



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.7.1.2025

Pan Andrzej Zakrzewski
Dyrektor
Warmińsko-Mazurskiego Oddziału
Wojewódzkiego Narodowego
Funduszu Zdrowia
ul. Żołnierska 16
10-561 Olsztyn

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	Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Zakrzewski, Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, od 2005 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	Od 1 stycznia 2022 r. od 31 grudnia 2024 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych zarówno przed tym okresem jak i po nim, jeżeli miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie.
Kontroler	Miłosz Chmielewski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/33/2025 z 24 kwietnia 2025 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: OW NFZ lub Oddział.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w okresie objętym kontrolą posiadał rzetelne dane dotyczące liczby dzieci i młodzieży faktycznie objętych podstawową opieką zdrowotną oraz dotyczące wysokości środków finansowych wydatkowanych na profilaktykę w tym zakresie. W OW NFZ tylko za rok 2023 dokonano analizy sprawozdawanych przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) raportów dotyczących niewykonywania lub niesprawozdawania informacji o wykonanych badaniach profilaktycznych oraz sprawozdawania wzrostu i masy ciała dzieci i młodzieży. W efekcie tej analizy oraz działań wyjaśniających wobec świadczeniobiorców, OW NFZ wydał świadczeniobiorcom adekwatne zalecenia. W konsekwencji przełożyło się to na zwiększenie liczby raportowanych przez nich świadczeń. Niemniej analiza ta dotyczyła jedynie części świadczeń objętych zakresem przedmiotowym kontroli. Nie uwzględniono w niej bowiem poziomu realizacji badań przesiewowych i porad patronażowych lekarza POZ oraz wizyt patronażowych i testów przesiewowych pielęgniarki POZ. Dyrektor OW NFZ nie określił też z jaką częstotliwością należy analizować stopień realizacji tych świadczeń. W ocenie NIK przeprowadzona przez OW NFZ analiza i wynikające z niej wnioski efektywnie zwiększają świadomość świadczeniodawców co do konieczności terminowego i rzetelnego raportowania danych z zakresu profilaktyki.

Dyrektor OW NFZ przygotował i terminowo przekazał Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia roczne i półroczne sprawozdania z POZ dotyczące m.in. liczby osób objętych opieką, liczby wykonanych świadczeń profilaktycznych oraz poniesionych i prognozowanych kosztów. W OW NFZ we właściwy sposób analizowane były koszty świadczeń dedykowanych dla dzieci i młodzieży, w tym profilaktycznych, w celu określenia wysokości świadczeń realizowanych w POZ koniecznych do zabezpieczenia w następnym roku kalendarzowym. Ponadto w OW NFZ rzetelnie była monitorowana realizację umów zawartych z lekarzami, pielęgniarkami i położnymi POZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą OW NFZ posiadał dane dotyczące liczby dzieci i młodzieży do 19. roku życia (dalej: dzieci i młodzieży) faktycznie objętych POZ. W poszczególnych latach wynosiły one odpowiednio: 261 827 w 2022 r. dzieci, 257 394 w 2023 r. oraz 251 835 w 2024 r.

Zgodnie z posiadanymi przez OW NFZ danymi Głównego Urzędu Statystycznego liczba dzieci i młodzieży do 19 roku życia w kontrolowanym okresie wynosiła: 264 250 w 2022 r., 259 106 w 2023 r. oraz 253 189 w 2024 r. W latach 2022-2024 liczba dzieci i młodzieży nieobjętych świadczeniami lekarza POZ wynosiła zatem odpowiednio: 2 423 w 2022 r., 1 712 w 2023 r. i 1 354 w 2024 r.

(akta kontroli str. 11)

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

1.2. Na funkcjonowanie kontrolowanego zakresu podstawowej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży do 19. roku życia wydatkowano:

- w 2022 r. – kwotę 102 395 207,54 zł, z tego świadczenia finansowane w ramach stawki kapitacyjnej na kwotę 101 395 207,54 mln zł (lekarze POZ – 82 749 215,96 zł, pielęgniarki POZ – 14 873 719,93 zł i położne POZ – 3 446 456,17 mln zł) oraz świadczenia finansowane poza stawką kapitacyjną (wizyty patronażowe położnych) – 1 325 815,48 zł,
- w 2023 r. – kwotę 113 181 039,23 zł, z tego świadczenia finansowane w ramach stawki kapitacyjnej – 111 899 091,69 zł (lekarze POZ – 92 486 732,98 zł, pielęgniarki POZ – 15 729 014,62 zł i położne POZ – 3 683 344,09 zł) oraz poza stawką kapitacyjną – 1 281 947,54 zł,
- w 2024 r. – kwotę 115 928 048,48 zł, z tego świadczenia finansowane w ramach stawki kapitacyjnej – 114 616 040,22 zł (lekarze POZ – 94 664 817,62 zł, pielęgniarki POZ – 16 166 425,04 zł i położne POZ – 3 784 797,56 zł), a poza stawką kapitacyjną – 1 312 008,26 zł.

(akta kontroli str. 12-13)

1.3. W badanym⁴ okresie liczba dzieci i młodzieży, która została objęta badaniami bilansowymi, badaniami przesiewowymi i poradami patronażowymi lekarza POZ, wizytami patronażowymi i testami przesiewowymi pielęgniarki POZ oraz wizytami patronażowymi położnej POZ kształtowała się następująco:

- W przypadku badań bilansowych, w latach 2022 – 2024 liczba dzieci i młodzieży uprawnionych do objęcia tymi badaniami wyniosła odpowiednio 206 065, 204 576 oraz 200 389. Badaniami w tym okresie objęto z kolei odpowiednio 37 212, 38 404 i 44 802 uprawnionych, realizując przy tym: w 2022 r. – 37 616 badań bilansowych, w 2023 r. – 38 775, a w 2024 r. – 45 440.
- W przypadku porad patronażowych lekarza POZ, w latach 2022 - 2024 liczba dzieci i młodzieży uprawnionych do objęcia tymi badaniami⁵ wyniosła odpowiednio 5 209, 4 704 oraz 4 223. Badaniami w tym okresie objęto z kolei odpowiednio 2 983, 2 903 i 2 950 uprawnionych, realizując przy tym: w 2022 r. – 3 082 porady patronażowych lekarza POZ, w 2023 r. – 2 903, a w 2024 r. – 3 022.
- W przypadku badań przesiewowych lekarza POZ, w latach 2022 - 2024 liczba dzieci i młodzieży uprawnionych⁶ do objęcia tymi badaniami wyniosła odpowiednio 18 880, 17 161 oraz 15 066. OW NFZ nie posiadał informacji dotyczących liczby dzieci i młodzieży, która powinna zostać objęta ww. badaniami oraz liczby zrealizowanych badań, ponieważ brak jest produktu rozliczeniowego dotyczącego wyłącznie testów przesiewowych wykonywanych przez lekarza POZ;
- W przypadku wizyt patronażowych pielęgniarki POZ, w latach 2022-2024, liczba dzieci i młodzieży uprawnionych⁷ do objęcia tymi badaniami wyniosła odpowiednio 13 751, 12 552 oraz 10 903. Badaniami w tym okresie objęto z kolei odpowiednio 3 106, 2 772 i 2 392 uprawnionych, realizując przy tym:

⁴ Według danych z Systemu Informatycznego Oddziału Wojewódzkiego NFZ KS-SIKCH (dalej: KS-SIKCH).

⁵ Dotyczy populacji w wieku 1-4 tydzień życia.

⁶ Dotyczy populacji w wieku 2-6 miesiąc życia, 9 miesiąc życia oraz 12 miesiąc życia.

⁷ Dotyczy populacji w wieku 3-4 miesiąc życia oraz w 9 miesiącu życia.

w 2022 r. – 3 424 wizyty patronażowe pielęgniarki POZ, w 2023 r. – 3 098, a w 2024 r. – 2 734.

- W przypadku testów przesiewowych pielęgniarki POZ, w latach 2022-2024, liczba dzieci i młodzieży uprawnionych⁸ do objęcia tymi badaniami wyniosła odpowiednio 53 017, 48 414 oraz 43 759. Badaniami w tym okresie objęto z kolei odpowiednio 16 232, 19 577 i 17 305 uprawnionych, realizując przy tym: w 2022 r. – 37 616 badań bilansowych, w 2023 r. – 38 775, a w 2024 r. – 45 440. OW NFZ nie posiadał informacji dotyczącej liczby zrealizowanych badań, ponieważ zgodnie załącznikiem nr 22 do Zarządzenia nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 30.09.2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, testy przesiewowe wykonywane przez pielęgniarkę POZ sprawozdawane są kodem 100211 – liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe. Brak jest produktu rozliczeniowego dotyczącego liczby testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę POZ.
- W przypadku wizyt patronażowych położnej POZ, w latach 2022-2024, liczba dzieci i młodzieży uprawnionych⁹ do objęcia tymi badaniami wyniosła odpowiednio 9 996, 8 794 oraz 8 123. Badaniami w tym okresie objęto z kolei odpowiednio 12 790¹⁰, 11 052 i 10 520 uprawnionych, realizując przy tym: w 2022 r. – 42 894 wizyt patronażowych położnej POZ, w 2023 r. – 38 566, a w 2024 r. – 37 239.

(akta kontroli str. 14)

1.4. W latach 2022-2024 liczba podmiotów, które w ramach umowy podpisanej z NFZ na podstawową opiekę zdrowotną dla dzieci i młodzieży nie wykonały¹¹ żadnego badania bilansowego, testu przesiewowego oraz wizyty patronażowej pielęgniarki POZ kształtowała się następująco:

- W przypadku badań bilansowych, w latach 2022 - 2024 r., dotyczyło to odpowiednio 56 (z 272, tj. 20,6%), 60 (z 272, tj. 22%) i 27 (z 265, tj. 10%) podmiotów, które posiadały: w 2022 r. łącznie 25 042 deklaracji świadczeniobiorców uprawnionych do tych badań, w 2023 r. – 24 067, a w 2024 r. – 6 365.
- W przypadku porad patronażowych lekarza POZ, w latach 2022 - 2024 r., dotyczyło to odpowiednio 77 (z 227, tj. 33,9%), 84 (z 223, tj. 37,7%) i 65 (z 216, tj. 30,1%) podmiotów, które posiadały: w 2022 r. łącznie 10 147 deklaracji świadczeniobiorców uprawnionych do tych badań, w 2023 r. – 8 646, a w 2024 r. – 7 892.
- W przypadku testów przesiewowych pielęgniarki POZ, w latach 2022 – 2024 r., dotyczyło to odpowiednio 103 (z 236, tj. 43,6%), 90 (z 231, tj. 39%)

⁸ Dotyczy populacji w wieku 0-6 miesiąc życia, 12 miesiąc życia oraz 2 i 4-5 lat.

⁹ Dotyczy populacji dzieci do ukończenia 2 miesiąca życia (na podstawie numer PESEL).

¹⁰ Zgodnie z art. 50 ust. 14 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2024 r., poz. 146, ze zm.) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić w przypadku dzieci do ukończenia 3. miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.

¹¹ Według danych z systemu KS-SIKCH.

i 96 (z 226, tj. 42,5%) podmiotów, które posiadały: w 2022 r. łącznie 36 365 deklaracji świadczeniobiorców uprawnionych do tych badań, w 2023 r. – 34 166, a w 2024 r. – 36 615.

- W przypadku wizyt patronażowych pielęgniarstwa POZ, w latach 2022 - 2024 r., dotyczyło to odpowiednio 119 (z 219, tj. 54%), 122 (z 218, tj. 56%) i 117 (z 210, tj. 56%) podmiotów, które posiadały: w 2022 r. łącznie 4 892 deklaracji świadczeniobiorców uprawnionych do tych badań, w 2023 r. – 4 609, a w 2024 r. – 3 969.

W przypadku wizyt patronażowych położnej POZ, nie było przypadków niewykonania badań.

W dniu 7.03.2024 r. OW NFZ dokonał analizy realizacji bilansów zdrowia w 2023 r. Powyższa analiza wykazała, że w tym okresie sprawozdano łącznie 25 625 bilansów zdrowia, co stanowiło około 20% osób podlegających ww. bilansom. Z powyższej analizy wynikało, że największy odsetek wykonanych bilansów zdrowia był w grupie 10-latków (42%). Analiza sprawozdań świadczeniodawców wykazała, że 41 (tj. 15,5%) podmiotów poddanych analizie nie sprawozdawała bilansów zdrowia, sprawozdając udzielone świadczenia innym kodem. Łącznie zrealizowano 3 097 takich świadczeń, w tym część u dzieci w wieku bilansowym, co mogło sugerować, że część z nich to bilanse zdrowia. W wyniku powyższej analizy do podmiotów, w których w 2023 r. nie odnotowano wykonania bilansów zdrowia wysłano pisma zobowiązujące tych świadczeniodawców do realizacji ww. badań oraz o przesłanie wyjaśnień przyczyn braków w sprawozdawczości (realizacji) bilansów zdrowia. Podstawowymi zaleceniami skierowanymi do tych podmiotów były

zobowiązanie do wykonywania bilansów zdrowia, stosowanie prawidłowej sprawozdawczości oraz sporządzenie korekty dostarczonych sprawozdań.

Odnosząc się do kwestii niepodjęcia podobnych działań w latach 2022-2023 Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że główną przyczyną niepodjęcia działań w zakresie realizacji bilansów zdrowia w roku 2021 i 2022 była trwająca pandemia lub okres zagrożenia epidemiologicznego z powodu pojawienia się zagrożenia infekcji wirusem SARS-CoV-2. Sytuacja epidemiologiczna znacznie opóźniła i utrudniła realizację badań bilansowych, w związku z czym na dalszy plan przesunięto wówczas realizację świadczeń profilaktycznych.

Podał także, że działania wobec podmiotów nierealizujących sprawozdawczości z wykonanych badań zostaną wdrożone po dokonaniu przez Oddział analizy ich wykonania za 2024 r. i że zostaną one przeprowadzone w III kwartale 2025 r.

Średnia liczba wykonanych świadczeń w odniesieniu do liczby uprawnionych w latach 2022-2024 wyniosła:

- W przypadku badań bilansowych lekarza POZ (w tym badań przesiewowych):
 - 0,16 w 2022 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 0,54, 0,52, 0,51, 0,5 i 0,48, natomiast w 56 (z 272, tj. 20,5%) podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie,
 - 0,16 w 2023 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 0,67, 0,46, 0,44, 0,44 i 0,43, natomiast w 60 (z 272, tj. 22%) podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie,
 - 0,19 w 2024 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 0,46, 0,45, 0,43 i 0,41, 0,41, natomiast w 27 (z 265, tj. 10%) nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie.
- W przypadku porad patronażowych lekarza POZ:
 - 0,30 w 2022 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 2,00, 1,67, 1,33, 1,31 i 1,24, natomiast w 77 (z 227, tj. 33,9% podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie,
 - 0,33 w 2023 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 1,82, 1,56, 1,38, 1,21 i 1,10, natomiast w 84 (z 223, tj. 37,7% podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie,
 - 0,38 w 2024 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 1,71, 1,57, 1,50, 1,50 i 1,46, natomiast w 65 (z 216, tj. 30,1% podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie
- W przypadku testów przesiewowych pielęgniarki POZ:
 - 0,3 w 2022 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 3,53, 3,21, 3,00, 2,28 i 2,23, natomiast w 103 (z 236, tj. 43,6%) podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie,
 - 0,35 w 2023 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 4,00, 3,48, 3,06, 2,79 i 2,58, natomiast w 90 (z 231, tj. 39%) podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie,
 - 0,35 w 2024 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 8,15, 4,96, 2,25, 2,21 i 1,83, natomiast w 96 (z 226, tj. 42,5%) podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie.
- W przypadku wizyt patronażowych pielęgniarki POZ:
 - 0,37 w 2022 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 4,70, 2,97, 2,13, 2,00 i 1,80, natomiast w 119 (z 219, tj. 54%) podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie,

- 0,40 w 2023 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 6,25, 2,64, 2,62, 2,58 i 2,25, natomiast w 122 (z 218, tj. 56%) podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie,
- 0,42 w 2024 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 10,18, 2,67, 2,22, 2,20 i 2,14, natomiast w 117 (z 210, tj. 56%) podmiotach nie wykonano żadnych świadczeń w tym zakresie.
- W przypadku wizyt patronażowych położnej POZ:
 - 3,26 w 2022 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 4,00, 3,48, 3,06, 2,79 i 2,58, natomiast w pięciu podmiotach wykonujących najmniej świadczeń było to odpowiednio: 1,00, 1,00, 1,00, 1,25 i 1,39,
 - 3,45 w 2023 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 6,00, 5,50, 5,48, 5,25 i 5,24, natomiast w pięciu podmiotach wykonujących najmniej świadczeń było to odpowiednio: 1,05, 1,23, 1,61, 1,84 i 1,90,
 - 3,42 w 2024 r. - w pięciu podmiotach wykonujących najwięcej świadczeń było to odpowiednio: 5,27, 5,22, 5,14, 5,13 i 5,10, natomiast w pięciu podmiotach wykonujących najmniej świadczeń było to odpowiednio: 1,35, 1,72, 1,78, 1,88 i 2,00.

(akta kontroli str. 15-116, 145-150, 230-234, 247-254)

1.5. Zgodnie z § 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 publicznych¹² „[...] w przypadku świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawcy przekazują informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy - co najmniej raz w danym roku kalendarzowym”. W okresie objętym kontrolą znaczna część świadczeniodawców nie sprawozdawała Oddziałowi informacji w tym zakresie. W poszczególnych latach kształtowało się to następująco:

- w 2022 r. 132 świadczeniodawców (48,5% spośród 272 podmiotów, które podpisały z NFZ umowę na realizację świadczeń dla dzieci i młodzieży w ramach POZ) nie sprawozdało żadnej informacji o masie i wzroście świadczeniobiorców, z kolei 137 (50,4%) sprawozdało informacje nieobejmujące niektórych pacjentów,
- w 2023 r. 109 świadczeniodawców (40% spośród 273 podmiotów) nie sprawozdało żadnej informacji o masie i wzroście świadczeniobiorców, z kolei 158 (58,1%) sprawozdało informacje nieobejmujące niektórych pacjentów,
- w 2024 r. 96 świadczeniodawców (36,2% spośród 265 podmiotów) nie sprawozdało żadnej informacji o masie i wzroście świadczeniobiorców, z kolei 163 (61,5%) sprawozdało informacje nieobejmujące niektórych pacjentów.

Świadczeniodawcy, którzy przekazali OW NFZ sprawozdania w zakresie ww. informacji, w 2022 r. poinformowali o danych dotyczących 24 816 z 224 338 (11%) pacjentów, odpowiednio w 2023 r. było to 30 641 z 221 753 (14%)

¹² Dz. U. z 2024 r., poz. 610, ze zm.

pacjentów, natomiast w 2024 r. 34 638 z 218 104 (16%) pacjentów, którzy korzystali w tym okresie ze świadczeń lekarza POZ.

W 2023 r. do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowę w zakresie świadczenia lekarza POZ na terenie całego województwa warmińsko-mazurskiego skierowano, przez System Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI), komunikat o obowiązku przekazywania informacji o wzroście i masie ciała pacjentów oraz używaniu przez nich wyrobów tytoniowych. W komunikacie tym OW NFZ przypomniał świadczeniodawcom, że na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nałożono obowiązek sprawdzenia i sprawozdania do Funduszu w raporcie statystycznym w danym roku kalendarzowym informacji o masie ciała i wzroście pacjenta w dniu udzielenia świadczenia oraz o zwrócenie uwagi na rzetelność przekazywanych informacji.

Wynikiem podjętych przez OW NFZ działań był stały wzrost liczby pacjentów, dla których sprawozdano wagę i wzrost z 11% w 2022 r. do 16% w 2024 r. oraz spadek odsetka świadczeniodawców, którzy nie sprawozdali żadnej informacji o wadze lub wzroście pacjenta (z 48,5% w 2022 r. do 36,2% w 2024 r.).

Odnosząc się do kwestii niepodjęcia podobnych działań w 2022 r. i 2024 r. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *„początek kontrolowanego okresu dotyczy okresu występowania epidemii, kiedy znaczna część porad była udzielana przy pomocy systemów teleinformatycznych, więc uzyskanie przez lekarza POZ obiektywnych informacji na temat wagi i wzrostu pacjenta, zasięgającego porady, było utrudnione. Ponadto wskazał, że to świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń i na nim spoczywa obowiązek śledzenia zmian i wprowadzania ich w życie. Pomimo tego OW NFZ opublikował komunikat przypominający przez SZOI w marcu 2023 r., po zbadaniu danych za rok 2022 r., że planuje monitorować ten wskaźnik dalej i w razie potrzeby umieszczać następne komunikaty dla świadczeniodawców.”*

Ponadto Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że *„w latach 2021-2024 nie obowiązywała reguła sprawdzenia¹³ w zakresie przekazania danych dotyczących wzrostu i masy ciała. Sprawdzenie wymagalności podania informacji o masie i wzroście pacjenta (o kodzie 50601118) zostało opublikowane w dniu 27 stycznia 2025 r. przez Centralę NFZ i tego samego dnia zaimplementowane przez Oddział. OW NFZ zamieścił w tej sprawie komunikat w SZOI w dniu 4 lutego 2025 r. dla wszystkich świadczeniodawców POZ. W przypadku braku przekazania danych o masie i wzroście pacjenta w danym roku kalendarzowym, w przesyłanym raporcie statystyczno-medycznym, świadczeniodawca otrzymywał raport zwrotny, w którym zawarta jest informacja o błędzie na pozycji rozliczeniowej dotyczącej konkretnego pacjenta”.*

(akta kontroli str. 117-162, 287-290)

1.6. W okresie objętym kontrolą Oddział przygotowywał i przekazywał Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia roczne sprawozdania z podstawowej opieki zdrowotnej (przekazano w dniach 14 kwietnia 2023 r. za 2022 r., 10 maja 2024 r. za 2023 r., 30 maja 2025 r. za 2024 r.) oraz półroczne sprawozdania (przekazano w dniach 5 sierpnia 2022 r. za I półrocze 2022 r., 6 lutego 2023 r. za II półrocze 2022 r., 4 sierpnia 2023 r. za I półrocze 2023 r., 16 lutego 2024 r. za II półrocze

¹³ Algorytm weryfikujący poprawność danych przekazywanych przez świadczeniodawcę w systemie KS-SIKCH.

2023 r., 16 sierpnia 2024 r. za I półrocze 2024 r., 27 lutego 2025 r. za II półrocze 2024 r.). Roczne sprawozdania zawierały dane dotyczące m.in.:

- liczby osób objętych opieką lekarza POZ uwzględniającą czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej¹⁴ (267 143 w 2022 r., 264 049 w 2023 r. oraz 258 746 w 2024 r.);
- liczby udzielonych przez lekarza POZ świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży¹⁵ (3 202 patronaży i 38 910 badań bilansowych w 2022 r., 2 993 patronaży i 35 765 badań bilansowych w 2023 r. oraz 3 024 patronaży i 46 273 badań bilansowych w 2024 r.);
- liczby osób objętych opieką pielęgniarki POZ uwzględniającą czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej¹⁶ (79 934 w 2022 r., 74 879 w 2023 r. oraz 69 167 w 2024 r.);
- liczby udzielonych przez pielęgniarkę POZ świadczeń w profilaktyce wieku rozwojowego u dzieci do ukończenia 6 roku życia¹⁷ (3 440 wizyt patronażowych i 16 225 testów przesiewowych w 2022 r., 3 112 wizyt patronażowych i 19 535 testów przesiewowych w 2023 r. oraz 2 818 wizyt patronażowych i 17 285 testów przesiewowych w 2024 r.);
- liczby osób objętych opieką położnej POZ¹⁸ (1 230 w 2022 r., 1 026 w 2023 r. oraz 973 w 2024 r.);
- kosztów świadczeń lekarza POZ w ramach stawki kapitałowej¹⁹ (83 231 502,00 zł w 2022 r., 93 305 913,29 zł w 2023 r., 95 812 718,45 zł w 2024 r.);
- kosztów świadczeń pielęgniarki POZ w ramach stawki kapitałowej²⁰ (7 272 951,02 zł w 2022 r., 7 532 225,32 zł w 2023 r., 7 393 293,52 zł w 2024 r.);
- kosztów świadczeń położnej POZ według stawki kapitałowej²¹ (16 509 082,91 zł w 2022 r., 17 784 334,64 zł w 2023 r., 18 515 650,16 zł w 2024 r.);
- kosztów wizyt położnej²² (2 995 911,32 zł w 2022 r., 2 879 962,90 zł w 2023 r., 3 081 989,91 zł w 2024 r.).

Kierownik Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń oświadczył, że „dane wykazane w ww. sprawozdaniach różnią się od danych sporządzonych na potrzeby niniejszej kontroli m.in. z powodu ujęcia w sprawozdaniu dzieci i młodzieży do ukończenia 20 roku życia, będących na deklaracjach lekarza POZ w placówkach DPS lub socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych i chorych przewlekłe, różnych źródeł danych (rachunki wystawione przez świadczeniodawców

¹⁴ Grupy wiekowe 0-6 lat i 7-19 lat według stanu na koniec danego roku.

¹⁵ Narastająco od początku do końca danego roku.

¹⁶ Grupa wiekowa 0-6 lat według stanu na koniec danego roku.

¹⁷ Według stanu na koniec danego roku.

¹⁸ Noworodki i niemowlęta do ukończenia 2 miesiąca życia według stanu na koniec danego roku.

¹⁹ Grupy wiekowe 0-6 lat oraz 7-19 lat według stanu na koniec danego roku.

²⁰ Grupa wiekowa 0-6 lat według stanu na koniec danego roku.

²¹ Według stanu na koniec danego roku.

²² Według stanu na koniec danego roku.

w sprawozdaniu i aktywne deklaracje wyboru lekarza POZ w toku kontroli) oraz korekt dokonanych po sporządzeniu sprawozdań”.

(akta kontroli str. 151-186)

1.7. W latach objętych kontrolą OW NFZ nie podejmował działań w celu zweryfikowania danych otrzymywanych przez placówki POZ, w których złożono deklaracje dzieci i młodzieży do 19 roku życia, pod kątem ich rzetelności i poprawności oraz nie weryfikował, czy zaraportowane i sfinansowane świadczenia (badania bilansowe, testy przesiewowe, porady i wizyty patronażowe dzieci i młodzieży) zostały zrealizowane.

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że *„weryfikacja danych otrzymanych w sprawozdaniach z udzielonych świadczeń pod kątem ich rzetelności i poprawności, możliwa jest podczas kontroli realizacji umowy w miejscu udzielania świadczeń tj. w podmiocie POZ. Przeprowadzana w trakcie kontroli analiza dokumentacji medycznej pacjenta tj. wpisów stanowiących opis udzielonych świadczeń wynikających z badania podmiotowego, badania przedmiotowego, stanowi najlepszą ocenę skuteczności i rzetelności wykonanych świadczeń. Zgodnie z art. 61a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przeprowadzanie kontroli realizacji umów podlega Prezesowi NFZ”.*

Dyrektor Oddziału wyjaśnił również, że *„weryfikacja wykazanych w obowiązującej sprawozdawczości i sfinansowanych świadczeń (bilansów zdrowia, testów przesiewowych, porad i wizyt patronażowych) mająca na celu potwierdzenie ich wykonania, możliwa jest również w trakcie prowadzenia kontroli świadczeniodawcy. (...) Przyjmuje się, że sprawozdawczość obowiązująca świadczeniodawców, na podstawie której rozliczane są świadczenia jest prowadzona zgodnie ze stanem faktycznym i zawiera świadczenia zrealizowane”.*

Ponadto Dyrektor OW NFZ wskazał, że *„raporty statystyczne dostarczane przez świadczeniodawców w ramach obowiązującej sprawozdawczości podlegają procesom weryfikacji i walidacji w OW. Walidacja wykonuje sprawdzenie poprawności danych w momencie importu raportu, natomiast weryfikacja to kontrola sprawozdanych świadczeń pod kątem ich zgodności z przepisami, zasadami rozliczeń i umowami z NFZ. W przypadku umów POZ świadczenia takie jak 5.01.00.0000121 - Porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń czy 5.01.00.0000104 - Bilans zdrowia, rozliczane są w formie kapitulacji, gdzie NFZ przekazuje środki w oparciu o liczbę zadeklarowanych pacjentów (lista POZ). Faktura wystawiana jest na podstawie rozliczenia kapitulacyjnego, czyli kwoty ustalonej za każdego pacjenta przypisanego do danego świadczeniodawcy. Placówki medyczne zobowiązane są do przesyłania do NFZ sprawozdań, które zawierają szczegółowy wykaz wykonanych usług medycznych, wraz z odpowiednimi kodami świadczeń. W przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych na podstawie ceny jednostki rozliczeniowej, wystawienie faktury jest możliwe po właściwej weryfikacji raportu statystycznego. Dopiero po uzyskaniu statusu „zweryfikowane poprawnie” dana pozycja raportu (usługa) może być zafakturowana i sfinansowana przez OW”.*

(akta kontroli str. 154-162)

1.8. W okresie objętym kontrolą nie były nakładane kary umowne na świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki medycznej dla

dzieci i młodzieży oraz nie wzywano tych podmiotów do złożenia faktur celem zmniejszenia pierwotnie wypłaconych środków.

(akta kontroli str. 154-162)

1.9. Prowadzona przez OW NFZ w 2024 r. analiza kosztów dotyczyła wszystkich świadczeń dedykowanych dla dzieci i młodzieży, nie tylko profilaktycznych. Miała ona na celu określenie wysokości świadczeń realizowanych w POZ koniecznych do zabezpieczenia w następnym roku kalendarzowym, co wynikało z faktu rozliczania świadczeń profilaktycznych, oraz np. diagnostycznych i leczniczych realizowanych w POZ, stawką kapitacyjną. Wyjątkiem były porady patronażowe wykonywane przez położne, dla których określono wysokość ceny jednostkowej. Oddział Funduszu regularnie monitorował oraz oceniał jakość i dostępność do świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez sporządzanie sprawozdań rocznych i półrocznych.

OW NFZ przeprowadził analizę realizacji profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dzieci i młodzieży do 19 roku życia, na podstawie sprawozdanych przez świadczeniodawców danych za 2023 r. Dotyczyła ona:

- poziomu realizacji bilansów zdrowia przez podmioty POZ posiadające zakontraktowany zakres lekarza, której celem było ustalenie poziomu wykonywania bilansów zdrowia po zniesieniu od 16 maja 2022 roku stanu epidemii Covid 19 w Polsce. W jej wyniku ustalono, że w 2023 r. sprawozdano łącznie 25 625 bilansów zdrowia, co stanowiło około 20,1 % populacji będącej w grupach wiekowych podlegających tym badaniom. Do podmiotów niesprawozdających żadnych badań tego typu Oddział wysłał pisma zobowiązujące świadczeniodawców do ich wykonywania i prawidłowego sprawozdawania;
- poziomu realizacji wizyt patronażowych zrealizowanych przez położne podstawowej opieki zdrowotnej, której celem było dokonanie analizy wykonanych wizyt patronażowych u nowonarodzonych dzieci. W wyniku analizy ustalono m.in. liczbę pacjentek, które urodziły w 2023 r. (13 122), liczbę pacjentek, które urodziły bez wizyty patronażowej (1 443) oraz ilość wykonanych wizyt patronażowych przypadających na jedną pacjentkę (60% świadczeniodawców wykonała średnio od 4 do 6 wizyt, przy czym jedynie 3% wykonało maksymalną ilość wizyt). W celu sprawdzenia, czy podjęte działania przyniosły pozytywny efekt w zakresie zwiększenia wykonanych wizyt patronażowych, Oddział Funduszu pod koniec 2024 roku przeprowadził ponowną analizę świadczeń wykonanych w pierwszym półroczu 2024 roku. Odnotowano, że realizacja wizyt patronażowych poprawiła się (wzrost zrealizowanych wizyt patronażowych z 19 446 do 24 570, tj. o 26,3%).

OW NFZ nie objął podobną analizą danych za 2022 r. i 2024 r. Ponadto w przeprowadzonej analizie ograniczono się do poziomu realizacji bilansów zdrowia i wizyt patronażowych, nie uwzględniając poziomu realizacji badań przesiewowych i porad patronażowych lekarza POZ oraz wizyt patronażowych i testów przesiewowych pielęgniarki POZ.

Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału dotyczących przeprowadzonych analiz, wynikało że:

- analiza realizacji profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dzieci i młodzieży nie była wykonana za 2022 r. z powodu trwającej w tym czasie pandemii i wprowadzonego z dniem 16 maja 2022 r. stanu zagrożenia epidemiologicznego,
- w czasie wspomnianego stanu zagrożenia placówki POZ zajmowały się w szczególności leczeniem chorych oraz profilaktyką infekcji Covid, np. szczepieniem swoich pacjentów,
- OW NFZ po okresie pandemii zweryfikował pewne elementy opieki profilaktycznej dzieci i młodzieży - wybrano bilanse zdrowia, stanowiące bardzo ważną część profilaktyki, z uwagi na stale wzrastającą częstotliwość występowania schorzeń związanych z nieprawidłowym stylem życia, zaburzeń psychicznych i uzależnień dzieci i młodzieży, które pogłębiły się w wyniku obostrzeń izolacyjnych wprowadzonych w czasie pandemii. Wybrano również wizyty patronażowe położnej POZ, pomimo obowiązku realizacji tych świadczeń przez lekarza i pielęgniarkę POZ, ponieważ z punktu widzenia zdrowia matki i dziecka, opiekę położnej oceniono jako nieodzowną i niezbędną.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił również, że *„analiza realizacji bilansów zdrowia, poszerzona dodatkowo o wizyty patronażowe lekarza i pielęgniarki POZ za rok 2024 zostanie przeprowadzona w III kwartale 2025 r. Obecnie podjęto działania mające na celu przygotowanie stosownej bazy danych za ten okres”*.

(akta kontroli str. 187-256)

1.10. W latach 2022-2024 monitorowanie realizacji umów prowadzone było w zakresach lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, w ramach których wykonywane były świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży. Odbывало się to m.in. poprzez:

- weryfikowanie, tj. gromadzenie i analizę dokumentów, na etapie rozpatrywania wniosków o zawarcie umowy, dotyczących dostępności do świadczeń, czasu pracy personelu oraz niezbędnego sprzętu;
- przeprowadzanie czynności sprawdzających w nowych miejscach udzielania świadczeń, w tym oględziny, sprawdzanie wyposażenia wymaganego do

- udzielania świadczeń, spełnienie wymogów w zakresie zapewnienia dostępności do świadczeń dla osób niepełnosprawnych,
- zapewnienie realizacji świadczeń przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje,
 - weryfikację przerw w udzielaniu świadczeń.

Ponadto w ramach prowadzonej sprawozdawczości tj. sprawozdań rocznych, półrocznych monitorowane były m.in.:

- dane dotyczące kosztów świadczeń realizowanych w POZ,
- dane dotyczące liczby przebadanych osób i liczbie wykonanych świadczeń w poszczególnych grupach świadczeń,
- dane o liczbie osób objętych opieką w POZ w ramach stawki kapitałowej wg współczynnika korygującego,
- dane o liczbie wykonanych świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 235-246)

1.11. W latach 2022-2024 OW NFZ nie uczestniczył bezpośrednio w przygotowaniu Map Potrzeb Zdrowotnych tworzonych przez Ministerstwo Zdrowia. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *„Oddział przekazywał regularnie do Centrali NFZ dane sprawozdawcze, do czego był zobowiązany wewnętrznymi regulacjami, z zakresu realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, w tym również dotyczących opieki profilaktycznej dzieci i młodzieży.”*

(akta kontroli str. 237-246)

1.12. W zakresie monitorowania wskaźników jakości opieki zdrowotnej Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że *„wskaźniki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1349) nie dotyczą świadczeń profilaktycznych udzielanych dzieciom i młodzieży. Odnoszą się natomiast do ogółu świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej.”*

(akta kontroli str. 237-246, 284-286)

1.13. W okresie objętym kontrolą OW NFZ nie wnioskował do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli dotyczących realizacji umów w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży wykonywanej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W latach 2022-2024 do kontrolowanej jednostki nie wpłynęły żadne skargi związane z wykonywaniem ww. świadczeń.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *„obszary do kontroli wskazywane są przez wszystkie OW NFZ i w wyniku ich analizy przez Centralę NFZ opracowywany jest plan kontroli na dany rok. Na etapie doboru obszarów objętych kontrolą uwzględniono przede wszystkim skalę nieprawidłowości oraz istotność finansową dla oddziału. W związku z ograniczeniem narzuconym przez Centralę NFZ, związanym z koniecznością wyboru 3 propozycji tematów do kontroli, oddział wskazał najistotniejsze obszary wymagające sprawdzenia. Mając na uwadze istotność realizacji gwarantowanych świadczeń profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży w okresie objętym kontrolą oddział podjął działania polegające na skierowaniu pism do podmiotów, u których nie odnotowano lub odnotowaną niską realizację ww. świadczeń. Rozpoczęto również analizę sprawozdawczości realizacji gwarantowanych świadczeń profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży, w wyniku której oddział podejmować*

będzie właściwe kroki, zgodnie z zapisami ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wobec świadczeniodawców nie realizujących przepisów prawa.”

(akta kontroli str. 111-116, 237-246, 255-272)

1.14. W latach 2022-2024 Narodowy Fundusz Zdrowia nie ujął w rocznych planach kontroli, kontroli dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W tym okresie nie zrealizowano także kontroli doraźnych ww. świadczeń.

(akta kontroli str. 273-283)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

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 w Olsztynie. 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

Olsztyn, 3 października 2025 r.

Kontroler

Miłosz Chmielewski

Starszy inspektor kontroli
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Olsztynie

Dyrektor

Mariusz Lenkiewicz

/podpisano elektronicznie/