



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Krakowie

LKR. 410.20.1.2024

**Pan**  
**Filip Nowak**  
**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**ul. Rakowiecka 26/30**  
**02-528 Warszawa**

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.441.12.2025 Zespołu Orzekającego Komisji  
Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 3 kwietnia 2025 r.

*P/24/068 Diagnostyka i zapewnienie opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek*

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Krakowie  
ul. Łobzowska 67, 30-038 Kraków  
+48 12 342 34 00, lkr@nik.gov.pl

# I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa (dalej: <i>Fundusz, Centrala NFZ</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia od 9 listopada 2021 r., p.o. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia od 26 sierpnia 2020 r. ( <i>dalej: Prezes NFZ</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | 1. Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami.<br>2. Działania promocyjne i edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Okres objęty kontrolą               | Od 1 stycznia 2022 r. do czasu zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem mogących mieć wpływ na ocenę podejmowanych działań.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura NIK w Krakowie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Kontrolerzy                         | <ul style="list-style-type: none"><li>– Andrzej Salwiński, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/115/2024 z 6 września 2024 r. oraz nr LKR/129/2024 z 2 października 2024 r.</li><li>– Piotr del Fidali, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/116/2024 z 6 września 2024 r. oraz nr LKR/131/2024 z 2 października 2024 r.</li><li>– Justyna Halberda-Wilk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/117/2024 z 6 września 2024 r. oraz nr LKR/130/2024 z 2 października 2024 r.</li><li>– Piotr Smyrak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/141/2024 z 23 października 2024 r.</li></ul> (akta kontroli str. 1-6, 240-245, 553-554) |

<sup>1</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

NIK ocenia, że działania podejmowane przez Centralę NFZ na rzecz dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek (dalej: PChN) nie były w pełni wystarczające. Oprócz programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz grupy dziedzinowej nefrologia w ramach zakresu świadczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej, działania NFZ mające na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i leczenia PChN obejmowały finansowanie programów lekowych skierowanych do pacjentów cierpiących na PChN.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Centrala NFZ realizowała działania organizacyjne w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki PChN i zapewnienia opieki nad pacjentami, ale działania te nie były w pełni skuteczne. NIK zauważa, że w latach 2022-2024 wzrastała liczba pacjentów objętych opieką w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej (dalej: BPOK) i liczba podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ), z którymi zawarto umowy na BPOK oraz liczba poradni nefrologicznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej: AOS). Wzrastała także liczba wykonanych badań UACR. NIK zwraca uwagę, że jednocześnie wydłużył się czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych i nefrologicznych dziecięcych, w tym dla przypadków pilnych – aż około dwukrotnie (z 27 dni w 2021 r. do 55 dni w 2024 r. wśród dorosłych i z 40 dni w 2021 r. do 70 dni w 2024 r. wśród dzieci), a w konsekwencji – wzrosła liczba osób oczekujących na świadczenie. Dostęp do leczenia nefrologicznego nie był równomierny w skali kraju, gdyż połowa oddziałów nefrologicznych znajdowała się w zaledwie czterech województwach, a ponadto między województwami występowały znaczne różnice w liczbie lekarzy nefrologów i liczbie pacjentów przypadających na jednego lekarza. NIK jednocześnie zauważa, że powyższe negatywne zjawiska nie były uwarunkowane jedynie działaniami Centrali NFZ. Zastrzeżenia NIK budzi proces monitorowania programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, gdyż Centrala NFZ nie przeprowadzała międzyokresowych analiz wskaźników programu, w związku z czym nie funkcjonował bieżący ich monitoring. Za stan problematyczny NIK uznaje nieskuteczność działań Centrali NFZ w celu zapewnienia równomiernego dostępu w poszczególnych województwach do świadczeń zdrowotnych w zakresie nefrologii.

NIK ocenia, że proces wdrożenia grupy dziedzinowej nefrologia w ramach BPOK następował w sposób zadowalający. Świadczy o tym wzrost liczby podmiotów POZ, z którymi zostały zawarte umowy na opiekę koordynowaną w I półroczu 2024 r.: do 35% ich łącznej liczby w zakresie BPOK niezależnie od grupy dziedzinowej, oraz do 8% w zakresie ścieżki nefrologicznej. W konsekwencji rosła liczba pacjentów objętych opieką w BPOK w ramach ścieżki nefrologicznej, chociaż wciąż była niewspółmiernie niska w stosunku do liczby osób, u których rozpoznano przewlekłą chorobę nerek. NIK zwraca uwagę, że gromadzenie wyłącznie zbiorczych danych w zakresie stanu realizacji świadczeń w ramach BPOK, bez ich wyodrębnienia dla poszczególnych grup dziedzinowych, w tym nefrologii, ograniczało możliwość monitorowania liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w poszczególnych grupach dziedzinowych oraz wysokości ponoszonych kosztów opieki nad pacjentami w każdej z grup.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę w formie opisowej.

NIK ocenia działania Centrali NFZ w obszarze działań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN jako nie w pełni wystarczające. W Centrali NFZ nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych i edukacyjnych mających za główny cel zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Działania odnoszące się do tej choroby były podejmowane jedynie w ramach działań promocyjno-edukacyjnych dotyczących opieki koordynowanej w POZ i programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Miały one jednak charakter incydentalny i cechowały się wąskim zakresem, gdyż w latach 2022-2024 w odniesieniu do PChN podjęto łącznie jedynie trzy działania za łącznie 28,5 tys. zł, na co składała się organizacja *webinaru* edukacyjnego, publikacja artykułu o tematyce profilaktycznej i produkcja filmu edukacyjnego. Ponadto NIK ocenia negatywnie fakt, że Centrala NFZ nie współpracowała z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej<sup>3</sup> kontrolowanej działalności**

#### **OBSZAR**

#### **1. Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami**

Opis stanu faktycznego

1.W okresie objętym kontrolą Fundusz podejmował działania w zakresie zapewnienia dostępu do diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN na wszystkich szczeblach realizacji świadczeń zdrowotnych tj. w POZ, AOS oraz w ramach leczenia szpitalnego.

Liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 *Przewlekła niewydolność nerek* oraz ICD-10 N19 *Nieokreślona niewydolność nerek* w ramach POZ rosła w latach-2021-2024, i wyniosła odpowiednio w 2021 r. 94,5 tys. i 11,1 tys., w 2022 r. 100,6 tys. i 11,6 tys., w 2023 r. 108,8 tys. i 12,2 tys., a w I połowie 2024 r. 78,2 tys. i 6,5 tys.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128)

Liczba podmiotów POZ w zakresie lekarza POZ w kraju zmniejszyła się w analizowanym okresie czasu o 213 (z 6 275 w 2021 r. do 6 062 w I półroczu 2024 r.). Pomiędzy 2021 r. a 2024 r. (do 30 czerwca) opieką jednostek POZ zostało objętych o 88,7 tys. mniej pacjentów (spadek z 34 820,7 tys. w 2021 r. do 34 732 tys. w I półroczu 2024 r.).

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 147, 342, 347, 356)

Wyjaśniając możliwe przyczyny spadku liczby podmiotów POZ w zakresie świadczeń lekarza POZ w ww. okresie czasu, Dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń NFZ wskazał m.in. na zmniejszającą się liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej zainteresowanych realizacją świadczeń w POZ w ramach umów z NFZ; stopniowe przechodzenie wskazanych specjalistów, realizujących umowy

<sup>3</sup> Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

w POZ, na emerytury, a tym samym kończenie współpracy z Funduszem (rozwiązanie łączących ich umów z płatnikiem), przejmowanie pacjentów przez inne podmioty lecznicze w trybie art. 10a ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej<sup>4</sup>, rozwiązywanie umów przez starszych lekarzy przy jednoczesnym zatrudnieniu się u innych świadczeniodawców; przejmowanie podmiotów leczniczych przez podmioty posiadające już umowy z Funduszem na realizację ww. świadczeń oraz konsolidacja podmiotów leczniczych. Jednocześnie, Dyrektor wskazał, że zmniejszanie się liczby POZ, jak również zmniejszanie się populacji pacjentów objętych opieką lekarzy POZ jest determinowane w znacznej mierze przez czynniki demograficzne tj. ujemny przyrost naturalny, migracje ludności oraz wzrost śmiertelności obywateli w okresie pandemii COVID-19.

(akta kontroli str. 952, 1001-1003)

Liczba POZ, z którymi zawarto umowy na BPOK wyniosła w 2022 r. 187, w 2023 r. 1 839, a w 2024 r. (do 30 czerwca) 2 096. Jednocześnie, liczba pacjentów objętych opieką w ramach BPOK systematycznie wzrastała z poziomu 9,3 tys. w 2022 r., poprzez 629,1 tys. w 2023 r. do 814,7 tys. w I półroczu 2024 r.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 150, 152, 351-352, 356, 679-681, 689-690, 703)

Liczba pacjentów POZ, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19<sup>5</sup> wyniosła odpowiednio w 2021 r. 57,9 tys. i 9,5 tys., w 2022 r. 61,2 tys. i 9,7 tys., w 2023 r. 65,5 tys. i 10 tys., a w I połowie 2024 r. 42,6 tys. i 5 tys. Liczba badań UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) przeprowadzonych w ramach BPOK wyniosła w 2022 r. – 72, w 2023 r. – 39,4 tys. i w I półroczu 2024 r. – 42,3 tys.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 153, 351-352)

Liczba poradni nefrologicznych AOS<sup>6</sup> w kraju wyniosła w 2024 r. (wg stanu na 30 czerwca) 227 tj. o 21 więcej niż w 2021 r. (wzrost o 10%). W przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wskaźnik tych poradni wynosił od 0,0054 w 2021 r. do 0,0060 w I półroczu 2024 r. co oznacza, że liczba mieszkańców przypadających na jedną poradnię nefrologiczną zmniejszyła się w analizowanym okresie czasu z 184,9 tys. do 165,5 tys. W 2024 r. najwięcej poradni było w województwie śląskim i mazowieckim (po 34) oraz wielkopolskim (22) i łódzkim (19), a najmniej w województwach: warmińsko – mazurskim, podlaskim i lubuskim (po siedem) i opolskim (sześć). Liczba poradni nefrologicznych dziecięcych (AOS)<sup>7</sup> w poszczególnych województwach wyniosła w 2024 r. (wg stanu na 30 czerwca) 94 tj. o 5 mniej niż w 2021 r. (spadek o 5%). Najwięcej poradni w 2024 r. było w województwie mazowieckim (14) oraz małopolskim (10), a najmniej w województwach: podlaskim (dwie) i warmińsko – mazurskim (jedna).

Liczba lekarzy nefrologów lub lekarzy w trakcie specjalizacji z nefrologii, zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ wzrosła z 1 357 w 2021 r. do 1 454 w 2024 r. (I półrocze) tj. o 97 (o 7%). W przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wskaźnik tych lekarzy wynosił od 0,036 w 2021 r. do 0,039

---

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2527.

<sup>5</sup> Liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie w POZ w danym roku po raz pierwszy - weryfikowano historię pacjenta w POZ 5 lat wstecz.

<sup>6</sup> Poradnia, która w danym roku udzieliła świadczenia w zakresie świadczeń związanym z nefrologią. Uwzględniono kody zakresów: 02.1130.001.02, 02.1130.401.02, 02.1130.601.02, 02.1130.998.02, 02.1130.101.02, 02.1130.301.02.

<sup>7</sup> Liczba świadczeniodawców w rodzaju świadczeń AOS, którzy udzielali świadczeń na zakresie nefrologii lub nefrologii dziecięcej pacjentom poniżej 18 r.ż.

w I półroczu 2024 r. co oznacza, że liczba mieszkańców przypadających na jednego lekarza zmniejszyła się w analizowanym okresie czasu z 28,1 tys. do 25,8 tys. W 2024 r. najczęściej lekarzy udzielało świadczeń w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ (dalej: OW NFZ) (287), a najmniej w Lubuskim OW NFZ (39).

Liczba lekarzy nefrologów dziecięcych lub lekarzy w trakcie specjalizacji z nefrologii, zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ wzrosła z 101 w 2021 r. do 139 w 2024 r. (I półrocze) tj. o 38 (o 38%). W 2024 r. najczęściej lekarzy tej specjalizacji udzielało świadczeń w Mazowieckim OW NFZ (34). Jednocześnie w OW NFZ: Lubuskim i Podkarpackim nie zgłoszono żadnego lekarza tej specjalizacji do realizacji świadczeń w ramach umowy z Funduszem na 2024 r.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 343, 351-352, 445-448, 452-468, 715-723)

Średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach: nefrologicznej oraz nefrologicznej dla dzieci w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) wydłużył się zarówno dla przypadków stabilnych jak i pilnych. W przypadku poradni nefrologicznej dla przypadków stabilnych czas ten wydłużył się z 76 dni w 2021 r. do 108 w 2024 r. (w II kw.), a dla przypadków pilnych odpowiednio z 27 dni do 55. Podobną tendencję odnotowano w przypadku poradni nefrologicznych dziecięcych, gdzie czas ten dla przypadków stabilnych wydłużył się z 82 dni w 2021 r. do 119 w 2024 r. (w II kw.), a dla przypadków pilnych odpowiednio z 40 dni do 70.

Liczba porad udzielonych w poradniach nefrologicznych w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) wzrosła z 403,1 tys. w 2021 r. do 474,5 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (I półrocze) wyniosła 253,4 tys. Natomiast w poradniach nefrologicznych dziecięcych liczba ta wzrosła z 107,8 tys. w 2021 r. do 111,1 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (I półrocze) wyniosła 68,9 tys. pacjentów.

Liczba pacjentów objętych AOS w poradniach nefrologicznych w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) wzrosła z 190,6 tys. w 2021 r. do 231,6 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (I półrocze) wyniosła 185,7 tys. Natomiast w poradniach nefrologicznych dziecięcych liczba ta wzrosła z 52,4 tys. w 2021 r. do 58,6 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (I półrocze) wyniosła 45,7 tys. pacjentów.

Liczba pacjentów poradni nefrologicznych, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19<sup>8</sup> wynosiła odpowiednio w 2021 r. 32,3 tys. i 1,6 tys., w 2022 r. 36,6 tys. i 2,1 tys., w 2023 r. 40,6 tys. i 2,5 tys., a w I połowie 2024 r. 22,2 tys. i 1,4 tys. Liczba pacjentów poradni nefrologicznych dziecięcych, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19 wynosiła odpowiednio w 2021 r. 233 i 6, w 2022 r. 250 i 5, w 2023 r. 271 i 17, a w I połowie 2024 r. 133 i 4.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 342-345, 445-448, 452-468, 715-723, 953, 1010-1011)

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wskazała, że w ramach rodzaju AOS w latach 2021-2024 (I połowa), Fundusz podejmował działania motywujące świadczeniodawców do zmiany organizacji udzielania świadczeń i poprawy dostępności do usług zdrowych. Na podstawie wydanych przez Prezesa NFZ regulacji<sup>9</sup> wprowadzono m.in. mechanizm bezlimitowego

<sup>8</sup> Liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie w AOS w danym roku po raz pierwszy - weryfikowano historię pacjenta w AOS 5 lat wstecz.

<sup>9</sup> Zarządzenie Nr 7/2021/DSOZ Prezesa NFZ z 5 stycznia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz Zarządzenie Nr 116/2021/DSOZ Prezesa NFZ

finansowania świadczeń dla wszystkich usług zdrowotnych udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż. oraz kolejno bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń udzielanych w AOS (w zakresach podstawowych i skojarzonych do nich oraz badaniach diagnostycznych kosztochłonnych).

(akta kontroli str. 725, 856-857)

Dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń NFZ wskazał dodatkowo, że pomimo zniesienia tzw. limitów w AOS oraz corocznie zwiększanego budżetu Funduszu, przekazywana przez świadczeniodawców sprawozdawczość za kolejne okresy wykazuje stopniowy wzrost średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w poradniach nefrologicznych. Wskazał także, że w ślad za wydłużeniem się średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne pomiędzy końcem 2021 r. a 2024 r. (czerwiec) wzrastała liczba osób oczekujących oraz liczba pacjentów skreślonych z powodu wykonania świadczenia (zarówno dla przypadków stabilnych, jak i pilnych), co świadczy o zwiększeniu potrzeb w zakresie nefrologii. Analogicznie, dla kategorii medycznej przypadek pilny w poradniach nefrologicznych dla dzieci również nastąpił wzrost liczby osób oczekujących oraz liczby pacjentów skreślonych z powodu wykonania świadczenia. Natomiast dla przypadków stabilnych odnotowano wzrost liczby oczekujących przy jednoczesnym spadku liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia.

Wśród innych działań, mających wpływ na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej Dyrektor wskazał m.in. na wprowadzenie harmonogramów przyjęć/ listy oczekujących, wprowadzenie obowiązku przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, wprowadzenie wyróżnika o udzielaniu świadczeń także dzieciom w komórkach dla dorosłych, monitorowanie terminów spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców i wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów przypominających o zbliżających się terminach sprawozdawczych; sprawdzanie kompletności i poprawności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych, monitorowanie poprawności prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Centralę NFZ, publikowanie m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla Funduszu, a także informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących; rozpatrywanie zgłoszeń dotyczących nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez pacjentów poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość” w Informatorze o Terminach Leczenia; weryfikowanie poprawności działania rejestracji świadczeniodawców, nakładanie kar umownych na świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących oraz nieprzestrzegających zasad ich prowadzenia. Ponadto, realizując obowiązek wynikający z przepisu art. 102 ust. 5 pkt 11 oraz art. 187 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

---

z dnia 25 czerwca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

publicznych<sup>10</sup>, Prezes NFZ sporządza roczne sprawozdania z działalności Funduszu, zawierające w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przedstawia je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych. Jednocześnie, sporządzane przez ww. Departament sprawozdania okresowe, zawierające tabele z danymi z zakresu list oczekujących przygotowane w oparciu o informacje przekazywane przez świadczeniodawców stanowią podstawę do analiz przeprowadzanych przez instytucje mające wpływ na kreowanie polityki zdrowotnej, poziom finansowania poszczególnych świadczeń oraz informację o poziomie dostępności dla wszystkich list oczekujących.

(akta kontroli str. 725, 934-940)

Liczba oddziałów nefrologicznych<sup>11</sup> i oddziałów nefrologicznych dziecięcych<sup>12</sup> w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) wynosiła w 2021 r. 80 i 24, w 2022 r. 79 i 24, w 2023 r. 78 i 22, a w I półroczu 2024 r. 78 i 18. W 2024 r. połowa oddziałów nefrologicznych znajdowała się w czterech województwach (12 w województwie mazowieckim, 11 w śląskim, osiem w łódzkim i siedem w wielkopolskim). Najwięcej oddziałów nefrologicznych dziecięcych było w Śląskim OW NFZ (trzy). Wskazanych oddziałów nie było natomiast w OW NFZ: Lubuskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim i Opolskim.

Pacjentów objętych leczeniem szpitalnym w oddziałach nefrologicznych było ogółem w 2021 r. – 40,1 tys. (w tym na oddziałach nefrologicznych dziecięcych 10,6 tys.), w 2022 r. 44,3 tys. (11,2 tys.), w 2023 r. 48,1 tys. (12,4 tys.), a w I półroczu 2024 r. – 29,7 tys. (9,2 tys.).

Liczba pacjentów oddziałów nefrologicznych, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 oraz N19<sup>13</sup> wynosiła odpowiednio w 2021 r. 4,9 tys. i 63, w 2022 r. 5,3 tys. i 49, w 2023 r. 5,1 tys. i 47, a w I połowie 2024 r. 2,5 tys. i 26. Liczba pacjentów oddziałów nefrologicznych dziecięcych, u których po raz pierwszy postawiono te rozpoznania wynosiła odpowiednio w 2021 r. 239 i 3, w 2022 r. 350 i 7, w 2023 r. 340 i 7, a w I połowie 2024 r. 189 i 8.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 342-345, 351-352, 445-448, 452-468, 715-723, 1130-1135)

Wskaźnik chorobowości rejestrowanej<sup>14</sup> pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18 oraz N19 wzrósł z 201 tys. w 2021 r. do 235 ,1 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (do 30 czerwca) wyniósł 185,3 tys.

Wskaźnik zapadalności rejestrowanej<sup>15</sup> wynosił 79 tys. w 2021 r., 84,5 tys. w 2022 r., 90,8 tys. w 2023 r i 55 tys. w 2024 r. (do 30 czerwca).

<sup>10</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm., dalej: ustawa o szofsp.

<sup>11</sup> Liczba świadczeniodawców, u których sprawozdano świadczenie na jednym z zakresów nefrologicznych: 02.1130.998.02, 02.1130.101.02, 02.1130.001.02, 02.1130.001.02, 02.1130.401.02.

<sup>12</sup> Liczba świadczeniodawców, u których sprawozdano świadczenie na jednym z zakresów nefrologicznych z ograniczeniem na wiek pacjenta w dniu udzielania świadczenia < 18 r.ż., dla zakresów: 02.1130.998.02, 02.1131.301.02, 02.1131.001.02, 02.1131.998.02, 02.1130.101.02, 02.1131.401.02, 02.1130.301.02, 02.1130.001.02, 02.1131.101.02, 02.1130.401.02.

<sup>13</sup> Liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie w SZP w danym roku po raz pierwszy - weryfikowano historię pacjenta w SZP 5 lat wstecz.

<sup>14</sup> Chorobowość to liczba pacjentów, którzy mieli udzielone minimum jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym ICD10 N18 lub N19 w POZ, AOS lub w leczeniu szpitalnym na zakresie nefrologicznym w danym roku.

<sup>15</sup> Zapadalność to liczba pacjentów, którzy mieli udzielone minimum jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym ICD10 N18 lub N19 w POZ, AOS lub w leczeniu szpitalnym na zakresie



Liczba zgonów pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem głównym hospitalizacji N18 lub N19 na zakresie nefrologicznym-wynosiła 536 w 2021 r., 533 w 2022 r., 425 w 2023 r. i 218 w 2024 r. (do 30 czerwca).

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 545-548, 550, 729-732, 952-954)

Liczba stacji dializ, w tym ambulatoryjnych stacji dializ w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) wzrosła z 270 (w tym ambulatoryjnych 160) w 2021 r. do 275 (w tym ambulatoryjnych 165) w 2024 r. (do 30 czerwca). Leczenie za pomocą dializ otrzewnowych w 2024 r. (I półrocze) prowadzono w 78 stacjach. Tyle samo stacji dializ było w 2021 r.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 351-352, 1128-1135)

Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ wskazała, że w sytuacji podjęcia przez świadczeniodawcę decyzji o likwidacji stacji, każdorazowo wszyscy pacjenci mają zapewnioną opiekę w innych placówkach, co wynika ze specyfiki świadczenia, które musi być udzielane w sposób ciągły. Wskazała również, że *dojazd na dializy zapewniany jest przez stację dializ i finansowany przez NFZ w ramach tego świadczenia. Dlatego ewentualna zmiana miejsca udzielania świadczenia w odniesieniu do stacji dializ nie ma wpływu na ograniczenie dostępności do świadczeń dla pacjentów.*

(akta kontroli str. 1121-1122, 1169-1172)

Liczba pacjentów dializowanych w stacjach dializ w latach 2021-2023 nieznacznie wzrosła z 32,1 tys. w 2021 r. (w tym pacjentów poddawanych hemodializie 30,9 tys. i dializowanych otrzewnowo 1,2 tys. osób) do 33,3 tys. w 2023 r., (odpowiednio 32 tys. i 1,3 tys.), a w 2024 r. (do 30 czerwca) wynosiła 28,6 tys. pacjentów (odpowiednio 27,5 tys. i 1,1 tys.).

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128)

Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ wskazała, że podejmowanie działań w celu zwiększenia liczby ośrodków prowadzących dializy otrzewnowe jest nieuzasadnione z uwagi na stosunkowo niewielką liczbę pacjentów leczonych w tych ośrodkach, ryzyko nadmiernego rozdrobnienia zawartych kontraktów oraz możliwość realizacji świadczenia w domu pacjenta. Dodała, że z uwagi na aktywność życiową pacjentów objętych tą formą leczenia, dojazd do ośrodków nie stanowi dla nich istotnego problemu. Konsultacje nefrologiczne w stacjach dializ odbywają się standardowo co sześć tygodni.

(akta kontroli str. 343, 447-448)

W okresie objętym kontrolą zapewniony był bieżący dostęp dla pacjentów na rozpoczęcie poszczególnych form dializoterapii, tj. dializ otrzewnowych i hemodializ. Czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosił maksymalnie jeden dzień.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128)

Koszty opieki zdrowotnej nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N18 i N19 w POZ<sup>16</sup>, AOS (dot. poradni: nefrologicznej i nefrologicznej dla dzieci) i na

---

nefrologicznym w danym roku i nie mieli udzielonego świadczenia z tym rozpoznaniem pięć lat wstecz.

<sup>16</sup> W ramach POZ dla rozpoznania ICD-10 N18, liczone dla świadczeń: UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) (5.01.00.0000176), porada edukacyjna (5.01.00.0000195), konsultacja dietetyczna (5.01.00.0000196), porada kompleksowa (5.01.00.0000197), konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (lekarz POZ - lekarz specjalista) (5.01.00.0000244), konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (pacjent - lekarz specjalista) (5.01.00.0000245).

oddziałach szpitalnych (dot. oddziałów: nefrologicznego i nefrologicznego dziecięcego) wzrosły z 69,2 mln zł w 2021 r. do 133,8 mln zł w 2023 r. (wzrost o 93%), a w 2024 r. wynosiły 69,1 mln zł (do 30 czerwca 2024 r.). Łącznie w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) wyniosły 376,3 mln zł.

(akta kontroli str. akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128)

W okresie objętym kontrolą NFZ finansował pięć programów lekowych<sup>17</sup> dla pacjentów cierpiących na choroby nerek. Wartość rozliczonych świadczeń podstawowych i leków w tych programach w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) wyniosła ogółem 114,6 mln zł (16,2 mln zł w 2021 r., 25,5 mln zł w 2022 r., 47,6 mln zł w 2023 r. i 25,3 mln zł do 30 czerwca 2024 r.), w tym realizowanych w ramach poradni i oddziałów szpitalnych nefrologicznych i nefrologicznych dla dzieci 63,2 mln zł, w ramach stacji dializy (w tym ambulatoryjnych) 51,4 mln zł oraz w ramach oddziałów chorób wewnętrznych 33,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 724-726, 822-823, 833-854)

Koszty opieki nad pacjentami leczonymi nerkozastępczo wyniósł w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) 5 661,6 mln zł, w tym koszt leczenia hemodializami 5 353,1 mln zł, a dializami otrzewnowymi 308,5 mln zł. Koszt leczenia hemodializami oraz dializami otrzewnowymi pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18 i N19 wyniósł w tym okresie 5 581,5 mln zł, z czego 5 273,1 mln zł to koszt hemodializ (94%).

Całkowita wartość kosztów diagnostyki i leczenia pacjentów z PChN w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) wyniosła łącznie 6 152,5 mln zł, w tym koszt opieki zdrowotnej nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N18 i N19 w POZ, AOS i na oddziałach szpitalnych 376,3 mln zł (6% ogółem), leczenia nerkozastępczego 5 661,6 mln zł (92%) oraz programów lekowych 114,6 mln zł (2%).

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128)

Średnia wycena jednostki rozliczeniowej (punktu) wybranych świadczeń zdrowotnych, realizowanych u pacjentów leczonych z powodu PChN, zwiększała się w latach 2022-2024. Dla dializoterapii otrzewnowej (kod produktu 11.4132.001.02) wzrosła w tym okresie czasu z wartości 1,20 zł do 1,46 zł, hemodializoterapii (kod produktu 11.4132.002.12) z 1,18 zł do 1,44 zł, świadczeń w zakresie nefrologii (kod produktu: 02.1130.001.02) z 1,40 zł do 1,72 zł, świadczeń w zakresie nefrologii dla dzieci (kod produktu 02.1131.001.02) z 1,40 zł do 1,74 zł, świadczeń w zakresie nefrologii dla dzieci-swiadczenia pierwszorazowe (kod produktu 02.1131.401.02) z 1,41 zł do 1,74 zł oraz świadczeń w zakresie nefrologii-swiadczenia pierwszorazowe (kod produktu 02.1130.401.02) z 1,39 zł do 1,71 zł.

Biorąc pod uwagę obowiązujące w tych latach wyceny świadczeń (wagi efektywne) uśredniona wartość dializoterapii otrzewnowej wzrosła z 275 zł w 2022 r. do 333 zł w 2024 r., hemodializy (w trybie ambulatoryjnym) z 482 zł do 590 zł, hemofiltracji (HDF) z 491 zł do 602 zł.

Dla świadczeń specjalistycznych w zakresie nefrologii uśredniona ich wartość w 2022 r. wynosiła od 62 zł (dla świadczenia specjalistycznego W11 1-go typu) do 643 zł (dla świadczenia specjalistycznego W20 10-go typu), a w 2024 r. od 76 zł do 793 zł. Analogicznie w zakresie nefrologii dziecięcej od 62 zł (dla świadczenia

---

<sup>17</sup> B.37 - Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, B.38 - Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN), B.39 - Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami, B.113 - Leczenie pacjentów z chorobami nerek, B.126. - Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ICD-10: Q61.2).

specjalistycznego W11 1-go typu) do 646 zł (dla świadczenia specjalistycznego W20 10-go typu), a w 2024 r. od 77 zł do 802 zł

Dla świadczeń specjalistycznych w zakresie nefrologii (pierwszorazowych) uśredniona ich wartość w 2022 r. wynosiła od 94 zł (dla świadczenia specjalistycznego W40 1-go typu) do 673 zł (dla świadczenia specjalistycznego W49 10-go typu), a w 2024 r. od 116 zł do 829 zł. Analogicznie w zakresie nefrologii dziecięcej (świadczenia pierwszorazowe) od 96 zł (dla świadczenia specjalistycznego W40 1-go typu) do 680 zł (dla świadczenia specjalistycznego W49 10-go typu), a w 2024 r. od 118 zł do 843 zł.

(akta kontroli str. 952-955, 1087-1102, 1143-1146, 1150)

**2.NFZ przed rozpoczęciem realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” nie dokonywał analiz oczekiwanych efektów jego wdrożenia.**

(akta kontroli str. 7, 15-16)

Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ wskazała, że analizy dotyczące potrzeb zdrowotnych, możliwości i celowości wprowadzenia nowego programu, w tym pilotażowego lub świadczenia gwarantowanego do koszyka świadczeń znajdowało się po stronie Ministerstwa Zdrowia<sup>18</sup>. Dodała, że NFZ, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie program pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”<sup>19</sup> został zobligowany do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu.

(akta kontroli str. 7, 15-16)

Świadczeniodawców<sup>20</sup>, którzy zostali realizatorami programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” było w latach 2021-2024 (do 30 września) 1 589 (w tym w 2021 r. – 931, w 2022 r. 224, w 2023 r. 312 i w 2024 r. 122). Wnioski o zawarcie umowy na jego realizację wpłynęły w tym okresie czasu od 1 982 podmiotów (w tym w 2021 r. – 1 092, w 2022 r. 309, w 2023 r. 411 i w 2024 r. 170).

(akta kontroli str. akta kontroli str. 546, 803, 952, 1143-1146, 1151-1161)

W latach 2021-2024 (do 30 września) w umowach na realizację programu pilotażowego ustalono na początek roku kwotę łącznie 236,7 mln zł (w tym: 10,6 mln zł w 2021 r., 47,5 mln zł w 2022 r., 97,5 mln zł w 2023 r. i 81,1 mln zł do 30 września 2024 r.), a na koniec roku kwotę łącznie 535,6 mln zł (w tym: 48,4 mln zł w 2021 r., 127,7 mln zł w 2022 r., 165,1 mln zł w 2023 r. i 194,4 mln zł do 30 września 2024 r.), co stanowiło wzrost ogółem o 298,9 mln zł (126%). Wartość środków poniesionych w ramach programu w analizowanym okresie czasu wyniosła łącznie 431,9 mln zł, co stanowiło 81% wartości zawartych umów (na koniec roku).

W pierwotnych planach zakupu świadczeń w poszczególnych OW NFZ na program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”<sup>21</sup> zaplanowano w latach 2022-2024 środki finansowe: 60 mln zł w 2022 r., 97,7 mln zł w 2023 r. i 96,2 mln zł w 2024 r. Jednocześnie, w tych planach (po aktualizacjach) na program zaplanowano w latach 2022-2024 środki finansowe w 2022 r. - 122,9 mln zł, w 2023 r. - 163 mln zł i w 2024 r. - 190,9 mln zł. Wartość środków poniesionych w ramach programu w analizowanym okresie czasu wyniosła w 2022 r. - 101,6 mln zł (co stanowiło 83% wartości środków określonych w zaktualizowanym planie

<sup>18</sup> Na podstawie art. 48e ust. 1 ustawy o szóstym: Program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluuje Fundusz.

<sup>19</sup> Dz. U z 2024 r. poz. 549 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie Programu „Profilaktyka 40 PLUS”.

<sup>20</sup> Świadczeniodawcy unikalni/niepowtarzający się.

<sup>21</sup> Kod świadczenia: 18.7110.001.02, nazwa: PROFILAKTYKA 40 PLUS.

zakupu), w 2023 r. - 152,4 mln zł (94%) i do 30 września 2024 r. - 138,6 mln zł (73%).

(akta kontroli str. 27, 30-31, 118-119, 184-185, 194, 1143-1145, 1212, 1221-1225)

Odnosząc się do przyczyn przekroczenia wartości środków ujętych w pierwotnych planach zakupów w poszczególnych OW NFZ w latach 2022-2024 Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wskazała, że *przygotowując plany zakupów w roku poprzedzającym rok planowania oddziały wojewódzkie NFZ najczęściej nie są w stanie określić środków jakimi będą dysponowały na jego koniec i jak ich wysokość będzie się w trakcie roku zmieniała (...). Plany te wraz z częścią opisową tworzone są według stanu na dany dzień, często w sytuacji kiedy obowiązujący plan finansowy nie daje możliwości optymalnego zaplanowania świadczeń, jednak w ciągu roku plany finansowe ulegają zmianie, a wartość środków finansowych pozostających w dyspozycji oddziałów wojewódzkich sukcesywnie wzrasta.*

(akta kontroli str. 1121, 1169-1170)

Na podstawie § 54 zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna<sup>22</sup> świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza POZ, naliczano współczynnik korygujący, związany z poziomem zgłaszalności do programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w formie ryczałtu, w wysokości 2,2 tys. zł<sup>23</sup> za każde 100 osób, które wypełniły ankietę i zrealizowały badania w ramach tego programu po 1 lipca 2022 r., i które znajdowały się na liście świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień miesiąca kwartału, za który rozliczany był współczynnik korygujący. Wskazany w przedmiotowym przepisie i kolejnych jego zmianach<sup>24</sup> termin naliczania tego współczynnika był zbieżny z terminem realizacji programu. Terminu tego nie wskazano natomiast w kolejnej zmianie treści § 54 ust. 1<sup>25</sup>, który aktualnie brzmi *Świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza poz nalicza się współczynnik korygujący, o którym mowa w § 16 ust. 2 Ogólnych warunków umów, związany z poziomem zgłaszalności do programu "Profilaktyka 40 PLUS", prowadzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy.*

(akta kontroli str. 7, 16, 104-115, 224, 430, 436)

Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ wskazała, że współczynnik ten został wprowadzony na prośbę Ministerstwa Zdrowia, wyrażoną w piśmie sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z 15 czerwca 2022 r., w którym określono warunki jego wdrożenia. Wyjaśniła dodatkowo, że powód niewskazania w kolejnej zmianie treści § 54 ust. 1 terminu, do którego wypłacany będzie współczynnik wynika z faktu, że *w sytuacji, gdy program pilotażowy zostanie przedłużony na kolejny okres, w zarządzeniu w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna*

<sup>22</sup> Biul. Inf. NFZ. poz. 79, ze zm.

<sup>23</sup> 1 tys. zł dla lekarza POZ za każde 100 osób z listy aktywnej, które skorzystały z programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz każdorazowo 12 zł dla pielęgniarki POZ, za wypełnienie wraz z pacjentem ankiety kwalifikacyjnej do programu.

<sup>24</sup> Zmiany wprowadzone: zarządzeniem Nr 162/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 grudnia 2022 r. oraz zarządzeniem Nr 172/2023/DSOZ z 29 listopada 2023 r.

<sup>25</sup> Zmiana wprowadzona zarządzeniem Nr 61/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2024 r.

nie będzie potrzeby dokonywania w przedmiotowym zakresie kolejnych zmian do zarządzenia.

(akta kontroli str. 7, 16, 20)

Planowanie środków finansowych w planach zakupowych poszczególnych OW NFZ w latach 2022-2024 na wypłatę współczynnika w POZ związanego z poziomem zgłaszalności do programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” nie było jednolite. Środki te OW NFZ ujmowały w rezerwie do rodzaju świadczeń POZ, w rodzaju świadczeń POZ w ramach zakresu: świadczenia lekarza POZ lub bezpośrednio w ramach produktu kontraktowego *Wypłata współczynnika w POZ* związanego z poziomem zgłaszalności do programu „Profilaktyka 40 PLUS”<sup>26</sup>.

(akta kontroli str. 7, 17, 27)

Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ wyjaśniła, że środki na wypłatę przedmiotowego współczynnika co do zasady powinny być w planie zakupu wykazywane w ramach dedykowanego zakresu świadczeń, jednak w związku ze specyfiką sposobu finansowania (płatność za rachunki wystawiane przez świadczeniodawców) oraz trudnościami związanymi z oszacowaniem poziomu zgłaszalności pacjentów do programu, a co za tym idzie wysokości środków niezbędnych do refundacji świadczenia, część oddziałów zaplanowała środki w rodzaju POZ w ramach zakresu: świadczenia lekarza POZ lub w rezerwie do rodzaju POZ.

(akta kontroli str. 30-31, 181-183)

Na finansowanie współczynników korygujących świadczeniodawcom realizującym program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”, Fundusz otrzymał środki finansowe na podstawie umów o udzielenie dotacji celowej<sup>27</sup>, zawieranych w latach 2022-2024 ze Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia, w oparciu o przepisy art. 28 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 28 ust. 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym<sup>28</sup>. Źródłem finansowania wydatków NFZ były środki z *Subfunduszu rozwoju profilaktyki (SRP)*, wyodrębnionego z Funduszu Medycznego, o którym mowa w ww. ustawie.

Liczba świadczeniodawców POZ, którym NFZ przekazał środki finansowe na wypłatę współczynnika korygującego za zgłaszalność do programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” wyniosła 299 w 2022 r., 2 414 w 2023 r. i 3 347 w 2024 r. (do 30 września).

Wartość środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom przez NFZ w latach 2022-2024 (do 30 września) na opłacenie współczynników korygujących w ramach programu wyniosła ogółem 46 486 tys. zł (w tym 1 265 tys. zł w 2022 r., 19 905,6 tys. zł w 2023 r. i 25 315,4 tys. zł do 30 września 2024 r.).

(akta kontroli str. 527, 678, 725, 856, 863-913, 914-919, 927-933)

Wśród populacji osób uprawnionych do udziału w programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” w latach 2021-2024 (do 30 września) kobiety stanowiły 55%, a mężczyźni 45%. Łączna liczba osób objętych programem w tym okresie czasu wyniosła 4 584,4 tys., w tym 1 845,7 tys. mężczyzn (40% ogółem) i 2 738,7 tys. kobiet (60% ogółem). Jednocześnie, 21% mężczyzn i 26% kobiet uprawnionych do skorzystania z programu zrealizowało skierowania i wykonało pakiet bezpłatnych badań.

<sup>26</sup> Kod produktu kontraktowego: 01.0010.121.11.

<sup>27</sup> Umowy nr: 5/FM/1374/2022/727 z 17 października 2022 r., 2/FM/1374/2023/145 z 13 marca 2023 r., 2/FM/1374/2024/3 z 22 lutego 2024 r. (ze zm.).

<sup>28</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 889.

W trakcie realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” wprowadzona została możliwość ponownego skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu, pod warunkiem, że od udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego programu po raz pierwszy upłynęło co najmniej 12 miesięcy. Liczba zrealizowanych powtórnych skierowań wyniosła w 2023 r. 199,8 tys. (w tym 121,7 tys. stanowiły kobiety, a 78,1 tys. mężczyźni), a do 30 września 2024 r. 532,5 tys. (331,2 tys. stanowiły kobiety, a 201,4 tys. mężczyźni).

(akta kontroli str. 9, 359-360, 364, 546, 803-804, 975, 1015-1017, 1058-1079)

Liczba osób, u których wykonano badanie poziomu kreatyniny we krwi wzrosła w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) z 5 598 tys. w 2021 r. do 6 207,2 tys. w 2023 r., a w I półroczu 2024 r. liczba ta wynosiła 3 333,7 tys. osób. Badaniem tym w ramach programu objęto natomiast w 2021 r. 387,2 tys. osób (co stanowiło 7% wszystkich wykonanych badań poziomu kreatyniny), w 2022 r. 1 019,7 tys., (17%), w 2023 r. 1 464,7 tys. (24%), a w I półroczu 2024 r. 1 122,5 tys. (34%).

Całkowita liczba badań diagnostycznych<sup>29</sup> wykonanych w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w latach 2021-2024 (do 30 września) wyniosła ogółem 40 930,8 tys. (w tym w 2021 r. 3 764,9 tys., w 2022 r. 9 971,4 tys., w 2023 r. 14 431,4 tys. i do 30 września 2024 r. – 12 763 tys.).

Liczba osób, u których w ciągu 12 miesięcy po przeprowadzeniu badania poziomu kreatyniny w ramach programu, w trakcie wizyty w POZ stwierdzono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19 systematycznie wzrastała i wyniosła odpowiednio w 2021 r. 1 007 i 204, w 2022 r. 4 681 i 797, w 2023 r. 10 939 i 1 329, a w I połowie 2024 r. 6 921 i 682.

(akta kontroli str. 9, 30-31, 181-186, 189, 359-360, 364, 546, 803-804, 975, 1015-1017, 1058-1079)

Pierwotnie planowano, że etap ewaluacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” będzie trwał trzy miesiące od dnia zakończenia jego realizacji. Warunki oceny zostały jednak zmienione<sup>30</sup>, w efekcie czego etap ewaluacji programu miał trwać do 30 września 2024 r. i obejmować okres realizacji od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2024 r.

(akta kontroli str. 7, 15-16, 224, 246-248)

Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ wyjaśniła, że projekt zmiany rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” był konsultowany z NFZ w trybie roboczym jeszcze przed jego skierowaniem do konsultacji publicznych za pośrednictwem Rządowego Centrum Legislacji. Zarówno w konsultacjach wewnętrznych, jak i zewnętrznych, Fundusz zgłaszał uwagi dotyczące m.in. proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia zmiany w zakresie terminu przeprowadzenia ewaluacji pilotażu.

(akta kontroli str. 546, 803-807, 976-984)

Fundusz dokonał ewaluacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” i przekazał Raport NFZ z jego ewaluacji za okres realizacji od dnia 1 lipca 2021

<sup>29</sup> Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym, płytki krwi, stężenie cholesterolu całkowitego, stężenie glukozy we krwi, poziom kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu, poziom kwasu moczowego we krwi, PSA (antygen swoisty dla stercza całkowity), kontrolny profil lipidowy, krew utajona w kale - metoda immunochemiczna (iFOBT), A1AT, AspAT, GGTP, badania antropometryczne.

<sup>30</sup> Zmiana wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia 1 z dnia 24 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2024 r. poz. 932).

do 31 lipca 2024 r. (dalej: *Raport z ewaluacji pilotażu*) do Ministra Zdrowia w terminie do 30 września 2024 r. tj. z zachowaniem terminu wskazanego w § 11 rozporządzenia w sprawie Programu „Profilaktyka 40 PLUS”.

(akta kontroli str. 359, 366, 369-424)

Zawierał on m.in. opis założeń organizacyjnych programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, ocenę wyników realizacji programu na podstawie danych za okres od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2024 r. dla sześciu wskaźników, określonych w § 9 wskazanego rozporządzenia, wnioski z realizacji programu oraz rekomendacje.

W ramach dokonanej ewaluacji NFZ zauważył, że *Ocena i analiza danych z realizacji pilotażu dokonana przed jego zakończeniem jest obarczona błędem. M.in. dane nie są pełne i z uwagi na opóźnienie sprawozdawczości względem realizacji poszczególnych świadczeń, mogą skutkować rozbieżnościami danych będących w posiadaniu poszczególnych podmiotów, w tym: świadczeniodawców, CeZ, OW NFZ i Centrali NFZ. Powyższe stanowi istotne ograniczenie przeprowadzonej analizy.*

(akta kontroli str. 369-424)

Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ wskazała, że ewaluacja Programu pilotażowego powinna być przeprowadzona po jego zakończeniu (np. w okresie 4-6 miesięcy), tak aby sprawozdawczość i rozliczenia były w większości zamknięte. Dyrektor oświadczyła również, że wnioski sformułowane na podstawie analizy danych z okresu lipiec 2021 r. – lipiec 2024 r. *wydają się być ostatecznymi*, a potencjalne różnice danych prawdopodobnie nie zmieniłyby oceny programu.

Dodatkowo, Dyrektor wskazała, że wnioski i rekomendacje zaprezentowane w Raporcie są wystarczające dla Ministerstwa Zdrowia do *wypracowania koncepcji wdrożenia systemowego*. Dodała, że projekt stosownego rozwiązania docelowego nie powinien być prowadzony pod presją czasu, a zmiany powinny być wdrożone po przeprowadzeniu analizy wykonalności, w tym po dostosowaniu odpowiednich systemów informatycznych.

(akta kontroli str. 546, 803-807)

Fundusz nie prowadził międzyokresowych analiz realizacji wskaźników określonych w programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS”, w związku z tym nie posiadał na bieżąco wiedzy o ich wartościach w poszczególnych latach (zagadnienie szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 9, 360)

**3.** Art. 15 ust. 2 ustawy o śożfsp stanowi, że świadczeniodawcom przysługują świadczenia gwarantowane, w tym z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (pkt 1). W art. 31d ustawy zawarto delegację dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzeń, wykazów świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach, w tym do określenia wykazu takich świadczeń z zakresu POZ wraz z określeniem warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego.

Rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ Minister Zdrowia określił, że świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia lekarza, pielęgniarstwa i położnej POZ, świadczenia pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, świadczenia nocnej

i świątecznej opieki zdrowotnej oraz transport sanitarny, a od 1 października 2022 r.<sup>31</sup> – również opiekę koordynowaną<sup>32</sup>.

Z dniem 1 listopada 2023 r. do wykazu świadczeń opieki koordynowanej<sup>33</sup> dodano diagnostykę i leczenie PChN<sup>34</sup>.

Zarządzeniem nr 156/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2023 r., zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna<sup>35</sup>, budżet powierzony opieki koordynowanej rozszerzono o grupę dziedzinową nefrologia.

(akta kontroli str. 1298-1305)

Środki na kontraktowanie świadczeń w ramach BPOK<sup>36</sup> po raz pierwszy ujęto w planach oddziałów wojewódzkich NFZ w związku z aktualizacją planów zakupu świadczeń w II półroczu 2022 r. – w 12 OW NFZ uwzględniono na ten cel kwotę do 4 859,1 tys. zł, w tym 2 215,9 tys. zł (45,6%) w Mazowieckim OW. Drugą najwyższą kwotę na finansowanie tych świadczeń przewidziano w Łódzkim OW – 689,6 tys. zł (14,2%). W planie na 2023 r. przewidziano 670 223,6 tys. zł (najwięcej w Śląskim OW – 159 131,7 tys. zł, tj. 23,7%), a po jego aktualizacji – 444 074,2 tys. zł (najwięcej w Zachodniopomorskim OW – 86 000,0 tys. zł, tj. 19,4%). Na 2024 r. w planach przewidziano finansowanie w wysokości do 675 507,4 tys. zł (najwięcej w Śląskim OW – 254 889,1 tys. zł, tj. 37,7%), a po ich aktualizacji – 932 361,7 tys. zł (najwięcej w Śląskim OW – 265 084,7 tys. zł, tj. 28,4%).

(akta kontroli str. 1246, 1380-1465)

W ujętych w planach oddziałów wojewódzkich NFZ środkach na kontraktowanie świadczeń w ramach BPOK nie były wyodrębniane limity na finansowanie świadczeń w ramach poszczególnych grup dziedzinowych, w tym na świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. W konsekwencji – w umowach w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej również nie dokonywano takiego podziału.

(akta kontroli str. 1380-1465)

Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ oświadczył, że *Świadczenia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej, zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawiera 5 grup dziedzinowych, które świadczeniodawca może realizować w ramach umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Poszczególne grupy dziedzinowe mają*

<sup>31</sup> Dodaną do świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ przez § 1 pkt 1 rozporządzenia z dnia 15 września 2022 r. (Dz.U.2022.1965), zmieniającego rozporządzenie z dnia 1 października 2022 r.

<sup>32</sup> *Opieka koordynowana to wiele możliwości diagnostycznych i leczenia najczęstszych chorób przewlekłych już u swojego lekarza rodzinnego. Lekarz POZ może zlecić pacjentom badania (w sytuacjach medycznie uzasadnionych), które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty.*

*Leczenie jest oparte na Indywidualnym Planie Opieki Medycznej (IPOM) i uwzględnia nie tylko wykonywanie badań, ale także konsultacje między lekarzem POZ, a lekarzem specjalistą i dodatkowe konsultacje np. z dietetykiem (źródło: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/opieka-koordynowana-w-poz/> – dostęp 18 listopada 2024 r.).*

<sup>33</sup> Obejmującego diagnostykę i leczenie: 1) nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków, 2) stanów przedcukrzycowych albo cukrzycy, 3) astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, 4) nadczynności tarczycy, niedoczynności tarczycy oraz diagnostykę guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.

<sup>34</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2226).

<sup>35</sup> Zarządzenie weszło w życie 3 listopada 2023 r.

<sup>36</sup> Kod produktu 01.0010.120.11 – budżet powierzony opieki koordynowanej.



*określony zestaw badań oraz konsultacji specjalistycznych. To co łączy wszystkie grupy dziedzinowe, to porada kompleksowa, konsultacje dietetyczne i porady edukacyjne. Co do zasady w ramach świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej lekarz poz nie leczy u pacjenta jednego schorzenia, ale realizuje kompleksową opiekę nad pacjentem. Dlatego też podczas porady kompleksowej lekarz, w przypadku występowania kilku problemów zdrowotnych u pacjenta, nie skupia się tylko na jednej chorobie, ale diagnozuje i leczy u pacjenta wszystkie zdiagnozowane schorzenia, podejmując decyzje terapeutyczne, tak aby leczenie jednej choroby nie przyczyniło się do pogorszenia objawów związanych z inną chorobą. Porada kompleksowa jest poradą podsumowującą stan zdrowia pacjenta i jednocześnie lekarz określa plan działania na kolejny okres, tak aby uzyskać u pacjenta poprawę stanu zdrowia lub jego stabilizację. Porady edukacyjne i konsultacje dietetyczne również nie są jedynie ukierunkowane na jeden typ schorzenia, ale uwzględniają jego wszystkie problemy zdrowotne.*

*Dlatego też zakres: świadczenia w budżecie powierzonym opiece koordynowanej jest jednym zakresem z określonym budżetem, a świadczeniodawcą, w przypadku posiadania odpowiednich zasobów kadrowych i diagnostycznych, zgodnych ze wskazanymi rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, może rozszerzyć jego realizację na kolejne grupy dziedzinowe.*

(akta kontroli str. 527, 681-682)

Pierwsze umowy na BPOK zostały zawarte w 2022 r. – łącznie 187 (od 1 do 32 w poszczególnych OW NFZ). W roku 2023 obowiązywało już 1 839 takich umów (najwięcej w oddziałach: Lubelskim – 247, Mazowieckim – 216 i Śląskim – 193), a w I półroczu 2024 r. – 2 096 (w Lubelskim – 261, w Śląskim i Mazowieckim po 246). Z kolei pierwsze umowy na BPOK w zakresie leczenia i diagnostyki przewlekłej choroby nerek, zostały zawarte w 2023 r. – łącznie 181, przy czym w 15 OW NFZ liczba tych umów mieściła się w przedziale 1-19, a w Lubelskim OW NFZ wyniosła 79, tj. 45,1% wszystkich. W I półroczu 2024 r. liczba takich umów wzrosła do 493, z czego 153 (31,2%) to umowy zawarte przez Lubelski OW NFZ. Kolejne oddziały z największą liczbą umów na BPOK w zakresie ścieżki nefrologicznej, to Mazowiecki – 50 umów (10,2%) Dolnośląski – 49 umów (10,0%).

(akta kontroli str. 703, 1244-1245)

W konsekwencji podmioty POZ, z którymi zawarto umowy na BPOK, stanowiły w stosunku do ich łącznej liczby:

- 3,0% w 2022 r. (187 z 6 259);
- 29,6% w 2023 r. (1 839 z 6 207);
- 34,6 % w I p. 2024 r. (2 096 z 6 062).

Analogiczne dane w odniesieniu podmiotów POZ, z którymi zawarto umowy na BPOK w zakresie diagnostyki i leczenia PChN, wynosiły:

- 2,9% w 2023 r. (180 z 6 207);
- 8,1% w I p. 2024 r. (493 z 6 062).

(akta kontroli str. 1244-1245, 1472-1501)

W poszczególnych OW NFZ udział podmiotów POZ z umowami w zakresie opieki koordynowanej był zróżnicowany i wynosił:

- w 2022 r. od 0,5% (Lubuski OW NFZ) do 4,6% (Lubelski OW NFZ, Mazowiecki OW NFZ, Pomorski OW NFZ);
  - w 2023 r. od 13,9% (Opolski OW NFZ) do 57,8% (Lubelski OW NFZ);
  - w I p. 2024 r. od 16,3% (Opolski OW NFZ) do 62,4% (Lubelski OW NFZ);
- a w zakresie BPOK – ścieżka nefrologiczna:

- w 2023 r. od 0,3% (Kujawsko-Pomorski OW NFZ) do 18,5% (Lubelski OW NFZ);
- w I p. 2024 r. od 2,8% (Lubuski OW NFZ) do 36,6% (Lubelski OW NFZ)  
– w I p. 2024 r.<sup>37</sup>

(akta kontroli str. 1244-1245, 1472-1501)

W Funduszu nie podejmowano działań zmierzających do oszacowania liczby podmiotów POZ zainteresowanych potencjalnym zawarciem umowy na opiekę koordynowaną z zakresu diagnostyki i leczenia PChN.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ oświadczyła, że Fundusz wprowadził świadczenia w tej grupie dziedzinowej na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia, tj. zmiany w jego załączniku nr 6 *Wykaz świadczeń opieki koordynowanej oraz warunki ich realizacji*, polegającej na dodaniu nowego zakresu – diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek. Dodała, że zgodnie z przyjętymi zasadami rozszerzenie umowy POZ o zakres świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, w tym w ramach ścieżki nefrologicznej, jest dobrowolne.

(akta kontroli str. 8, 123-124)

W związku ze wzrostem liczby zawieranych umów rosła liczba pacjentów objętych opieką w ramach BPOK, w tym świadczeniami w zakresie diagnozowania i leczenia PChN. I tak:

- w 2022 r. były to 9 263 osoby (0,027% ogółu pacjentów objętych opieką POZ);
- w 2023 r. – 629 104 osoby (1,8% ogółu), w tym 2 227 (0,006%) w ramach ścieżki nefrologicznej;
- w I p. 2024 r. – 814 703 osoby (2,3% ogółu), w tym 8 285 (0,024%) w ramach ścieżki nefrologicznej.

Jednocześnie rosła liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N18, która wynosiła:

- w 2022 r. – 100 639 osób (w tym 61 185 osób, u których postawiono takie rozpoznanie po raz pierwszy);
- w 2023 r. – 108 798 osób (w tym 65 523 osób, u których postawiono takie rozpoznanie po raz pierwszy);
- w I p. 2024 r. – 78 236 osób (w tym 42 624 osoby, u których postawiono takie rozpoznanie po raz pierwszy).

(akta kontroli str. 689, 1244-1245)

Stosownie do ust. 2 pkt 5 załącznika nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej świadczenia opieki koordynowanej w ramach ścieżki nefrologicznej obejmują: poradę kompleksową, badanie diagnostyczne UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu), konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne i konsultacje dietetyczne.

W załączniku nr 4<sup>38</sup> do zarządzenia nr 156/2023/DSOZ Prezesa NFZ, zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka

<sup>37</sup> Drugim oddziałem – po Lubelskim OW – z najwyższym odsetkiem podmiotów POZ, z którymi zawarto umowy w zakresie BPOK – ścieżka nefrologiczna, był w 2023 r. Opolski OW NFZ, w którym wskaźnik ten wynosił 4,6%, a w I p. 2024 r. – Podlaski OW NFZ ze wskaźnikiem 14,0%.

<sup>38</sup> Wykaz świadczeń POZ obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ [...].

zdrowotna, dodano dwa nowe świadczenia lekarza POZ w budżecie powierzonym opieki koordynowanej:

- lp. 1.62 konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (lekarz POZ – lekarz specjalista (kod 5.01.00.0000244);
- lp. 1.63 konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (pacjent – lekarz specjalista (kod 5.01.00.0000245).

(akta kontroli str. 1301-1305)

W okresie objętym kontrolą zwiększyła się liczba pacjentów z rozpoznaniem przewlekłej choroby nerek w ramach POZ oraz liczba udzielonych im świadczeń według ww. produktów, która wyniosła:

- 1) badania diagnostyczne UACR:
  - 1 w 2022 r. ,
  - 1 325 w 2023 r. (26,9% w Lubelskim OW, 10,9% w Mazowieckim OW, 8,7% w Małopolskim OW)<sup>39</sup>,
  - 4 163 w I p. 2024 r. (15,4% w Lubelskim OW, 12,5% w Mazowieckim OW, 9,9% w Śląskim OW),
- 2) porady edukacyjne:
  - 6 w 2022 r.,
  - 5 450 w 2023 r. (30,0% w Lubelskim OW, 10,8% w Mazowieckim OW, 8,1% w Łódzkim OW i Śląskim OW),
  - 17 051 w I p. 2024 r. (19,2% w Lubelskim OW, 9,6% w Śląskim OW, 9,2% w Łódzkim OW i Świętokrzyskim OW),
- 3) konsultacje dietetyczne:
  - 0 w 2022 r.,
  - 523 w 2023 r. (41,3% w Mazowieckim OW, 7,5% w Dolnośląskim OW, 7,3% w Małopolskim OW i Wielkopolskim OW),
  - 1 812 w I p. 2024 r. (24,0% w Mazowieckim OW, 14,8% w Świętokrzyskim OW i 10,6% w Małopolskim OW),
- 4) porady kompleksowe:
  - 26 w 2022 r.,
  - 5 337 w 2023 r. (18,2% w Lubelskim OW, 16,3% w Mazowieckim OW, 9,2% w Łódzkim OW),
  - 15 590 w I p. 2024 r. (15,4% w Mazowieckim OW, 13,3% w Lubelskim OW i 9,8% w Śląskim OW),
- 5) konsultacje lekarz POZ – lekarz specjalista:
  - 0 w 2022 r.,
  - 10 w 2023 r. (80,0% w Lubelskim OW i 20,0% w Zachodniopomorskim OW),
  - 97 w I p. 2024 r. (17,5% w Dolnośląskim OW, 12,4% w Lubelskim OW i Wielkopolskim OW),
- 6) konsultacje pacjent – lekarz specjalista:
  - 0 w 2022 r.,
  - 53 w 2023 r. (41,5% w Kujawsko-Pomorskim OW, 17,0% w Lubelskim OW i 9,4% w Wielkopolskim OW),
  - 2 047 w I p. 2024 r. (21,8% w Śląskim OW, 21,6% w Mazowieckim OW i 16,5% w Łódzkim OW).

(akta kontroli str. 157-162)

Łączna liczba konsultacji lekarz POZ – lekarz specjalista oraz pacjent – lekarz specjalista w związku z rozpoznaniem przewlekłej choroby nerek w ramach POZ

---

<sup>39</sup> W tym i kolejnych wyliczeniach wskazano po trzy OW NFZ najwyższym udziałem w ramach danego produktu.

wyniosła 63 w 2023 r. oraz 3 044 w I półroczu 2024 r. Stanowiło to, odpowiednio, 0,013% i 1,2% liczby porad udzielonych w tym okresie w poradniach nefrologicznych (474 474 porady w 2023 r. i 253 361 porad w I półroczu 2024 r.).

(akta kontroli str. 689-691)

4.W odpowiedzi na pytanie o inne działania – poza Programem pilotażowym oraz zakresem świadczeń BPOK – mające na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i leczenia PChN, Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej oświadczyła m.in.:

*[...] Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia opieki zdrowotnej w oparciu o rozporządzenia Ministra Zdrowia, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. W oparciu o rozporządzenia [...] Prezes NFZ wydaje stosowne zarządzenia [...] w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, które m.in. obejmują świadczenia z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego.*

*Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, [...] Fundusz finansuje następujące programy lekowe w przebiegu przewlekłej choroby nerek (definiowane kodami ICD-10 N18, N25.8):*

- 1) B.37 Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek (ICD-10 N18);
- 2) B.38 Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) (ICD-10 N18);
- 3) B.39 Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami (ICD-10 N25.8);
- 4) B.113 Leczenie pacjentów z chorobami nerek (ICD-10 N18);
- 5) B.137.FM Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki (ICD-10 N18).

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej dodała, że w ramach programów lekowych nie są realizowane świadczenia dla pacjentów z rozpoznaniem głównym ICD-10 N.19 Nieokreślona niewydolność nerek. Podkreśliła, że za opisy programów lekowych, w tym za określenie kryteriów kwalifikacji, jakie muszą spełnić pacjenci w celu włączenia do leczenia w danym programie, odpowiada Ministerstwo Zdrowia. Wskazała, że opisy programów lekowych stanowią załączniki do obwieszczeń Ministra Zdrowia, wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji leków. Dodała również, że w oparciu o art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 oraz w związku z art. 48 ust. 2 ustawy o świadczeniach, a także na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy o refundacji leków, Prezes NFZ wydaje zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, które określa m.in. przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie takich świadczeń.

(akta kontroli str. 7-14, 121-127)

Zarządzeniem nr 175/2023/DGL z 30 listopada 2023 r.<sup>40</sup> Prezes NFZ określił warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie

<sup>40</sup> NFZ.2023.175 ze zm. Zarządzenie uchyliło zarządzenie nr 31/2023/DGL Prezesa NFZ z 10 lutego 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego oraz zostało zmienione przez sześć zarządzeń zmieniających: nr 183/2023/DGL z 14 grudnia 2023 r., nr 7/2024/DGL z 24 stycznia 2024 r., nr 49/2024/DGL z 8 maja

programy lekowe. W zarządzeniu określono przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów, szczegółowe warunki umów, skład oraz regulaminy organizacyjne zespołów koordynacyjnych dla programów lekowych oraz zobowiązano zespół koordynacyjny do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji danego programu lekowego.

(akta kontroli str. 1306-1330)

W odpowiedzi na pytanie o sposób monitorowania przez NFZ efektów programów lekowych oraz jego udokumentowanie Dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami oświadczyła m.in.:

- na podstawie art. 188c ustawy o świadczeniach Prezes Funduszu jest obowiązany do prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;
- system umożliwia przetwarzanie danych w zakresie:
  - spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączania do programu lekowego;
  - kwalifikacji świadczeniobiorców do programu lekowego;
  - zastosowanej terapii, monitorowania jej przebiegu i oceny jej skuteczności;
  - terminu i przyczyny wyłączenia z programu lekowego;
  - oceny skuteczności programu lekowego.
- świadczeniodawcy mają obowiązek uzupełniania danych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, co zostało także uregulowane przez Prezesa Funduszu w zarządzeniu nr 175/2023/DGL – m.in. w § 29, zobowiązującym dyrektorów OW NFZ do przeprowadzania weryfikacji poprawności, kompletności i terminowości uzupełniania danych w systemie;
- narzędziem do realizacji ww. obowiązku są raporty zawierające m.in. dane dotyczące braków uzupełnionych punktów kontrolnych oraz centralne sprawdzenia weryfikacyjne:
  - czy pacjent występuje w przynajmniej jednym programie przekazanym do OW NFZ z systemu SMPT<sup>41</sup>;
  - czy w przynajmniej jednym programie, w którym zarejestrowano identyfikator pacjenta, przekazano dane o podaniu leku;
  - czy ilość podanej pacjentowi substancji wykazanej w SMPT jest zgodna z ilością sprawozdanej w pozycjach rozliczeniowych komunikatu SWIAD;
  - czy w przypadku sprawozdania świadczeń nierzeczowych wraz z pozycjami, dla których wymagane jest uzupełnienie informacji w SMPT o podaniu leku, dane te zostały sprawozdane w SMPT (w odniesieniu do świadczeń stacjonarnych i ambulatoryjnych);
- ww. sprawdzenia pozwalają oddziałom wojewódzkim NFZ na bieżące informowanie świadczeniodawców o wykrytych nieprawidłowościach lub brakach w sprawozdawczości;
- świadczeniodawcy są informowani o nieprawidłowościach i brakach za pomocą komunikatów zwrotnych.

Dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami dodała, że Minister Zdrowia, dostrzegając potrzebę weryfikacji oceny skuteczności leczenia pacjentów

---

2024 r., nr 76/2024/DGL z 2 sierpnia 2024 r., nr 109/2024/DGL z 7 listopada 2024 r. i nr 111/2024/DGL z 25 listopada 2024 r.

<sup>41</sup> SMPT – elektroniczny system monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ustawy o świadczeniach.

w poszczególnych programach lekowych, coraz częściej w opisach poszczególnych programów definiuje wskaźniki oceny skuteczności i bezpieczeństwa leczenia, które mają być raportowane w systemie monitorowania programów lekowych. Wskaźniki te są implementowane przez Fundusz do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, a dane do systemu wprowadzają świadczeniodawcy, zgodnie z częstotliwością określoną w programach.

(akta kontroli str. 342-346, 470-478)

W opisach programów lekowych B.37, B.38, B.39, B.113 i B.137.FM, a także w opisie programu B.126 *Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek* (ICD-10 Q61.2) nie zostały zdefiniowane wskaźniki oceny skuteczności i bezpieczeństwa, o których mowa w powyższym oświadczeniu.

(akta kontroli str.1266-1281)

W przedłożonych do Funduszu półrocznych zbiorczych informacjach w sprawie działań podejmowanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ (za okres 2022 – I półrocze 2024) zarejestrowano łącznie 77 822 zapisy dotyczące 573 661 błędów w sprawozdawczości świadczeniodawców dotyczącej realizacji programów lekowych. Błędy dotyczyły:

- niewykazania pacjenta w systemie SMPT (kod błędu 51730001);
- niewykazania podania leku w systemie SMPT (kod błędu 51730002);
- sprawozdawanej ilości substancji w pozycjach rozliczeniowych niezgodnie z ilością tej substancji wykazanej w systemie SMPT (kod błędu 51730003).

Podejmowane działania polegały na informowaniu świadczeniodawców – telefonicznie, mailowo oraz za pośrednictwem komunikatów zamieszczanych na portalu SZOI – o konieczności poprawnego, kompletnego i terminowego uzupełniania danych w systemie SMPT.

(akta kontroli str. 1265, 1380-1465)

Zgodnie z art. 16b ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych<sup>42</sup> Prezes Funduszu powołuje zespół koordynacyjny dla programu lekowego – w przypadku, gdy opis programu lekowego tak stanowi. W art. 16b ust. 8 upoważniono Prezesa Funduszu do określenia, w drodze zarządzenia, regulaminu zespołu koordynacyjnego, określającego jego organizację, szczegółowe zadania, sposób i tryb działania oraz uczestnictwo w pracach zespołu.

W opisach dwóch, spośród ww. sześciu programach lekowych (B.37, B.38, B.39, B.113, B.126, B.137.FM), przewidziano funkcjonowanie zespołów koordynacyjnych:

- w programie B.38 ustalono, że do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; w programie założono również, że leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- zgodnie z programem B.137.FM kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki,

---

<sup>42</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 930.

powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; jednym z kryteriów kwalifikacji do programu była ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta.

(akta kontroli str. 1269-1271, 1279-1281)

W art. 16b ust. 2 ustawy określono zadania zespołu koordynacyjnego, w tym składanie półrocznych raportów do Prezesa Funduszu z realizacji programu lekowego (pkt 4).

W załącznikach do zarządzenia nr 175/2023/DGL w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe ustalono regulaminy zespołów koordynacyjnych:

- w załączniku nr 67 – Zespołu Koordynacyjnego do spraw Stosowania Hormonu Wzrostu;
- w załączniku nr 83 – Zespołu Koordynacyjnego do spraw wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki.

W obydwu regulaminach stwierdzono, że zespół koordynacyjny:

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorców do leczenia w ramach programu lekowego;
- 2) rozstrzyga o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu;
- 3) dokonuje oceny skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego

Ustalono również, że zespół koordynacyjny jest zobowiązany do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji programu lekowego.

(akta kontroli str. 1322-1330)

Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu złożył do NFZ dwa raporty z realizacji programu lekowego. W raporcie za drugie półrocze 2023 r. odnotowano m.in., że Zespół omówił 879 wniosków, z tego 12 w zakresie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek. Do terapii zakwalifikowano 783 pacjentów, z tego 11 w ramach leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek. W sprawozdaniu odnotowano, że u dzieci objętych terapią rekombinowanym, ludzkim hormonem wzrostu występowało istotne przyspieszenia tempa wzrastania. O efektywności stosowanego leczenia świadczył fakt, iż żadnego dziecka nie wyłączono z terapii z powodu jej nieskuteczności. Zaznaczono również, że [...] *podobne efekty dotyczące promocji wysokości ciała, chociaż w nieco mniejszym stopniu, dotyczyły również niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek [...]*. Stwierdzono ponadto [...]  *iż stosowana terapia niewątpliwie przyczynia się do istotnego zmniejszenia odsetka patologicznie niskich (wręcz karłowatych) osób dorosłych, przede wszystkim mężczyzn, często zdanych z tego powodu na wsparcie ze środków publicznych [...]*. W odniesieniu do kobiet wskazano na eliminację istotnie częstszych problemów z donoszeniem ciąży.

W raporcie za okres pierwszego półrocza 2024 r. odnotowano 1398 wniosków, z tego 15 w zakresie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek, oraz zakwalifikowanie 1236 pacjentów do terapii (14 w zakresie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek). W dokumencie powtórzono zapisy z poprzedniego raportu, odnoszące się do skuteczności terapii.

(akta kontroli str. 489-493, 822-826)

Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki również złożył do NFZ dwa raporty z realizacji programu.

W raporcie za drugie półrocze 2023 r. odnotowano, że w 2023 r. nie uruchomiono jeszcze programu i nie zgłaszano wniosków o zakwalifikowanie do terapii. W raporcie za pierwsze półrocze 2024 r. odnotowano m.in., że Zespół omówił 7 wniosków do programu B.137.FM Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki, z których 5 zakwalifikowano do terapii. Dwa wnioski zostały odrzucone, ponieważ pacjenci, spełniający kryteria włączenia do programu, otrzymali przeszczep nerki przed podjęciem ostatecznej decyzji. Jednocześnie zaznaczono, że z siedmiu zakwalifikowanych chorych sześciu otrzymało przeszczep nerki bez konieczności podania imlifidazy, a jedna pacjentka zakwalifikowana oczekuje na KLO<sup>43</sup>.

(akta kontroli str. 483-488)

W ramach programów lekowych związanych z leczeniem chorób definiowanych kodem ICD-10 N18 *Przewlekła niewydolność nerek*, tj.

- 1) B.37 Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek<sup>44</sup>;
- 2) B.38 Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek;
- 3) B.113 Leczenie pacjentów z chorobami nerek;
- 4) B.137.FM Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki,

w okresie 2021 – I półrocze 2024 r. zrealizowano świadczenia na łączną kwotę 21 234,6 tys. zł (w tym leki – 13 406,5 tys. zł), z tego:

- w ramach programu B.37 – 16 565,3 tys. zł (leki – 10 057,1 tys. zł);
- w ramach programu B.38 – 2 915,5 tys. zł (leki – 2 104,8 tys. zł);
- w ramach programu B.113 – 1 753,7 tys. zł (leki – 1 244,6 tys. zł).

W programie B.137.FM nie zostały zrealizowane żadne świadczenia.

W programie B.39 *Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami*<sup>45</sup> (kod ICD-10 N25.8 *Inne zaburzenia wynikające z upośledzonej czynności cewek nerkowych*) zrealizowano świadczenia w kwocie 60 395,5 tys. zł (leki – 40 614,6 tys. zł), a w programie B.126 *Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek* (kod ICD-10 Q61.2 *Wielotorbielowatość nerek, dziedziczona autosomalnie dominująco*) – 37 637,8 tys. zł (leki – 34 505,7 tys. zł).

łącznie w ramach programów lekowych (B.37, B.38, B.39, B.113 i B.126) zrealizowano świadczenia na łączną kwotę 119 267,9 tys. zł (w tym leki 88 526,9 tys. zł), z tego:

- w 2021 r. – 16 237,2 tys. zł (leki – 12 310,8 tys. zł);
- w 2022 r. – 25 567,7 tys. zł (leki – 18 665,2 tys. zł);
- w 2023 r. – 47 729,6 tys. zł (leki – 35 089,2 tys. zł);
- w I półroczu 2024 r. – 29 733,4 tys. zł (leki – 22 461,7 tys. zł).

(akta kontroli str. 833-854, 1252-1255, 1256-1260, 1262)

Wartość zrealizowanych świadczeń w ww. programach lekowych w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski wyniosła:

- w 2021 r. – 0,43 zł (od 0,22 zł w województwie warmińsko-mazurskim do 0,60 zł w województwie lubuskim);
- w 2022 r. – 0,68 zł (od 0,32 zł w województwie opolskim do 0,87 zł w województwie lubelskim i w województwie łódzkim);
- w 2023 r. – 1,27 zł (od 0,46 zł w województwie opolskim do 1,95 zł w województwie zachodniopomorskim);

<sup>43</sup> KLO – krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie.

<sup>44</sup> Do sierpnia 2023 r. – Leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek.

<sup>45</sup> Do czerwca 2022 r. – Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych.



- w I półroczu 2024 r. – 0,79 zł (od 0,33 zł w województwie opolskim do 1,20 zł w województwie zachodniopomorskim).

(akta kontroli str. 833-854, 1252-1255)

**5.** W latach 2022-2024 (do 27 września) w Centrali NFZ nie prowadzono kontroli, zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych, a także audytów wewnętrznych w zakresie zapewnienia dostępności do diagnostyki i leczenia PChN.

(akta kontroli str.8, 205-207, 211)

Do Centrali NFZ w 2022 r. skarg i wniosków na świadczeniodawców wniesiono łącznie – 1 019, w 2023 r. – 690 i w 2024 r.<sup>46</sup> – 443, z tego programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” dotyczyło odpowiednio: w 2022 r. – siedem, w 2023 r. – 10 i w 2024 r. – cztery (łącznie 21), z których Centrala NFZ za zasadne lub częściowo zasadne uznała 14. Skargi te dotyczyły m.in. odmowy realizacji świadczenia, trudności w dostępie do świadczeń, organizacji udzielania świadczeń, trudności z uzyskaniem wyniku badań realizowanych w programie.

W okresie objętym kontrolą do Centrali NFZ nie wpływały skargi świadczeniobiorców dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych w grupie dziedzicznej nefrologia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

(akta kontroli str. 8, 206-207, 209, 216-217, 218, 221, 426, 440)

Dyrektor Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki NFZ wskazała, że w zakresie skarg dotyczących udzielania świadczeń pacjentom z PChN w 2022 r. wpłynęła jedna skarga (uznana za zasadną – przyp. NIK), dotycząca odmowy udzielenia świadczenia w oddziale nefrologicznym dziecku dializowanemu w warunkach domowych. W 2023 r. i w 2024 r. (do 18 września) do Centrali NFZ nie wpływały skargi, których treść wskazywałaby, że dotyczą one świadczeniobiorców z PChN.

(akta kontroli str. 426, 440, 444)

**6.** W toku kontroli stwierdzono poniższe stany, które nie stanowią nieprawidłowości w działalności Centrali NFZ, lecz mogą niekorzystnie wpływać na diagnostykę i leczenie pacjentów z PChN.

1) Dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie nefrologii (AOS) różnił się w znaczący sposób pomiędzy poszczególnymi województwami, a dotychczasowe działania Centrali NFZ nie spowodowały zniwelowania tych różnic. Wprawdzie dostęp dla pacjentów do poradni nefrologicznych co do zasady ulegał poprawie, niemniej jednak był on nierównomierny w poszczególnych województwach. W 2024 r. najwięcej mieszkańców na jedną poradnię przypadało w województwach: małopolskim (245 tys.), dolnośląskim (239,9 tys.), pomorskim (214,5 tys.) i zachodniopomorskim (204 tys.), a najmniej w województwach: łódzkim (124,3 tys.), śląskim (127,1 tys.), świętokrzyskim (129,8 tys.) i lubuskim (139,3 tys.). Analogicznie, liczba mieszkańców przypadających na jednego lekarza nefrologa udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych OW NFZ w 2024 r. wynosiła w województwach: wielkopolskim 30,9 tys., podkarpackim 29,6 tys., małopolskim 27,7 tys. i zachodniopomorskim 27,2 tys., natomiast w województwach: świętokrzyskim i mazowieckim po 19,2 tys., łódzkim 19,5 tys. i podlaskim 20 tys.

(akta kontroli str. 7-10, 11-12, 121-125, 128-145, 343, 351-352, 445-448, 452-468, 715-723)

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wskazała, że podejmowanie działań związanych z zabezpieczeniem dostępu do świadczeń

---

<sup>46</sup> Wg stanu na 18 września.

jest obowiązkiem dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, którzy muszą zapewnić równomierny dostęp do świadczeń zdrowotnych w swoim regionie, w ramach możliwości prawnych oraz finansowych. Zadaniem dyrektorów OW NFZ jest analiza dostępności do świadczeń oraz podejmowanie adekwatnych działań w celu ich zaspokojenia (w tym poprzez organizację konkursów na świadczenia zdrowotne, współpracę z samorządami). Wskazała również, że Centrala NFZ prowadzi nadzór nad realizacją świadczeń opieki zdrowotnej oraz udziela merytorycznego wsparcia OW NFZ m.in. w zakresie rozwiązywania problemów związanych z rozliczeniem tych świadczeń, a także ocenia prawidłowość realizacji zadań zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

(akta kontroli str. 547, 805-807)

Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ oświadczyła ponadto, że Centrala podjęła działania motywujące świadczeniodawców do zmiany organizacji udzielania świadczeń i poprawy dostępności do usług zdrowych w drodze wydania przez Prezesa NFZ zarządzeń<sup>47</sup> wprowadzających m.in. bezlimitowe finansowanie świadczeń dla wszystkich usług zdrowotnych realizowanych na rzecz dzieci oraz kolejno bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń udzielanych w AOS (w zakresach podstawowych i skojarzonych do nich oraz badaniach diagnostycznych kosztochłonnych).

Wskazała dodatkowo, że Centrala NFZ (na wniosek świadczeniodawców) wystąpiła z wnioskiem do MZ<sup>48</sup> o rozważenie modyfikacji obowiązujących przepisów, polegającej na *realizacji świadczeń w poradniach specjalistycznych niededykowanych dzieciom przez lekarzy specjalistów w dziecięcej dziedzinie medycyny*. Wyjaśniła, że aktualnie, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>49</sup> *lekarze specjaliści w ramach umów z NFZ mogą udzielać świadczeń zarówno osobom powyżej, jak i do 18 roku życia, natomiast w poradniach (specjalnościach), w których wydzielone są zakresy dla dzieci (czyli wyodrębnione są również specjalizacje dziecięce) lekarz specjalności dziecięcej może udzielać świadczeń jedynie w poradni dziecięcej (np. w nefrologii i nefrologii dziecięcej), zatem przepisy tego rozporządzenia nie przewidują możliwości udzielania świadczeń w zakresie nefrologii przez lekarzy specjalistów posiadających specjalizację dziecięcą (nefrologia dziecięcą).*

(akta kontroli str. 953, 1121-1122, 1143-1145, 1169-1172, 1174-1181)

Zdaniem NIK, pomimo wdrażanych działań organizacyjnych i finansowych, tak na poziomie centralnym jak i regionalnym, z danych przekazanych przez NFZ w toku kontroli wynika, że realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie nefrologii w ramach AOS cechuje nierównomierny terytorialnie dostęp do tych usług zdrowotnych, czego efektem może być opóźniona diagnoza oraz późniejsze podjęcie leczenia, kiedy szanse na wyleczenie pacjenta mogą maleć, a koszty leczenia wzrastać.

2) Pismem z 13 kwietnia 2023 r. znak DLU.736.96.2023 Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Funduszu o przekazywanie informacji dotyczących liczby

---

<sup>47</sup> Zarządzenie Nr 7/2021/DSOZ Prezesa NFZ z 5 stycznia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz Zarządzenie Nr 116/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 czerwca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

<sup>48</sup> Pismo z 25 kwietnia 2024 r. skierowane do Dyrektora Departamentu Lecznictwa w MZ.

<sup>49</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.

złożonych wniosków i liczby podpisanych umów na zakres: świadczenia zdrowotne w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.

W odpowiedzi na powyższe pismo NFZ, poczynawszy od I kwartału 2023 r., przekazywał do Ministerstwa Zdrowia kwartalne<sup>50</sup> informacje (w podziale na OW Funduszu) dotyczące – oprócz liczby złożonych wniosków i liczby podpisanych umów – również dane na temat liczby pacjentów objętych opieką lekarza POZ, w tym odsetka pacjentów objętych opieką koordynowaną, a także o liczbie umów ogółem (lekarz POZ), w tym odsetka umów na świadczenia w BPOK (od informacji za drugi kwartał 2023 r.).

(akta kontroli str. 1362-1379)

W umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, podobnie jak w planach zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ nie określał odrębnych kwot finansowania dla poszczególnych grup dziedzinowych w budżecie powierzonym opieki koordynowanej. Oznacza to, że świadczenia w ramach BPOK, niezależnie od liczby realizowanych grup dziedzinowych, były zawsze traktowane jako jeden zakres świadczeń.

(akta kontroli str. 527, 681-682, 1380-1465)

Poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ przesyłały do Centrali Funduszu informacje dotyczące BPOK ogółem, bez wyodrębnienia danych odnoszących się do poszczególnych ścieżek (kardiologicznej, diabetologicznej, pulmonologicznej, endokrynologicznej i nefrologicznej). Tak zagregowane dane Centrala NFZ przekazywała do Ministerstwa Zdrowia.

(akta kontroli str. 1362-1379)

W odpowiedzi na pytanie, dlaczego w umowach w rodzaju POZ w zakresie budżet powierzony opieki koordynowanej nie są prezentowane poszczególne grupy dziedzinowe, w tym nefrologia, Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ oświadczył:

*Świadczenia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej, zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawiera 5 grup dziedzinowych, które świadczeniodawca może realizować w ramach umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Poszczególne grupy dziedzinowe mają określony zestaw badań oraz konsultacji specjalistycznych. To co łączy wszystkie grupy dziedzinowe, to porada kompleksowa, konsultacje dietetyczne i porady edukacyjne. Co do zasady w ramach świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej lekarz poz nie leczy u pacjenta jednego schorzenia, ale realizuje kompleksową opiekę nad pacjentem. Dlatego też podczas porady kompleksowej lekarz, w przypadku występowania kilku problemów zdrowotnych u pacjenta, nie skupia się tylko na jednej chorobie, ale diagnozuje i leczy u pacjenta wszystkie zdiagnozowane schorzenia, podejmując decyzje terapeutyczne, tak aby leczenie jednej choroby nie przyczyniło się do pogorszenia objawów związanych z inną chorobą. Porada kompleksowa jest poradą podsumowującą stan zdrowia pacjenta i jednocześnie lekarz określa plan działania na kolejny okres, tak aby uzyskać u pacjenta poprawę stanu zdrowia lub jego stabilizację. Porady edukacyjne i konsultacje dietetyczne również nie są jedynie ukierunkowane na jeden typ schorzenia, ale uwzględniają jego wszystkie problemy zdrowotne.*

*Dlatego też zakres: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej jest jednym zakresem z określonym budżetem, a świadczeniodawca, w przypadku*

---

<sup>50</sup> Według stanu na: 4 kwietnia, 30 czerwca, 29 września i 29 grudnia 2023 r. oraz 29 marca i 2 lipca 2024 r.

*posiadania odpowiednich zasobów kadrowych i diagnostycznych, zgodnych ze wskazanymi rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, może rozszerzyć jego realizację na kolejne grupy dziedzinowe.*

(akta kontroli str. 527, 681-682)

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ oświadczyła, że w umowach zawieranych na realizację świadczeń w BPOK nie ma określonego planu rzeczowo-finansowego na realizację świadczeń dla poszczególnych grup dziedzinowych a jest jeden plan dla całego zakresu. Dlatego, co do zasady przekazywane są dane z jego realizacji ogółem.

(akta kontroli str. 1470-1471)

Gromadzenie wyłącznie zbiorczych danych w zakresie stanu realizacji świadczeń w ramach BPOK, bez ich wyodrębnienia dla poszczególnych grup dziedzinowych, w tym nefrologii, ograniczało możliwość monitorowania liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w poszczególnych grupach dziedzinowych oraz wysokości ponoszonych kosztów opieki nad pacjentami w każdej z grup.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość. Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” nie był na bieżąco monitorowany przez Centralę NFZ, pomimo obowiązku określonego w art. 48e ust. 1 ustawy o łożfśp oraz § 12 rozporządzenia w sprawie Programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Centrala NFZ nie przeprowadzała międzyokresowych analiz wskaźników programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”.

(akta kontroli str. 9, 360)

W odpowiedzi na pytanie NIK skierowane do Prezesa NFZ, Dyrektor Departamentu ŚOZ NFZ oświadczyła, że powodem nieprowadzenia przez NFZ okresowych analiz realizacji wskaźników programu był duży zakres danych niezbędnych do przeprowadzenia tak szczegółowej analizy. Jednocześnie, Fundusz monitorował parametry związane ze zgłaszalnością do programu do bieżącego wykorzystania, m.in. za pośrednictwem aplikacji udostępnionej przez Centrum e-Zdrowia oraz danych sprawozdawczych. Dodała, że monitorowanie realizacji programu pilotażowego, *było głównie zadaniem Dyrektorów poszczególnych OW NFZ. Centrala Funduszu wspierała ten proces m.in. poprzez przekazywanie danych na temat zgłaszalności do programu oraz analizę zgłaszanych problemów w celu ich rozwiązania.*

(akta kontroli str. 9, 360, 527, 683-684)

W ocenie NIK duży zakres danych nie zwalniał NFZ z obowiązku realizacji ww. przepisów. W związku z brakiem bieżącego monitorowania Centrala NFZ nie posiadała na bieżąco wiedzy o wartościach wskaźników realizacji programu w poszczególnych latach. Jednocześnie, bieżące analizowanie<sup>51</sup> danych dotyczących zgłaszalności do programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” przez poszczególne OW NFZ nie spełniało wymogu art. 48e ust. 1 ustawy o łożfśp z uwagi na regionalny i wycinkowy charakter tych działań. Monitorowanie całości Programu w skali ogólnopolskiej było zadaniem NFZ.

OCENA CZĄSTKOWA

Centrala NFZ podejmowała działania organizacyjne w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z PChN. W ocenie NIK, proces wdrożenia grupy dziedzinowej nefrologia w ramach BPOK

<sup>51</sup>Wykonywane w trybie roboczym, w postaci komunikatu systemu informatycznego do sprawozdawania świadczeń SW-CEZ. Dokonywano tego na wniosek OW w razie konieczności i nie przybierało trwałej postaci.

następował w sposób zadowalający, natomiast działania w zakresie Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 Plus” nie były wystarczające.

W latach 2021-2024 wzrastała zarówno liczba lekarzy nefrologów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych OW NFZ, jak również liczba poradni nefrologicznych, niemniej jednak dostęp dla pacjentów do świadczeń specjalistycznych w ramach AOS był nierównomierny w poszczególnych województwach. Jednocześnie wzrastały średnie wyceny jednostki rozliczeniowej dla wybranych świadczeń zdrowotnych dotyczących chorób nerek oraz nakłady finansowe na zapewnienie wczesnej diagnostyki i leczenia PChN. Pomimo jednak działań podejmowanych m.in. na poziomie Centrali NFZ, znacznemu wydłużeniu uległ czas oczekiwania na wizytę w poradniach AOS, zarówno do świadczeń dla dorosłych, jak również dla pacjentów poniżej 18 r.ż. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne jest jednym z najczęściej stosowanych wskaźników pozwalających na ocenę dostępności do opieki zdrowotnej. Długi czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne jest zjawiskiem niekorzystnym, biorąc zarówno pod uwagę stan zdrowia pacjenta, jak i finanse publiczne (opóźniona diagnoza, późniejsze wdrożenie leczenia i wyższe koszty opieki specjalistycznej).

W ocenie NIK wdrożenie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” było zgodne z wewnętrznymi założeniami Funduszu dotyczącymi umów o realizację programu, a Fundusz zapewnił finansowanie Programu. Fundusz dokonał ewaluacji Programu, w terminie i zakresie wynikających z rozporządzenia w sprawie Programu „Profilaktyka 40 PLUS”, niemniej jednak określony przez Ministerstwo Zdrowia termin tej ewaluacji na trzy miesiące przed planowanym zakończeniem programu spowodował, że dokonana przez Fundusz ocena była obciążona błędem, a zawarte w niej dane nie były ostateczne. NIK negatywnie ocenia brak bieżącego monitorowania przez NFZ w trakcie realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” wykonania wskaźników, realizacji pilotażu. Stanowiło to naruszenie przepisów art. 48e ust. 1 ustawy o szofsp oraz § 12 rozporządzenia w sprawie programu „Profilaktyka 40 PLUS”. NIK zwraca uwagę na nieskuteczność działań Centrali NFZ w celu zapewnienia równomiernego dostępu w poszczególnych województwach do świadczeń zdrowotnych w zakresie nefrologii.

Oprócz programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” i zakresu świadczeń BPOK, działania NFZ mające na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i leczenia PChN obejmowały finansowanie programów lekowych skierowanych do pacjentów cierpiących na PChN.

#### OBSZAR

## **2. Działania promocyjne i edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek**

Opis stanu faktycznego

**1.** Prowadzone przez Centralę NFZ w latach 2022-2024 działania, w których zakresie mieściło się zwiększanie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN objęły:

- organizację w 2022 r. *webinaru* edukacyjnego dla świadczeniodawców na temat opieki koordynowanej w POZ za 6,4 tys. zł, w którym uczestniczyło 1,8 tys. osób i który obejrzało 25 tys. osób w serwisie YouTube,
- publikację w 2023 r. artykułu na temat programu „Profilaktyka 40 PLUS” we współpracy z tygodnikiem Wprost za 5 tys. zł, który miał 500 tys. odsłon,

- publikację w 2024 r. w serwisie YouTube filmu edukacyjnego o opiece koordynowanej w POZ za 17,1 tys. zł, który obejrzało ponad 3 tys. osób w serwisie YouTube.

(akta kontroli str. 226-228, 230-231, 233-234)

Koszt tych działań w latach 2022-2024 wyniósł odpowiednio 0,4% kosztów działań informacyjnych, promocyjnych i edukacyjnych ogółem w 2022 r., 0,5% tych kosztów w 2023 r. i 2,6% tych kosztów w 2024 r.<sup>52</sup>

(akta kontroli str. 660-663)

Ponadto materiały na temat opieki koordynowanej w POZ i programu „Profilaktyka 40 PLUS”<sup>53</sup> opublikowano na stronie internetowej NFZ. W 2024 r. NFZ wyprodukował film edukacyjny na temat opieki koordynowanej w POZ, opublikowany w serwisie YouTube. W przygotowaniu były<sup>54</sup> materiały edukacyjne, w tym ulotki o opiece koordynowanej z uwzględnieniem ścieżki nefrologicznej, które zawierały jedynie informację o przeznaczeniu opieki koordynowanej dla osób z chorobami nerek.

(akta kontroli str. 226-228, 314-331, 338-341, 516)

W Centrali NFZ nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych i edukacyjnych mających bezpośrednio na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Na stronie internetowej <https://koordynowana.nfz.gov.pl/instrukcje-i-wytyczne/> do 8 października 2024 r. nie opublikowano instrukcji i wytycznych w zakresie nefrologii, podczas gdy zostały opracowane wytyczne konsultantów krajowych dotyczące PChN w opiece koordynowanej POZ z 19 lipca 2024 r.

(akta kontroli str. 332-337)

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej oświadczyła, że NFZ otrzymał ww. wytyczne od Ministerstwa Zdrowia w dniu 8 października 2024 r. i niezwłocznie opublikował je na stronie internetowej oraz przekazał Dyrektorom Oddziałów Wojewódzkich celem dalszej publikacji i udostępnienia świadczeniodawcom.

(akta kontroli str. 426, 501-509)

Centrala NFZ nie otrzymywała dofinansowania zewnętrznego na realizację projektów informacyjnych lub edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

(akta kontroli str. 234)

**2.** Centrala NFZ nie ponosiła kosztów działań informacyjnych i edukacyjnych mających bezpośrednio na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Na działania związane z promocją opieki koordynowanej w POZ i programu „Profilaktyka 40 PLUS”, poprzez które Centrala NFZ podnosiła świadomość na temat diagnostyki i leczenia PChN, w latach 2022-2024 wydatkowano łącznie 28,5 tys. zł<sup>55</sup>, na co składały się: organizacja *webinaru* edukacyjnego w 2022 r. za 6,4 tys. zł, publikacja artykułu na temat programu „Profilaktyka 40 PLUS” w serwisie wprost.pl w 2023 r. za 5 tys. zł oraz produkcja filmu edukacyjnego w 2024 r. za 17,1 tys. zł.<sup>56</sup>

(akta kontroli str. 226, 230-231, 234)

<sup>52</sup> Do 25 października 2024 r.

<sup>53</sup> Opis modelu opieki w POZ, Materiał pn. *Opieka koordynowana w POZ. Co to oznacza dla pacjentów?*, materiały promocyjne, komunikat dot. programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”,

<sup>54</sup> Na 3 października 2024 r.

<sup>55</sup> Z uwagi na wartość wydatków nie miały zastosowania przepisy Prawa zamówień publicznych, z wyjątkiem zamówienia na produkcję materiałów audiowizualnych (filmów) i materiałów dodatkowych.

<sup>56</sup> Co opisano w pkt 1 niniejszego obszaru.

Działania te były celowe, a wydatki z nimi związane zostały poniesione z zachowaniem zasad konkurencyjności. Zamówień, w ramach których sfinansowano organizację *webinaru* i publikację artykułu na temat programu „Profilaktyka 40 PLUS”, udzielono na podstawie wewnętrznych uregulowań Centrali NFZ dotyczących udzielania zamówień publicznych. Zamówienia na produkcję utworów audiowizualnych w serwisie YouTube udzielono w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych<sup>57</sup>.

(akta kontroli str. 560-659, 987-997, 1018-1021, 1032-1051)

Ogłoszenie o wykonaniu umowy na produkcję filmów edukacyjnych zostało nieterminowo opublikowane w Biuletynie Zamówień Publicznych (dalej: *BZP*), co szczegółowo omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 516, 579-630, 958-974, 987-997)

**3.** Planowane efekty prowadzonych działań promocyjnych z zakresu promocji opieki koordynowanej w POZ i programu „Profilaktyka 40 PLUS” nie odnosiły się do zwiększenia świadomości społeczeństwa odnośnie do konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

(akta kontroli str. 230-231)

W związku z brakiem działań informacyjnych i edukacyjnych mających bezpośrednio na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN, nie prowadzono monitoringu w tym zakresie.

(akta kontroli str. 234)

**4.** NFZ współpracował z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN jedynie na poziomie Oddziałów Wojewódzkich. Lubuski OW uczestniczył w obchodach Światowego Dnia Nerek w 2022 r. i wydarzeniu pn. *Zdrowie nerek dla wszystkich*<sup>58</sup> w 2023 r. i 2024 r. we współpracy z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem *Nerka*. Małopolski OW uczestniczył w dwóch wydarzeniach w ramach obchodów Światowego Dnia Nerek w 2023 r. i 2024 r. we współpracy z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem *Moje Nerki*. W pozostałych OW nie realizowano wydarzeń związanych z diagnostyką PChN we współpracy z organizacjami pozarządowymi lub innymi instytucjami.

(akta kontroli str. 237, 510-511)

Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki oświadczyła, że efektami prowadzonych działań było dotarcie z ofertą profilaktyczną i informacją o możliwościach leczenia do uczestników, którzy mogli skorzystać z bezpłatnych porad i konsultacji. Efektem pośrednim był wzrost świadomości i zdobycie wiedzy przez uczestników na temat profilaktyki zdrowotnej. Współpraca z organizacjami pozarządowymi polegała na wsparciu poprzez organizację stoisk profilaktycznych, w ramach których udzielono 30 porad i konsultacji w 2022 r., 138 porad i konsultacji w 2023 r. oraz 217 porad i konsultacji w 2024 r. Oświadczyła ponadto, że oddziały wojewódzkie uczestniczyły w ww. wydarzeniach na podstawie zaproszeń od organizacji pozarządowych i w ich ramach były zobowiązane do zorganizowania stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia. Nie dokonywały wyboru zleceniobiorców, nie zawierały umów, nie realizowały zleceń, nie ponosiły opłat ani nie pobierały żadnej zapłaty za uczestnictwo w wydarzeniach.

(akta kontroli str. 511-512, 664-676)

<sup>57</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, dalej: upzp.

<sup>58</sup> Obejmujące m.in. wykłady lekarzy nefrologów, porady dietetyków, spotkania z osobami dializowanymi i po przeszczepie.

Centrala NFZ nie współpracowała z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN, co szczegółowo omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 512-513)

Centrala NFZ jedynie koordynowała uczestnictwo oddziałów wojewódzkich NFZ w wydarzeniach regionalnych i lokalnych związanych z promowaniem zachowań prozdrowotnych. Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki wskazała, że działania te były inicjowane na wniosek podmiotów zewnętrznych takich jak organizacje pacjenckie, organizacje pożytku publicznego, samorządy, instytucje publiczne, jednostki edukacyjne. Wskazała też, że działania funduszu w zakresie profilaktyki chorób i postaw prozdrowotnych były też realizowane w ramach obsługi bezpośredniej<sup>59</sup>, a temat diagnostyki i leczenia PChN zostanie uwzględniony w wydarzeniach i narzędziach wspierających działania. Ponadto wskazała, że koordynacja uczestnictwa polegała na ukierunkowaniu oddziałów na jednolitą tematykę wydarzeń w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, standaryzację narzędzi do komunikacji oferty profilaktycznej, udostępnianie oddziałom jednolitych materiałów edukacyjnych i promocyjnych, publikację na stronach internetowych NFZ zagadnień tematycznych oraz analizę statystyk udziału oddziałów wojewódzkich w wydarzeniach profilaktycznych.

(akta kontroli str. 427, 512-513, 526, 666-667)

W odpowiedzi na pytanie do Prezesa NFZ o uczestnictwo przedstawicieli Centrali NFZ w organizacji Światowego Dnia Nerek w latach 2022-2024 Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki oświadczyła, że Centrala NFZ w tym okresie skupiała działania na programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ.

(akta kontroli str. 666-667)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Centrali NFZ nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych i edukacyjnych mających bezpośrednio na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN. W odpowiedzi na pytanie do Prezesa NFZ o prowadzone działania promocyjne i edukacyjne w tym kierunku, Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki oświadczyła, że działania promocyjne i edukacyjne NFZ ukierunkowane są w szczególności na profilaktykę i promocję zdrowia w ramach dostępnych programów profilaktycznych, w tym programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Wskazała, że w związku z przypadającymi w trakcie roku dniami szczególnie ważnymi w kontekście zdrowia publicznego, np. Światowym Dniem Nerek, organizowane były, z inicjatywy NFZ lub we współpracy ze stowarzyszeniami lub organizacjami pacjenckimi, wydarzenia poświęcone danemu zagadnieniu. Nie wskazała wśród nich działań nakierowanych na problematykę wczesnej diagnostyki PChN. Dyrektor Biura Komunikacji Społecznej i Promocji oświadczył, że dla PChN nie ma dedykowanego programu profilaktycznego, dlatego NFZ podnosi świadomość diagnostyki i leczenia tej choroby poprzez promocję opieki koordynowanej w POZ i programu „Profilaktyka 40 PLUS”.

(akta kontroli str. 226-228, 230-231, 233-234)

<sup>59</sup> W salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich, na stanowiskach ds. profilaktyki i promocji zdrowia.



NIK zauważa, że prowadzone działania nie były ukierunkowane bezpośrednio na zwiększenie świadomości społeczeństwa co do konieczności wczesnej diagnostyki PChN, gdyż ich tematyką była promocja opieki koordynowanej lub programu profilaktycznego 40 Plus, a dodatkowo zorganizowany w 2022 r. *webinar* edukacyjny był przeznaczony dla świadczeniodawców a nie ogółu społeczeństwa.

(akta kontroli str. 226-228, 230-231, 233-234)

W odpowiedzi na pytanie do Prezesa NFZ o przyczyny niepodjęcia w latach 2022-2024 działań promocyjnych, informacyjnych lub edukacyjnych nakierowanych bezpośrednio na zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN, p.o. Zastępca Dyrektora Biura Komunikacji Społecznej i Promocji oświadczył, że nie ma programu profilaktycznego dedykowanego PChN, a NFZ realizował zapisy art. 97 ust. 3 pkt 7 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez promowanie programów profilaktycznych dotyczących innych chorób. Wskazał także, że NFZ podejmował w ramach dostępnych zasobów finansowych działania promocyjne poświęcone ogólniejszym zagadnieniom, takim jak choroby cywilizacyjne czy wpływ prawidłowej diety na zdrowie.

(akta kontroli str. 426, 515-516)

W odpowiedzi na pytanie o przyczyny niepodjęcia w latach 2022-2024 działań promocyjnych, informacyjnych lub edukacyjnych nakierowanych bezpośrednio na zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN, Dyrektor Biura Komunikacji Społecznej i Promocji oświadczył, że działania komunikacyjne w obszarach edukacyjnym, informacyjnym i promocyjnym były prowadzone przede wszystkim w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej, w tym programów profilaktycznych. Były one również determinowane przez aktualną sytuację w zakresie zdrowia publicznego, w związku z czym w 2022 r. skupiały się na tematach związanych z odrabianiem długu zdrowotnego po pandemii Covid-19, także w kontekście budowania zdrowych nawyków żywieniowych, a w 2023 r. i 2024 r. skupione były na promocji programów profilaktycznych i usług oferowanych/finansowanych przez NFZ.

(akta kontroli str. 525-531, 555-556)

Na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 7 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zakresu działania NFZ należy m.in. promocja zdrowia i profilaktyka chorób oraz prowadzenie działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.

Prezentacja i promocja działalności NFZ, w tym przygotowanie i realizacja kampanii społecznych, informacyjnych, edukacyjnych, wizerunkowych i medialnych należała do zadań Biura Komunikacji Społecznej i Promocji w Centrali NFZ. Promowanie postaw prozdrowotnych należało do zadań Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ.

(akta kontroli str. 62-63, 73-75, 532-539, 746-749, 752-763)

2. Centrala NFZ nie współpracowała z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Współpraca taka miała miejsce jedynie na poziomie wybranych oddziałów wojewódzkich NFZ.

(akta kontroli str. 230, 512-513)

W odpowiedzi na dwukrotne pytania do Prezesa NFZ o przyczyny niepodjęcia przez Centralę NFZ współpracy z organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami w ramach działań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących PChN, Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi

Klientów i Profilaktyki oświadczyła jedynie, że NFZ współpracując z tymi podmiotami w zakresie działań promocyjnych i edukacyjnych kierował działania na inne obszary dotyczące diagnostyki chorób przewlekłych, oraz że działania NFZ ukierunkowane były w szczególności na profilaktykę i promocję zdrowia w ramach dostępnych programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ.

(akta kontroli str. 427, 512-513, 526, 666-667)

W odpowiedzi na pytanie do Prezesa NFZ o uczestnictwo przedstawicieli Centrali NFZ w organizacji Światowego Dnia Nerek w latach 2022-2024 Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki oświadczyła, że Centrala NFZ w tym okresie skupiała działania na programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ.

(akta kontroli str. 666-667)

Koordinowanie działań NFZ w zakresie wypracowania programu współpracy z organizacjami działającymi na rzecz pacjentów oraz współpraca z podmiotami zewnętrznymi w zakresie działań wynikających z Księgi Współpracy od 9 kwietnia 2022 r. należały do zadań Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki, a poprzednio – Departamentu Obsługi Klientów.

(akta kontroli str. 73-75, 532-539, 752-763)

Księgi współpracy zostały opracowane na lata 2020 i 2021. W odpowiedzi na żądanie przedłożenia ksiąg współpracy na lata 2022-2024 i pytanie do Prezesa NFZ czy opracowano księgi współpracy na te lata, Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki oświadczyła, że brak było zasadności tworzenia tego typu dokumentów wobec zmieniających się wyzwań zdrowotnych (pandemia, pomoc uchodźcom).

(akta kontroli str. 545-552, 736-741, 952-957, 1005-1007)

Brak faktycznej współpracy Centrali NFZ z organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami w ramach działań promocyjnych i edukacyjnych związanych ze zwiększaniem świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN, NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

W odpowiedzi na pytanie czy Centrala NFZ koordynowała działania funduszu w zakresie wypracowania programu współpracy z organizacjami działającymi na rzecz pacjenta, Zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki oświadczyła, że w 2019 r. zainicjowano działalność Forum Organizacji Pacjentów<sup>60</sup> w celu dialogu z pacjentami poprzez ich organizacje. W ramach FOP nie poruszano jednak tematyki PChN.

(akta kontroli str. 545-552, 736-741, 764-802)

3. Ogłoszenie o wykonaniu umowy<sup>61</sup> na produkcję materiałów audiowizualnych (filmów informacyjno-edukacyjnych o tematyce zdrowotnej, która została wykonana do 25 kwietnia 2024 r., zostało opublikowane w BZP 7 listopada 2024 r.<sup>62</sup>, tj. w trakcie kontroli.

(akta kontroli str. 579-630, 958-974, 987-997, 1026-1031)

Powyższe stanowiło naruszenie art. 448 upzp, zgodnie z którym zamawiający zamieszcza w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenie o wykonaniu umowy w terminie 30 dni od wykonania umowy.

W odpowiedzi na pytanie skierowane do Prezesa NFZ o przyczyny nieterminowego opublikowania w BZP ogłoszenia o wykonaniu umowy, Dyrektor Biura Komunikacji Społecznej i Promocji oświadczył jedynie, że brak informacji stwierdzono w trakcie kwerendy dokumentacji związanej

---

<sup>60</sup> Dalej: FOP.

<sup>61</sup> Umowa nr 112/2023 z 24 listopada 2023 r.

<sup>62</sup> Ogłoszenie nr 2024/BZP 00583831.

z postępowaniem, w związku z czym dokument został niezwłocznie sporządzony i przekazany do publikacji.

(akta kontroli str. 1015, 1022)

**OCENA CZĄSTKOWA**

NIK ocenia działania Centrali NFZ w obszarze działań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN jako nie w pełni wystarczające. W Centrali NFZ nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych i edukacyjnych mających za główny cel zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Działania odnoszące się do tej choroby były podejmowane jedynie incydentalnie i w wąskim wymiarze, w ramach działań promocyjno-edukacyjnych dotyczących opieki koordynowanej w POZ i programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Działania te były celowe, a wydatki z nimi związane zostały poniesione z zachowaniem zasad konkurencyjności. Ponadto, Centrala NFZ nie współpracowała z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Brak faktycznej współpracy Centrali NFZ z organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami w ramach działań promocyjnych i edukacyjnych związanych ze zwiększaniem świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN, NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

## **IV. Wnioski**

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

**Wnioski**

Podjęcie przez Centralę NFZ działań promocyjno-edukacyjnych mających bezpośrednio na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN, w tym w ramach współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora jednostki organizacyjnej 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  
wykorzystania uwag  
i wykonania  
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Kraków, 13 grudnia 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Krakowie

Dyrektor

Janusz Klimek

/podpisano elektronicznie/

*Kontrolerzy*

Andrzej Salwiński

specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Justyna Halberda-Wilk

specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Piotr Smyrak

główny specjalista kontroli  
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Zmian w wystąpieniu  
pokontrolnym dokonał:

Janusz Klimek

Dyrektor

Delegatury Najwyższej Izby Kontroli  
w Krakowie

/podpisano elektronicznie/