



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
DELEGATURA W WARSZAWIE

LWA.410.20.1.2024

Pani  
Katarzyna Słodka  
Dyrektor  
Mazowieckiego Oddziału  
Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
ul. Chałubińskiego 8  
00-613 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>1</sup> , ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa                                                                                                                                                                  |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Katarzyna Słodka, pełniąca obowiązki Dyrektora MOW NFZ od dnia 29 lutego 2024 r., a od 23 maja 2024 r. Dyrektor MOW NFZ.<br><br>W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Zbigniew Terek – w okresie od 1 września 2020 r. do 28 lutego 2024 r. |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | 1. Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami.<br><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>2</sup>                                                                                                                                                                                         |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Warszawie                                                                                                                                                                                                                               |
| Kontroler                           | Michał Wilkowicz, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LWA/126/2024 z 19 września 2024 r. oraz upoważnienie do kontroli nr LWA/145/2024 z 5 listopada 2024 r.                                                                                                       |

(akta kontroli str.1-16)

---

<sup>1</sup> Dalej: MOW NFZ lub Oddział

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia prawidłowo realizował działania związane z obsługą świadczeniodawców wnoszących i wykonujących świadczenia w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz w ramach budżetu powierzonym opieki koordynowanej, w zakresie badań umożliwiających wykrywanie przewlekłej choroby nerek. Działania te były prowadzone w oparciu o wewnętrzne uregulowania NFZ. Zapewniono warunki sprawnego procedowania wniosków oraz rozliczania realizacji świadczeń finansowanych ze środków NFZ. W efekcie zwiększała się dostępność do badań, w ramach których możliwe było wykrycie przewlekłej choroby nerek. Liczba świadczeniodawców, którzy byli realizatorami programu „Profilaktyka 40 PLUS” wzrastała w poszczególnych latach (ze 155 w 2021 r. do 219 w 2024 r.). Ogółem z tego programu skorzystało w woj. mazowieckim 410 633 osoby. Wskaźnik liczby osób korzystających z programu w stosunku do liczby uprawnionych w woj. mazowieckim wzrósł z 1,2 % w 2021 r. do 5,2 % w 2023 r.

Skuteczność działań organizacyjnych, podejmowanych w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami, była jednak ograniczona ze względu na brak działań promocyjnych i edukacyjnych służących zwiększeniu świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek. Wzrastająca w kontrolowanym okresie skala zachorowań w tym zakresie w województwie mazowieckim (18 255 przypadków w 2023 r. wobec 16 028 przypadków w 2021 r.) wskazuje – zdaniem NIK – na zasadność podjęcia działań oceniających potrzebę podjęcia przedsięwzięć promocyjnych i edukacyjnych w tym zakresie.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OBSZAR

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

#### Opis stanu faktycznego

Przewlekła choroba nerek (PChN) jest definiowana jako utrzymujące się przez minimum trzy miesiące nieprawidłowości czynnościowych lub struktur anatomicznych nerek, wyrażone podwyższonym stosunkiem albuminy do kreatyniny w moczu (wskaźnik ACR) lub obniżonym poniżej 60% normy współczynnikiem filtracji kłębuszkowej (eGFR).

Według danych przedstawionych przez Dyrektora MOW NFZ, w 2021 r. w województwie mazowieckim było 30 442 pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, natomiast w 2023 r. – 36 924. Liczba tych pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła odpowiednio 552 oraz 670. Najwięcej przypadków rozpoznania PCHN miało miejsce na poziomie POZ<sup>5</sup> (9 268 w 2021 r. oraz 10 688 w 2023 r.). Liczba hospitalizacji w 2021 r. wyniosła 5 756, a w 2023 r. – 5 428. Liczba świadczeniodawców wyniosła odpowiednio 723 oraz 737 i w całym okresie wskaźnik

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

<sup>4</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.

<sup>5</sup> Podstawowa opieka zdrowotna.

świadczeniodawców na 100 tys. ludności wynosił 13. Średni czas hospitalizacji wynosił w l. 2021-2023 r. 5,7-5,8.

Skala chorobowości rejestrowanej<sup>6</sup> wynosiła: 2021 r. – 31 176, 2023 r. – 37 822. Skala zapadalności rejestrowanej<sup>7</sup> wynosiła: 2021 r. – 16 028, 2023 r. – 18 255. Liczba zgonów wyniosła w 2021 r. 252, a w 2023 r. – 267.

Liczba stacji dializ na terenie woj. mazowieckiego w całym kontrolowanym okresie wynosiła 36, w tym było 17 stacji dializ otrzewnowych. Wszystkie stacje dializ realizowały hemodializoterapię (całodobowo). W MOW NFZ brak było danych o liczbie chorych korzystających z dializ w domu. W wyjaśnieniach Dyrektor MOW NFZ stwierdziła<sup>8</sup>, że całodobowe funkcjonowanie stacji dializ weryfikowane było podczas oceny ofert, przed zawarciem umów z podmiotami. Celem zapewnienia całodobowej opieki świadczeniodawcy wskazywali w ofertach dostępność miejsca w wymiarze 168 godzin tygodniowo (tj. 24h/dobę). Całodobowa dostępność do świadczeń monitorowana jest przez Oddział również w okresie realizacji umów, w ramach oceny wniosków o zmianach w potencjale zgłaszanych przez świadczeniodawców, jak również weryfikacji raportów z wykonania świadczeń. Ponadto Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że warunki umowy w zakresie hemodializoterapii, w tym również z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru, nie nakładają na świadczeniodawców obowiązku sprawozdawania danych dotyczących odległości na jakie transportowani są pacjenci, ani informacji o czasie transportu. Zatem, Oddział nie gromadzi, ani nie przetwarza informacji w tym zakresie i nie były one przedmiotem wymiany informacji z Centralą Funduszu oraz Ministerstwem Zdrowia. Według ww. wyjaśnień usługa transportu sanitarnego jest usługą towarzyszącą, realizowaną w ramach kompleksowości udzielanych świadczeń. Świadczeniodawca zobowiązany jest do jej zapewnienia, zgodnie z uzasadnionymi medycznie potrzebami pacjentów.

(akta kontroli str.33, 579-580)

W wyjaśnieniach Dyrektor MOW NFZ stwierdziła<sup>9</sup>, że konkurs ofert w zakresie dializoterapii otrzewnowej prowadzony był w 2017 r. Zawarto wówczas umowy na realizację świadczeń z 17 stacjami dializ na terenie Mazowsza. W latach 2021-2023 pomimo średniego wykonania oscylującego w okolicy 80%, kontrakty pierwotne były systematycznie zwiększane w stacjach, w których odnotowano nadwykonania (w roku 2021 i 2022 były to 4 stacje dializ, w roku 2023 - 3 stacje). Na rok 2024 kontrakty pozostały na poziomie roku 2023. Liczba pacjentów objętych świadczeniem w poszczególnych latach wynosi od 139 do 164. Ze względu na utrzymujący się brak realizacji świadczeń w 2023 r. rozwiązano umowę na dwa miejsca wykonywania świadczeń (w Płońsku i Sochaczewie). Jako powód braku realizacji świadczeń podmiot wskazał małe zainteresowania pacjentów tą formą leczenia oraz problem wszczepiania cewników do dializy otrzewnowej w szpitalach, zaś we wniosku o rozwiązanie umowy wskazano również na brak perspektyw rozwoju tej metody leczenia. Ponieważ od momentu przeprowadzenia konkursu ofert do dnia dzisiejszego żaden podmiot leczniczy nie złożył wniosku o wszczęcie postępowania konkursowego w tym zakresie świadczeń, jak również z uwagi na stosunkowo niski poziom realizacji kontraktów przez podmioty posiadające zawarte umowy w zakresie dializoterapii otrzewnowej, podejmowanie przez Oddział działań mających na celu zwiększanie wartości kontraktów – według ww. wyjaśnień – nie znajdowało podstaw. W wyjaśnieniach wskazano również, że do Oddziału nie wpływały skargi pacjentów na brak dostępności do tych świadczeń.

<sup>6</sup> Liczba istniejących, rejestrowanych przypadków.

<sup>7</sup> Liczba zarejestrowanych w danym roku przypadków.

<sup>8</sup> Pismo znak NFZ07-WSOZ-DLS.4011.120.2024 z dnia 18 listopada 2024 r.

<sup>9</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 3 grudnia 2024 r.

### **Zadania związane z realizacją programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w zakresie dotyczącym PChN**

Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”<sup>10</sup> został przyjęty *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”*<sup>11</sup>. Jego celem jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40 roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych (§ 2 ww. rozporządzenia). Wśród badań wskazanych w załączniku do rozporządzenia znalazło się badanie poziomu kreatyniny we krwi, na podstawie którego można obliczyć wielkość przesączania kłębuszkowego (eGFR), co pozwala na wczesne rozpoznanie PChN.

Program był realizowany od 1 lipca 2021 r.

Realizatorem programu pilotażowego jest świadczeniodawca, który spełnił warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia oraz złożył wniosek o zawarcie umowy o jego realizację do NFZ (§ 8 rozporządzenia).

Załącznik nr 2 do *rozporządzenia w sprawie Programu* zawiera ceny jednostkowe badań diagnostycznych objęte Programem pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS”. Przykładowo, koszt badania poziomu kreatyniny we krwi wynosi 5,49 zł.

Zarządzeniem Nr 109/2021/Bpz z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”<sup>12</sup>, Prezes NFZ określił tryb zawierania umów o realizację Programu, wzór umowy oraz warunki realizacji umów. Szczegółowy tryb postępowania w sprawie zawarcia ww. umów został określony w opracowanej w Centrali NFZ *Procedurze postępowania w sprawie zawarcia umów o realizację programu pilotażowego*.

Od początku realizacji Programu złożono 442 wnioski o zawarcie umowy w ramach Programu „Profilaktyka 40 PLUS”, z czego 320 wniosków rozpatrzono i oceniono pozytywnie, a następnie zawarto odpowiednie umowy. Pięć wniosków zostało wycofanych. W przypadku dwóch wniosków, po pozytywnym ich rozpatrzeniu i wyrażeniu zgody przez Dyrektora MOW NFZ na zawarcie umów, nie zawarto umów ze względu na rezygnację wnioskodawców.

Liczba świadczeniodawców, którzy złożyli wniosek o zawarcie umowy na realizację Programu, wyniosła w poszczególnych latach 2021-2024 odpowiednio: 173, 53, 62 oraz 22 (do końca września). Liczba świadczeniodawców, którzy byli realizatorami Programu, w poszczególnych latach wyniosła odpowiednio: 155, 182, 208, 219. Ogółem z Programu skorzystało w woj. mazowieckim 410 633 osoby (w tym 244 046 kobiet i 166 587 mężczyzn). W kolejnych latach wskaźnik liczby osób korzystających z Programu w stosunku do liczby uprawnionych w woj. mazowieckim wzrastał z 1,2 % w 2021 r. do 5,2 % w 2023 r. W ramach Programu wykonano badanie poziomu kreatyniny we krwi 404 631 osobom. W tym samym okresie liczba osób, u których wykonano badanie poziomu kreatyniny we krwi (także poza Programem) wyniosła 4 540 788.

Liczba osób, u których w ciągu 12 miesięcy po przeprowadzeniu badania poziomu kreatyniny w ramach Programu, w trakcie wizyty w POZ stwierdzono rozpoznanie choroby N18 lub N19, wyniosła 4 814. U 767 osób w ciągu 12 miesięcy po

---

<sup>10</sup> Dalej również: Program.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 549, ze zm. Dalej: *rozporządzenie w sprawie Programu*.

<sup>12</sup> Biul. Inf. NFZ. poz. 109 ze zm.

przeprowadzeniu badania poziomu kreatyniny w ramach Programu, stwierdzono rozpoznanie choroby N18 lub N19 w trakcie wizyty w AOS<sup>13</sup>.

W ramach Programu do końca września 2024 r. środki przekazane świadczeniodawcom z tytułu umów o realizację Programu, zawartych przez MOW NFZ, wyniosły ogółem 34 558 308 zł. Z tego 2 647 837 zł świadczeniodawcy zwrócili.

(akta kontroli str. 35, 51-77, 553-576, 595)

Według § 7 ust. 1 zarządzenia nr 109/2021/Bpz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, w przypadku pozytywnej oceny wniosku, dyrektor oddziału Funduszu ustala z wnioskodawcą kwotę zobowiązania na okres realizacji pilotażu. Dyrektor MOW NFZ stwierdziła w wyjaśnieniach<sup>14</sup>, że w 2021 r. zgodnie z sugestią Centrali NFZ, kwoty zobowiązań w umowach zostały wskazane na poziomie 10 000,00 zł (jako pakiet startowy). Przy obliczaniu proponowanych warunków finansowania świadczeń w 2022 r. (I półrocze) wzięto pod uwagę: przekazane przez Biuro Profilaktyki Zdrowotnej Centrali NFZ dane o liczbie skierowań pobranych przez świadczeniodawców do realizacji w bieżącym roku, liczbę miejsc udzielania świadczeń w umowie, wyliczony przez ww. Biuro uśredniony koszt badań na 1 skierowanie (110 zł). Propozycje przygotowano w oparciu o następujące założenia: przy wykonaniu do 100 skierowań na 1 m.u.ś.<sup>15</sup> – kwota finansowania 15 000 zł x liczba m.u.ś.; przy wykonaniu od 101 do 200 skierowań na 1 m.u.ś. – kwota finansowania 30 000 zł x liczba m.u.ś.; przy wykonaniu powyżej 200 skierowań na 1 m.u.ś. – kwota finansowania 45 000 zł x liczba m.u.ś. Po przedłużeniu terminu trwania pilotażu do 31 grudnia 2022 r. warunki na okres lipiec-grudzień 2022 r. zostały przygotowane na podstawie wartości pierwotnych umów w I półroczu br. z uwzględnieniem 3 nadwykonań i zwiększenia wartości umów wynikających z dodania nowych miejsc udzielania świadczeń w trakcie trwania umowy w I półroczu 2022 r. W 2023 r. proponowane warunki finansowe zostały przygotowane na podstawie analizy wykonania świadczeń w okresie od stycznia do października 2022 r. oraz przy założeniu średniego kosztu realizacji e-skierowania na poziomie 110 złotych, oszacowanego przez Centralę NFZ w 2021 r. W związku z brakiem zmian w wycenie badań określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, powyższy szacunek pozostał aktualny. Zgodnie z wynikami analizy, średnia miesięczna liczba osób przebadanych w programie w okresie styczeń-październik 2022 r. w przeliczeniu na 1 m.u.ś. wyniosła 13 osób. Powyższa realizacja transponowana na 12 miesięcy, przy ww. średnim koszcie realizacji skierowania, daje rocznie kwotę 17 160 złotych (po zaokrągleniu – 17 000 zł). Ze względu na zróżnicowanie poziomu realizacji świadczeń oraz odnotowywane braki w sprawozdawczości u części podmiotów, uzasadniane względami technicznymi, zaproponowano: dla podmiotów, które nie przekazały danych z realizacji umowy z przyczyn technicznych oraz takich, których wykonanie w okresie styczeń-październik 2022 r. ekstrapolowane na 12 miesięcy nie przekracza wartości średniej po zaokrągleniu - 17 000,00 zł na m.u.ś.; dla podmiotów, których realizacja w okresie styczeń-październik 2022 r. ekstrapolowana na 12 miesięcy przekracza kwotę 17 000 zł na m.u.ś. – wartość umowy według wykonania. W II półroczu 2023 r. w związku przepisami zarządzenia nr 106/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lipca 2023 r. zmieniającego zarządzenie nr 109/2021/BPZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”,

<sup>13</sup> Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

<sup>14</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 3 grudnia 2024 r.

<sup>15</sup> miejsce udzielania świadczeń.

wprowadzającymi do umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” zmiany wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz.U. z 2023 r. poz. 1239), w tym: wydłużenie do dnia 30 czerwca 2024 r. okresu realizacji programu, nowe ceny jednostkowe świadczeń wykonywanych w programie, uwzględniające wzrost, zgodnie z rekomendacją nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej - zwiększono środki finansowe w umowach na okres II półrocza 2023 r. o połowę wartości (50%) z 10% rocznej kwoty zobowiązania, celem pokrycia skutków wzrostu wyceny świadczeń w programie i utrzymania dotychczasowego poziomu ich wykonywania oraz poprawy płynności finansowania, kwota na 1 muś w nowych umowach została podwyższona proporcjonalnie do ww. wzrostu z 17 000,00 zł do 17 850,00 zł. W 2024 r. (I i II półrocze) utrzymano metodologię z 2023 r. z uwzględnieniem analizy realizacji świadczeń w okresie styczeń-październik 2023 r. (dla I półrocza) i w okresie styczeń maj 2024 r. (dla II półrocza) oraz przy założeniu średniego kosztu realizacji e-skierowania na poziomie 115,50 zł. (uśredniony koszt badań na 1 e-skierowanie uwzględniający wzrost wyceny świadczeń z 2023 r., wynikający z rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej). Każdorazowe ustalanie warunków finansowania i metodologii podziału środków finansowych odbywało się w drodze wniosku do Dyrektora Funduszu o akceptację zaproponowanego sposobu postępowania. Zaznaczenia wymaga, że świadczenia w programie finansowane są w sposób nielimitowy. Zgodnie z § 4 ust. 8 umowy o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po miesiącu, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulega kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy. Po złożeniu wniosku przez świadczeniodawcę, w oparciu o dane widoczne w systemie informatycznym występowałismy do Dyrektora MOW NFZ o zgodę na zwiększenie kwoty zobowiązania Funduszu o wartość świadczeń ponadlimitowych co ma odzwierciedlenie w zawartym aneksie lub ugodzie pozasądowej (ugoda po upływie 45 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego).

Zgodnie z § 3 ust. 5 zarządzenia nr 109/2021/Bpz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, umowa obowiązuje od dnia, w którym została zawarta, a termin końcowy umowy był determinowany terminem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” i implementowany do umów w drodze aneksów. Od początku realizacji Programu (1 lipca 2021 r.) termin jego realizacji pierwotnie przewidziany do 31 grudnia 2021 r. był zmieniany pięciokrotnie, aktualnie obowiązuje on do 31 grudnia 2024 r. (*rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”<sup>16</sup>*).

Warunki finansowania świadczeń określone są w § 4 umowy o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Zgodnie z § 4 ust. 8 umowy, w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 3, przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po miesiącu, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulega kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy. Dyrektor MOW NFZ w wyjaśnieniach stwierdziła<sup>17</sup>, że proces rozliczania świadczeń w ramach Programu jest realizowany

<sup>16</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 932.

<sup>17</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 3 grudnia 2024 r.

przez świadczeniodawcę przy wykorzystaniu aplikacji gabinet.gov, w której wprowadzane są wykonane badania. Następnie świadczeniodawca w tej aplikacji generuje raport z wykonanych badań, który jest automatycznie przesyłany przez Centrum e-Zdrowie (CeZ) na serwer NFZ. Przesyłane raporty sprawozdawcze podlegają automatycznej weryfikacji regułami walidacyjnymi opracowanymi przez CeZ oraz Centralę NFZ. Zakwestionowane w trakcie weryfikacji świadczenia nie podlegają rozliczeniu do czasu wyeliminowania błędów sprawozdawczych przez świadczeniodawcę. Informacja o pozytywnej weryfikacji danych sprawozdawczych oraz o liczbie możliwych do rozliczenia badań wraz z wartością, na jaką świadczeniodawca może wystawić rachunek, jest przekazywana za pośrednictwem portalu SZOI. Na tej podstawie świadczeniodawca wystawia i przesyła rachunek do MOW NFZ. Kolejnym etapem weryfikacji jest sprawdzenie, czy ilość badań oraz wartość rachunku jest zgodna z danymi przekazanymi w raporcie. Po pozytywnej weryfikacji informacji następuje zatwierdzenie rachunku i przekazanie do płatności.

Zgodnie z zapisami zarządzenia nr 109/2021/Bpz Prezesa NFZ z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” płatność za wykonane i sprawozdane świadczenia następowała na podstawie wystawionej przez Świadczeniodawcę faktury przekazanej do właściwego oddziału Funduszu w terminie do 10 dnia następnego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

(akta kontroli str. 585-594)

Szczegółowa kontrola objęła postępowania zakończone pozytywnym rozpatrzeniem wniosków, dotyczące następujących świadczeniodawców (kody świadczeniodawców):

70001726

70400231

70061746

70001823

70300644

70001023

70002708

70604568

70000999

70100360

70000987

70604104

Podmioty, objęte szczegółową kontrolą, łącznie dysponowały następującą liczbą miejsc udzielania świadczeń (punktów pobrań materiałów do badań): w 2021 r. – 36, w 2022 r. – 37, w 2023 r. – 54, w 2024 r. (stan na wrzesień) – 55. Liczba osób, które skorzystały z badań w ramach Programu "Profilaktyka 40PLUS", wyniosła w tych latach 30 140, z tego badania kreatyniny wykonały 30 022 osoby. Kwota płatności ww. świadczeniodawcom z tytułu realizacji badań w ramach Programu wyniosła 2 810 393,21 zł, w tym płatności za badania poziomu kreatyniny we krwi wynosiły szacunkowo 161 582,34 zł<sup>18</sup>. Kwoty płatności z tytułu realizacji Programu we wszystkich skontrolowanych przypadkach nie przekroczyły maksymalnej kwoty

---

<sup>18</sup> Wartość szacowana na podstawie liczby przeprowadzonych badań według danych sprawozdanych do systemu informatycznego NFZ, przy uwzględnieniu ceny wynikającej z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”.



zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w poszczególnych umowach.

(akta kontroli str. 595)

Umowa Nr 07-00-01726-21-44/06/07R-3-30074-18-08-2021, zawarta w dniu 20 lipca 2021 r. ze świadczeniodawcą (kod 70001726), określiła maksymalną kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji przedmiotu umowy w okresie od 8 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. na 10 tys. zł. W aneksie, zawartym w dniu 14 lutego 2022 r., maksymalną kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji przedmiotu umowy w okresie od 8 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. zmieniono z 10 tys. zł na 28 866,27 zł. Aneksem, zawartym w dniu 27 czerwca 2024 r., postanowiono, że § 7 ust. 1 umowy otrzymuje brzmienie: „Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 8 lipca 2021 r. do dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego, o którym mowa w rozporządzeniu pilotażowym”. W kwestii zmiany maksymalnej kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji przedmiotu umowy w okresie od 8 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. z 10 tys. zł na 28 866,27 zł aneksem, zawartym już po tym okresie (aneks zawarto w dniu 14 lutego 2022 r.), Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła<sup>19</sup>, że rozliczenie realizacji umowy za 2021 r. zostało dokonane zgodnie z § 27 ust. 2 *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>20</sup>, zgodnie z którym rozliczenie wykonania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu. Zmiana finansowania wynikała z procesu rozliczenia umów za 2021 r. na podstawie Zarządzenia nr 14/2022 z 1 lutego 2022 r. Dyrektora Mazowieckiego OW NFZ w sprawie wprowadzenia Zasad przeprowadzenia procesu rocznego rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i realizację programów pilotażowych za 2021 r.

(akta kontroli str.89-153, 585-594)

Umowa Nr 07-03-00644-21-46/06/07R-6-40349-18-08-2021, zawarta w dniu 20 lipca 2021 r. ze świadczeniodawcą (kod 70300644), określiła maksymalną kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji przedmiotu umowy w okresie od 10 sierpnia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. na 10 tys. zł. W aneksie, zawartym w dniu 14 lutego 2022 r., maksymalną kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji przedmiotu umowy w okresie od 10 sierpnia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. zmieniono na 38 680,05 zł. W kwestii zmiany maksymalnej kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji przedmiotu umowy w okresie od 10 sierpnia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. z 10 tys. zł na 38 680,05 zł aneksem, zawartym już po tym okresie (aneks zawarto w dniu 14 lutego 2022 r.), Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła<sup>21</sup>, że rozliczenie realizacji umowy za 2021 r. zostało dokonane zgodnie z § 27 ust. 2 *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, zgodnie z którym rozliczenie wykonania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu. Zmiana finansowania wynikała z procesu rozliczenia umów za 2021 r. na podstawie Zarządzenia nr 14/2022 z 1 lutego 2022 r. Dyrektora Mazowieckiego OW NFZ w sprawie wprowadzenia Zasad przeprowadzenia procesu rocznego rozliczenia umów

<sup>19</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 3 grudnia 2024 r.

<sup>20</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

<sup>21</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 3 grudnia 2024 r.

*o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i realizację programów pilotażowych za 2021 r.*

(akta kontroli str.155-206, 585-594)

Umowa Nr 07-00-01023-21-09/06/07R-1-00066-18-08-2021, zawarta w dniu 4 sierpnia 2021 r. ze świadczeniodawcą (kod 70001023), została zawarta na okres od 26 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. W kwestii, dlaczego okres obowiązywania umowy zaczynał się od dnia 26 lipca 2021 r., skoro umowa została zawarta w dniu 4 sierpnia 2021 r., Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła<sup>22</sup>, że § 3 ust. 5 zarządzenia nr 109/2021/Bpz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” stanowi, że umowa obowiązuje od dnia, w którym została zawarta, jednak nie wcześniej niż od 1 lipca 2021 r. Zgodnie z dyspozycją Centrali NFZ przekazaną w korespondencji mailowej z dnia 28 czerwca 2021 r., przy podpisywaniu umów wprowadzone zostaje odstępstwo od procedury postępowania w sprawie zawarcia umów o realizację programu pilotażowego wersja 1.2, wprowadzonej na podstawie pisma o sygn.: BPZ.401.70.2021 w części dotyczącej sposobu zawierania umowy tj. pkt. 4.5 „Po podpisaniu umowy przez wnioskodawcę, umowa zostaje podpisana przez Dyrektora OW. Wnioskodawca otrzymuje jeden egzemplarz umowy wraz z załącznikami do umowy”. Do procesu podpisywania umów w systemie informatycznym oddziałów wdrożono podpisywanie umów w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem podpisu cyfrowego. W tym procesie pierwszy podpis składany jest w imieniu Funduszu, dokument z podpisem w imieniu Funduszu jest udostępniany na portalu i jako drugi podpis składa świadczeniodawca. Proces ten stosowany jest we wszystkich umowach, również w przypadku wniosków w programach pilotażowych, pomimo istnienia takiego zapisu w ww. procedurze. Udostępniając świadczeniodawcy do podpisu umowę, opatrzoną podpisem Dyrektora Oddziału wymagane jest wskazanie terminu jej obowiązywania, uwidocznionego w §7 ust. 1 umowy, w tym przypadku od 26.07.2021 r. Data 4 sierpnia 2021 r. wynika z jej podpisania przez świadczeniodawcę i zwrotu w tym terminie. Ponadto uwzględniając, że umowa po stornie świadczeniodawcy została podpisana w wersji papierowej, wyegzekwowanie jej dostarczenia w dniu, od którego literalnie obowiązuje w §7 ust. 1, było niemożliwe.

(akta kontroli str. 207-240, 585-594)

Dwa podmioty (świadczeniodawcy kody 70000987 i 70604104), po złożeniu wniosków (odpowiednio w dniach 5 sierpnia 2021 r. oraz 11 sierpnia 2021 r.), a następnie pozytywnym ich rozpatrzeniu i wyrażeniu zgody przez Dyrektora MOW NFZ na zawarcie umów, zrezygnowały z podpisania umów. Pierwszy z nich w piśmie z 22 listopada 2021 r. poinformował MOW NFZ, że jest zmuszona zrezygnować z zawarcia umowy z uwagi na problemy techniczne w zakresie możliwości rozliczenia wykonania świadczeń realizowanych w Programie. Drugi poinformował w niedatowanym piśmie, że rezygnuje z podpisania umowy „z powodu braku możliwości technicznych realizacji programu”.

(akta kontroli str.241-256)

Spośród sześciu odrzuconych wniosków w sprawie zawarcia umowy o realizację Programu, poddanych szczegółowej kontroli, przyczyny odrzucenia były następujące:

Wniosek z 29 czerwca 2021 r. (świadczeniodawca kod 70300493) – rozpatrzony i oceniony negatywnie w dniu 2 lipca 2021 r. z powodu złożenia wniosku niezgodnie ze wzorem określonym w Zarządzeniu nr 109/2021/BPZ Prezesa NFZ z dnia 18 czerwca 2021 r. W zawiadomieniu o negatywnej ocenie wniosku stwierdzono, że ponadto do

<sup>22</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 3 grudnia 2024 r.

wniosku nie załączono kopii umowy z podwykonawcą, zawierającej zastrzeżenie o prawie NFZ do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy na zasadach określonych w ustawie. Zespół oceniający ww. wniosek odstąpił od wezwania wnioskodawcy o uzupełnienie braków formalnych z uwagi na „niespełnienie wymogów bezwzględnych, niepodlegających uzupełnieniu – dostarczenie brakujących dokumentów formalnych nie miałyby bowiem wpływu na ocenę wniosku”.

(akta kontroli str.257-272)

Wniosek z 29 czerwca 2021 r. (świadczeniodawca kod 70061071) – rozpatrzony i oceniony negatywnie w dniu 2 lipca 2021 r. W uzasadnieniu wskazano jako powód „wskazanie we wniosku miejsc udzielania świadczeń z adresem siedziby spółki co nie jest uwidocznione w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr księgi 000000007384”.

(akta kontroli str.273-282)

Wniosek z 6 lipca 2021 r. (świadczeniodawca kod 70605172) – rozpatrzony i oceniony negatywnie w dniu 8 lipca 2021 r. W zawiadomieniu o negatywnej ocenie wniosku stwierdzono, że powodem było wskazanie miejsca udzielania świadczeń w komórce posiadającej niewłaściwą specjalność (należało wskazać komórkę organizacyjną, widniejącą w księdze rejestrowej podmiotu, posiadająca specjalność 7110-punkt pobrań materiałów do badań lub 9450-gabinet diagnostyczno-zabiegowy), a także brak oświadczenia wnioskodawcy zgodnego ze wzorem określonym w *Zarządzeniu nr 109/2021/BPZ Prezesa NFZ z dnia 18 czerwca 2021 r.* Zespół oceniający ww. wniosek odstąpił od wezwania wnioskodawcy o uzupełnienie braków formalnych z uwagi na „niespełnienie wymogów bezwzględnych, niepodlegających uzupełnieniu – dostarczenie brakujących dokumentów formalnych nie miałyby bowiem wpływu na ocenę wniosku”.

(akta kontroli str. 283-292)

Wniosek z 17 stycznia 2022 r. (świadczeniodawca kod 70606811) – rozpatrzony i oceniony negatywnie w dniu 21 stycznia 2022 r. W zawiadomieniu o negatywnej ocenie wniosku stwierdzono, że powodem był brak sprzętu wymaganego do realizacji umowy (brak taśmy antropometrycznej). Ponadto wskazano na niekompletną kopię umów z podwykonawcami (brak było załącznika z wykazem badań będących przedmiotem umowy) oraz na fakt, że z umów z podwykonawcami musi wynikać, że pobranie materiału wykonywane jest w miejscu, na które został złożony wniosek. Zespół oceniający ww. wniosek odstąpił od wezwania wnioskodawcy o uzupełnienie braków formalnych z uwagi na „niespełnienie wymogów bezwzględnych, niepodlegających uzupełnieniu – dostarczenie brakujących dokumentów formalnych nie miałyby bowiem wpływu na ocenę wniosku”.

(akta kontroli str. 293-304)

Wniosek z 10 sierpnia 2022 r. (świadczeniodawca kod 70300053) – rozpatrzony i oceniony negatywnie w dniu 10 sierpnia 2022 r. W zawiadomieniu o negatywnej ocenie wniosku stwierdzono, że powodem było wskazanie miejsca udzielania świadczeń w komórce posiadającej niewłaściwą specjalność (należało wskazać komórkę organizacyjną, widniejącą w księdze rejestrowej podmiotu, posiadająca specjalność 7110-punkt pobrań materiałów do badań lub 9450-gabinet diagnostyczno-zabiegowy), a także brak wymaganego sprzętu. Wskazano też brak dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń oraz kopii umowy z podwykonawcą, zawierającej zastrzeżenie o prawie NFZ do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy na zasadach określonych

w ustawie. Zespół oceniający ww. wniosek odstąpił od wezwania wnioskodawcy o uzupełnienie braków formalnych z uwagi na „niespełnienie wymogów bezwzględnych, niepodlegających uzupełnieniu – dostarczenie brakujących dokumentów formalnych nie miałoby bowiem wpływu na ocenę wniosku”. Zawiadomienie o negatywnej decyzji zostało doręczone wnioskodawcy w dniu 23 sierpnia 2022 r.

(akta kontroli str. 305-318)

Wniosek z dnia 30 marca 2022 r. (świadczeniodawca kod 70000999) – rozpatrzony i oceniony negatywnie w dniu 11 kwietnia 2022 r. Powodem było nieprzedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienie ich w terminie (brak elektronicznej wersji formularza uniemożliwiało dalsze procedowanie wniosku). Zawiadomienie o negatywnej decyzji zostało doręczone wnioskodawcy w dniu 14 kwietnia 2022 r.

Wniosek z dnia 29 lipca 2022 r. (świadczeniodawca kod 70000999) – rozpatrzony i oceniony negatywnie w dniu 1 sierpnia 2022 r. W zawiadomieniu o negatywnej ocenie wniosku stwierdzono, że powodem był brak wymaganego sprzętu, ponadto brak kopii umowy z podwykonawcą (załączona kopia umowy dotyczyła błędnie usług medycznych w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych), brak kopii polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zespół oceniający ww. wniosek odstąpił od wezwania wnioskodawcy o uzupełnienie braków formalnych z uwagi na „niespełnienie wymogów bezwzględnych, niepodlegających uzupełnieniu – dostarczenie brakujących dokumentów formalnych nie miałoby bowiem wpływu na ocenę wniosku”. Zawiadomienie o negatywnej decyzji zostało doręczone wnioskodawcy w dniu 3 sierpnia 2022 r.

(akta kontroli str. 319-344)

Zawiadomienia o negatywnej ocenie ww. wniosków wraz z uzasadnieniem zostały przekazane wnioskodawcom.

(akta kontroli str. 345-358)

Według wyjaśnień zarządzających podmiotami, których wnioski były objęte kontrolą, istnieje możliwość rejestracji pacjentów do Programu w inny sposób niż z wykorzystaniem IKP, w tym zapis w rejestracji (podczas zapisów do lekarzy), podczas wizyty lekarskiej, telefonicznie (w tym zwracanie się do pacjentów po ukończonym 40 rokiem życia), podczas zabiegów zleconych, w punkcie pobrań (podczas pobierania materiału do badań), poprzez portal Gabinet GOV.pl.

W kwestii formy odbierania przez pacjenta wyników przeprowadzonych badań profilaktycznych świadczeniodawcy poinformowali, że pacjent po każdym z przeprowadzonych badań otrzymuje kod do odbioru wyników w formie elektronicznej, istnieje również możliwość zgłoszenia się do rejestracji przychodni i uzyskanie wyniku w formie papierowej. W jednym przypadku była też możliwość odbioru w wynicomacie znajdującym się na terenie przychodni.

W kwestii sposobów informowania pacjentów w przypadku, gdy wyniki poszczególnych badań w ramach Programu odbiegały od normy, wyjaśniono, że odbywa się to w formie telefonicznej.

Świadczeniodawcy poinformowali, że informowali pacjentów o możliwości konsultowania wyników badań uzyskanych w ramach Programu.

W kwestii ewentualnych uwag do Programu, świadczeniodawcy wskazali, że:

- Program powinien być kontynuowany ze względu na możliwość cyklicznej kontroli stanu zdrowia pacjentów bez konieczności korzystania z wizyt lekarskich w przypadku chęci otrzymania skierowania na badania. Program ten powinien być poszerzony o dodatkowe badania takie jak np. TSH,
- należy zwrócić uwagę na osoby starsze, które mają problem z dostępem do internetu, brak wiedzy i umiejętności korzystania z urządzeń,
- warto byłoby rozszerzyć profilaktykę przeciwnowotworową.

(akta kontroli str. 359-366)

### **Zadania związane z wdrażaniem grupy dziedzinowej w zakresie nefrologia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej<sup>23</sup>**

Od 1 października 2022 r. lekarze pierwszego kontaktu w placówkach POZ mogą realizować świadczenia zdrowotne w nowym modelu zwanym opieką koordynowaną. Opieka koordynowana obejmuje pacjentów chorych przewlekle oraz leczonych w placówkach POZ. W ramach opieki koordynowanej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zajmuje się profilaktyką, diagnozowaniem, leczeniem i edukacją pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny. Od 1 listopada 2023 r., w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej<sup>24</sup>, do wykazu świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej POZ wprowadzono grupę dziedzinową - nefrologia.

W okresie objętym kontrolą 50 świadczeniodawców złożyło wnioski o zawarcie umowy na grupę dziedzinową nefrologia w BPOK. Wszystkie wnioski zostały ocenione pozytywnie i w efekcie zawarto umowy.

Szczegółowa kontrola objęła postępowania dotyczące następujących świadczeniodawców (kody świadczeniodawców):

70001726 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 17 listopada 2023 r.),

70001743 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 9 listopada 2023 r.),

70400231 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 10 listopada 2023 r.),

70600556 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 20 listopada 2023 r.),

70061746 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 7 grudnia 2023 r.),

70001823 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 11 grudnia 2023 r.),

70000970 (wniosek o zawarcie umowy o wykonywanie świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej, z uwzględnieniem dziedziny nefrologia, z dnia 11 grudnia 2023 r.),

70300644 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 13 grudnia 2023 r.),

<sup>23</sup> Dalej: BPOK.

<sup>24</sup> Dz.U. poz. 2226.

70001023 (wniosek o zawarcie umowy o wykonywanie świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej, z uwzględnieniem dziedziny nefrologia),

70002708 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 9 stycznia 2024r.),

70604568 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 8 stycznia 2024 r.),

70000999 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 15 stycznia 2024 r.),

70100360 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 6 lutego 2024 r.),

70001492 (wniosek o zawarcie umowy o wykonywanie świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej, z uwzględnieniem dziedziny nefrologia, z dnia 6 lutego 2024 r.),

70001491 (wniosek o rozszerzenie zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej o dziedzinę nefrologia z dnia 15 stycznia 2024 r.).

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła<sup>25</sup>, że wartość poszczególnych umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie BPOK wyliczana jest przez Oddział przy wykorzystaniu kalkulatora przygotowanego i przekazanego przez Centralę NFZ pismem z 12 października 2022 r. Przy ustalaniu wartości kwoty zobowiązania z tytułu realizacji umowy w zakresie BPOK, w kalkulatorze wskazywany jest podmiot, wielkość populacji objętej opieką lekarza POZ i struktura wiekowa oraz odpowiednio do przedziału wiekowego – stawka za osobę. Miesięczną kwotę zobowiązania wylicza się wybierając w kalkulatorze grupy dziedziny, o które wnioskuje świadczeniodawca. Wartość kwoty zobowiązania uwzględniona w umowie stanowi iloczyn kwoty miesięcznej i liczby okresów sprawozdawczych objętych przedmiotem umowy w zakresie BPOK w okresie rozliczeniowym (roku). Przyjęto zasadę, że całość wyliczonej wartości kwoty zobowiązania ujmuje się w planie rzeczowo-finansowym umowy dla pierwszego miesiąca okresu rozliczeniowego, celem zapewnienia, w jak najdłuższym okresie, płynności procesu rozliczenia świadczeń. Wartość kwoty zobowiązania podlega zmianie na wniosek świadczeniodawcy, po jej wyczerpaniu. Przy rozszerzaniu BPOK o nową grupę dziedziny wartość miesięczną kwoty zobowiązania ze zmianą, wylicza się z uwzględnieniem grup dotychczas objętych umową. Przy określaniu kwoty, nie sumuje się kwot dla poszczególnych grup dziedziny.

(akta kontroli str. 37-40, 603-608)

Zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 6 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*<sup>26</sup> świadczeniodawcy wskazali do realizacji przedmiotowych świadczeń lekarzy specjalistów oraz zapewnili o dostępności do wymaganych badań diagnostycznych. Ww. wnioski zostały rozpatrzone pozytywnie. Nowa ścieżka nefrologia została dodana w umowach bez zmiany kwot zobowiązania na rok, w którym złożono wniosek o rozszerzenie zakresu świadczeń o dziedzinę nefrologia (ze względu na niepełne wykorzystanie środków finansowych przyznanych w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej w danym roku), za wyjątkiem jednej umowy, w przypadku której rozszerzenie zakresu o tę dodatkową ścieżkę

<sup>25</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 9 grudnia 2024 r.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1427 ze zm.

skutkowało wzrostem kwoty zobowiązania w umowie na okres do końca 2023 r. o 1 556,00 zł.

W 2024 r. budżet powierzony opieki koordynowanej został zwiększony w poszczególnych umowach z ww. świadczeniodawcami.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła<sup>27</sup>, że zakres BPOK został rozszerzony o grupę dziedzinną nefrologia od listopada 2023 r. W Oddziale pierwszy aneks wprowadzający grupę do zakresu BPOK zawarty został z terminem obowiązywania od 1 grudnia 2023 r. Zgodnie z wytycznymi, dotyczącymi ustalania kwot zobowiązania w umowach POZ w zakresie BPOK, przesłanymi pocztą e-mail z 21 listopada 2023 r., w sytuacji, gdy świadczeniodawca wnioskuje o rozszerzenie zakresu BPOK o grupę dziedzinną nefrologia: nie posiada w umowie grupy dziedzinną pulmonologia, kwota zobowiązania wyliczana jest przy wykorzystaniu ww. kalkulatora, w którym w module grupa dziedzinną, wskazując się pulmonologię; w przypadku posiadania w umowie grupy dziedzinną pulmonologia, kwota zobowiązania w umowie pozostaje bez zmian.

Wartość umów z podmiotami, objętymi w tym obszarze badanie, w części dotyczącej BPOK wyniosła w latach 2023-2024 odpowiednio 8 139 039,85 zł oraz 12 713 354,06 zł. Kwota faktycznej płatności z tytułu umowy w części dotyczącej BPOK wyniosła odpowiednio 6 452 769,50 zł oraz 9 246 117,46 zł. Wartość świadczeń dotyczących dziedziny nefrologia w ramach BPOK wyniosła odpowiednio 4 531,60 zł oraz 186 760,35 zł. W 2023 r. ze świadczeń w ramach BPOK w dziedzinie nefrologia skorzystało 26 osób, a w 2024 r. – 812.

Dziewięć podmiotów spośród objętych szczegółowymi badaniami zwróciło się w 2024 r. o zapłatę z tytułu wykonania ponad limit świadczeń w ramach BPOK.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła<sup>28</sup>, że weryfikacja wykonania świadczeń ponad limit w zakresie BPOK odbywa się na podstawie analizy danych sprawozdawczych z realizacji świadczeń w tym zakresie. Wartości zwiększeń zostały wyliczone na podstawie poprawnie zweryfikowanych świadczeń, indywidualnie dla każdego świadczeniodawcy. Zwiększenia wartości środków w umowach na okresy przyszłe, dokonywane były, na podstawie średniego miesięcznego wykonania badań w okresach poprzedzających. Wszystkie wnioski o zapłatę nadwykonań w zakresie BPOK zostały rozpatrzone pozytywnie.

(akta kontroli str. 367-552, 603-610)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

#### OCENA CZĄSTKOWA

Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek zwiększały dostępność wczesnej diagnostyki w tym zakresie oraz opiekę nad pacjentami. Procedury zawierania umów ze świadczeniodawcami w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej były prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wewnętrznymi regulacjami NFZ. Skutecznie i rzetelnie rozpatrywano wnioski, a także rozliczano wykonanie poszczególnych świadczeń.

Podmioty, objęte szczegółową kontrolą, w kolejnych latach zwiększały liczbę miejsc udzielania świadczeń. W kolejnych latach wskaźnik liczby osób korzystających

<sup>27</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 9 grudnia 2024 r.

<sup>28</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 9 grudnia 2024 r.

z Programu „Profilaktyka 40 PLUS” w stosunku do liczby uprawnionych w woj. mazowieckim wzrastał z 1,2 % w 2021 r. do 5,2 % w 2023 r. W przypadku dziedziny nefrologia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej na obecnym etapie nie jest możliwe dokonanie analizy efektów ze względu na to, że ta dziedzina została włączona do ww. budżetu dopiero w lipcu 2023 r.

Liczba stacji dializ na terenie woj. mazowieckiego w całym kontrolowanym okresie utrzymywała się na tym samym poziomie.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W § 35 *Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ*, przyjętego Zarządzeniem nr 44/2022 z dnia 29 kwietnia 2022 r. Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, określającym zakres właściwości i zadań Zespołu Profilaktyki Zdrowotnej, wskazano m.in., że ten Zespół jest komórką organizacyjną właściwą w sprawie zapewnienia efektywnej realizacji zadań związanych z wczesnym wykrywaniem chorób, ograniczaniem ich potencjalnego występowania oraz zapewnieniem dłuższego życia w zdrowiu w szczególności przez promowanie postaw prozdrowotnych, programy zdrowotne oraz programy profilaktyczne. Do zadań tego Zespołu według *Regulaminu Organizacyjnego* należy m.in. promowanie zdrowia i postaw prozdrowotnych oraz profilaktyka chorób w szczególności poprzez realizację programów profilaktycznych.

(akta kontroli str. 25-30)

MOW NFZ w okresie od stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. nie planował ani nie prowadził działań promocyjnych i edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła<sup>29</sup>, że Oddział nie otrzymał żadnych wytycznych czy zaleceń, aby realizować działania w tym zakresie, zatem nie były one planowane. Wyjaśniła też, że MOW NFZ nie uczestniczył w projektach informacyjnych/edukacyjnych, mających na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN. W kwestii, jakie działania realizowano w celu zwiększenia liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia w grupie dziedziny nefrologia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej w sytuacji, gdy w Oddziale nie podejmowano działań promocyjnych i informacyjnych w ww. zakresie, Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że dodanie do zakresu budżet powierzony opieki koordynowanej grupy dziedziny nefrologia nastąpiło od 1 listopada 2023 r. W związku z zaistniałą zmianą Oddział udostępnił świadczeniodawcom oraz opublikował na stronie internetowej, przekazane przez Centralę Funduszu Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii, konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w POZ, z uwzględnieniem opieki koordynowanej z dnia 19 lipca 2024 r.<sup>30</sup>. Wdrażając model opieki koordynowanej w POZ w 2022 r, wyznaczano dla świadczeniodawców osoby do kontaktu telefonicznego w Oddziale i delegaturach. Udzielano wsparcia świadczeniodawcom w procesie przygotowywania wniosków o zawarcie umów w zakresie BPOK czy też rozszerzenia zakresu o nową grupę

<sup>29</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 31 października 2024 r.

<sup>30</sup> <https://www.nfz-warszawa.pl/dlaswiadczeniodawcow/aktualnosci/opieka-nad-pacjentem-poz-z-uwzglednieniem-opieki-koordynowanejwytyczne-aktl-,1911.html>



dziedzinową oraz wyjaśnień, odpowiednio do zgłaszanych potrzeb, zarówno telefonicznie, jak też w formie spotkań indywidualnych.

Ponadto w ww. wyjaśnieniach Dyrektor MOW NFZ stwierdziła, że Oddział nie podejmował współpracy z podmiotami realizującymi działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

(akta kontroli str. 85-88)

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła<sup>31</sup>, że Zespół Profilaktyki Zdrowotnej w strukturze organizacyjnej Oddziału działał od października 2020 r. do końca kwietnia 2022 r. Od maja 2022 r. do chwili obecnej zadania w zakresie promowania zdrowia i postaw prozdrowotnych oraz profilaktyki chorób, pozostają w kompetencji Wydziału Obsługi Klientów i Profilaktyki. Dokumentem centralnym regulującym działania Zespołu w ww. obszarze była Strategia NFZ na lata 2019-2023 pkt 51. Cel 2.4. Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych. Realizacją ww. były i są do chwili obecnej m.in. cykliczne, cotygodniowe wydarzenia tzw. Środy z Profilaktyką oraz uczestnictwo w wydarzeniach promujących badania profilaktyczne. Każda środa roku jest w Oddziale dniem regularnej edukacji zdrowotnej, merytorycznie powiązana z najważniejszymi ogólnopolskimi lub międzynarodowymi inicjatywami prozdrowotnymi. Oddział nie otrzymał żadnych wytycznych czy zaleceń dotyczących działań ukierunkowanych na profilaktykę przewlekłej choroby nerek, zatem takie działania nie były planowane.

(akta kontroli str. 601)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

Ze względu na brak jakichkolwiek działań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek, ograniczona była skuteczność działań organizacyjnych, podejmowanych w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki tej choroby. Biorąc pod uwagę zwiększającą się skalę chorobowości i zapadalności na terenie województwa mazowieckiego NIK wskazuje na potrzebę podjęcia analizy zasadności włączenia do działań związanych z promowaniem zdrowia i postaw prozdrowotnych kwestii wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek.

## IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania wniosków pokontrolnych.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury w Warszawie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie

<sup>31</sup> Pismo znak NFZ07-ZKW.0913.4.2024 z dnia 6 grudnia 2024 r.

z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Warszawa, 13 grudnia 2024 r.

Kontroler  
Michał Wilkowicz  
doradca ekonomiczny

/-/

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Warszawie  
z up. Wiesława Bronisz  
p.o. Wicedyrektora

/-/