego w krwi w populacji dzieci* w latach 2022-2024 wydatkowano prawie 3 mln zł.

Zgodnie z *NPZ 2021-2025* zadanie pn. *Badanie sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa* realizowane miało być m.in. przez instytut badawczy lub

⁵⁸ Na podstawie umowy na okres od czerwca 2021 r. do grudnia 2025 r.

⁵⁹ *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)* - Europejski Projekt Monitorowania Otyłości Dzieci, realizowany od roku 2007 roku pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia.

⁶⁰ Na podstawie umowy na okres od czerwca 2021 r. do grudnia 2025 r.

⁶¹ Na podstawie umowy na okres od maja 2022 r. do grudnia 2025 r.

uczelnię wybraną w drodze konkursu ogłoszonego przez Ministra. Dotychczas nie rozpoczęto realizacji tego zadania, mimo że upływa czas realizacji całego programu, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom str. I 289-354, tom II str. 356)

W ramach celu operacyjnego nr 3 *NPZ 2021-2025* w Ministerstwie⁶² realizowano zadania polegające m.in. na prowadzeniu: kampanii telewizyjnej, radiowej, kinowej oraz outdoorowej; szkoleń, webinarów, konferencji; badań ankietowych; telefonicznych i internetowych Centrów Wsparcia, spotkań; opracowania podręczników, broszur, programów profilaktycznych. Działania te realizowano w ramach zadań:

- *Realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych, opartych na podstawach naukowych, w tym programach profilaktyki uniwersalnej wskazującej i selektywnej* – w latach 2022-2024 prowadzono emisję spotów TV i radiowych opracowanych w 2022 r. Na realizację zadania zakończonego w 2024 r., w latach 2022-2024 wydano 14 441,0 tys. zł;
- *Podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji profilaktyki na rzecz opieki psychiatrycznej* – zadanie własne MZ realizowane w sposób ciągły z własnych środków finansowych oraz według własnej autonomii, w ramach którego prowadzono: kształcenie lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych zgodnie z obowiązującym standardem kształcenia oraz programami kształcenia podyplomowego, a także szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży;
- *Koordynowanie, monitorowanie oraz ewaluowanie skuteczności i efektywności zadań dotyczących profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego* – w ramach tego zadania m.in. organizowano kongresy dla przedstawicieli podmiotów działających w zakresie problematyki zdrowia psychicznego. W latach 2022-2024 na realizację tego zadania wydatkowano 441,3 tys. zł a w 2025 r. na realizację tego zadania przekazano dotację w wysokości 150,0 tys. zł.

Na realizację zadań związanych z zaburzeniami odżywiania ujętych w celu 3 *NPZ 2021-2025* w okresie od 2022 r. wydatkowano łącznie 14 882,3 tys. zł, a w całym okresie obowiązywania tego programu 15 097,3 tys. zł.

Zgodnie z *NPZ 2021-2025* zadanie pn. *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań* realizowane miało być m.in. przez instytut badawczy lub uczelnię wybraną w drodze konkursu ogłoszonego przez Ministra. Dotychczas nie rozpoczęto realizacji tego zadania, mimo że upływa czas realizacji *NPZ 2021-2025*, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 289-354)

Na realizację zadań związanych z zaburzeniami odżywiania, ujętych w celu 1 i 3 *NPZ 2021-2025*, w okresie od 2022 r. wydatkowano łącznie 30 027,5 tys. zł, a w całym okresie obowiązywania tego programu 33 105,4 tys. zł. Nie można jednak ocenić efektów wydatkowanych środków z uwagi na nieprowadzenie ewaluacji w czasie trwania tego programu.

W *NPZ 2021-2025* wskazano m.in., że podmiotem odpowiedzialnym za jego monitorowanie i ewaluację jest Minister Zdrowia, ewaluacja ma być prowadzona w trakcie całego okresu jego realizacji, a wartości wskaźników monitorowania mają być publikowane. W okresie objętym kontrolą Minister nie publikował na stronie internetowej MZ danych w zakresie wskaźników monitorowania: celu

⁶² Realizatorem zadań był także Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

operacyjnego nr 1, tj. dotyczących spożycia warzyw na podstawie danych GUS oraz celu operacyjnego nr 3, tj. liczby prób samobójczych i liczby samobójstw na podstawie danych GUS i KGP⁶³, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 89-94, tom II str. 356)

Minister nie określił zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla dzieci i młodzieży do czego był zobowiązany na podstawie *NPOZP 2017-2022*, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 142-147, 172-180)

Testy przesiewowe uczniów oraz bilanse zdrowia dzieci i młodzieży to podstawowe świadczenia profilaktyczne, gwarantowane przez system opieki zdrowotnej, które służą identyfikacji czynników ryzyka w zakresie m.in. zaburzeń odżywiania. Dzięki systematycznemu wykonywaniu bilansów zdrowia możliwe jest wczesne wykrycie nieprawidłowości rozwoju oraz podjęcie właściwych kroków, zmierzających do poprawy sytuacji zdrowotnej dziecka.

W Polsce profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży (według danych w sprawozdaniu MZ-06 na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza POZ) w roku szkolnym 2018/2019 wykonano u 85,9%, a pięć lat później, tj. w roku szkolnym 2023/2024, u 72,0% uczniów podlegających tym badaniom. Na znacznie niższym poziomie kształtowała się realizacja bilansów zdrowia – świadczeń gwarantowanych przez lekarza POZ na podstawie Załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ. Z danych zbiorczych ze sprawozdań MZ-11 wynika, że odsetek dzieci i młodzieży w grupie wiekowej od 2 do 19 roku życia, którym wykonano bilanse zdrowia w stosunku do liczby pacjentów podlegających temu badaniu w 2018 r. wynosił 63,6%, a w 2024 r. 56,1%.

(akta kontroli: tom II str. 342-355)

NIK w informacji o wynikach kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*, opublikowanej w grudniu 2021 r., wnioskuje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby wykonywanych badań bilansowych u dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem działań edukacyjnych nakierowanych na rodziców i opiekunów małoletnich pacjentów⁶⁴.

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia podejmował działania mające na celu zwiększenie liczby wykonywanych badań bilansowych u dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem działań edukacyjnych nakierowanych na rodziców i opiekunów małoletnich pacjentów. W marcu 2022 r. skierował do rodziców pismo zachęcające i przypominające o prawie do bezpłatnej profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, w tym do okresowych testów przesiewowych i kompleksowych bilansów zdrowia. Natomiast w czerwcu 2022 r. wystąpił do konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z prośbą o wsparcie podejmowanych w tym celu działań, w szczególności w zakresie motywowania lekarzy POZ do aktywniejszego włączenia się w informowanie rodziców o możliwości wykonywania badań bilansowych oraz badań przesiewowych. Dodatkowo informacje na temat bilansów zdrowia i korzyści jakie niesie za sobą ich wykonywanie rodzice mogli znaleźć na stronach internetowych⁶⁵.

⁶³ Komenda Główna Policji.

⁶⁴ Wniosek nr 5 skierowany do Ministra Zdrowia.

⁶⁵ <https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/zaprowadz-dziecko-na-bilans-zdrowia>;
<https://akademia.nfz.gov.pl/artykuly/profilaktyka-od-pierwszych-dni-zycia>;

Ponadto, jak wyjaśnił Minister Zdrowia, trwa wdrażanie cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami, a jednym z przygotowywanych rozwiązań będzie umożliwienie rodzicom dostępu do karty profilaktycznego badania ucznia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, co jednocześnie będzie stanowiło dodatkowe przypomnienie o wykonaniu bilansu zdrowia u dziecka.

(akta kontroli: tom I str. 47-57)

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia oraz podległe mu jednostki angażowały się w edukację i promocję zdrowia na rzecz przeciwdziałania zaburzeniom odżywiania⁶⁶. W powyższym zakresie działania oprócz Ministerstwa Zdrowia prowadziły: NIZP-PZH, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz NFZ.

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w ramach swoich kompetencji publikowało również materiały związane z uzależnieniami behawioralnymi w kontekście relacjami z jedzeniem, jak jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna i przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi⁶⁷. Również NFZ publikował na swoich stronach internetowych materiały dotyczące zaburzeń odżywiania⁶⁸.

Dyrektor Departamentu Edukacji i Promocji Zdrowia w MZ wyjaśnił, że opiniując i zatwierdzając materiały promocyjne przygotowywane przez jednostki podległe MZ dokłada starań, aby nie powielać działań edukacyjnych prowadzonych przez ww. podmioty.

(akta kontroli: tom I str.142-147, 244-280)

W okresie objętym kontrolą Ministerstwo Zdrowia zorganizowało świadczenia dla osób z zaburzeniami odżywiania, jednakże nie stworzono długofalowego planu działań, kompleksowo obejmujących opieką chorych – jednocześnie pod względem somatycznym i psychiatrycznym – i odnoszących się do wszystkich stopni choroby otyłościowej.

W ramach programu pilotażowego „KOS-BAR” Ministerstwo testowało m.in. rozwiązanie polegające na objęciu pacjenta chorego na otyłość interdyscyplinarną opieką obejmującą: lekarza dietetyka, psychologa i fizjoterapeuty. Minister podał, że po zakończeniu projektu oraz jego ewaluacji analizowane będą efekty testowanych rozwiązań, w tym objęcie pacjenta opieką przez interdyscyplinarny zespół, na podstawie czego zostaną podjęte dalsze decyzje. Wypracowanie ewentualnych działań w zakresie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych będzie ponadto uzależnione od rekomendacji *Zespołu do spraw przeciwdziałania otyłości*. Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do programu KOS-BAR, mogą korzystać ze świadczenia chirurgicznego leczenia otyłości. Dodatkowo z dniem 1 października 2022 r. wprowadzono możliwość udzielania świadczeń opieki koordynowanej przez lekarzy POZ w wybranych zakresach: diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków; diagnostyka i leczenie cukrzycy; diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc; diagnostyka i leczenie niedoczynności

<https://www.nfz-lodz.pl/rzecznik-prasowy/komunikaty-prasowe/10096-czy-twojedzieckorozwija-sie-prawidlowo-zaprowadz-dziecko-na-bilans-zdrowia>.

⁶⁶ Audycje edukacyjne: „Kierunek zdrowie”, „Moje zdrowie”, portal planujedlugiezycie.pl, profilaktyka ChUK.

⁶⁷ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/gdy-jedzenie-staje-sie-problemem.pdf>.

⁶⁸ https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles_public/aktualnosci/aktualnosci_oddzialow/ulotka_profilaktyka_zaburzen_odzywiania_anoreksja_i_bulimia_.pdf;
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/profilaktyka-od-najmlodszych-lat-zaburzenia-odzywiania-sroda-z-profilaktyka-w-ow-nfz,561.html>.

tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy; diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek.

Program „KOS-BAR” skierowany był jedynie do wybranych grup osób otyłych, tj. ze wskaźnikiem masy ciała BMI powyżej 40, przy braku chorób towarzyszących oraz osób z BMI 35-40 z co najmniej jedną chorobą związaną z otyłością. Natomiast świadczenia opieki koordynowanej przez lekarzy POZ udzielane są tylko w przypadku występowania określonych chorób, które nie obejmują anoreksji, bulimii i otyłości.

(akta kontroli: tom I str.62-68, 214-225)

Pacjenci z zaburzeniami odżywiania związanymi z niską masą ciała to zazwyczaj osoby wysoko funkcjonujące, a jednocześnie potrzebujące objęcia opieką pod względem somatycznym. Takim pacjentom wymagającym leczenia szpitalnego zapewnia się opiekę psychiatryczną (na oddziałach psychiatrycznych), w ramach której leczenie nie skupia się na zwiększeniu ich masy ciała. Wprowadzone w czerwcu 2022 r. przepisy ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o *wspieraniu i resocjalizacji nieletnich*⁶⁹ powodują, że na oddziały psychiatryczne kierowana może być młodzież, przejawiająca oznaki niedostosowania społecznego, co jeszcze bardziej utrudnia leczenie pacjentów wysoko funkcjonujących, jakimi są osoby chore na zaburzenia odżywiania.

Jak podała konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży: *...zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w ramach trójpoziomowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży zapewnione są świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem anoreksji i ich rodzin na każdym poziomie referencyjnym w zależności od stanu zdrowia pacjentki/pacjenta z uwzględnieniem potrzeb diagnostycznych i terapeutycznych...*

(akta kontroli: tom I str. 244-280)

NIK w informacji o wynikach kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*⁷⁰, opublikowanej w grudniu 2021 r. oraz *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych*⁷¹, opublikowanej w lutym 2024 r., wnioskuje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań związanych z zapewnieniem adekwatnych zasobów⁷², a także o efektywne skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia w poradniach specjalistycznych diabetologicznych, endokrynologicznych i kardiologicznych⁷³.

Z danych NFZ wynika, że pacjenci ze zdiagnozowaną: niedowagą, otyłością i zaburzeniami odżywiania najczęściej korzystali w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej ze świadczeń następujących poradni specjalistycznych zarówno poradni dla dzieci jak i osób dorosłych: diabetologicznych, endokrynologicznych, kardiologicznych, chorób metabolicznych, gastroenterologicznych, psychologicznych i zdrowia psychicznego⁷⁴. Analiza danych za lata 2022-2024 w zakresie średniego czasu oczekiwania na wizytę do tych 14 poradni wykazała, że w roku 2024 w porównaniu do roku 2022 średni czas oczekiwania na wizytę wydłużył się – w przypadku pilnym we wszystkich

⁶⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 978, ze zm.

⁷⁰ Informacji o wynikach kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*, Nr ewid. 133/2021/P/20/079/LRZ.

⁷¹ Informacji o wynikach kontroli *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych*, Nr ewid. 99/2023/P/23/080/LRZ.

⁷² Wniosek nr 3 skierowany do Ministra Zdrowia w kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*.

⁷³ Wniosek nr 6 skierowany do Ministra Zdrowia w kontroli *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych*.

⁷⁴ Obejmujące poradnie dla dzieci i poradnie dla osób dorosłych.

poradniach, a w przypadku stabilnym w 11 z tych poradni. W każdej z 14 ww. poradni zwiększeniu uległa liczba osób oczekujących na wizytę.

(akta kontroli: tom I str. 69-88, tom II str. 244-252)

Z analizy danych pozyskanych z NFZ za lata 2022-2024 wynika, że liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na wizytę do poradni:

- diabetologicznej w 2024 r. w przypadku pilnym wyniósł 62 dni (liczba oczekujących osób 9316). W porównaniu do 2022 r. czas oczekiwania w przypadku pilnym wydłużył się o 11 dni (liczba oczekujących wzrosła o 4024 osoby). Najdłużej na wizytę oczekiwali pacjenci w województwie lubuskim – 99 dni;
- diabetologicznej dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 47 dni (liczba oczekujących osób 212), w przypadku stabilnym 83 dni (liczba oczekujących osób 1842). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania: w przypadku pilnym o 8 dni (liczba oczekujących wzrosła o 98 osób), w przypadku stabilnym o 3 dni (liczba oczekujących wzrosła o 553 osoby). Najdłużej na wizytę w 2024 r. oczekiwali pacjenci: w przypadku w pilnym w województwie małopolskim – 109 dni, w przypadku stabilnym w województwie świętokrzyskim – 253 dni;
- endokrynologicznej w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 106 dni (liczba oczekujących osób 25 745), w przypadku stabilnym 186 dni (liczba oczekujących osób 112 778). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania: w przypadku pilnym o 18 dni (liczba oczekujących wzrosła o 9981 osób), w przypadku stabilnym o 4 dni (liczba oczekujących wzrosła o 3979 osób). W 2024 r. na wizytę do poradni endokrynologicznej oczekiwało prawie 140 tys. pacjentów. Najdłużej na wizyty w poradni endokrynologicznej w 2024 r. oczekiwali pacjenci z województwa zachodniopomorskiego (przypadek pilny 172 dni, przypadek stabilny 361 dni). W tym też roku 20% pacjentów w przypadkach pilnych stanowili pacjenci z województwa śląskiego;
- endokrynologicznej dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 123 dni (liczba oczekujących osób 4116), w przypadku stabilnym 188 dni (liczba oczekujących osób 13 515). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania w przypadku pilnym o 14 dni (liczba oczekujących wzrosła o 1771 osób), w przypadku stabilnym wydłużył się o 7 dni (liczba oczekujących wzrosła o 1545 osób). Najdłużej na wizyty w poradni endokrynologicznej dla dzieci w 2024 r. oczekiwali pacjenci z województwa lubuskiego (przypadek pilny 332 dni, przypadek stabilny 504 dni). W tym też roku 25% pacjentów w przypadkach pilnych stanowili pacjenci z województwa śląskiego;
- kardiologicznej w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 76 dni (liczba oczekujących osób 49 013). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania w przypadku pilnym o 7 dni (liczba oczekujących wzrosła o 18 631 osób). W 2024 r. na wizytę do poradni kardiologicznej oczekiwało prawie 75 tys. pacjentów. Najdłużej na wizyty w poradni endokrynologicznej w 2024 r. w przypadku pilnym oczekiwali pacjenci z województwa opolskiego – 120 dni;
- kardiologicznej dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 82 dni (liczba oczekujących osób 6009), w przypadku stabilnym 167 dni (liczba oczekujących osób 29 151). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania: w przypadku pilnym o 28 dni (liczba oczekujących wzrosła o 2804 osoby), w przypadku stabilnym wydłużył się o 43 dni (liczba oczekujących wzrosła o 4029 osób). Najdłużej na wizyty w poradni endokrynologicznej dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym oczekiwali pacjenci z województwa opolskiego – 224 dni;

- chorób metabolicznych w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 81 dni (liczba oczekujących osób 1835), w przypadku stabilnym 110 dni (liczba oczekujących osób 8345). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania: w przypadku pilnym o 25 dni (liczba oczekujących wzrosła o 1335 osób), w przypadku stabilnym o 19 dni (liczba oczekujących wzrosła o 1935 osób). Najdłużej na wizyty w poradni metabolicznej w 2024 r. oczekiwali pacjenci z województwa warmińsko-mazurskiego (przypadek pilny 517 dni, przypadek stabilny 502 dni);
- chorób metabolicznych dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 178 dni (liczba oczekujących osób 569), w przypadku stabilnym 209 dni (liczba oczekujących osób 2347). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania: w przypadku pilnym o 79 dni (liczba oczekujących podwoiła się – wzrosła o 362 osoby), w przypadku stabilnym 45 dni (liczba oczekujących wzrosła o 650 osób). Najdłużej na wizyty w poradni metabolicznej dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym oczekiwali pacjenci z województwa małopolskiego – 233 dni;
- gastroenterologicznej w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 134 dni (liczba oczekujących osób 26 846), w przypadku stabilnym 187 dni (liczba oczekujących osób 85 399). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania: w przypadku pilnym o 46 dni (liczba oczekujących wzrosła o 13836 osób), w przypadku stabilnym o 55 dni (liczba oczekujących wzrosła o 12177 osób). Najdłuższy czas oczekiwania i największa liczba pacjentów oczekujących na wizytę w poradni gastroenterologicznej w 2024 r. była w województwie śląskim, tj. w przypadku pilnym 5462 pacjentów, a średni czas oczekiwania to 182 dni, w przypadku stabilnym 12 503 pacjentów, a średni czas oczekiwania to 338 dni;
- gastroenterologicznej dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 120 dni (liczba oczekujących osób 3423), w przypadku stabilnym 185 dni (liczba oczekujących osób 12 378). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania: w przypadku pilnym o 41 dni (liczba oczekujących wzrosła o 1568 osób), w przypadku stabilnym o 62 dni (liczba oczekujących wzrosła o 1840 osób);
- psychologicznej w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 30 dni (liczba oczekujących osób 510), w przypadku stabilnym 51 dni (liczba oczekujących osób 5474). W porównaniu do 2022 r. czas oczekiwania w przypadku pilnym wydłużył się o 3 dni (liczba oczekujących prawie podwoiła się – wzrosła o 238 osób), w przypadku stabilnym wydłużył się o 15 dni (liczba oczekujących wzrosła o 1079 osób). Największą liczbę oczekujących pacjentów i najdłuższy czas oczekiwania na wizytę w poradni psychologicznej w 2024 r. w przypadku pilnym odnotowano w województwie lubuskim, tj. średni czas oczekiwania 224 dni, liczba oczekujących 140 pacjentów;
- psychologicznej dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 13 dni (liczba oczekujących osób 64), w przypadku stabilnym 32 dni (liczba oczekujących 14 744 osoby). W porównaniu do 2022 r. nie uległ zmianie czas oczekiwania w przypadku pilnym (liczba osób oczekujących podwoiła się – wzrosła o 37 osób), w przypadku stabilnym wydłużył się o 16 dni (liczba oczekujących wzrosła o 6029 osób). Największą liczbę oczekujących pacjentów i najdłuższy czas oczekiwania na wizytę w poradni psychologicznej dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym odnotowano w województwie śląskim, tj. średni czas oczekiwania 28 dni, liczba oczekujących 11 pacjentów. Najdłuższy średni czas oczekiwania w przypadku stabilnym występował w województwie lubelskim – 100 dni;
- zdrowia psychicznego w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 30 dni (liczba oczekujących osób 1336), w przypadku stabilnym 46 dni (liczba

oczekujących osób 85 661). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania w przypadku pilnym o 3 dni (liczba oczekujących wzrosła o 542 osoby), w przypadku stabilnym o 8 dni (liczba oczekujących wzrosła o 2905 osób). Najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego w 2024 r.: w przypadku pilnym był w województwie wielkopolskim i wynosił 48 dni, w przypadku stabilnym był w województwie kujawsko-pomorskim i wynosił 85 dni;

- zdrowia psychicznego dla dzieci w 2024 r. w przypadku pilnym wynosił 57 dni (liczba oczekujących osób 594), w przypadku stabilnym 50 dni (liczba oczekujących osób 26 415). W porównaniu do 2022 r. wydłużył się czas oczekiwania w przypadku pilnym o 19 dni (liczba oczekujących wzrosła o 173 osoby), w przypadku stabilnym skrócił się o 5 dni (liczba oczekujących wzrosła o 11 078 osób). Najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci w 2024 r.: w przypadku pilnym był w województwie podlaskim i wynosił 113 dni, w przypadku stabilnym był w województwie zachodniopomorskim i wynosił 153 dni.

(akta kontroli: tom II str. 44-222, 244-252)

Minister wyjaśnił, że na podstawie informacji otrzymywanych co kwartał z NFZ, monitoruje na bieżąco dane w zakresie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej i w przypadkach pojawiania się utrudnień w dostępie do nich, występuje do NFZ o wyjaśnienia przyczyn i podjęcie interwencji w celu poprawy w tym zakresie. Działaniami podejmowanymi w celu skrócenia czasu oczekiwania na specjalistyczne świadczenia opieki zdrowotnej były: powiadomienia pacjentów o zbliżającym się terminie wizyty za pomocą usługi sms; decyzje – w przypadku posiadania wolnych środków przez dany oddział NFZ – o ogłoszeniu postępowań o zawarcie umów; wprowadzenie zmian w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących; wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ z zakresu kardiologii, diabetologii, endokrynologii, pulmonologii, nefrologii, gdzie pacjenci mają dostęp do większej liczby badań, porad edukacyjnych, dietetycznych i konsultacji specjalistycznych; rozszerzenie wykazu świadczeń objętych obowiązkiem prowadzenia harmonogramów przyjęć w czasie rzeczywistym.

(akta kontroli: tom I str. 69-88)

1.5. W Polsce, na mocy ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. *o opiece zdrowotnej nad uczniami*⁷⁵, zagwarantowano objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną uczniów do ukończenia 19 roku życia.

Z założenia opieka zdrowotna w szkole skupiona jest na ochronie zdrowia uczniów i kształtowaniu u uczniów postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne zdrowie. Cele te są realizowane przez następujące działania: opiekę profilaktyczną (działania na rzecz zachowania zdrowia oraz zapobiegania powstawaniu lub rozwojowi chorób, w tym chorób zakaźnych oraz wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych i czynników ryzyka); edukację zdrowotną i promocję zdrowia, w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia. Profilaktyczna opieka zdrowotna realizowana w szkołach i placówkach jest istotnym elementem funkcjonowania społeczności szkolnej.

Pielęgniarka szkolna realizując świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, ma możliwość pozyskania informacji na temat stanu i potrzeb zdrowotnych oraz rozwojowych uczniów. Informacje te powinny być wykorzystywane dla dobra tych uczniów, z poszanowaniem obowiązujących

⁷⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 1078.

przepisów prawa, w szczególności RODO⁷⁶. W ustawie *o opiece zdrowotnej nad uczniami* określono zakres współpracy pomiędzy pielęgniarką szkolną, a rodzicami i szkołą. Ponadto pielęgniarki szkolnej przysługują dodatkowe uprawnienia w związku ze sprawowaniem opieki zdrowotnej nad uczniami. Zgodnie z § 5 pkt 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. *w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach*⁷⁷ pomoc psychologiczno-pedagogiczna w przedszkolu, szkole i placówce jest udzielana z inicjatywy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej.

W toku niniejszej kontroli prowadzonej u świadczeniodawców POZ, jak i w szkołach ustalono, że pielęgniarki szkolne nie korzystały z ww. uprawnienia, mimo że masa ciała uczniów znacznie odbiegała od normy. Analiza indywidualnych kart zdrowia ucznia wykazała, że pielęgniarka szkolna zawnioskowała o opiekę psychologiczną dla jednego spośród 515 uczniów, u których BMI lub centyl masy ciała wskazywał na otyłość. Do żadnego z 12 uczniów ze skrajną niedowagą nie zawnioskowano o taką pomoc.

(akta kontroli: tom I str. 134-141, tom II str. 358-453)

Minister Zdrowia poinformował, że treści dotyczące zaburzeń odżywiania są uwzględnione w podręczniku dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pt. *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej* oraz w przewodniku pt. *Edukacja zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania*. Ponadto dodał, że do Ministerstwa Zdrowia nie była zgłaszana potrzeba wydania rekomendacji lub przeprowadzenia szkoleń w zakresie wykonywania przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub szkoleń dla higienistek szkolnych w zakresie ich uprawnień do inicjowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowanej przez szkołę. Oceny co do wdrożenia takiego postępowania dokonuje pielęgniarka lub higienistka szkolna działając z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

(akta kontroli: tom I str. 40-44, 167-171, 281-288)

Na zlecenie Ministra Zdrowia monitorowanie opieki zdrowotnej nad uczniami, zgodnie z art. 23 ust. 3 pkt 2 ustawy *o opiece zdrowotnej nad uczniami*, wykonuje Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, który corocznie na podstawie sprawozdań MZ-06 przygotowuje informacje o realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami za dany rok szkolny.

Minister Zdrowia nie skorzystał z uprawnienia przysługującego mu na podstawie art. 23 ust. 4 ustawy *o opiece zdrowotnej nad uczniami* i nie zlecił przeprowadzenia badania w zakresie oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 281-288)

Kontrola NIK przeprowadzona w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej wykazała niejednokrotnie, że podmioty te nie dysponowały wagami dostosowanymi do wykonywania pomiarów masy ciała u osób z niepełnosprawnościami ruchowymi. Uniemożliwiało to jednostkom POZ wywiązywanie się w pełni z obowiązku wynikającego § 6 ust. 3 pkt 4

⁷⁶ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

⁷⁷ Dz.U. z 2023 r. poz. 1798.

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* – dokonywanie pomiarów masy ciała pacjentów w celu ich zaraportowania do NFZ. W konsekwencji, z uwagi na brak wag przystosowanych do osób z niepełnosprawnościami, pacjenci z dysfunkcją kończyn dolnych, którzy nie byli w stanie stać samodzielnie na wadze, nie byli ważeni. Ponadto ustalono, że wagi w kontrolowanych jednostkach POZ nie posiadały aktualnych świadectw legalizacji.

Na podstawie analizy wyników pomiarów masy ciała i wzrostu pacjentów POZ, przekazanych przez NFZ, NIK oszacowała, że w 2022 r. dokonano takich pomiarów u 44 351 osób z otyłością III stopnia powyżej 18. roku życia. W 2024 r. w porównaniu do 2022 r. ich liczba podwoiła się i wyniosła 92 882.

NIK w informacji o wynikach kontroli *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych*, opublikowanej w lutym 2024 r., wnioskuje do Ministra Zdrowia o bieżące rozeznanie co do zasobów i potrzeb dotyczących specjalistycznego sprzętu wspierającego leczenie osób z chorobą otyłości znacznego stopnia.

Pomimo powyższego, Minister Zdrowia nie monitorował dostępności sprzętu o wzmocnionej nośności przeznaczonego dla osób chorych na otyłość III stopnia.

(akta kontroli: tom I str. 95-133)

Minister Zdrowia wyjaśnił m.in., że obowiązujące rozporządzenia „koszykowe” nie nakładają na świadczeniodawców obowiązku posiadania sprzętu medycznego o podwyższonej nośności dla pacjentów bariatrycznych. Wprowadzenie takiego rozwiązania do przytoczonych przepisów nakładałoby na wszystkie podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zawartych z Funduszem umów obowiązek zakupu takich urządzeń – co generowałoby po stronie podmiotów leczniczych znaczne koszty. Nie zmienia to jednak faktu, że rozporządzenia „koszykowe” określają minima, jakie powinny być spełnione przez podmioty ubiegające się i udzielające świadczeń na podstawie umów, co oznacza, że tacy świadczeniodawcy mogą zaopatrywać się w tego typu urządzenia.

(akta kontroli: tom I str. 95-133, tom II str. 358-453)

W okresie objętym kontrolą Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia dokonywał analiz w zakresie zasobów sprzętów medycznych będących w dyspozycji podmiotów medycznych, które zostały wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. *w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakresu informacji o tych wyrobach*. Jednakże w obowiązującym systemie sprawozdawczym podmioty te nie miały obowiązku wykazywania, czy posiadany sprzęt medyczny służy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom z otyłością III stopnia.

(akta kontroli: tom I str. 95-133)

1.6 Zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy *o działach administracji rządowej* minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór m.in. nad GIS. Minister Zdrowia w latach 2022-2024 nie sprawował skutecznego nadzoru nad GIS w zakresie dokonywania przez PIS ocen działalności oświatowo-zdrowotnej, o której mowa w art. 6 pkt 4 ustawy *o PIS*, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W piśmie z dnia 3 marca 2025 r. Minister Zdrowia zobowiązał Głównego Inspektora Sanitarnego do uwzględniania w przygotowywanych dla niego dokumentach informacji na temat nadzoru prowadzonego przez PIS w zakresie

działalności oświatowo-zdrowotnej wraz z uwzględnieniem oceny tej działalności wynikającej z przepisów ustawy o PIS.

(akta kontroli: tom I str. 363-370)

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. *o statystyce publicznej*⁷⁸, w związku z art. 7 ust. 1 tej ustawy. Przepisy te stanowią, że jeżeli badanie statystyczne jest prowadzone na zasadzie obowiązku, respondenci są obowiązani do udzielenia i przekazania prowadzącemu badanie pełnych, zgodnych ze stanem faktycznym, rzetelnych i wyczerpujących danych, zgodnie ze szczegółowym zakresem, w formie, postaci i terminach określonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej. Świadczeniodawcy POZ zobowiązani są do przekładania m.in. sprawozdań: MZ-06 z *realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach* oraz MZ-11 o *działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*.

W 2023 r. Centrum e-Zdrowia doprecyzowało instrukcję dotyczącą wypełnienia sprawozdania MZ-11 w zakresie opieki czynnej nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, jednoznacznie wskazując przykłady, w których przypadkach pacjentów należy wykazywać w przedmiotowym sprawozdaniu.

Ustalenia kontroli przeprowadzonych u świadczeniobiorców POZ wykazały, że nie wszystkie jednostki⁷⁹ wywiązywały się właściwie z ww. obowiązków. W sprawozdaniach MZ-11 oraz MZ-06 wykazywano dane, niezgodnie z instrukcją ich wypełnienia oraz ze stanem faktycznym. Minister Zdrowia, mimo wniosków z poprzednich kontroli NIK⁸⁰, nie podjął skutecznych działań zmierzających do zapewnienia wiarygodnego źródła informacji o skali problemów i potrzeb zdrowotnych Polaków w zakresie zaburzeń odżywiania.

(akta kontroli: tom I str. 148-166, tom II str. 2-43, 342-355)

Na podstawie § 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* świadczeniodawcy POZ, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, przekazują Funduszowi dane dotyczące udzielonych świadczeń – np. w zakresie świadczeń lekarza POZ dane te obejmują m.in. informację o masie ciała i wzroście pacjenta – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym.

Z danych NFZ wynika, że w każdym roku objętym kontrolą ponad 27 mln osób było pacjentami lekarza POZ, z tego wyniki pomiarów masy ciała i wzrostu zaraportowano dla: 2 530 017, tj. 9,2% pacjentów POZ w 2022 r., 3 402 610, tj. 12,4% w 2023 r. oraz 4 760 696, tj. 17,2% z nich w 2024 r.

(akta kontroli: tom I str. 148-166, tom II str. 44-222 314-341)

Minister Zdrowia, w ramach sprawowanego nadzoru nad NFZ, nie podjął skutecznych działań w celu zapewnienia egzekwowania przez Fundusz realizacji umów ze świadczeniodawcami w zakresie raportowania – na podstawie § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w *sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych* – wyników pomiarów masy ciała i wzrostu pacjentów POZ.

⁷⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 1799.

⁷⁹ Kontrolą objęto 11 świadczeniodawców POZ zapewniających opiekę lekarza POZ i pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania albo higienistek szkolnych.

⁸⁰ Wystąpienie pokontrolne LRZ.410.003.01.2023 z 14.09.2023 r.

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

1. Minister Zdrowia nierzetelnie zrealizował – wynikający z art. 4 ust. 2 pkt 1 ustawy o zdrowiu publicznym – obowiązek opracowania projektu NPZ 2021-2025. Zgodnie z tym przepisem do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego należy przygotowanie projektu *Narodowego Programu Zdrowia*⁸¹. Stosownie do art. 9 ust. 2 pkt 3 i 7 tej ustawy NPZ powinien obejmować w szczególności zadania służące realizacji celów operacyjnych oraz wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ.

W projekcie dokumentu, przyjętego następnie przez Radę Ministrów jako NPZ 2021-2025, Minister Zdrowia w odniesieniu do celów operacyjnych nr 1 „Profilaktyka nadwagi i otyłości” i nr 3 „Promocja zdrowia psychicznego” określił po dwa wskaźniki monitorowania, tj. odpowiednio „liczbę uczestników zadań realizowanych w ramach programu sport dla wszystkich” i „spożycie warzyw” oraz „liczbę prób samobójczych” i „liczbę samobójstw”. Tak sformułowanych wskaźników jednak nie można odnieść do opisanych wyżej celów, wobec czego wskaźniki te nie pozwalają na całłościowy pomiar i ocenę ich realizacji. Ponadto Minister nie zaplanował wartości bazowych i docelowych wskaźników monitorowania celów operacyjnych nr 1 i nr 3 NPZ 2021-2025.

Zdaniem NIK, aby rzetelnie ocenić rezultaty prowadzonych zadań, w tym zwłaszcza zapewnienie osiągnięcia zamierzonego celu, należało określić odpowiednie, mierzalne kryteria oceny stopnia realizacji tego celu (wskaźniki monitorowania), a także wartości ich stanu początkowego (wyjściowego) i pożądanego (końcowego).

Nieokreślenie przez Ministra adekwatnych wskaźników oraz pożądanego stopnia realizacji celów uniemożliwia ocenę realizacji celów, z uwagi na dowolną interpretację osiągniętych wyników realizowanych zadań. Takie działanie narusza zasadę uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów i optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów, określonej w art. 44 ust. 3 pkt 1 lit. a i b *ufp*. Nierzetelne opracowanie projektu NPZ 2021-2025 wskazuje również na brak adekwatnych mechanizmów kontroli zarządczej, której celem jest m.in. zapewnienie skuteczności i efektywności realizowanych celów i zadań (art. 68 ust. 2 pkt 2 *ufp*).

Minister wyjaśnił m.in., że określenie oczekiwanych wartości wskaźników niezbędnych do monitorowania i ewaluacji realizacji celów operacyjnych zawartych w *Narodowym Programie Zdrowia* nie znajduje uzasadnienia w obszarze zdrowia publicznego. Powyższe wynika z faktu, iż nie jest możliwe adekwatne zaplanowanie wartości docelowych w krótkim, z perspektywy zdrowia publicznego, czasie realizacji NPZ. Specyfika zdrowia publicznego sprawia, iż zmiany postaw i zachowań oraz ich konsekwencje dla zdrowia w wymiarze jednostki, jak i populacji – co jest w obszarze zainteresowania zdrowia publicznego – nie są możliwe do zaobserwowania w perspektywie kilku czy kilkudziesięciu miesięcy, a często nawet kilku lat. Ten odroczony w czasie efekt charakterystyczny dla zdrowia publicznego sprawia trudności nie tylko w Polsce, stanowiąc ogólnoswiatowe wyzwanie. Nie jest łatwo bowiem planować i realizować konsekwentne polityki zdrowotne i polityki społeczno-ekonomiczne sprzyjające zdrowiu, gdy ich efekty nie są widoczne w krótkiej perspektywie czasu. Zdrowie publiczne, z uwagi na ciągłe zmiany sytuacji ekonomicznej, społecznej, epidemiologicznej, ulega nieprzerwanym zmianom i należy się do nich stale dostosowywać. Wydarzeniem takim, mającym w ostatnich latach bezprecedensowy wpływ na zdrowie publiczne, którego nie dało się

⁸¹ Dalej: NPZ.

przewidzieć, była pandemia COVID-19. Z uwagi na wyżej wspomnianą specyfikę zdrowia publicznego intencją Ministerstwa Zdrowia jest stałe monitorowanie trendów. Monitorowanie trendów w odniesieniu do zjawisk epidemiologicznych wymaga wieloletnich obserwacji, co nie zwalnia jednocześnie z podejmowania wysiłków na rzecz zmian prozdrowotnych.

(akta kontroli: tom I str. 89-94)

NIK wskazuje, że w świetle jasnej i jednoznacznej regulacji zawartej w art. 9 ust. 1 ustawy *o zdrowiu publicznym*, NPZ jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego. Stosownie zaś do art. 9 ust. 2 tej ustawy NPZ obejmować powinien zarówno cel strategiczny, ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu, poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem, jak i wskaźniki oraz sposób monitorowania i ewaluacji NPZ, w tym jego celu strategicznego i służących jego realizacji celów operacyjnych. Odpowiedzialność za przygotowanie projektu NPZ, uwzględniającego te wymagania, spoczywa na Ministrze Zdrowia (art. 4 ust. 2 pkt 2 ustawy *o zdrowiu publicznym*). Oczywiście jest zatem, że nierzetelne zaprojektowanie wskaźników – w szczególności bez określenia wartości bazowych i docelowych – *de facto* wyklucza możliwość monitorowania i ewaluacji przyjętego przez Radę Ministrów NPZ 2021-2025, jak również wskazaną przez Ministra analizę trendów.

W świetle powyższego na uwzględnienie nie zasługuje argument Ministra, iż określenie oczekiwanych wartości niezbędnych do monitorowania i ewaluacji realizacji celów zawartych w NPZ, nie znajdowało oparcia w obszarze zdrowia publicznego. Za nieuzasadnione należy również uznać twierdzenie, że zmiany postaw i zachowań oraz ich konsekwencje dla zdrowia w wymiarze, tak jednostki, jak i populacji nie są możliwe do zaobserwowania nawet w perspektywie kilkuletniej. Stanowisku temu zaprzeczył sam Minister, który projektując *Program* na okres po 2020 roku, odwołał się do doświadczeń z realizacji NPZ 2016-2020.

NIK podkreśla, że celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności zgodności działania z przepisami prawa oraz skuteczności i efektywności realizowanych celów i zadań. Nieokreślenie przez Ministra wartości bazowych i docelowych wskaźników przypisanych do celów operacyjnych nr 1 „Profilaktyka nadwagi i otyłości” i nr 3 „Promocja zdrowia psychicznego” uniemożliwiało dokonanie rzetelnej i obiektywnej oceny skuteczności podejmowanych działań w ramach NPZ oraz celowego i efektywnego wykorzystania zasobów, którymi dysponował Minister Zdrowia, w szczególności środków publicznych. Zgodnie z zaleceniem standardu B6, określonym w załączniku do komunikatu Nr 23 Ministra Finansów *w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych*⁸², cele i zadania należy określać jasno, a ich wykonanie należy monitorować za pomocą wyznaczonych wskaźników. Zaleca się przeprowadzanie oceny realizacji celów i zadań uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności.

Zdaniem NIK działania Ministra w powyższym zakresie były nierzetelne i skutkowały brakiem miarodajnych informacji o skuteczności realizowanych zadań, co uniemożliwiało dokonanie oceny stopnia realizacji celów ujętych w NPZ 2021-2025 oraz adekwatności i kompletności przyjętych w nich rozwiązań.

2. Minister Zdrowia w niepełnym zakresie pozyskiwał i analizował dostępne dane dotyczące sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka związanych z zaburzeniami odżywiania (niedożywienie, otyłość, zaburzenia odżywiania), które były m.in. gromadzone na użytek polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Dotyczy to danych

⁸² Dz. Urz. MF z 2009 r. Nr 15, poz. 84.

raportowanych do NFZ oraz pozyskiwanych w ramach statystyki publicznej przez Centrum e-Zdrowia.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy o *zdrowiu publicznym* do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego należy gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą.

Minister zlecił pozyskiwanie i gromadzenie danych z zakresu ochrony zdrowia. Jednakże nie zapewnił wystarczających narzędzi weryfikacji wiarygodności:

- a) danych będących w dyspozycji Centrum e-Zdrowie, jednostce której zlecił, powierzone mu zadania z zakresu statystyki publicznej, określone w przepisach, w tym prowadzenie badań statystycznych statystyki publicznej w ochronie zdrowia na użytek polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia oraz statystyki publicznej.

W okresie objętym kontrolą Minister podjął działania w celu zapewnienia wiarygodności danych ujmowanych w sprawozdaniach statystycznych MZ-11, m.in. Centrum e-Zdrowia w wyniku działań Ministra doprecyzowało instrukcję wypełniania sprawozdania MZ-11 w zakresie liczby osób objętych opieką czynną.

Zgodnie z § 2 pkt 2 załącznika nr 1 do zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie *Centrum-e Zdrowia*⁸³ przedmiotem działalności Centrum e-Zdrowia jest realizacja zadań, z zakresu statystyki publicznej, określonych w przepisach, w tym prowadzenie badań statystycznych statystyki publicznej w ochronie zdrowia na użytek polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia oraz statystyki publicznej.

Działania w zakresie statystyki publicznej Minister Zdrowia realizował nierzetelnie, gdyż nie podjął skutecznych działań w celu zapewnienia jakości danych⁸⁴ przekazywanych w sprawozdaniach MZ-11 i MZ-06, dotyczących chorób (otyłość, niedożywienie, zaburzenia odżywiania) wśród dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych, a także poziomu realizacji bilansów zdrowia i testów przesiewowych.

Zgodnie z art. 20 ustawy o *statystyce publicznej* w programach badań statystycznych⁸⁵ Ministrowi Zdrowia powierzono prowadzenie badań dotyczących zachorowania i leczenia na wybrane choroby oraz profilaktyki. Źródłem danych dla Ministra w powyższym zakresie miały być m.in. sprawozdania MZ-11 i MZ-06.

Z informacji pozyskanych przez NIK z Centrum e-Zdrowia wynika, że do 2023 r. sprawozdania MZ-11 były realizowane w oparciu o mechanizm ankiety przypisującej obowiązek sprawozdawczy. Świadczeniodawca POZ logując się do systemu *System Statystyki w Ochronie Zdrowia* wskazywał zakres udzielanych świadczeń w ramach jednostki. Z danych pozyskanych przez NIK z Centrum e-Zdrowia wynika, że w 2022r. sprawozdanie MZ-11 złożyło 78,1% zobowiązanych podmiotów, a w 2023 r. sprawozdanie to złożyło 77,4%

⁸³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2020 r. w sprawie Centrum e-Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 42), a następnie zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. w sprawie Centrum e-Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 47).

⁸⁴ Atrybutami jakości danych są m.in. kompletność, zgodność, dokładność.

⁸⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 (Dz. U. poz. 2303), Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 października 2022 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2023 (Dz. U. poz. 2453), Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 grudnia 2023 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2024 (Dz. U. poz. 2747).

z nich. Począwszy od 2024 r., w przypadku podmiotów leczniczych sprawozdania przypisywane były automatycznie, na podstawie wykazu jednostek posiadających zawarte umowy z NFZ. W odniesieniu do praktyk zawodowych utrzymane zostały rozwiązania w postaci ankiety przypisującej sprawozdanie MZ-11. W 2024 r. sprawozdania MZ-11 złożyło 71,5% zobowiązanych podmiotów, w tym 81% podmiotów leczniczych, którym sprawozdania przypisane zostały automatycznie, na podstawie wykazu jednostek posiadających zawarte umowy z NFZ.

(akta kontroli: tom II str. 2-43, 311-312, 342-355)

W kontroli, którą objęto 11 świadczeniodawców POZ ustalono, że jeden z nich zarówno za 2021 r., jak i 2022 r. nie złożył sprawozdań MZ-11. Kontrola w tych podmiotach wykazała również, że dane ujmowane w sprawozdaniach MZ-11 dotyczące liczby osób objętych opieką z powodu choroby przewlekłej (niedożywienia, otyłość, zaburzenia odżywiania) nie były zgodne z danymi raportowanymi w tym zakresie do NFZ, a ponadto były niedokładne, czyli niezgodne ze stanem faktycznym ujętym w informacjach zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów.

(akta kontroli: tom II str. 358-453)

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia jako jednostka, której zlecono zadania z zakresu statystyki publicznej w zdrowiu nie podjął skutecznych działań wobec Centrum e-Zdrowia, aby zapewniło ono mechanizm gwarantujący pozyskiwanie wiarygodnych danych statystycznych.

Sprawozdania MZ-06 składane są osobno dla każdej szkoły, w której sprawowana jest opieka zdrowotna nad uczniami. W kontroli, którą objęto 11 świadczeniodawców POZ ustalono, że jeden z nich dla jednej ze szkół w całym okresie objętym kontrolą nie składał sprawozdań MZ-06, a drugi za rok szkolny 2022/2023 nie złożył tych sprawozdań dla dwóch szkół.

(akta kontroli: tom II str. 358-453)

W corocznych opracowaniach Instytutu Matki i Dziecka *Informacja o realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami* nie uwzględniono informacji, że były szkoły, w których zapewniono opiekę zdrowotną nad uczniami, jednak nie złożyły one sprawozdań MZ-06. Z tego dokumentu wynika, że szkoły, które nie złożyły sprawozdań MZ-06, traktowane są jak jednostki niezapewniające opieki zdrowotnej nad uczniami.

(akta kontroli: tom II str. 223-243)

Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określa poziomy kształcenia, na którym wykonuje się takie badania. Jak wskazano powyżej Minister Zdrowia nie zaktualizował tych poziomów kształcenia, co powoduje, że nadal w rozporządzeniu było odniesienie do szkół gimnazjalnych, które zostały wygaszone w 2019 roku. Ponadto w latach 2009-2016 z uwagi na planowane zmiany oświatowe, dotyczący wprowadzenia obowiązku szkolnego dla 6-latków - dzieci rozpoczynają pierwszą klasę szkoły podstawowej w różnym wieku (6 lub 7 lat). NIK zwraca uwagę, że jednostki POZ nie dysponują informacjami, której klasy uczniem jest dany pacjent i kwalifikują go do badania bilansowego na podstawie jego wieku. Powyższe powoduje niespójności w sprawozdaniach MZ-11 i MZ-06, w zakresie danych dotyczących badań bilansowych – uwzględniając również fakt, że sprawozdania MZ-06 odnoszą się do roku szkolnego, a sprawozdania MZ-11 do roku kalendarzowego.

W okresie objętym kontrolą zbiorcze dane ze sprawozdań MZ-11 i MZ-06⁸⁶ dotyczące bilansów zdrowia zawarte w tych sprawozdaniach nie były ze sobą spójne, w zakresie liczby dzieci, u których przeprowadzono profilaktyczne badania lekarskie. Z danych zbiorczych ze sprawozdań MZ-11 za 2023 r. wynika, że:

- u 212 107 uczniów klasy III szkoły podstawowej zrealizowano profilaktyczne badania lekarskie. Natomiast ze sprawozdań MZ-06 za rok 2022/2023 wynika, że takie badania na podstawie zwróconych kart bilansowych wykonano u 267 642 uczniów, czyli o ponad 26% więcej;
- u 219 060 uczniów klasy VII szkoły podstawowej zrealizowano profilaktyczne badania lekarskie. Natomiast ze sprawozdań MZ-06 za rok 2022/2023 wynika, że takie badania na podstawie zwróconych kart bilansowych wykonano u 150 036 uczniów, czyli o ponad 46% mniej;
- u 185 529 uczniów klasy I szkoły ponadpodstawowej zrealizowano profilaktyczne badania lekarskie. Natomiast ze sprawozdań MZ-06 za rok 2022/2023 wynika, że takie badania na podstawie zwróconych kart bilansowych wykonano u 328 494 uczniów, czyli o ponad 77% więcej;
- u 166 665 uczniów klasy ostatniej szkoły ponadpodstawowej zrealizowano profilaktyczne badania lekarskie. Natomiast ze sprawozdań MZ-06 za rok 2022/2023 wynika, że takie badania na podstawie zwróconych kart bilansowych wykonano u 227 869 uczniów, czyli o ponad 37% więcej.
- z danych zbiorczych ze sprawozdań MZ-11 wynika, że w 2022 r. u 51,2%, 2023 r. u 54,6%, a w 2024 r. u 53,5% (dane wstępne na dzień 6 maja 2025 r.) dzieci i młodzieży w wieku szkolnym wykonano bilanse zdrowia. Natomiast ze sprawozdań MZ-06 wynika, że profilaktyczne badania lekarskie (na podstawie zwróconych kart bilansowych) zrealizowano w latach szkolnych 2022/2023 i 2023/2024 u 72%.

Z powyższego wynika, że do pielęgniarek/higienistek szkolnych zwracanych było więcej kart z przeprowadzonych przez lekarzy POZ badań bilansowych niż liczba wykazywanych bilansów w sprawozdaniach MZ-11 przez świadczeniodawców POZ.

W zbiorczych sprawozdaniach MZ-06 i MZ-11 znacznie różniła się liczba uczniów podlegających profilaktycznym badaniom lekarskim, tj.:

- w 2023 r. według sprawozdań MZ-11 liczba uczniów klas VII szkół podstawowych podlegająca profilaktycznym badaniom lekarskim wynosiła 372 980, a według MZ-06 za 2022/2023 – 209 723,
- w 2023 r. według sprawozdań MZ-11 liczba uczniów klas I szkół ponadpodstawowych podlegająca profilaktycznym badaniom lekarskim wynosiła 346 350, a według MZ-06 za 2022/2023 – 482 193,
- w 2023 r. według sprawozdań MZ-11 liczba uczniów klas ostatnich szkół ponadpodstawowych podlegająca profilaktycznym badaniom lekarskim wynosiła 380 125, a według MZ-06 za 2022/2023 – 329 928.

(akta kontroli: tom II str. 2-35, 342-355)

Podjęte przez Ministra Zdrowia dotychczasowe działania, które obejmowały doprecyzowanie przez Centrum e-Zdrowia – jako podmiot nadzorowany przez Ministra – instrukcji wypełniania sprawozdania MZ-11 były niewystarczające. Dane ze sprawozdań MZ-11 oraz MZ-06 będące w dyspozycji Ministra Zdrowia były niezetelne, tj. nie dotyczyły całej populacji objętej opieką lekarzy POZ oraz pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, a także higienistek szkolnych, a ponadto były niezgodne ze stanem faktycznym i danymi raportowanymi do NFZ w tym zakresie.

⁸⁶ Pozyskane przez NIK z Centrum e-Zdrowia.

Minister Zdrowia wyjaśniła, że realizacja zadań z zakresu statystyki publicznej jest jednym z zadań Centrum e-Zdrowia, nad którym nadzór merytoryczny w imieniu Ministerstwa Zdrowia sprawuje Departament e-Zdrowia.

(akta kontroli: tom I str. 148-166)

NIK zwraca uwagę, że minister właściwy do spraw zdrowia, w ramach realizacji ustawowych obowiązków, winien zadbać o jakość danych otrzymywanych w ramach statystyki publicznej. Brak skutecznych działań w tym zakresie powodował, że Minister Zdrowia nie dysponował wiarygodnymi danymi w zakresie liczby osób objętych opieką czynną z powodu chorób przewlekłych (niedożywienia, otyłości, zaburzeń odżywiania) oraz o skali zrealizowanych bilansów zdrowia.

- b) danych będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia i świadczeniodawców POZ, w zakresie egzekwowania i realizacji obowiązku określonego w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych*.

Zgodnie z art. 162 i art. 163 ust. 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* nadzór nad Narodowym Funduszem Zdrowia i świadczeniodawcami w zakresie realizacji umów z Funduszem sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

Minister Zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru nad świadczeniodawcami w zakresie realizacji umów z Funduszem ani nad NFZ nie podjął skutecznych działań mających na celu egzekwowanie i realizację obowiązku polegającego na raportowaniu danych o masie ciała i wzroście pacjentów POZ, o którym mowa w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych*. Z danych NFZ wynika, że w każdym roku objętym kontrolą ponad 27 mln osób było pacjentami lekarza POZ, z tego wyniki pomiarów masy ciała i wzrostu zaraportowano dla: 2 530 017, tj. 9,2% pacjentów POZ w 2022 r., 3 402 610, tj. 12,4% w 2023 r. i 4 760 696, tj. 17,2% z nich w 2024 r.

Obowiązek raportowania przynajmniej raz w roku wyników pomiarów wzrostu i masy ciała pacjentów POZ został wprowadzony od 1 stycznia 2020 r. na wniosek i na potrzeby NFZ, jako informacja przydatna do realizacji jego zadań ustawowych. Powodem gromadzenia tych danych było zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych, w szczególności w celu zidentyfikowania osób szczególnie narażonych na wystąpienie chorób, w których nadwaga jest głównym czynnikiem ryzyka.

Wyniki pomiarów wzrostu i masy ciała pacjentów korzystających z świadczeń lekarza POZ – rocznie ponad 27 mln – mogłyby stanowić dla Ministra Zdrowia źródło danych o skuteczności działań profilaktycznych, a także o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w zakresie masy ciała oraz o trendach w tym zakresie. Tym bardziej, że według danych NFZ wydatki związane ze stawką kapitałową lekarzy POZ w 2022 r. wyniosły ponad 14 020,34 mln zł, w 2023 r. ponad 15 960,02 mln zł, a w 2024 r. ponad 17 467,94 mln zł.

Minister Zdrowia w ograniczonym zakresie korzystał z danych zawartych w sprawozdaniach statystycznych MZ-11. Wykorzystanie przez Ministra Zdrowia danych ze sprawozdań MZ-11 polegało na zawarciu w ww. szkoleniu informacji ile dzieci w poszczególnych grupach wiekowych było objętych czynną opieką lekarza POZ z powodu cukrzycy.

Minister wyjaśnił, że *dane dotyczące leczenia przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat z powodu chorób przewlekłych wymagających opieki czynnej przez lekarzy POZ są wykorzystywane w ogólnopolskich szkoleniach pt.: „Dziecko z cukrzycą” dla pracowników przedszkoli, szkół podstawowych i ponadpodstawowych.*

(akta kontroli: tom I str. 148-166, 226-243)

Minister Zdrowia nie korzystał z informacji dotyczących rozpowszechnienia czynników ryzyka – nieprawidłowej masy ciała, tj. z danych o wynikach pomiarów wzrostu i masy pacjentów, raportowanych przez świadczeniodawców POZ do NFZ na podstawie § 6 ust. 3 pkt 4 *rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.*

Minister Zdrowia wyjaśnił m.in., że (...) *Kompletność, rzetelność i aktualność danych przekazywanych przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez Ministerstwo Zdrowia przy podejmowaniu analiz konkretnego problemu, natomiast nie jest prowadzona na bieżąco, ze względu na bardzo szeroki zakres informacji przepływających między świadczeniodawcami, a Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania w momencie zasygnalizowania problemów z realizacją poszczególnych obowiązków. Uprzejmie informuję, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie informował Ministerstwa Zdrowia o problemach związanych z brakiem przekazywania tych danych.*

(akta kontroli: tom I str. 148-166)

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia wskazują, że Minister Zdrowia nie podejmował analiz w zakresie problemu związanego z nieprawidłową masą ciała pacjentów POZ, na podstawie danych raportowanych do NFZ.

NIK zwraca uwagę, że z danych gromadzonych przez NFZ wynika, iż około 27 mln osób korzysta przynajmniej z jednego świadczenia lekarza POZ w roku kalendarzowym. Zatem informacje o wzroście i masie ciała tych 27 mln pacjentów POZ, a także w tym gronie o liczbie pacjentów objętych opieką czynną z powodu chorób przewlekłych (niedożywienie, otyłość, zaburzenia odżywiania) mogłyby zostać wykorzystane przez Ministra Zdrowia do planowania zadań, monitoringu m.in. skuteczności działań realizowanych w ramach celu nr 1 *NPZ 2021-2025*, a także być źródłem informacji o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w zakresie masy ciała oraz o trendach w tym zakresie.

Nieanalizowanie dostępnych danych o problemie zaburzeń odżywiania obejmujących populację osób korzystających z publicznego systemu opieki zdrowotnej spowodowało, że Minister nie miał informacji o rzeczywistej skali problemu. NIK w informacji o wynikach kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*, opublikowanej w grudniu 2021 r. i *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych*, opublikowanej w lutym 2024 r. wnioskowała do Ministra Zdrowia o podjęcie działań związanych z oszacowaniem populacji osób chorych na otyłość⁸⁷, a także będących w tej grupie ryzyka, w celu doboru skali i rozmiaru prowadzonych działań profilaktycznych i leczniczych⁸⁸. Niepodjęcie działań w powyższym zakresie skutkowało niezorganizowaniem odpowiednich do występujących potrzeb działań zapewniających dostęp do profilaktyki i świadczeń leczniczych zaburzeń odżywiania, w szczególności:

- a) nieprzygotowaniem i w ślad za tym niewdrożeniem ogólnopolskiego, kompleksowego planu postępowania z pacjentami z zaburzeniami

⁸⁷ Wniosek nr 4 skierowany do Ministra Zdrowia w kontroli *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych*.

⁸⁸ Wniosek nr 4 skierowany do Ministra Zdrowia w kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*.

odżywiania, w szczególności z otyłością, poprzedzonego analizą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w tym zakresie, o co wnioskowała NIK w odniesieniu do osób chorych na otyłość w kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych* i *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych*,

- b) niewprowadzeniem świadczeń zespołów interdyscyplinarnych gwarantujących opiekę lekarza, psychologa, dietetyka i rehabilitanta/fizjoterapeuty do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, o co wnioskowała NIK w odniesieniu do osób chorych na otyłość w kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*,
- c) niewprowadzeniem do koszyka świadczeń gwarantowanych powszechnego dostępu do poradnictwa żywieniowego i leczenia dietetycznego, o co wnioskowała NIK w odniesieniu do osób chorych na otyłość w kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*.
- d) nieskróceniem czasu oczekiwania na wizyty w poradniach specjalistycznych. Minister Zdrowia na bieżąco monitorował informacje i dane w zakresie czasu oczekiwania i liczby oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku informacji o problemach z dostępnością do poradni zajmujących się leczeniem zaburzeń podejmował działania, celem ich eliminacji. Działania te były jednak nieskuteczne, a długi czas oczekiwania na wizyty w poradniach specjalistycznych ograniczał rzeczywistą dostępność świadczeń zdrowotnych. W kontroli *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych* NIK wnioskowała w odniesieniu do osób chorych na otyłość o efektywne skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia w poradniach specjalistycznych diabetologicznych, endokrynologicznych i kardiologicznych.

(akta kontroli: tom I str. 60-68, 214-225)

W informacji NIK o wynikach kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych* i *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych* do Ministra Zdrowia zostały skierowane wnioski o podjęcie działań w celu poprawy udzielania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych: wzrostu poziomu realizacji badań bilansowych, skrócenia czasu oczekiwania na wizyty w poradniach specjalistycznych, rozpoznania zasobów sprzętowych o wzmocnionej nośności. Minister Zdrowia nie zrealizował powyższych wniosków gdyż:

- a) w zakresie badań bilansowych nie dysponował nawet wiarygodnymi, w tym zgodnymi danymi o skali realizacji tych badań. W okresie objętym kontrolą, ze sprawozdań MZ-11 wynikało, że realizacja bilansów zdrowia była niższa o około 1/3 niż wynikało to ze sprawozdań MZ-06. Analiza obu sprawozdaniach wykazała, że w latach 2022-2024 odnotowano spadek realizacji bilansów zdrowia. Pomimo dysponowania informacjami o spadku stopnia realizacji bilansów zdrowia dzieci i młodzieży⁸⁹, Minister Zdrowia nie podjął skutecznych działań celem zachęcenia do ich realizacji, o co wnioskowała NIK w kontroli *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*,

⁸⁹ Zarówno na podstawie sprawozdań MZ-06, jak i MZ-11.

- b) w zakresie zasobów sprzętowych o wzmocnionej nośności. Minister nie pozyskiwał informacji o dostępności sprzętu o wzmocnionej nośności, o co wniosowała NIK w kontroli *Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych*.

Zdaniem NIK, niedokonywanie przez Ministra systematycznej analizy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa związanej z zaburzeniami odżywiania (przy uprzednim zapewnieniu wiarygodności danych w tym zakresie) wpływało negatywnie na podjęcie wystarczających działań na rzecz zapewnienia profilaktyki i dostępności leczenia w tym zakresie. W szczególności przy zapewnieniu odpowiednich warunków do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, Minister nie podjął skutecznych działań mających na celu zapewnienie adekwatnych do występujących potrzeb rozwiązań.

3. Minister Zdrowia nierzetelnie wywiązał się z obowiązku określenia w drodze rozporządzenia warunków realizacji świadczeń gwarantowanych podstawowej opieki zdrowotnej, gdyż po likwidacji gimnazjów nie zaktualizował etapów edukacji, na których planuje się i realizuje badania bilansowe oraz testy przesiewowe wśród dzieci i młodzieży szkolnej.

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹⁰ Minister Zdrowia upoważniony jest do wydania rozporządzenia określającego wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 127 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. *Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe*⁹¹ z dniem 1 września 2017 r. została zlikwidowana klasa I dotychczasowego gimnazjum, a w latach następnych jego kolejne klasy.

Minister Zdrowia nie odniósł się bezpośrednio do pytania o przyczyny braku zmiany rozporządzenia w ww. zakresie i wskazał, że na drugą połowę 2025 r. planowana jest nowelizacja przedmiotowego rozporządzenia, która swoim zakresem obejmie m.in. aktualizację etapów edukacji stosowanych do określenia terminu przeprowadzenia badania bilansowego⁹².

(akta kontroli: tom I str. 47-57)

NIK wskazuje, że ostatnie klasy gimnazjum przestały funkcjonować z dniem 31 sierpnia 2019 r. Zatem podejmowane przez Ministra działania w powyższym zakresie należy uznać za opieszale.

4. Minister nie zapewnił adekwatnych mechanizmów kontroli zarządczej, o których mowa w art. 69 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 68 ust. 2 pkt 2 *ufp*, ponieważ – spośród ujętych w *NPZ 2021-2025* dla celów operacyjnych nr 1 i nr 3 zadań, związanych z profilaktyką zaburzeń odżywiania, których realizatorami miały być instytuty badawcze lub uczelnia wybrana w drodze konkursów ogłaszanych przez MZ – nie powierzył do realizacji dwóch zadań, tj.:

- *Badanie sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa;*
- *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań.*

Minister wyjaśnił, że brak realizacji tych dwóch zadań spowodowany był zmianami i brakami kadrowymi.

(akta kontroli: tom I str. 289-354)

Wyjaśnienia Ministra prezentują jedynie przyczyny zaistniałej nieprawidłowości. Do zadań Ministra, jako kierownika kontrolowanej jednostki (Ministerstwa), związanych z kontrolą zarządczą, należy takie zorganizowanie jej pracy, by zapewnić realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny,

⁹⁰ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z zm.

⁹¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 60, ze zm.

⁹² Na dzień 1 grudnia 2025 r. przedmiotowe rozporządzenie nie zostało znówelizowane.

oszczędny i terminowy. Na podstawie zalecenia standardu A3, określonego w załączniku do komunikatu Nr 23 Ministra Finansów w sprawie *standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych*, struktura organizacyjna jednostki powinna być dostosowana do aktualnych celów i zadań.

Brak realizacji dwóch kluczowych zadań przewidzianych w ramach celów operacyjnych nr 1 i nr 3 *NPZ 2021-2025* dowodzi, że Minister nierzetelnie wykonał obowiązki wskazane w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie *NPZ 2021-2025*, w szczególności związane z zaburzeniami odżywiania.

5. Minister nie określił zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla dzieci i młodzieży. Zgodnie z *NPOZP 2017-2022* minister właściwy do spraw zdrowia, został zobowiązany do określenia zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej (cel główny nr 1, zadanie nr 6).

Minister w złożonych wyjaśnieniach nie odniósł się do przyczyn nieopracowania tych zadań, natomiast potwierdziła fakt niezrealizowania tego zadania w *NPOZP 2017-2022* i podała, że zadanie takie zostało powielone na kolejne lata w projekcie *NPOZP 2023-2030*, a termin realizacji tego programu jeszcze nie upłynął.

Brak realizacji zadania polegającego na określeniu zadań podstawowej opieki zdrowotnej w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej, dowodzi że Minister nierzetelnie wykonał obowiązki wskazane w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie *NPOZP 2017-2022*.

(akta kontroli: tom I str. 142-147, 172-180)

6. Minister Zdrowia w okresie objętym kontrolą nierzetelnie realizował działania w zakresie monitoringu funkcjonowania medycyny szkolnej, gdyż nie skorzystał z przysługującego mu uprawnienia i nie zlecał przeprowadzenia badania w zakresie oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami. Tymczasem stwierdzone w przedmiotowej kontroli – prowadzonej u świadczeniodawców POZ – m.in. zaniechanie przez higienistki szkolne działań następczych po przeprowadzeniu badań przesiewowych w stosunku do uczniów ze zdiagnozowaną nieprawidłową masą ciała, świadczy o tym, że uczniowie nie byli objęci właściwą opieką – o czym Minister nie wiedział, gdyż nie zlecił przedmiotowego badania.

Zgodnie z art. 23 ust. 4 ustawy o *opiece zdrowotnej nad uczniami* minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie badania w zakresie oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że przepis art. 23 ust. 4 ustawy o *opiece zdrowotnej nad uczniami* stanowi o tym, iż Minister Zdrowia „może zlecić przeprowadzenie badania w zakresie oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami”, co oznacza, iż jego charakter jest fakultatywny. Ponadto dodał, że Minister Zdrowia nie zlecał przeprowadzenia takiego badania, ponieważ informacja o realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami przygotowywana corocznie przez Instytut Matki i Dziecka, dostarcza informacji istotnych z punktu widzenia oceny jakości tej opieki, np. dotyczących dostępności gabinetów profilaktycznych w szkołach, dostępności pielęgniarek lub higienistek szkolnych, liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną oraz uczniów, którym udzielono poszczególnych świadczeń wchodzących w zakres opieki zdrowotnej nad uczniami.

(akta kontroli: tom I str. 281-288)

NIK nie kwestionuje tego, że wskazany przepis daje Ministrowi uprawnienie – nie zaś obliuguje organu w sposób bezwzględny – do zlecania przeprowadzenia

badania w zakresie oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami. Zauważyła jednak, że celem art. 23 ustawy o *opiece zdrowotnej nad uczniami* było *prowadzenie ewaluacji realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami oraz wprowadzania zmian organizacyjnych umożliwiających zwiększenie efektywności tej opieki*⁹³. Mimo obowiązywania tej ustawy od ponad sześciu lat, Minister nie dysponował oceną jakości opieki zdrowotnej nad uczniami. Dokument opracowywany przez Instytut Matki i Dziecka, na który powołał się Minister jest przygotowany na podstawie art. 23 ust. 3 pkt 2 ustawy o *opiece zdrowotnej nad uczniami* i nie zawiera oceny jakości udzielanych świadczeń. Stanowi on bowiem roczną informację o realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami, której celem jest przedstawienie analizy danych objętych programem badań statystyki publicznej, pochodzących z druku MZ-06 - *Sprawozdanie z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami*. Według danych NFZ wydatki na medycynę szkolną⁹⁴ w roku 2022 wyniosły ponad 581 mln zł, w 2023 r. ponad 648 mln zł, a w 2024 r. ponad 717 mln zł.

(akta kontroli: tom II str. 223-243, 358-453)

7. Minister Zdrowia w okresie objętym kontrolą nie realizował – określonego w rozdziale XI *NPZ 2021-2025*: Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji *NPZ* – obowiązku publikacji na stronie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia wskaźników monitorowania: celu operacyjnego nr 1 *NPZ 2021-2025*: spożycie warzyw według danych GUS oraz celu operacyjnego nr 3 *NPZ 2021-2025*: liczba prób samobójczych i liczba samobójstw według danych GUS i KGP.

Zgodnie z rozdziałem XI *NPZ 2021-2025*: Podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację *NPZ* jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ewaluacja jest prowadzona w trakcie całego czasu realizacji *NPZ*, a wartości wskaźników monitorowania miały być publikowane na stronie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

Minister Zdrowia nie odniósł się bezpośrednio do pytania o przyczyny niepublikowania ww. wskaźników na stronie internetowej MZ. Podał, że sporządzane są informacje w dwuletnich okresach o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

NIK wskazuje, iż w ww. informacjach odniesiono się tylko ogólnie do danych dotyczących spożywanych owoców i warzyw oraz prób samobójczych i tych zakończonych zgonem, a informacje te publikowane były jedynie raz na dwa lata. Natomiast zgodnie z postanowieniami *NPZ 2021-2025* ewaluacja winna być prowadzona na bieżąco i w trakcie całego okresu realizacji programu, zaś zaproponowane wskaźniki powinny być gromadzone i prezentowane w rozbiciu na wiek i płeć.

8. Minister Zdrowia w latach 2022-2024 nierzetelnie sprawował nadzór nad Głównym Inspektorem Sanitarnym, gdyż nie wyegzekwował realizacji przez Państwową Inspekcję Sanitarną – którą GIS kieruje i dla której organów ustala ogólne kierunki (odpowiednio art. 7 ust. 2 i art. 8a ust. 1 pkt 1 ustawy o *PIS*) – w pełnym zakresie obowiązków wynikających z art. 6 pkt 4 ustawy o *PIS*.

Zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy o *działach administracji rządowej* minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór m.in. nad GIS. Z kolei stosownie do art. 7 ust. 1 ustawy o *PIS* Państwowa Inspekcja Sanitarna podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. W myśl art. 6 pkt 4 ustawy o *PIS* inspekcja ta inicjuje, organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-

⁹³ Vide uzasadnienie rządowego projektu ustawy o *opiece zdrowotnej nad uczniami* (druk nr 3297, VIII kadencja Sejmu RP): <https://sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=3297>

⁹⁴ Wartość świadczeń pielęgniarek i higienistek (kod zakresu '01.0041.139.01')

zdrowotną w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych, a także ocenia działalność oświatowo-zdrowotną prowadzoną przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazywania, podmioty lecznicze oraz inne podmioty, instytucje i organizacje, a także udziela im pomocy w prowadzeniu tej działalności. GIS, na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o PIS kieruje PIS, a na podstawie art. 8a ust. 1 pkt 1 tej ustawy ustala ogólne kierunki działania organów PIS oraz koordynuje i nadzoruje działalność tych organów.

Minister wyjaśnił, że MZ nie występował do Głównego Inspektoratu Sanitarnego o informacje dotyczące ocen działalności oświatowo-zdrowotnej prowadzonej przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazywania, podmioty lecznicze oraz inne podmioty, instytucje i organizacje. Niemniej jednak GIS corocznie przedstawia MZ informacje nt. prowadzonej działalności w *Sprawozdaniu z wykonania planu działalności* za dany rok, a także w publikacji pn. *Stan sanitarny kraju* w danym roku, które obejmują także zakres działalności oświatowo-zdrowotnej. Ponadto Minister wyjaśnił, że w związku z wystąpieniem pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli, opracowanym po kontroli P/24/082 „*Propagowanie i wdrażanie zdrowego odżywiania*”, w którym NIK skierowała do Ministra wnioski pokontrolne dotyczące m.in. zapewnienia skutecznego nadzoru nad GIS, w zakresie realizacji zadań związanych ze zdrowym odżywianiem określonych w art. 6 pkt 4 ustawy o PIS, Minister Zdrowia w piśmie z dnia 3 marca 2025 r., zobowiązał GIS do uwzględniania w przygotowywanych dla Ministra informacjach opisowych z wykonania budżetu GIS za poszczególne kwartały informacji na temat nadzoru prowadzonego przez PIS w zakresie działalności oświatowo-zdrowotnej wraz z uwzględnieniem oceny tej działalności wynikającej z przepisów ww. ustawy. Zgodnie z tym GIS będzie dysponowała sprawozdaniami kwartalnymi z realizacji działań oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia uwzględniającymi informacje z realizacji działań w obszarze m.in. profilaktyki nadwagi i otyłości (w tym promocji zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej i profilaktyki cukrzycy).

Minister poinformował, że aktualnie brak jest możliwości powierzenia realizacji obowiązku dokonywania ocen działalności oświatowo-zdrowotnej, o których mowa w art. 6 ust. 4 ustawy o PIS, innym podmiotom, gdyż jest to ustawowe zadanie PIS.

(akta kontroli: tom I str. 363-370)

NIK nie podziela wyjaśnień Ministra, bowiem przeprowadzona analiza *Raportów - Stan Sanitarny kraju*⁹⁵ wykazała, że dokumenty te nie zawierają ocen działalności oświatowo-zdrowotnej wymaganej przez art. 6 pkt 4 ustawy o PIS. Skutkiem tego Minister nie dysponował danymi o systemowych ocenach działalności oświatowo-zdrowotnej prowadzonej przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazu, podmioty lecznicze oraz inne podmioty, instytucje i organizacje, a tym samym – informacjami o potrzebach i problemach w zakresie tej działalności. Zdaniem NIK oznacza to, że nadzór Ministra nad GIS w zakresie realizacji obowiązków określonych w art. 6 pkt 4 ustawy o PIS był nierzetelny.

(akta kontroli: tom II str. 357)

IV.Wnioski

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

⁹⁵ Były to raporty o stanie sanitarnym kraju w 2020 r., 2021 r., 2022 r.

Wnioski

1. Przeprowadzenie badań: sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa oraz stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań.
2. Dokonanie kompleksowej oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami, uwzględniającej takie aspekty jak: ocenę efektywności i skuteczności przepływu informacji/danych oraz ocenę zarządzania ryzykiem.
3. Zaktualizowanie poziomów kształcenia, na jakich planuje się i realizuje testy przesiewowe i bilanse zdrowia ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
4. Opublikowanie na stronie Ministerstwa Zdrowia wartości osiągniętego wskaźnika monitorowania celu operacyjnego nr 1 i nr 3 NPZ 2021-2025.
5. Wdrożenie adekwatnych mechanizmów kontroli zarządczej w celu zapewnienia:
 - a) ujęcia w projektach dokumentów strategicznych adekwatnych wskaźników monitorowania celów operacyjnych, umożliwiających rzetelne bieżące monitorowanie i ewaluację projektowanych przedsięwzięć;
 - b) wykorzystania w działalności bieżącej wiarygodnych i kompletnych danych, gromadzonych w szczególności w ramach statystyki publicznej na użytek projektowania i realizacji polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym pozyskiwanych z Centrum e-Zdrowie, a także z NFZ.

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 Prezesa NIK. 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 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.

Warszawa, 10 grudnia 2025 r.

Wiceprezes

Najwyższa Izba Kontroli

Piotr Miklis

#podpisano elektronicznie#