



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.12.2.2025

Pani
Teresa Gwizdak
Dyrektor Podkarpackiego
Wojewódzkiego Oddziału
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Rzeszowie
ul. Zamkowa 8
35-032 Rzeszów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Podkarpacki Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie ¹ , ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Teresa Gwizdak, dyrektor, od 1 czerwca 2024 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Katarzyna Kowalewska, p.o. dyrektor, od 15 marca 2024 r. do 31 maja 2024 r. Robert Bugaj, dyrektor, od 4 lipca 2016 r. do 14 marca 2024 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Finansowanie przez Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2024 r. z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie.
Kontroler	Łukasz Tur, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/51/2025 z 24 kwietnia 2025 r.

(akta kontroli str. 2-3)

¹ Dalej: *POW NFZ* lub *Oddział* lub *Jednostka*.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2022-2024 POW NFZ finansował zaraportowane przez świadczeniodawców świadczenia profilaktyczne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁴, według obowiązujących zasad, tj. na podstawie stawki kapitałowej, a w przypadku wizyt patronażowych położnej POZ przekazując także dodatkowe środki za ich zrealizowanie.

Oddział dysponował danymi w zakresie stanu profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży do 19. roku życia, w tym także pozostającej poza systemem podstawowej opieki zdrowotnej (odpowiednio około 35,2 tys., 32,6 tys. oraz 31,6 tys. osób).

Wykonanie profilaktycznych świadczeń gwarantowanych według sprawozdań kształtowało się na różnym poziomie. Spośród uprawnionych, badaniami bilansowymi lekarza POZ objęto odpowiednio: 15,2 % w 2022 r., 15,9 % w 2023 r. i 15,5 % w 2024 r. Na nieco wyższym poziomie zrealizowano testy przesiewowe i wizyty patronażowe pielęgniarki POZ (od 27,4 % do 41,4 %), a połowę spośród uprawnionych objęto poradami patronażowymi lekarza POZ (od 44,7 % do 54,6 %). Nie miało to jednak wpływu na poziom finansowania świadczeń w POZ, z uwagi na ich rozliczanie w ramach stawki kapitałowej. Powyższe świadczenia wprowadzić nie były obowiązkowe, aczkolwiek zalecane przez lekarzy i Ministerstwo Zdrowia.

Oddział nie przeprowadzał rzetelnych analiz oraz wystarczającej weryfikacji danych przekazywanych przez świadczeniodawców o wykonanych gwarantowanych świadczeniach profilaktycznych z zakresu POZ. W kontroli stwierdzono, że aż 172 (21,9 %) w 2022 r., 158 (20,2 %) w 2023 r. i 136 (17,5 %) w 2024 r. świadczeniodawców nie wykazało żadnego zrealizowanego świadczenia dotyczącego profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w co najmniej jednym z badanych kodów świadczeń.

Zdaniem NIK, w celu prawidłowej realizacji obowiązku monitorowania oraz oceny jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, określonego w przepisie art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁵ niezbędne jest prowadzenie rzetelnych analiz oraz odpowiedniej weryfikacji danych przekazywanych przez świadczeniodawców. Uzyskana w ten sposób wiedza powinna zostać wykorzystana przy wykonywaniu zadań Oddziału.

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

⁴ Dalej: POZ.

⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR	1. Finansowanie przez Wojewódzki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia profilaktycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
Opis stanu faktycznego	1.1. W okresie objętym kontrolą, liczba dzieci i młodzieży objętych profilaktyczną opieką zdrowotną realizowaną w ramach POZ, tj. tych dla których złożona została deklaracja wyboru w podmiotach realizujących świadczenia POZ na obszarze województwa, kształtowała się następująco: a) w zakresie świadczeń lekarza POZ - 396 028 osób w 2022 r., 393 068 w 2023 r. i 387 645 osób w 2024 r.; b) w zakresie świadczeń pielęgniarki POZ - 83 485 osób w 2022 r., 77 669 w 2023 r. i 71 850 osób w 2024 r.; c) w zakresie świadczeń położnej POZ - 17 325 osoby w 2022 r., 15 325 w 2023 r. i 14 326 osób w 2024 r. (akta kontroli tom I str. 419-422) Według danych Głównego Urzędu Statystycznego⁶, liczba dzieci i młodzieży⁷ w województwie podkarpackim, w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosiła odpowiednio: 431 205 osób w 2022 r., 425 718 osób w 2023 r. oraz 419 225 osób w 2024 r. W każdym roku objętym kontrolą liczba uprawnionych do świadczeń malała, zmniejszeniu ulegała również liczba składanych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki oraz położnej POZ w badanej grupie wiekowej. W oparciu o powyższe dane ustalono, że liczba dzieci i młodzieży, dla których nie złożono deklaracji wyboru w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie POZ wyniosła odpowiednio: 35 177 osób w 2022 r., 32 650 w 2023 r. oraz 31 580 osób w 2024 r.⁸ (akta kontroli tom I str. 9) Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że: (...) świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w przedmiotowym zakresie spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prawo to można zrealizować np. poprzez zgłoszenie faktu w placówce medycznej lub jeśli pacjent ma prawo dostępu do Internetowego Konta Pacjenta (IKP), poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji online. Zatem ilość deklaracji złożonych i przekazywanych przez świadczeniodawców POZ różni się od liczby osób uprawnionych wg danych GUS. Powodów dlaczego część świadczeniobiorców nie dokonała wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej poz nie znamy. Mogą one wynikać między innymi z braku ubezpieczenia zdrowotnego, zamieszkania poza granicą państwa, przekonań odnośnie zasadności udzielanych świadczeń (antyszczepionkowcy). (akta kontroli tom I str. 397-399)

⁶ Dane, wg których POW NFZ ustalał wielkość populacji, dalej: GUS.

⁷ W wieku od 0 do 19 lat.

⁸ W odniesieniu do całej populacji uprawnionych - 8,2 % w 2022 r., 7,7 % w 2023 r. i 7,5 % w 2024 r.

Zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1 i 2 zarządzeń Prezesa NFZ z 30 września 2021 r. nr 160/2021/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej⁹ oraz z 29 czerwca 2022 r. nr 79/2022/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna¹⁰, Oddział do rozliczania udzielonych świadczeń w zakresie POZ stosował roczną stawkę kapitaacyjną¹¹ – dla świadczeń w zakresie POZ udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarstwa i położnej oraz stawkę za zrealizowanie świadczenia – dla wizyty patronażowej położnej POZ.

(akta kontroli tom I str. 12-17)

W okresie objętym kontrolą, wysokość środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę w ramach POZ dzieci i młodzieży, z roku na rok wzrastała od kwoty 128 136,2 tys. zł w 2022 r., przez 143 871,2 tys. zł w 2023 r. do kwoty 148 094,8 tys. zł w 2024 r. W zakresie poszczególnych rodzajów świadczeń wysokość wydatkowanych środków w oparciu o stawkę kapitaacyjną¹² kształtowała się następująco:

- lekarza POZ: w 2022 r. – 120 472,5 tys. zł, w 2023 r. – 136 010,1 tys. zł oraz w 2024 r. – 140 399,7 tys. zł;
- pielęgniarstwa POZ: w 2022 r. – 7 599,8 tys. zł, w 2023 r. – 7 798 tys. zł oraz w 2024 r. – 7 633,9 tys. zł;
- położnej POZ: w 2022 r. – 63,8 tys. zł, w 2023 r. – 63 tys. zł oraz w 2024 r. – 61,1 tys. zł.

W odniesieniu do świadczeń finansowanych poza stawką kapitaacyjną, obejmujących wizyty patronażowe położnej POZ wysokość środków wydatkowanych w poszczególnych latach ulegała jedynie niewielkim wahaniom i kształtowała się następująco:

- w 2022 r. – 2 211,4 tys. zł;
- w 2023 r. – 2 225 tys. zł;
- w 2024 r. – 2 203,3 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 16-17)

W badanym okresie POW NFZ dysponował danymi statystycznymi dotyczącymi badań profilaktycznych, które sprawozdawane były na podstawie następujących kodów świadczeń:

- 5.01.00.0000102 – porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w miejscu udzielania świadczenia;
- 5.01.00.0000103 – porada patronażowa lekarza POZ zrealizowana w domu świadczeniobiorcy;
- 5.01.00.0000104 – bilans zdrowia;

⁹ Biul. Inf. NFZ z 2021 r. poz. 160.

¹⁰ Biul. Inf. NFZ z 2022 r. poz. 79, ze zm.

¹¹ Kwota stała, przekazywana miesięcznie przez NFZ świadczeniodawcom za każdego ubezpieczonego pacjenta, niezależnie od liczby udzielonych świadczeń, obejmująca świadczenia lekarza POZ – wizyty patronażowe, badania bilansowe.

¹² W zakresie lekarza POZ – porady patronażowe, badania lekarskie w 1 roku życia dziecka i badania bilansowe, w zakresie pielęgniarstwa POZ – wizyty patronażowe i testy przesiewowe, w zakresie położnej POZ – wizyty patronażowe.

- 5.01.00.0000107 - wizyta patronażowa pielęgniarki POZ (sprawozdawane komunikatem SWIAD¹³);
- 100211 - liczba świadczeniobiorców, u których wykonane zostały testy przesiewowe (sprawozdawane komunikatem ZBPOZ¹⁴);
- 5.01.00.0000089 - wizyta patronażowa położnej POZ.

Ponadto POW NFZ dysponował danymi statystycznymi dotyczącymi testów przesiewowych realizowanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne. We wskazanym zakresie dane statystyczne gromadzone były w oparciu o sprawozdania zgodnie z następującymi kodami świadczeń:

- 100401 - dotyczący liczby testów przesiewowych w rocznikach określonych dla bilansu zdrowia;
- 100402 - liczba badań przesiewowych w pozostałych rocznikach;
- 100405 - liczba uczniów, u których wykonano testy przesiewowe.

(akta kontroli tom I str. 12-15, 19)

W oparciu o zgromadzone przez POW NFZ dane, sprawozdawane przez świadczeniodawców w okresie objętym kontrolą, ustalono:

- 1) Liczba wizyt patronażowych pielęgniarki POZ¹⁵ kształtowała się następująco:
 - 2022 r. - 3 044 świadczeń dla 2 799 świadczeniobiorców, co stanowiło 28,5% przy 9 823 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2023 r. - 2 934 świadczeń dla 2 678 świadczeniobiorców, co stanowiło 29,4% przy 9 120 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2024 r. - 2 640 świadczeń dla 2 427 świadczeniobiorców, co stanowiło 28,4% przy 8 532 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji.
- 2) Liczba świadczeniobiorców, u których pielęgniarka POZ¹⁶ przeprowadziła testy przesiewowe kształtowała się następująco:
 - 2022 r. - 22 844 świadczeń co stanowiło 27,4% przy 83 455 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2023 r. - 29 809 świadczeń, co stanowiło 38,3% przy 77 652 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2024 r. - 29 795 świadczeń, co stanowiło 41,4% przy 71 837 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji.
- 3) Liczba wizyt patronażowych położnej POZ¹⁷ kształtowała się następująco:
 - 2022 r. - 72 362 świadczeń dla 20 976 świadczeniobiorców, co stanowiło 121,1% przy 17 325 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2023 r. - 67 481 świadczeń dla 19 243 świadczeniobiorców, co stanowiło 125,6% przy 15 325 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;

¹³ Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych.

¹⁴ Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o udzielonych świadczeniach w ramach POZ.

¹⁵ Kod świadczenia 5.01.00.0000107 - sprawozdawany komunikatem SWIAD.

¹⁶ Kod świadczenia 100211 - sprawozdawany komunikatem ZBPOZ.

¹⁷ Kod świadczenia 5.01.00.0000089 - sprawozdawany komunikatem SWIAD.

- 2024 r. – 63 175 świadczeń dla 18 108 świadczeniobiorców, co stanowiło 126,4% przy 14 326 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji.
- 4) Liczba porad patronażowych lekarza POZ¹⁸ zrealizowanych w miejscu świadczenia kształtowała się następująco:
 - 2022 r. – 4 929 świadczeń dla 4 861 świadczeniobiorców, co stanowiło 44,7% przy 10 875 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2023 r. – 5 459 świadczeń dla 5 245 świadczeniobiorców, co stanowiło 54,2% przy 9 678 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2024 r. – 4 988 świadczeń dla 4 878 świadczeniobiorców, co stanowiło 54,6% przy 8 933 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji.
- 5) Liczba porad patronażowych lekarza POZ¹⁹ zrealizowanych w domu świadczeniobiorcy kształtowała się następująco:
 - 2022 r. – 189 świadczeń dla 185 świadczeniobiorców, co stanowiło 1,7% przy 10 875 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2023 r. – 297 świadczeń dla 251 świadczeniobiorców, co stanowiło 2,6% przy 9 678 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2024 r. – 158 świadczeń dla 154 świadczeniobiorców, co stanowiło 1,7% przy 8 933 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji.
- 6) Liczba bilansów zdrowia zrealizowanych przez lekarza POZ²⁰ kształtowała się następująco:
 - 2022 r. – 60 904 świadczeń dla 60 234 świadczeniobiorców, co stanowiło 15,2% przy 396 028 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2023 r. – 62 891 świadczeń dla 62 406 świadczeniobiorców, co stanowiło 15,9% przy 393 068 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji;
 - 2024 r. – 60 668 świadczeń dla 60 225 świadczeniobiorców, co stanowiło 15,5% przy 387 645 uprawnionych na podstawie złożonych deklaracji.

(akta kontroli tom I str. 19, 189-362, 419-422)

W zakresie braku danych dotyczących liczby świadczeniobiorców objętych testami przesiewowymi pielęgniarzki POZ, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, m.in., że: *Oddział nie posiada szczegółowych danych do wykazania w kolumnie „Liczba osób, którym udzielono świadczenia (niepowtarzalny PESEL w całym okresie rozliczeniowym - rok)”. W związku z tym dane za rok 2022 również powinny być wykazane w kolumnie „liczba świadczeń”. Dane zawarte w kolumnie „liczba świadczeń” zawierają sumę wykazanych w sprawozdaniach miesięcznych świadczeń o kodzie 102211- liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe.*

(akta kontroli tom I str. 423-424)

¹⁸ Kod świadczenia 5.01.00.0000102 – sprawozdawany komunikatem SWIAD.

¹⁹ Kod świadczenia 5.01.00.0000103 – sprawozdawany komunikatem SWIAD.

²⁰ Kod świadczenia 5.01.00.0000104 – sprawozdawany komunikatem SWIAD.

W okresie objętym kontrolą, liczba podmiotów uprawnionych do udzielania świadczeń profilaktycznych w ramach POZ dla dzieci i młodzieży w oparciu o zawartą z POW NFZ umowę ulegała zmniejszeniu. W 2022 r. liczba świadczeniodawców wynosiła – 578, w 2023 r. – 562, a w 2024 r. – 544²¹.

(akta kontroli tom I str. 189-362)

Liczba podmiotów, które pomimo umowy zawartej z POW NFZ na podstawową opiekę zdrowotną dla dzieci i młodzieży nie zaraportowały żadnego świadczenia w co najmniej jednym z zakresów, tj. badania bilansowego, testu przesiewowego, wizyty lub porady patronażowej, w poszczególnych latach wyniosła:

- 1) 2022 r. – 172²² spośród 578 placówek w tym przykładowo:
 - 14 placówek lekarza POZ nie wykonało żadnego świadczenia z zakresu porady patronażowej, liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 1 do 166;
 - 59 placówek lekarza POZ nie wykonało żadnego bilansu zdrowia, liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 1 do 1991;
 - 2 placówki nie wykonały żadnej wizyty patronażowej położnej POZ liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 9 do 33;
 - 4 placówki nie wykonały żadnego świadczenia z zakresu testów przesiewowych pielęgniarstwa POZ, liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 49 do 304;
 - 3 placówki nie wykonały żadnego świadczenia z zakresu wizyty patronażowej pielęgniarstwa POZ, liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 2 do 68;
- 2) 2023 r. – 158²³ spośród 562 placówek w tym przykładowo:
 - 14 nie wykonało żadnego świadczenia z zakresu porady patronażowej lekarza POZ, liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 1 do 102;
 - 55 placówek lekarza POZ nie wykonało żadnego bilansu zdrowia liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 1 do 2126;
 - 1 placówka nie wykonała żadnej wizyty patronażowej położnej POZ przy 7 uprawnionych;
- 3) 2024 r. – 136²⁴ spośród 544 placówek w tym przykładowo:
 - 9 nie wykonało żadnego świadczenia z zakresu porady patronażowej lekarza POZ (na 8 933 uprawnionych);
 - 24 placówki lekarza POZ nie wykonało żadnego bilansu zdrowia, liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 1 do 28;

²¹ W 2023 r. o 16 mniej i o 34 w 2024 r. w stosunku do stanu z 2022 r.

²² W tym: 51 z liczbą uprawnionych od 1 do 10, 61 z liczbą uprawnionych od 11 do 49, 31 z liczbą uprawnionych od 50 do 99, 24 z liczbą uprawnionych od 100 do 499, 1 z liczbą uprawnionych od 500 do 999 i 4 z liczbą uprawnionych powyżej 1000.

²³ W tym: 54 z liczbą uprawnionych od 1 do 10, 64 z liczbą uprawnionych od 11 do 49, 26 z liczbą uprawnionych od 50 do 99, 9 z liczbą uprawnionych od 100 do 499, 1 z liczbą uprawnionych od 500 do 999 i 4 z liczbą uprawnionych powyżej 1000.

²⁴ W tym: 49 z liczbą uprawnionych od 1 do 10, 53 z liczbą uprawnionych od 11 do 49, 26 z liczbą uprawnionych od 50 do 99, 7 z liczbą uprawnionych od 100 do 499, 0 z liczbą uprawnionych od 500 do 999 i 1 z liczbą uprawnionych powyżej 1000.

- 3 placówki nie wykonały żadnego świadczenia z zakresu wizyty patronażowej położnej POZ, liczba uprawnionych w tych podmiotach wynosiła od 4 do 26.

(akta kontroli tom I str. 189-362)

Średnia liczba udzielonych świadczeń w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej w odniesieniu do liczby uprawnionych określonej na podstawie liczby złożonych deklaracji, wynosiła odpowiednio:

- 1) w 2022 r.:
 - a) w zakresie bilansu zdrowia od 0,0008 do 0,4286²⁵;
 - b) w zakresie porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania świadczeń lub w domu pacjenta od 0,0096 do 7²⁶;
 - c) w zakresie wizyty patronażowej położnej POZ od 0,04 do 50²⁷;
 - d) w zakresie wizyty patronażowej pielęgniarki POZ od 0,0133 do 6,0²⁸.
- 2) w 2023r.:
 - a) w zakresie bilansu zdrowia od 0,0007 do 1,0²⁹;
 - b) w zakresie porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania lub w domu pacjenta od 0,0233 do 10,5³⁰;
 - c) w zakresie wizyty patronażowej położnej POZ od 0,2963 do 156,5³¹;
 - d) w zakresie wizyty patronażowej pielęgniarki POZ od 0,0085 do 5,0³².
- 3) w 2024 r.:
 - a) w zakresie bilansu zdrowia od 0,0003 do 1,0³³;
 - b) w zakresie porady patronażowej lekarza POZ w miejscu udzielania lub w domu pacjenta od 0,149 do 10,5³⁴;
 - c) w zakresie wizyty patronażowej położnej POZ od 0,1889 do 179³⁵;

²⁵ Pięć wartości najniższych: 0,0008; 0,0014; 0,0018; 0,0021; 0,0027; pięć wartości najwyższych: 0,3333; 0,3552; 0,3712; 0,3995; 0,4286.

²⁶ Pięć wartości najniższych: 0,0096; 0,0208; 0,0278; 0,0313; 0,357; pięć wartości najwyższych: 1,8750; 2,5; 2,5789; 4,0; 7,0.

²⁷ Pięć wartości najmniejszych: 0,04; 0,62; 0,78; 0,91; 1,56; pięć wartości największych: 21,14; 27,25; 19,14; 30; 50.

²⁸ Pięć wartości najniższych: 0,0133; 0,0141; 0,0235; 0,25; 0,039; pięć wartości najwyższych: 2,5; 3,5; 4,5; 4,53; 6,0.

²⁹ Pięć wartości najniższych: 0,0007; 0,0009; 0,002; 0,0034; 0,0041; pięć wartości najwyższych: 0,3462; 0,3538; 0,3895; 0,3944; 0,5.

³⁰ Pięć wartości najniższych: 0,0233; 0,0233; 0,0263; 0,0357; 0,04; pięć wartości najwyższych: 3,0; 4,0; 8,0227; 10,0; 10,5.

³¹ Pięć wartości najmniejszych: 0,04; 0,62; 0,78; 0,91; 1,56; pięć wartości największych: 11,1207; 13,7381; 22,0; 28,3846; 156,5.

³² Pięć wartości najniższych: 0,0085; 0,0238; 0,0278; 0,0286; 0,0294; pięć wartości najwyższych: 2,6; 3,0; 3,0; 3,3333; 5,0.

³³ Pięć wartości najniższych: 0,0003; 0,0005; 0,0007; 0,0017; 0,0023; pięć wartości najwyższych: 0,3077; 0,3363; 0,3439; 0,3810; 1,0.

³⁴ Pięć wartości najniższych: 0,0149; 0,0385; 0,04; 0,05; 0,0588; pięć wartości najwyższych: 2,5; 3,0; 3,0; 4,0; 10,3333.

³⁵ Pięć wartości najmniejszych: 0,1889; 0,3333; 0,5556; 1,2333; 1,3636; pięć wartości największych: 14,3333; 21,0526; 34,8571; 103,0; 179,0.

- d) w zakresie wizyty patronażowej pielęgniarce POZ od 0,0233 do 5,0³⁶.

(akta kontroli tom I str. 189-362)

W każdym roku objętym kontrolą występowały przypadki, w których średnia liczba sprawozdawanych świadczeń z zakresu wizyty patronażowej położnej POZ w stosunku do liczby deklaracji, znacząco przekracza dopuszczalną maksymalną liczbę świadczeń przysługujących świadczeniobiorcom w tym zakresie³⁷ (od 4 do 6 świadczeń). Szczegółowej weryfikacji poddano po pięć przypadków z każdego roku o najwyższej średniej. W przypadku tych świadczeniodawców średnia liczba sprawozdawanych świadczeń w stosunku do liczby deklaracji wahała się pomiędzy: 21 a 50 w 2022 r.; 11 a 157 w 2023 r. oraz 14 a 179 w 2024 r. Stwierdzono również cztery przypadki (dwa w 2022 r. i dwa w 2024 r.), w których świadczeniodawcy sprawozdali wykonanie wizyt patronażowych położnej, pomimo iż jednocześnie wykazali „0” jako liczbę deklaracji.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła m.in, że komunikatem SWIAD w terminie do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni świadczeniodawca przesyła do Oddziału Wojewódzkiego zrealizowane świadczenia patronażowe u położnej POZ, przy czym: *w dziennych cyklach świadczenia podlegają bieżącej weryfikacji ujednoliconymi w skali kraju regułami pod kątem poprawności merytorycznej. Wyniki weryfikacji dotyczą każdego świadczenia odrębnie. Wyniki weryfikacji zatwierdzane są automatycznie. Jeśli świadczenie zostało sprawozdane niezgodnie z obowiązującymi przepisami nadawany jest mu status „błąd”. Limit zrealizowanych wizyt patronażowych badany jest dwoma sprawdzieniami: 51608040 - limit wykonanych świadczeń dla danego pacjenta w ramach świadczeniodawcy został przekroczony, 51608042 - przekroczono limit wykonanych świadczeń dla danego pacjenta. Wizyty patronażowe u położnej sprawozdawane są na różnych typach osoby, czyli na pesel dziecka lub na pesel opiekuna wraz z danymi dziecka (imię, nazwisko i data urodzenia), dlatego dodatkowo „ręcznie” weryfikowana jest sumaryczna ilość patronaży wykazywanych na różnych typach osoby do danego cyklu zrealizowanych patronaży. Jeśli limit patronaży jest niezgodny z zarządzeniem świadczenie jest oznaczane na „błąd”. Analiza ilości sprawozdanych patronaży na różnych typach osoby jest przeprowadzana raz w miesiącu. Polega ona na aktualizacji i powiązaniu pobranych z Centralnej Bazy Osobowej CWU danych osobowych dziecka na podstawie jego numeru PESEL (z bazy osobowej pobierane jest imię, nazwisko i data urodzenia dziecka, gdyż tych danych świadczeniodawca nie przekazuje komunikatem SWIAD) z takimi samymi danymi w przypadku sprawozdania wizyty na PESEL opiekuna (imię, nazwisko i data urodzenia dziecka jest wtedy przekazywana). (...) jeden nadmiarowy patronaż oceniony jest ręcznie z opisem: „Patronaże wykazywane na różnych typach osoby. Limit patronaży niezgodny z Zarządzeniem (przekroczony)” lub „Patronaże wykazywane przez dwie jednostki na różnych typach osoby. Limit patronaży niezgodny z Zarządzeniem (przekroczony)”. Taka dowolność w sprawozdawaniu tych wizyt nie pozwala zbudować reguły wiążącej jednocześnie poprawność zapisu na liście położnej rodzica*

³⁶ Pięć wartości najniższych: 0,0233; 0,0435; 0,075; 0,0909; 0,0968; pięć wartości najwyższych: 2,5; 2,619; 2,75; 3,0; 3,2857.

³⁷ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427), dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń POZ.

i dziecka. Algorytm sprawdzenia: "Czy pacjent o danym PESEL (typ osoby = P) posiada deklarację podlegającą weryfikacji w miesiącu wynikającym z daty rozpoczęcia realizacji świadczenia (pozycji rozliczeniowej) lub posiada deklarację podlegającą weryfikacji w miesiącu następnym i data początku wykonania weryfikowanego świadczenia (pozycji rozliczeniowej) nie jest wcześniejsza od daty złożenia deklaracji, w kontekście sprawozdawczości na różnych typach osoby jest technicznie niemożliwy. Dodatkowo położne często nie przekazują deklaracji dla dzieci płci męskiej, gdyż takie deklaracje zaliczają się tylko przez dwa miesiące życia a później deklaracje odpada z kodem błędu: 33-deklaracja płci męskiej na listę położną powyżej 2 miesiąca urodzenia. W związku z powyższym występujące różnice pomiędzy ilością sprawozdanych wizyt patronażowych u położnej a ilością deklaracji u dzieci do drugiego miesiąca życia są możliwe. Występujące różnice pomiędzy ilością przekazanych a zapłaconych świadczeń (np. rok 2024, świadczeniodawca: 09R/070209 i 09R/070253) wynikają z przeprowadzanych różnych weryfikacji. Limit sprawozdanych patronaży u położnej oceniany jest w stosunku do sprawozdanych świadczeń komunikatem SWIAD a nie przekazanych deklaracji. Średnia ilość wizyt patronażowych sprawozdanych i zapłaconych dla pacjenta u świadczeniodawców (...) nie została przekroczona, dlatego nie było potrzeby podejmowania działań wyjaśniających w tym zakresie.

Oddział w toku kontroli nie przedstawił dowodów na przeprowadzenie weryfikacji w sposób opisany w powyższym wyjaśnieniu.

(akta kontroli tom I str. 435-438)

Oddział nie analizował i nie weryfikował danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców dotyczących udzielonych świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej prowadzonej w ramach POZ dla dzieci i młodzieży, co zostało opisane w sekcji: *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W zakresie analizowania danych przekazywanych w sprawozdaniach przez świadczeniodawców, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła ponadto, że: *Listy uprawnionych do świadczeń (informacja zawierająca każdorazowo aktualne dane, w formie list, o wszystkich świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy), Świadczeniodawca przekazuje Oddziałowi Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML typu DEKL - „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”), w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7. dnia każdego okresu sprawozdawczego. Listy deklaracji poz podlegają w comiesięcznych cyklach weryfikacji ujednoliconymi sprawdzeniami w skali kraju na poziomie Oddziału i dodatkowej na poziomie Centrali NFZ. Weryfikacji danych zawartych na deklaracji poz podlega między innymi status podpisanej umowy poz, zapisania pacjenta do danej placówki, personelu, status ubezpieczenia lub jego brak, zgon pacjenta itp. Dodatkowo, jeśli na podstawie dostępnych dokumentów Oddział stwierdza, że deklaracja została sprawozdana niezgodnie z obowiązującymi przepisami zostaje ona zablokowana do rozliczenia.*

Dodatkowo Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że: *Informacja o udzielonych świadczeniach, placówki POZ przekazują w formie zbiorczej (format wymiany danych ZBPOZ) i szczegółowej (format wymiany danych SWIAD). Oddział prowadzi bieżącą weryfikację danych przekazywanych przez Świadczeniodawców*

komunikatem XML typu ZBPOZ – „Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o udzielonych świadczeniach w ramach POZ” przekazywanych w terminie do 10. dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego. Powyższym komunikatem przekazywane są dane zbiorcze przez pielęgniarki poz, położne poz i w medycynie szkolnej.

(akta kontroli tom I str. 364-366)

Zgodnie z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r. *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych*³⁸, świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie POZ, w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej byli zobowiązani do przekazywania Funduszowi informacji o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy co najmniej raz w danym roku kalendarzowym.

W okresie objętym kontrolą, liczba świadczeniodawców³⁹, którzy przekazali do POW NFZ informacje o masie ciała i wzroście świadczeniobiorców wynosiła:

1) W zakresie informacji o wzroście:

- w 2022 r. – 165 z 333 placówek lekarza POZ przekazało dane o wzroście od 1 do 1466 świadczeniobiorców do 18 roku życia, spośród odpowiednio od 6 do 12 463 świadczeniobiorców;
- w 2023 r. – 176 z 331 placówek lekarza POZ przekazało dane o wzroście od 1 do 1954 świadczeniobiorców do 18 roku życia, spośród odpowiednio od 1 do 12 249 świadczeniobiorców;
- w 2024 r. – 201 z 326 placówek lekarza POZ przekazało dane o wzroście od 1 do 2 271 świadczeniobiorców do 18 roku życia, spośród odpowiednio od 1 do 11 903 świadczeniobiorców;

2) W zakresie informacji o masie ciała:

- w 2022 r. – 169 z 333 placówek lekarza POZ przekazało dane o masie ciała od 1 do 1 466 świadczeniobiorców do 18 roku życia, spośród odpowiednio od 6 do 12 463 świadczeniobiorców;
- w 2023 r. – 177 z 331 placówek lekarza POZ przekazało dane o masie ciała od 0 do 2 157 świadczeniobiorców do 18 roku życia, spośród odpowiednio od 1 do 12 249 świadczeniobiorców;
- w 2024 r. – 201 z 326 placówek lekarza POZ przekazało dane o masie ciała od 1 do 2 385 świadczeniobiorców do 18 roku życia, spośród odpowiednio od 0 do 12 249 świadczeniobiorców.

(akta kontroli tom I str. 405)

Na podstawie przepisu § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. *w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw*⁴⁰, Oddział sporządzał w okresie objętym kontrolą

³⁸ Dz. U. z 2025 r. poz. 1588; zwane dalej: rozporządzeniem *w sprawie informacji*.

³⁹ Dotyczy liczby placówek i świadczeniodawców, którzy mieli podpisaną umowę w zakresie świadczeń udzielanych przez lekarza POZ.

⁴⁰ Dz.U. z 2025 r. poz. 625, dalej: rozporządzenie *w sprawie sprawozdań*.

kwartalne informacje dla wojewody i marszałka województwa, które obejmowały m.in. dane z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej w ramach POZ, a w szczególności liczby świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczby osób, którym udzielono tych świadczeń. Dane obejmowały m.in. świadczenia w zakresie porad POZ, porad w domu pacjenta, porad patronażowych, bilansów zdrowia, porad oraz wizyt patronażowych w domach pacjentów.

(akta kontroli tom I str. 423-425)

POW NFZ przekazywał do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia⁴¹ okresowe (półroczne i roczne) sprawozdania z realizacji umów oraz plany na kolejny rok. Sprawozdania z realizacji umów obejmowały dane otrzymane z placówek POZ dotyczące porad patronażowych lekarza POZ, badań bilansowych, wizyt patronażowych i testów przesiewowych pielęgniarki POZ oraz wizyt patronażowych położnej POZ. Powyższe dane Oddział przekazywał do Centrali NFZ w formie tabel⁴² w cyklach półrocznych i rocznych.

Przedstawione poniżej dane przekazane w sprawozdaniach do Centrali NFZ różniły się z danymi dotyczącymi świadczeń profilaktycznych udostępnionych przez Oddział na potrzeby kontroli NIK. Różnice dotyczyły:

a) za 2022 r.

- liczby badań bilansowych lekarza POZ – w tabeli IV.1.1.3 wykazano 61 086, a w kontroli ustalono – 60 904;
- liczby patronaży lekarza POZ – w tabeli IV.1.1.3 wykazano 5 262, a w kontroli ustalono – 5 118;
- liczby wizyt patronażowych pielęgniarki POZ – w tabeli IV.1.2.3 wykazano 3 056, a w kontroli ustalono – 3 044;
- liczby wizyt patronażowych położnej POZ – w tabeli IV.1.3.3 wykazano 72 196, a w kontroli ustalono – 72 362;

b) za 2023 r.

- liczby badań bilansowych lekarza POZ – w tabeli IV.1.1.3 wykazano 62 921, a w kontroli ustalono – 62 891;
- liczby patronaży lekarza POZ – w tabeli IV.1.1.3 wykazano 5 479, a w kontroli ustalono – 5 756;
- liczby wizyt patronażowych pielęgniarki POZ – w tabeli IV.1.2.3 wykazano 2 938, a w kontroli ustalono – 2 934;
- liczby wizyt patronażowych położnej POZ – w tabeli IV.1.3.3 wykazano 67 380, a w kontroli ustalono – 67 481;

c) za 2024 r.

- liczby badań bilansowych lekarza POZ - w tabeli IV.1.1.3 wykazano 60 677, a w kontroli ustalono – 60 668;

⁴¹ Dalej: *Fundusz* lub *Centrala NFZ*.

⁴² Np. Tabela IV.1.1.2, Tabela IV.1.1.3, Tabela IV.1.2.2, Tabela IV.1.2.3, Tabela IV.1.3.2, Tabela IV.1.3.3.

- liczby osób objętych opieką lekarza POZ w przedziale wiekowym od 0-19 lat – w tabeli IV.1.1.2 wykazano 387 654 osoby, a w kontroli ustalono – 387 645;
- liczby patronaży lekarza POZ - w tabeli IV.1.1.3 wykazano 5 169, a w kontroli ustalono – 5 146;
- liczby wizyt patronażowych pielęgniarki POZ – w tabeli IV.1.2.3 wykazano 2 638, a w kontroli ustalono – 2 640;
- liczby wizyt patronażowych położnej POZ – w tabeli IV.1.3.3 wykazano 63 173, a w kontroli ustalono – 63 175.

Dane dotyczące liczby osób objętych opieką lekarza POZ w przedziale wiekowym od 0-19 lat wykazane w sprawozdaniu za 2022 r. (tabela IV.1.1.2) były zgodne z danymi ustalonymi w kontroli.

(akta kontroli str. 438-453)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że: (...) *dane w sprawozdaniach rocznych za 2022-2024 przekazywanych do Centrali NFZ zawierają dane, które były generowane: za rok 2022 w styczniu 2023 r. za rok 2023 – w styczniu 2024 r. za rok 2024 – w lutym 2025 r. Natomiast przekazane zestawienia zawierają aktualne dane wygenerowane w maju 2025 r. Różnice w liczbie uprawnionych mogą wynikać np. z weryfikacji zgonów. Mogą te też występować różnice w liczbie świadczeń, wynikające np. z korekt świadczeniodawców lub weryfikacji wstecznych.*

(akta kontroli str. 454)

Oddział, na wniosek konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, przekazywał również dane dotyczące wizyt patronażowych położnej POZ. Przekazywane informacje obejmowały m.in.: dane dotyczące liczby podmiotów, z którymi POW NFZ zawarł umowy na świadczenia zdrowotne realizowane przez położną POZ, ilości zrealizowanych świadczeń w zakresie poszczególnych kodów, liczby deklaracji. Ponadto do Centrali NFZ przekazywane były informacje dotyczące dostępności personelu oraz udzielonych świadczeń przez pielęgniarki POZ i higienistki szkolnej w podstawowej opiece zdrowotnej dla konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

(akta kontroli str. 369-373)

1.2. W okresie objętym kontrolą monitorowanie oraz ocena jakości i dostępności profilaktycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży w ramach POZ, przeprowadzana była przez POW NFZ poprzez bieżącą weryfikację:

- list świadczeniobiorców, przekazywanych przez świadczeniodawców Oddziałowi według wzoru i w formacie wymiany danych wymagany przez Fundusz (komunikat XML typu DEKL - „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”), w okresach miesięcznych, według stanu na

pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do siódmego dnia każdego okresu sprawozdawczego;

- sprawozdań w formie elektronicznej przekazywanych komunikatem XML typu SWIAD;
- sprawozdań przekazywanych przez świadczeniodawców komunikatem XML typu ZBPOZ przekazywanych w terminie do dziesiątego dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego. Powyższym komunikatem przekazywane są dane zbiorcze przez pielęgniarki POZ i położne POZ.

W trakcie kontroli NIK, Oddział skierował do świadczeniodawców POZ dwa pisma:

- 1) do świadczeniodawców, którzy nie zraportowali wykonania żadnego testu przesiewowego przez pielęgniarkę POZ za okres od stycznia do września 2025 r. mimo występowania deklaracji i uprawnionych osób. Oddział zalecił 191 świadczeniodawcom⁴³ dokonanie sprawdzenia poprawności przesyłanych danych zbiorczych i ponowne ich przesłanie po weryfikacji oraz złożenie stosownych wyjaśnień dotyczących wcześniejszych braków.
- 2) do 37 świadczeniodawców⁴⁴, którzy wykazali wykonanie bilansów zdrowia przez lekarza POZ na poziomie niższym niż 5% w stosunku do podpisanych deklaracji. Oddział zalecił dokonanie sprawdzenia poprawności przesyłanych danych oraz złożenie stosownych wyjaśnień.

(akta kontroli tom I str. 426-434)

Zasady weryfikacji sprawozdawanych świadczeń zostały opisane w pkt 1.1 niniejszego wystąpienia. Dodatkowo Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że: *W latach 2022-2024 wszystkie podmioty zobowiązane do przekazywania danych w powyższym komunikacie przekazały sprawozdania. W przekazanych sprawozdaniach część świadczeń została wykazana z wartościami zerowymi, między innymi świadczenie 100211 „liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe”. Po dokonaniu szczegółowej analizy danych za bieżący rok stwierdziliśmy najwięcej braków w zakresie przekazanych danych przez pielęgniarki POZ. W związku z tym do tych podmiotów, które miały na swojej liście aktywnej powyżej 20 uprawnionych, a nie sprawozdali żadnego świadczenia o kodzie 100211 – „liczba świadczeniobiorców, u których w 3 okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe” zostało wysłane pismo w dniu 23.10.2025 r. o przesłanie wyjaśnień braku sprawozdawczości. Świadczeniodawcy przekazali wyjaśnienia, z których wynika, że głównym powodem nie jest brak ich realizacji tylko błędne kodowanie świadczeń, np. zamiast testów przesiewowych wykazywano 100204 – „liczba pozostałych świadczeń profilaktycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym”. Obecnie jesteśmy także w trakcie wyjaśnień braku sprawozdawczości wykonania bilansów dzieci przez lekarza POZ. Z dotychczas przekazanych wyjaśnień wynika że świadczenia badania*

⁴³ Pismo NFZ09-WSOZ-M-POZ.4220.223.2025 z dnia 23 października 2025 r. skierowane do 191 świadczeniodawców POZ, u których stwierdzono brak sprawozdawczości świadczenia o nr 100211.

⁴⁴ Pismo NFZ09-WSOZ-M-POZ.4220.238.2025 z dnia 13 listopada 2025 r. skierowane do 37 świadczeniodawców POZ, u których stwierdzono wykonanie świadczenia o nr 5.01.00.0000104.

bilansowe były wykonywane tylko zostały sprawozdawane jako porada lekarza POZ zrealizowana w miejscu wykonania świadczeń 5.01.00.0000121.

(akta kontroli str. 402-405)

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 16 czerwca 2023 r. *o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta*⁴⁵, jakość w opiece zdrowotnej powinna być mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej, mieszczących się w zakresie obszarów klinicznego, konsumenckiego i zarządczego. Wskaźniki te zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 10 września 2024 r. *w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej*⁴⁶ i w odniesieniu do POZ dotyczyły:

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

Zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy *o jakości*, 30 kwietnia 2025 r., NFZ opublikował na swojej stronie internetowej⁴⁷, w Biuletynie Informacji Publicznej, wartość zrealizowanych wskaźników jakości opieki zdrowotnej za 2024 r. dla poszczególnych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, dla których zostały one ustalone.

Wskaźnik liczby porad lekarza POZ na pacjenta dla województwa podkarpackiego w 2024 roku wynosił średnio 5,57⁴⁸ (od 1,33 do 8,264)⁴⁹. Dla porównania, w skali całego kraju ww. wskaźnik wynosił 5,7.

Oddział przekazywał Wojewodzie Podkarpackiemu oraz Wojewódzkiej Radzie do spraw Potrzeb Zdrowotnych, dane dotyczące wskaźników do tworzenia wojewódzkiego planu transformacji⁵⁰. Przekazywane dane obejmowały między innymi wskaźniki oraz działania odnoszące się do obszaru POZ w obszarach tematycznych dotyczących: akcji promocyjnych, obciążenia i dostępności personelu, wsparcia teleinformatycznego świadczeniodawców, otwierania placówek POZ, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, edukacji czy też wsparcia inicjatyw dla zabezpieczenia kadrowego POZ. Analiza przekazywanych danych za lata objęte kontrolą pokazuje przykładowo, że nie nastąpiła zmiana w zakresie wskaźnika dotyczącego procentowego udziału ubezpieczonych zapisanych do

⁴⁵ Dz. U. poz. 1692.; zwana dalej: ustawą *o jakości*.

⁴⁶ Dz.U. z 2024 r. poz. 1349.

⁴⁷ <https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej>.

⁴⁸ $8\,806\,220 : 1\,579\,926 = 5,57$.

⁴⁹ Pięć najmniejszych wartości wskaźnika: 1,330, 1,353, 1,537, 1,654, 1,848; pięć największych wartości wskaźnika: 7,691, 7,823, 7,842, 8,077, 8,264.

⁵⁰ Obwieszczenie Wojewody Podkarpackiego z dnia 31 grudnia 2021 r. *w sprawie ogłoszenia pierwszego wojewódzkiego planu transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026* (Dz. Urz. Województwa Podkarpackiego z 2021 r. poz. 4777) dostępny także na stronie [Wojewódzki plan transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026 - Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie - Portal Gov.pl](#).

lekarza POZ, który pozostawał na poziomie 87% w całym okresie. Oddział nie przedstawiał rekomendacji w tym zakresie. Natomiast minimalnie wzrósł wskaźnik lekarzy POZ na 100 tys. mieszkańców z 81,4 w 2022 r. do 81,8 w 2024 r. Ponadto w tym samym okresie nastąpił niewielki spadek z 119,3 w 2022 r. do 116,5 w 2024 r. wskaźnika dostępności pielęgniarek i położnych na 100 tys. mieszkańców. W obu przypadkach dotyczących dostępności lekarzy oraz pielęgniarek i położnych Oddział w uwagach wskazywał, iż: *Analiza potencjału finansowego i kadrowego wskazuje na możliwość poprawy wskaźnika. Spadkowy trend demograficzny, funkcjonujący kierunek lekarski na UR, 162 lekarzy w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej, pracujący emeryci. Wg sprawozdania MZ-11 za 2019 r. w POZ pracowało 1532 lekarzy (wszystkich specjalności), 2095 pielęgniarek oraz 294 położnych.*

(akta kontroli tom I str. 440-464)

1.3. W okresie objętym kontrolą w rejestrze skarg i wniosków Oddziału zarejestrowano łącznie 760 spraw (759 skarg⁵¹ i jeden wniosek). Spośród 759 skarg, które wpłynęły do Oddziału w badanym okresie, 214 dotyczyło świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W latach 2022-2024 do POW NFZ wpłynęło 7 skarg⁵² związanych z wykonywaniem profilaktycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Każda ze skarg dotyczyła innego świadczeniodawcy. Wniesione skargi dotyczyły: odmowy wykonania szczepienia (trzy przypadki), odmowy wykonania bilansu (dwa), nienależnego pobrania opłaty za szczepienie przeciwko grypie (jeden) oraz jeden przypadek dotyczący braku higienistki szkolnej.

Ustalono, że w żadnym ze zbadanych przypadków Oddział, rozpatrując zasadność wniesionej skargi, nie przeprowadzał czynności kontrolnych w podmiotach, których one dotyczyły. Oddział zwracał się pisemnie do świadczeniodawców o udzielenie stosownych wyjaśnień w przedmiocie, którego dana skarga dotyczyła. Po przeanalizowaniu wyjaśnień Oddział uznał trzy skargi za zasadne, trzy za niezasadne, a jedną pozostawiono nierozstrzygniętą (bez oceny) z uwagi na nieuzupełnienie braków przez skarżącego.

W dwóch z trzech przypadków, w których skargi uznane zostały za zasadne, Oddział kierował pisemne pouczenia do świadczeniodawców, a w jednym przypadku świadczeniodawca w piśmie wyjaśniającym okoliczności, których skarga dotyczyła zobowiązał się do zwrotu nienależnie pobranej opłaty za udzielenie świadczenia. W obu przypadkach dotyczących odmowy wykonania bilansu skargi uznane zostały za niezasadne. Z zapisów w rejestrze skarg wynikało, że w żadnym przypadku (na ogólną liczbę 214 skarg dotyczących

⁵¹ 266 w 2022 r., 259 w 2023 r. oraz 234 w 2024 r.

⁵² Pięć w 2022 r. i dwie w 2024 r.

udzielania świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej), nie zostało przeprowadzone postępowanie kontrolne.

Zgodnie z informacją przekazaną przez kierownik Sekcji Skarg i Wniosków w Wydziale Obsługi Klientów i Profilaktyki POW NFZ w okresie objętym kontrolą nie wpłynęły skargi, dotyczące niewykonania wizyty patronażowej położnej.

(akta kontroli tom I str. 27-176, 439)

W okresie objętym kontrolą Dyrektor Oddziału NFZ nie składał do Prezesa NFZ wniosków o wyrażenie zgody na przeprowadzenia kontroli wobec świadczeniodawców, których dotyczyły wniesione skargi ani wobec innych świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne w ramach POZ⁵³.

(akta kontroli tom I str. 26-29)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że: *Podkarpacki OW NFZ nie składał do Prezesa NFZ wniosków o wyrażenie zgody na przeprowadzenie kontroli doraźnych w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w ramach poz w latach 2022-2024, gdyż świadczenia te sprawozdawane są głównie zbiorczo i nie było żadnych zgłoszeń o nieprawidłowościach z tego zakresu. Szczegółowa sprawozdawczość dotyczy głównie wizyt patronażowych u lekarza i pielęgniarki oraz wizyt bilansowych u lekarza poz. Są to produkty statystyczne, które nie generują skutków finansowych. Zlecanie takich kontroli nie prowadzi do żadnych konkretnych, mierzalnych wyników, pomimo poniesionych kosztów związanych z jej przeprowadzeniem. W latach 2022-2024 w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzone były kontrole doraźne z zakresu opieki koordynowanej, czy kompleksowej opieki pielęgniarskiej. Kontrole te związane były ze znacznymi naruszeniami finansowymi. W planie kontroli na rok 2026 jest zgłoszona propozycja przeprowadzenia kontroli u świadczeniodawców, którzy na liście pielęgniarki poz mają uprawnionych do testów przesiewowych (do ukończenia 6 roku życia) powyżej 100 świadczeniobiorców natomiast sprawozdanych ankiet jest poniżej 10.*

Dodatkowo Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że: *Oddział nie otrzymał żadnych sygnałów ze strony Świadczeniobiorców odnośnie problemu z dostępnością do profilaktycznych świadczeń dla dzieci.*

(akta kontroli tom I str. 398-399)

W toku kontroli wystąpiono w trybie art. 29 ust. 1 pkt. 2 lit. f ustawy o NIK do Prezesa NFZ z prośbą o przekazanie informacji na temat ujmowanych w planie kontroli i zrealizowanych kontroli w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży na terenie województwa podkarpackiego. Zwrócono się również o udostępnienie wyników tych kontroli, informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach lub zaleceniach pokontrolnych. Dyrektor Departamentu Kontroli NFZ wyjaśnił, że: *NFZ nie ujmował w planach kontroli na lata 2022-2024, kontroli dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży na terenie województwa podkarpackiego. (...) nie prowadzono kontroli planowych i doraźnych dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w ramach*

⁵³ Zgodnie z §§ 4 i 5 Z dnia 4 czerwca 2019 r. zarządzeń Prezesa NFZ nr 58/2019/DK (Biul. Inf. NFZ z 2019 r. poz. 58) i z dnia 29 kwietnia 2022 r. nr 60/2022/DK (Biul. Inf. NFZ z 2022 r. poz. 60) NFZ może prowadzić kontrole doraźne, na zatwierdzony przez Prezesa NFZ wniosek m.in. dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁴ do zakresu działania Funduszu należy monitorowanie oraz ocena jakości i dostępności, a także analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oddział nie prowadził rzetelnych analiz i nie weryfikował danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców o wykonanych świadczeniach w rodzaju profilaktyka dzieci i młodzieży w ramach POZ, pod względem identyfikacji przypadków, w których świadczenia nie były sprawozdawane⁵⁵. W związku z powyższym Oddział nie wnioskował do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli doraźnych.

W latach objętych kontrolą 172, 156 i 136 świadczeniodawców - pomimo złożonych deklaracji - nie wykazało żadnego świadczenia dotyczącego profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży, w co najmniej jednym z badanych kodów świadczeń.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że: *Listy świadczeniobiorców są przekazywane przez świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML typu DEKL - „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”), w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7. dnia każdego okresu sprawozdawczego. Listy te podlegają weryfikacji na poziomie weryfikacji oddziałowej a następnie centralnej (...) Oddział nie prowadzi weryfikacji potwierdzenia przeprowadzenia wizyt patronażowych w domach przez położną. Dane sprawozdawane do NFZ odzwierciedlają informacje ujęte w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, która prowadzona jest w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r., poz. 798 ze zm.). Dokumentacja medyczna znajdująca się w posiadaniu zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń zawiera wszelkie szczegółowe informacje dotyczące opisu stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W oparciu o powyższe akty prawne szczegółowe informacje przekazywane przez świadczeniodawcę odnoszą się do realizacji poszczególnego świadczenia dla danego pacjenta. Świadczeniodawca nie przekazuje papierowych dokumentów rozliczeniowych dotyczących udzielonych świadczeń.*

⁵⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461.

⁵⁵ Badania bilansowe, badania przesiewowe i porady patronażowe lekarza POZ (kody świadczeń: 5.01.00.0000102, 5.01.00.0000103, 5.01.00.0000104), wizyty patronażowe pielęgniarki POZ (kod świadczenia 5.01.00.0000107) oraz wizyty patronażowe położnej POZ (kod świadczenia 5.01.00.0000089).

Ponadto Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wskazała, iż: *Obecnie jesteśmy także w trakcie wyjaśnień braku sprawozdawczości wykonania bilansów dzieci przez lekarza POZ. Z dotychczas przekazanych wyjaśnień wynika, że świadczenia badania bilansowe były wykonywane tylko zostały sprawozdawane jako porada lekarza POZ zrealizowana w miejscu wykonania świadczeń 5.01.00.0000121. Sprawozdanie świadczeń na innych produktach nie ma skutków finansowych, są to świadczenia finansowane w ramach stawki kapitacyjnej.*

(akta kontroli str. 402-405)

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia wniosek o zapewnienie rzetelnej weryfikacji danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej w ramach POZ.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie. 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
wniosku Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania i wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Rzeszów, 12 grudnia 2025 r.

Kontroler

Łukasz Tur

Główny specjalista k.p.

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor

Stefan Gados

z up. p.o. Wicedyrektor Delegatury

Stanisław Jarzyna

/podpisano elektronicznie/