



KZD-4101-008/2014
Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD

Informacja o wynikach kontroli

**FUNKCJONOWANIE PODSTAWOWEJ
I AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ
FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

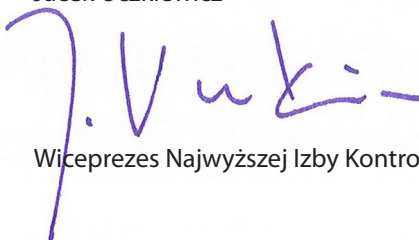
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski



Akceptuję:

Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 27. X. 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

| | |
|---|----|
| 1. WPROWADZENIE..... | 5 |
| 2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI..... | 6 |
| 2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności..... | 6 |
| 2.2. Synteza wyników kontroli..... | 6 |
| 2.3. Uwagi końcowe i wnioski..... | 8 |
| 3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI..... | 10 |
| 3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych..... | 10 |
| 3.2. Istotne ustalenia kontroli..... | 11 |
| 3.2.1. Ministerstwo Zdrowia..... | 11 |
| 3.2.1.1. Gromadzenie i wykorzystywanie informacji o stanie zdrowia obywateli..... | 11 |
| 3.2.1.2. Działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki..... | 14 |
| 3.2.2. Narodowy Fundusz Zdrowia..... | 15 |
| 3.2.2.1. Zapotrzebowanie na świadczenia POZ i AOS..... | 15 |
| 3.2.2.2. Planowanie kosztów świadczeń POZ i AOS i ich realizacja..... | 17 |
| 3.2.2.3. Kontraktowanie świadczeń..... | 19 |
| 3.2.3. Świadczeniodawcy..... | 28 |
| 3.2.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna..... | 30 |
| 3.2.3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – poradnie kardiologiczna i diabetologiczna..... | 33 |
| 4. INFORMACJE DODATKOWE..... | 37 |
| 4.1. Przygotowanie kontroli..... | 37 |
| 4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli..... | 37 |
| 5. ZAŁĄCZNIKI..... | 39 |

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

| | |
|---|---|
| AOS | ambulatoryjna opieka specjalistyczna |
| ChUK | choroby układu krążenia |
| KAOS | kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z cukrzycą |
| NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia |
| NZOZ | niepubliczny zakład opieki zdrowotnej |
| OW NFZ | oddział wojewódzki NFZ |
| POZ | podstawowa opieka zdrowotna, tj. świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. |
| SP ZOZ | samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej |
| Lista aktywna | wykaz deklaracji świadczeniobiorców, którzy aktualnie znajdują się pod opieką świadczeniodawcy (lekarza, pielęgniarki, położnej) POZ. |
| Potrzeby zdrowotne | liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). |
| Program zdrowotny | zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz (art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). |
| Rodzaj świadczeń | grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonemu, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Rodzaje świadczeń zostały wyszczególnione w planie finansowym Funduszu. |
| Stawka kapitacyjna | to kwota określona przez NFZ, jaką lekarz POZ otrzymuje na leczenie pacjenta (roczna stawka kapitacyjna na jednego pacjenta zapisanego do tego lekarza). |
| Świadczenie gwarantowane | świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). |
| Świadczenie zdrowotne | działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). |
| Ustawa o świadczeniach zdrowotnych | oznacza ustawę z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹ . |
| Zakres świadczeń | świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona, dla każdego rodzaju, w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych. |

¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

Tytuł kontroli

Kontrola „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych” P/14/063 została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli, w ramach priorytetowego obszaru badań: „Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej”.

Cel główny kontroli

Celem głównym kontroli była ocena funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej jako podstawowego szczebla systemu ochrony zdrowia i współdziałania z ambulatoryjną opieką specjalistyczną, szczególnie w zakresie leczenia chorób układu krążenia i cukrzycy.

Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Według WHO cukrzyca, uznana już za chorobę społeczną, jest jednym z najgroźniejszych schorzeń cywilizacyjnych skutkujących groźnymi powikłaniami. W tym stanie rzeczy prewencyjna aktywność lekarzy POZ jest nie do przecenienia.

Cele szczegółowe kontroli

Cele szczegółowe kontroli obejmowały tworzenie przez Ministra Zdrowia podstaw funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym także wykorzystanie opracowań eksperckich przygotowywanych w placówkach naukowych nadzorowanych przez Ministra oraz działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz zapewnienia dostępności świadczeń POZ i AOS. Zbadano również realizację przez podmioty lecznicze świadczeń POZ i wybranych specjalności AOS (kardiologii i diabetologii), z uwzględnieniem profilaktyki i edukacji prozdrowotnej.

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2014 r. oraz lata wcześniejsze w zakresie czynności planistycznych, przygotowawczych i danych statystycznych niezbędnych do porównań.

Zakres kontroli

Kontrole Ministerstwa Zdrowia i NFZ przeprowadzono pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności; samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – pod względem legalności, gospodarności i rzetelności, zaś niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej i indywidualnych praktyk lekarskich – pod względem legalności i gospodarności.

Badania kontrolne

Badania kontrolne prowadzono od września 2014 r. do lutego 2015 r. Uczestniczył w nich Departament Zdrowia NIK oraz delegatury NIK w Białymstoku, Katowicach, Lublinie, Łodzi, Rzeszowie i Wrocławiu.

W 2007 r. NIK przeprowadziła kontrolę o podobnym zakresie tematycznym. W informacji² o jej wynikach negatywnie oceniono m.in. niewykonywanie przez większość świadczeniodawców profilaktyki chorób układu krążenia i nowotworowych u dorosłych pacjentów, w ramach stawki kapitałowej, a także nieprzekazywanie informacji o wynikach porad specjalistów dostępnych bez skierowań, do właściwych lekarzy POZ.

² Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KPZ „Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)”.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Podstawowa opieka zdrowotna, powszechnie uznawana za ważny szczebel ochrony zdrowia, w ponad połowie skontrolowanych podmiotów nie spełniała właściwie swojej roli w zakresie profilaktyki, zwłaszcza w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych.

W ocenie NIK, zaniechanie przez lekarzy POZ wykonywania i dokumentowania badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń układu krążenia oraz chorób nowotworowych, to przejaw braku realizacji świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania. Takie postępowanie było niezgodne z obowiązującymi przepisami³ i stanowiło odstępstwo od podstawowych celów i zadań medycyny rodzinnej sformułowanych już piętnaście lat temu w założeniach reformy systemu ochrony zdrowia⁴. Wszechstronnej analizie potrzeb zdrowotnych pacjentów nie sprzyjał fakt, iż tylko połowa wizyt była realizowana u lekarza wskazanego w deklaracji wyboru.

NIK uznaje za niewystarczające działania administracji publicznej na rzecz powszechnej edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, m.in. w zakresie współpracy Ministra Zdrowia z Ministrem Edukacji Narodowej⁵. Zapewniono natomiast informację o negatywnych skutkach niezdrowych zachowań oraz wczesnych symptomach chorób cywilizacyjnych.

Narodowy Fundusz Zdrowia ustalił jednolite zasady określania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, rzetelnie planował koszty świadczeń POZ i AOS, a także monitorował proces kontraktowania świadczeń. Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę na utrzymujące się od wielu lat dysproporcje w dostępie do tych świadczeń w skali kraju, województw, powiatów i gmin⁶.

Kardiolodzy i diabetolodzy, działający na szczeblu opieki ambulatoryjnej, stanowili istotne wsparcie dla podstawowej opieki zdrowotnej. Przekazywanie lekarzom POZ informacji o rozpoznaniu choroby, ustalonym leczeniu i zaleceniach diagnostycznych, stało się powszechną praktyką. Jednak skierowania do poradni specjalistycznych, jak również zwrotne informacje specjalistów dla lekarza kierującego po udzieleniu świadczenia były często niekompletne⁷.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła działania Ministra Zdrowia na rzecz tworzenia warunków dla prawidłowego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zakres prowadzonych przez Ministra Zdrowia analiz i ocen potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki ambulatoryjnej, podstawowej i specjalistycznej, w okresie objętym kontrolą, był ograniczony. Nie dokonywano systematycznej oceny dostępności świadczeń POZ i AOS.

³ Por. art. 15 ust. 1 oraz art. 27 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

⁴ „Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce”, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, listopad 1998 r. Między innymi określenie ram dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) uwzględniało priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, ciągłość opieki zdrowotnej i wszechstronną analizę wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta, a także odbiurokratyzowanie i podmiotowe traktowanie uprawnionych do świadczeń, co zapewnić miało „zbliżenie” lekarza do pacjenta i większą elastyczność reagowania systemu na potrzeby populacji.

⁵ Na problem ten NIK zwracała już uwagę po kontroli dotyczącej dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych (P/12/124).

⁶ Por. informacje NIK: 165/2013/P/13/128/KZD; 165/2014/P/14/060/KZD.

⁷ Por. § 12 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dz. U. Nr 81, poz. 484).

W działaniach na rzecz rozwiązania zidentyfikowanych, m.in. przez konsultantów krajowych, problemów systemowych ochrony zdrowia nie wykorzystano z potencjału naukowego i badawczego nadzorowanych szkół wyższych oraz instytutów badawczych. W ocenie NIK, zaniechanie korzystania z tego zaplecza eksperckiego może mieć negatywny wpływ na jakość strategicznego planowania dotyczącego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W 2012 roku utworzono w Ministerstwie Zdrowia Departament Analiz i Strategii, co NIK ocenia pozytywnie. Departament ten powinien podejmować działania w celu usystematyzowania procesu gromadzenia i wykorzystywania informacji o stanie zdrowia obywateli oraz funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli uznała również za niewystarczające działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie już od najmłodszych lat⁸. (str. 11–13)

2.2.2. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła działania Narodowego Funduszu Zdrowia, do których zaliczono przyjęcie od 2010 r. jednolitych zasad postępowania dotyczących określania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, planowanie kosztów świadczeń w POZ oraz AOS, a także monitorowanie procesu kontraktowania świadczeń przez oddziały wojewódzkie NFZ. Nie spowodowało to jednak równego w skali kraju dostępu do świadczeń.

NIK zwraca uwagę na niską skuteczność działań zapobiegających spadkowi liczby porad profilaktycznych, w latach objętych kontrolą, w zakresie chorób układu krążenia o 26,5%, profilaktyki gruźlicy o 14,5% oraz chorób odtytoniowych o 23,0%. (str. 15, 20–22)

2.2.3. Kontrolą objęto łącznie 45 świadczeniodawców POZ i AOS, z którymi NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń w tych rodzajach. Wszyscy spełniali warunki techniczne i sanitarne określone w przepisach prawa. W sześciu przypadkach (13,3%) stwierdzono niezgodność wpisów w rejestrach⁹ ze stanem faktycznym w zakresie struktury podmiotu leczniczego, w tym działających komórek organizacyjnych (np. poradni specjalistycznych). (str. 28–29)

W ocenie NIK, niezgodne ze stanem faktycznym wpisy w rejestrach, naruszające ustawę o działalności leczniczej¹⁰, podważają zaufanie do organów rejestrowych i uniemożliwiają administracji publicznej, przy podejmowaniu decyzji strategicznych, dostęp do rzetelnych danych o faktycznym potencjale świadczeniodawców w skali kraju, regionu, czy konkretnego obszaru.

2.2.3.1. W skontrolowanych jednostkach POZ, w latach 2012–2014, pracowało: w 2012 r. 213 lekarzy, udzielających świadczeń zdrowotnych w tygodniowym wymiarze godzin odpowiadającym 149,3 etatu¹¹, w 2013 r. 214 lekarzy – 150,1 etatu, a w 2014 r. 209 lekarzy – 147,8 etatu. Przeciętnie na jednego lekarza, w 18 poradniach POZ zatrudniających więcej niż jednego lekarza, przypadało 0,7 etatu (ok. 26 godzin tygodniowo).

Specjaliści medycyny rodzinnej stanowili w 2014 r. 30,1% lekarzy poz, a w przeliczeniu na etaty 37,0%. Zatrudnianie lekarzy poz w ułamkowym wymiarze etatu powodowało, że tylko połowa wizyt była realizowana u lekarza wskazanego w deklaracji wyboru, co nie sprzyjało budowaniu zaufania, więzi i porozumienia z podopiecznymi.

⁸ Na problem ten NIK zwracała już uwagę po kontroli dotyczącej dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych (P/12/124).

⁹ O których mowa w art. 100 i następnym ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.).

¹⁰ Stosownie do przepisu art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej: „Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania”.

¹¹ Por. art. 93 ust 1 ustawy o działalności leczniczej. Etat lekarza = 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy.

Zwrócenia szczególnej uwagi wymaga zaniechanie przez lekarzy POZ wykonywania i dokumentowania badań profilaktycznych u osób zaliczanych do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, nowotworowych i dietozależnych, w tym cukrzycy, mimo obowiązku ich wykonywania¹². (str. 31–33)

2.2.3.2. W 22 objętych kontrolą poradniach kardiologicznych pracowało w 2012 r. 70 kardiologów, w łącznym wymiarze zatrudnienia 22,8 etatu, w 2013 r. 75 – 22,4 etatu, w 2014 r. 80 – 20,9 etatu.

W skontrolowanych 20 poradniach diabetologicznych pracowało w 2012 r. 40 diabetologów, w łącznym wymiarze zatrudnienia 16,9 etatu, w 2013 r. 39 – 17,0 etatów, w 2014 r. 39 – 15,7 etatu.

Tylko w dwóch poradniach specjalistycznych¹³, liczba lekarzy była równa liczbie etatów. Znaczne rozdrobnienie etatów wprawdzie sprzyja dostępności przestrzennej, jednak utrudnia zachowanie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń, a także przyjmowanie pacjentów kwalifikowanych jako przypadek pilny w dniu zgłoszenia się do poradni.

Prawidłowe, zgodne z obowiązującymi przepisami, prowadzenie list osób oczekujących¹⁴ stwierdzono u 15 z 23 świadczeniodawców AOS (65,2%), zaś nieprawidłowości, o charakterze formalnym (np. brak daty i godziny wpisu, czy wyznaczonego terminu wizyty), u ośmiu (34,8%). Jedynie w połowie podmiotów leczniczych regularnie prowadzono i dokumentowano wykonywanie comiesięcznej oceny list oczekujących.

Nierzetelne, z naruszeniem przepisów, prowadzenie list osób oczekujących na świadczenie uniemożliwia ocenę prawidłowości ustalania terminu wizyty, liczby oczekujących i czasu oczekiwania. Umożliwia natomiast przyjmowanie pacjentów poza kolejnością, a tym samym stanowi naruszenie praw pacjenta.

Średni czas oczekiwania na pierwszą wizytę w poradni kardiologicznej dla przypadków stabilnych był zróżnicowany i wynosił do 10 dni (w czterech poradniach) i ponad 100 dni (w siedmiu poradniach). Natomiast na pierwszą wizytę w poradni diabetologicznej średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosił do 10 dni (w sześciu poradniach) i ponad 100 dni (w czterech poradniach).

Liczba osób oczekujących na pierwszą wizytę u specjalisty i czas oczekiwania były uzależnione od wartości zawartych umów z OW NFZ, liczby i wymiaru zatrudnienia specjalistów, a także od lokalizacji świadczeniodawcy oraz preferencji świadczeniobiorcy. (str. 34)

Analiza wpisów w kartach historii zdrowia i choroby poradni diabetologicznych pozwala stwierdzić, w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym, powszechne stosowanie zaleceń i rekomendacji opracowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, publikowanych w medycznych czasopismach fachowych.

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

2.3.1. W ocenie NIK, ograniczony zakres analiz i ocen potrzeb zdrowotnych dotyczących opieki podstawowej powoduje, że organy władzy publicznej nie dysponują informacjami wystarczającymi do jej skutecznej organizacji i efektywnej realizacji zadań w tym zakresie. Należy podkreślić,

¹² Por. art. 27 ust. 1 pkt 3 i 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹³ Kardiologicznej w Żywcu i diabetologicznej w SZPZLO Warszawa Praga Południe

¹⁴ Por. art. 20 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

że im wcześniej rozpoczęta zostanie diagnostyka i przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym, tym mniej problemów zdrowotnych pojawi się w przyszłości, a koszty leczenia ich następstw będą niższe. Zapewnienie dostępności podstawowej opieki zdrowotnej, odpowiadającej faktycznie istniejącym potrzebom i potencjalnym zagrożeniom, ma więc ogromne znaczenie społeczne i powinno być przedmiotem szczególnej uwagi Ministra Zdrowia.

2.3.2. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że wyniki badań epidemiologicznych chorób cywilizacyjnych wskazują na potrzebę zwiększenia aktywności Ministra Zdrowia na rzecz ich ograniczenia. Tempo przyrostu liczby przypadków nadwagi, otyłości, cukrzycy, chorób układu krążenia i nowotworowych wymaga kompleksowych działań, nie tylko medycznych. W rozwiązanie tego problemu, w większym niż dotychczas stopniu, powinny włączyć się organy władzy publicznej – Minister Zdrowia, Minister Edukacji Narodowej, Prezes NFZ i samorząd terytorialny, a także szkoły wyższe i instytuty badawcze.

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Podstawowym aktem prawnym regulującym m.in. zasady i zakres udzielania świadczeń POZ i AOS jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵.

Stosownie do art. 15 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Podstawowa opieka zdrowotna obejmuje swoim zakresem Nielimitowane świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń w POZ zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, w szczególności dostęp do opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego oraz badań diagnostycznych (art. 55 ust. 2 pkt 1 i 2). Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca potwierdza pisemnym oświadczeniem woli, zwanym „deklaracją wyboru” (art. 56 ust. 1), które stanowi podstawę do rozliczeń (stawką kapitacyjną) z NFZ.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie, o którym mowa wyżej, w okresie objętym kontrolą, nie było wymagane m.in. do świadczeń: ginekologa i położnika; dentysty; dermatologa; wenerologa; onkologa; okulisty; psychiatry; dla osób chorych na gruźlicę; dla osób zakażonych wirusem HIV. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania. W innych przypadkach świadczenia w AOS bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca (art. 57, art. 60 i art. 61).

Narodowy Fundusz Zdrowia jest głównym publicznym płatnikiem za świadczenia zdrowotne dla ogółu uprawnionych. Oddziały wojewódzkie NFZ zawierają umowy ze świadczeniodawcami oferującymi poszczególne rodzaje świadczeń w ramach POZ i AOS.

Szczegółowe warunki i zakres udzielania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają akty wykonawcze do ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)¹⁶, odnoszące się do poszczególnych rodzajów świadczeń, w tym m.in.:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.), a od 12 listopada 2013 r. rozporządzenie w tej samej sprawie z dnia 24 września 2013 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 ze zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653 ze zm.), a od 17 grudnia 2013 r. rozporządzenie w tej samej sprawie z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413 ze zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816);

¹⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm., zwana dalej ustawą o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁶ Dostępne na stronie internetowej www.nfz.gov.pl.

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (zm. zarz.: Nr 85/2011/DSOZ, Nr 86/2012/DSOZ, Nr 24/2013/DSOZ);
- zarządzenie Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (zm. zarz.: Nr 71/2012/DSOZ, Nr 100/2012/DSOZ, Nr 82/2013/DSOZ).

Wykaz aktów prawnych odnoszących się do tej kontroli zawarto w załączniku Nr 1.

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Ministerstwo Zdrowia

3.2.1.1. Gromadzenie i wykorzystywanie informacji o stanie zdrowia obywateli

W 2012 r. został utworzony Departament Analiz i Strategii, który wpisano do statutu Ministerstwa Zdrowia. Do zadań Departamentu, według informacji zawartej na stronie internetowej Ministerstwa, należy m.in. bieżąca analiza działań strategicznych w zakresie kompetencji Ministra Zdrowia, w szczególności dotyczących optymalizacji środków przeznaczonych na służbę zdrowia oraz planowania kadr medycznych i zasobów. W sierpniu 2014 r. Departament opracował materiał „Podstawowa Opieka Zdrowotna – stan obecny oraz propozycja zmian”, który został wykorzystany przy podejmowaniu decyzji w pracach legislacyjnych nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1440) oraz zarządzeniem Nr 86/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Konsultanci krajowi¹⁷, w analizowanych dziedzinach (medycyna rodzinna, kardiologia, diabetologia, pielęgniarstwo, pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze), przedkładali Ministrowi Zdrowia roczne raporty, obejmujące swoim zakresem m.in.: dostępność świadczeń, zasoby i potrzeby kadrowe.

Raporty konsultantów krajowych zamieszczane są w intranecie Ministerstwa Zdrowia w celu ich udostępnienia do ewentualnego wykorzystania przez poszczególne komórki organizacyjne urzędu. Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego, odpowiedzialny za prowadzenie spraw związanych z powoływaniem i działalnością konsultantów krajowych w danej dziedzinie medycyny¹⁸, nie sporządził na ich podstawie analiz, zestawień, uwag i wniosków.

¹⁷ O których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r., poz. 126 j.t.), wykonują m.in. zadania opiniotwórcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

¹⁸ Por. § 23 pkt.12 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2009 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia. Nr 13, poz. 68), z wyłączeniem konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa.

Departament Pielęgniarek i Położnych¹⁹ analizował roczne raporty konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa, i wykorzystywał je w swojej działalności. Na ich podstawie m.in. oceniano sytuację kadrową, potrzeby doskonalenia zawodowego kadr pielęgniarskich, a także wszczęto procedurę powołania konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.

Departamenty: Matki i Dziecka, Zdrowia Publicznego, Polityki Zdrowotnej oraz Organizacji Ochrony Zdrowia nie korzystały z rocznych raportów konsultantów krajowych.

W rocznych raportach, za lata 2011–2013, konsultanci krajowi zawarli m.in. następujące informacje.

- Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, w zakresie oceny ogólnej w 2012 r., wskazał m.in. na istotne różnice dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w skali kraju, co związane jest przede wszystkim z ustawowo gwarantowaną swobodą kształtowania polityki w tym zakresie przez samorządy lokalne. W 2013 r. zwrócił uwagę na nieefektywną współpracę podstawowej opieki zdrowotnej z innymi częściami systemu ochrony zdrowia.
- Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, w 2013 r., wskazał m.in. na problemy z leczeniem zespołu stopy cukrzycowej w warunkach ambulatoryjnych, proponując zmianę katalogu świadczeń NFZ uwzględniającą specyfikę tego schorzenia. Wskazał również na brak wystarczającej liczby specjalistów z zakresu diabetologii i dietetyków zatrudnionych w poradniach diabetologicznych, sugerując zwiększenie liczby ośrodków akredytowanych do prowadzenia specjalizacji oraz poszerzenie zakresu szkolenia dietetyków.
- Konsultant w dziedzinie kardiologii, w latach 2011–2013, wskazywał m.in. na brak koordynacji opieki nad pacjentami wypisywanymi ze szpitala, pomiędzy oddziałami kardiologicznymi a ambulatoryjną opieką kardiologiczną i podstawową opieką zdrowotną, ograniczony dostęp do rehabilitacji kardiologicznej oraz niewydolny system ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ponadto, w raportach z lat 2011–2012, krytycznie ocenił dostęp do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, wskazując na długi czas oczekiwania na wizytę oraz na takie badania jak np. echokardiografia. Podkreślił fakt, że „niemała część chorych nie wymaga wizyt u kardiologa a jedynie kontynuowania terapii kardiologicznej u lekarza rodzinnego”.
- Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa, w 2012 r., wskazał m.in. na brak systemu umożliwiającego dokładną liczbową ocenę kadry pielęgniarskiej, uwzględniającą rodzaj kwalifikacji zarówno na poziomie regionu, jak i kraju. Na taką sytuację mają wpływ różne formy zatrudnienia pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia i wieloletowość. W 2013 r. zwrócił m.in. uwagę, że ze względu na wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne istnieje potrzeba zwiększenia udziału pielęgniarek w zakresie edukacji kardiologicznej, cukrzycowej, chorób układu oddechowego, celem przygotowania chorego i jego rodziny do opieki w warunkach domowych. Skracanie okresu pobytu chorego w szpitalu i przeniesienie opieki do jego domu wymaga przygotowania pielęgniarek do zapewnienia opieki chorym wymagającym m.in. wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej, żywienia dojelitowego i pozajelitowego.
- Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w 2013 r. wskazał m.in., że dostępność do świadczeń położnej w podstawowej opiece zdrowotnej oraz sytuacja w zakresie zatrudnienia jest dobra i nie budzi w roku sprawozdawczym zastrzeżeń. Położne

¹⁹ Por. § 25 pkt 5 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia.

w zdecydowanie szerszym zakresie włączają się do realizacji edukacji przedporodowej i opieki nad ciężarną. Zwrócił natomiast uwagę na fakt, że położne zatrudniane w podmiotach prowadzonych przez lekarza POZ „często mają ograniczenia w realizacji świadczeń szczególnie przedporodowych”.

W latach 2011–2014, w nadzorowanych przez Ministra Zdrowia 13 szkołach wyższych i 7 instytutach badawczych, powstało 241 prac doktorskich oraz 43 prace habilitacyjne, dotyczące zdrowia publicznego, podstawowej opieki zdrowotnej (medycyny rodzinnej) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu kardiologii i diabetologii. Jednak poszczególne departamenty²⁰, biorące udział w procesie podejmowania decyzji kształtujących system ochrony zdrowia, nie korzystały z prac naukowych ww. jednostek, ani z prac naukowo-badawczych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Minister nie zlecał szkołom wyższym, ani instytutom badawczym, wykonania opracowań przydatnych w doskonaleniu systemu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie podstawowym i specjalistycznym. Należy zwrócić uwagę, że w okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie dokonywał systematycznej oceny dostępności świadczeń POZ i AOS w konsultacji z samorządami wojewódzkimi²¹. Zadanie to było przypisane Departamentowi Ubezpieczenia Zdrowotnego²². Z dniem 1 stycznia 2015 r. obowiązek ten został uchylony.

W ocenie NIK, uchylenie przepisu określonego w art 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych nie zwalnia Ministra Zdrowia z gromadzenia informacji i oceny dostępności świadczeń zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji strategicznych dotyczących systemu ochrony zdrowia. Natomiast współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, tworzącymi podmioty lecznicze²³ oraz zobowiązanymi do tworzenia warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia²⁴, powinna sprzyjać harmonizacji realizacji zadań władz publicznych, w tym Ministra Zdrowia, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, zdaniem NIK, podjęte w 2012 r. działania organizacyjne²⁵ mające na celu usystematyzowanie procesu gromadzenia i wykorzystywania informacji o stanie zdrowia obywateli oraz funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia są niewystarczające. Wynika to przede wszystkim z braku ciągłości przeprowadzanych dotychczas przez Ministerstwo Zdrowia analiz oraz braku dostępu do jednolitych, rzetelnych danych dotyczących systemu ochrony zdrowia²⁶.

W regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia nie uwzględniono Departamentu Analiz i Strategii, wymienionego w statucie Ministerstwa nadanym przez Prezesa Rady Ministrów²⁷. Ponadto nie umieszczono aktualnej struktury organizacyjnej Urzędu w Biuletynie Informacji Publicznej, mimo obowiązku określonego przepisem art. 6 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej²⁸.

²⁰ Dep. Matki i Dziecka, Dep. Zdrowia Publicznego, Dep. Polityki Zdrowotnej, Dep. Organizacji Ochrony Zdrowia.

²¹ Por. art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 j.t. ze zm.), w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2014 r.

²² § 30 pkt 12 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia.

²³ Por. art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.).

²⁴ Por. art. 6 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.).

²⁵ Powołanie Departamentu Analiz i Strategii.

²⁶ Na problem braku odpowiednich danych NIK zwracała już uwagę we wcześniejszych kontrolach, m.in. w kontroli realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (P/13/130).

²⁷ W brzmieniu obowiązującym od 15 listopada 2012 r.

²⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 782 ze zm.

3.2.1.2. Działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki

Do zadań Ministra Zdrowia, w zakresie objętym ustawą o świadczeniach zdrowotnych, należy m.in.: prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych²⁹.

Działania w tym zakresie, w okresie objętym kontrolą, realizowane były w ramach programów nadzorowanych i monitorowanych przez różne komórki organizacyjne urzędu.

W ramach realizacji programów rządowych, uwzględniających promocję zdrowia oraz edukację zdrowotną, a także prowadzenie spraw związanych z rozwojem sieci szkół promujących zdrowie, zawarto m.in. dwa międzyresortowe porozumienia.

1. Porozumienie z dnia 5 listopada 2008 r. między Ministerstwem Sportu i Turystyki, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Ministerstwem Zdrowia w sprawie współpracy przy wdrażaniu i propagowaniu programu „Przeciwdziałanie poprzez sport agresji i patologii wśród dzieci i młodzieży”;

2. Porozumienie z dnia 23 listopada 2009 r. o współpracy pomiędzy Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży.

Celem działań określonych w tych dokumentach jest promocja zdrowego stylu życia i odżywiania oraz zahamowanie negatywnych tendencji w rozwoju biologicznym dzieci i młodzieży, podnoszenie wśród dzieci i młodzieży poziomu sprawności fizycznej, wyrabianie pożądaných nawyków żywieniowych, zapobieganie zachowaniom ryzykownym związanym z używaniem środków psychoaktywnych.

W ramach programu zdrowotnego „Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym”, realizowano moduł poświęcony profilaktyce diabetologicznej, obejmujący m.in. wdrożenie do systemu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej metodologii oceny stanu odżywiania, jako jednego z podstawowych narzędzi wczesnej diagnostyki nadwagi i otyłości z wyróżnieniem jej rodzajów, w aspekcie stopnia zagrożenia zdrowia.

Głównym celem programu była poprawa stanu wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy poprzez upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy o cukrzycy i zdrowym stylu życia, stworzenie systemu szkoleń dla pacjentów, ich rodzin oraz wybranych grup zawodowych, poprawa jakości opieki nad chorymi na cukrzycę poprzez działania edukacyjne na rzecz tej grupy chorych.

W ramach działań podejmowanych na rzecz edukacji prozdrowotnej, profilaktyki i prewencji chorób układu krążenia, w związku z realizacją programu zdrowotnego „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016”, od roku 2013 prowadzone są zadania: „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych” oraz „Epidemiologia żylnego owrzodzenia goleni”.

W roku 2013, w ramach programu opracowano Karty Badania Profilaktycznego, przeprowadzono seminaria edukacyjne dla lekarzy POZ, przygotowano plakaty, ulotki i materiały edukacyjne dla lekarzy, a także zakupiono 89 aparatów do badania wskaźnika kostka-ramię.

Działania Ministerstwa, w ramach edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, ukierunkowane były na bezpośrednie informowanie społeczeństwa o negatywnych skutkach niezdrowych zachowań oraz uświadomienie wczesnych symptomów chorób cywilizacyjnych.

²⁹ Por. art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

W niewystarczającym stopniu wykorzystano możliwości współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej na rzecz efektywnej realizacji kształcenia i budowania świadomości uczniów o osobistej odpowiedzialności za swoje zdrowie, zawarte w podstawie programowej kształcenia ogólnego³⁰. Potwierdzeniem konieczności takich działań jest m.in. lawinowo narastająca liczba dzieci z chorobami dietozależnymi, t.j. nadwaga i otyłość, na co wskazuje m.in. Instytut Żywności i Żywienia³¹.

NIK zauważa, że jedynie kompleksowe, skoordynowane działanie wszystkich instytucji działających w systemie ochrony zdrowia i na jego rzecz jest gwarantem korzystnych zmian sytuacji zdrowotnej obywateli. Efekty działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz edukacji prozdrowotnej, w celu m.in. zmniejszenia zapotrzebowania na leczenie skutków chorób, głównie cywilizacyjnych, będą widoczne dopiero w odległej perspektywie czasowej. Dlatego działania w tym zakresie powinny być podjęte niezwłocznie.

3.2.2. Narodowy Fundusz Zdrowia

3.2.2.1. Zapotrzebowanie na świadczenia POZ i AOS

Zapotrzebowania na świadczenia POZ i AOS określone były w planach zakupu świadczeń, które z kolei stanowiły plan finansowy NFZ na dany rok.

W 2010 r. Centrala NFZ wprowadziła i przekazała oddziałom „Procedurę definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń”, dokument zawierający jednolite zasady określania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej. Celem wprowadzenia tego dokumentu było m.in. zapewnienie jednolitego postępowania Centrali i OW NFZ w zakresie określania priorytetów, tworzenia i monitorowania realizacji planu zakupu świadczeń. Lista zadań priorytetowych nie mogła być sprzeczna z listą ustanowioną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych³². W liście priorytetów na pierwszym miejscu wskazano dążenie do zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca, udarów mózgu, na 6 miejscu ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanym m.in. paleniem tytoniu, na 7 miejscu przeciwdziałanie otyłości i cukrzycy.

Planowanie zakupu świadczeń na lata 2012–2014 poprzedzone było m.in. analizami wykonania umów z lat poprzednich, kolejek oczekujących, danych z Głównego Urzędu Statystycznego, Państwowego Zakładu Higieny oraz danych o migracji pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi.

Metodologia wyceny świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Wysokość stawek kapitaacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej określiły wyjściowo przepisy ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń³³.

W wyniku zastosowania przepisów powyższej ustawy podjęto decyzję o ujednoczeniu rocznych stawek kapitaacyjnych we wszystkich OW w uzgodnieniu z przedstawicielami środowisk zawodowych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Z uwagi na fakt, iż jej realizacja wymagała przeznaczania na ten cel dodatkowych nakładów finansowych, proces ten przebiegał etapowo. Rozpoczęty w 2007 r. został ostatecznie zakończony w styczniu 2008 r. w przypadku lekarzy POZ oraz w lipcu 2008 r. w przypadku świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ oraz pielęgniarki szkolnej.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2012 r., poz. 977 ze zm.).

³¹ Niepublikowane dane Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie z ewaluacji projektu KIK/34 realizowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

³² Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126.

³³ Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.

Bazowa stawka kapitacyjna w wysokości 96 zł obowiązywała od 1 października 2008 r. do końca 2014 r. W wyniku zawartych porozumień pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ i organizacjami pracodawców (m.in. Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia), wprowadzono do bazowej stawki kapitacyjnej, współczynniki korygujące dla określonych grup leczonych.

- 3,0 (trzykrotność stawki) w związku z leczeniem chorych na cukrzycę i choroby układu krążenia, co miało na celu poprawę jakości opieki nad tymi pacjentami. Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ) sporządził analizę skutków finansowych wprowadzenia ww. wskaźnika na podstawie informacji o poradach sprawozdanych przez świadczeniodawców w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ za okres od 01.01 – 30.06.2008 r.
- 2,0 obowiązujący od września 2011 r. (poprzednio 1,6) w związku z leczeniem dzieci od 0 do 6 r.ż.,
- 1,2 – za osoby od 6 r. ż. do 19 r.ż. – wprowadzony od stycznia 2009 r. (poprzednio 1,19), wzrost wartości wskaźnika miał charakter techniczny w celu rozliczania świadczeń w obowiązujących nominałach,
- 0,1 wskaźnik mający zastosowanie do osób wymienionych w § 15 ust 2 pkt 1–6, w miesiącach wzmożonej zachorowalności na ostre schorzenia układu oddechowego w przypadku, gdy u danego świadczeniodawcy w miesiącach objętych tym okresem, udział liczby porad udzielonych osobom z rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10 jako choroby z grupy J00-J22, z wyłączeniem grupy J17, w ogólnej liczbie porad udzielonych z przyczyn innych niż choroby układu krążenia i cukrzyca, wyniesie co najmniej 30% (od 2013 r. 25%).

Organizacje świadczeniodawców, przystępując do negocjacji ww. wskaźników korygujących, nie przedstawiały Funduszowi własnych kalkulacji postulowanych zmian, ani nie deklarowały standardu jakichkolwiek świadczeń będących przedmiotem umowy. Fundusz dokonywał oceny skutków finansowych i możliwości finansowania zmian.

Pierwotna wycena (w roku 2005) świadczeń profilaktycznych realizowanych przez lekarza została dokonana w oparciu o ceny świadczeń profilaktycznych określone w umowach, na podstawie których Minister Zdrowia zlecił NFZ w roku 2004 realizację programów profilaktycznych. Stawki do wysokości 45 zł dla profilaktyki chorób układu krążenia i 28 zł dla etapu podstawowego profilaktyki chorób odytoniowych (z wykonaniem spirometrii), zostały uaktualnione w oparciu o porównywalne procedury w AOS.

W podobny sposób zostały uaktualniane stawki kapitacyjne oraz wskaźniki korygujące w świadczeniach realizowanych przez pielęgniarki i położne POZ.

Metodologia wyceny świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii i diabetologii

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wyodrębniono porady określonego typu (W01, W11, W12, W14, W18, W19, W22, W25 itp.), w których wskazano możliwe połączenia badań laboratoryjnych i innych procedur diagnostycznych (np. badania obrazowe), wiążąc je kosztowo.

W zależności od możliwej kombinacji zalecanych i realizowanych procedur ustalono typy świadczeń specjalistycznych i kompleksowych. Ponadto wyodrębniono: świadczenie pohospitalizacyjne, poradę udzieloną w miejscu pobytu świadczeniobiorcy – co pozwoliło na zróżnicowanie kosztów świadczenia w zależności od ponoszonych nakładów. Wyceny procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (w tym w zakresie diabetologii i kardiologii) dokonywane były w oparciu o dane historyczne, z uwzględnieniem wyceny analogicznych świadczeń realizowanych komercyjnie. Podczas ustalania wyceny punktowej świadczeń uwzględniano przeciętny poziom cen punktu (jednostki rozliczeniowej) w kontraktach ze świadczeniodawcami. Ponieważ wartość punktu jest negocjowana przyjmowano jego średnią cenę, która w 2013 r. wynosiła w zakresie diabetologii 9 zł, a w kardiologii 9,12 zł.

Procedury, które można wykonywać w ramach grup procedur W01, W11, W12, W14, W18, W19, W25 stanowią grupę kilkuset badań (ponad 700). W zależności od wskazań danej grupy, procedury jej dedykowane obejmują bardzo dużą liczbę możliwych kombinacji. Cena grupy jest wielkością uśrednioną.

3.2.2.2. Planowanie kosztów świadczeń POZ i AOS i ich realizacja

Prezes NFZ w miesiącu lipcu roku poprzedzającego rok planowania, przekazywał do OW dane o przewidywanych kosztach świadczeń oraz założenia do sporządzenia projektu planu finansowego oddziałów wojewódzkich.

W założeniach Centrali do planów na lata 2012–2014 r. w podstawowej opiece zdrowotnej należało zabezpieczyć środki na skutki zmian kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ³⁴, tj. na wprowadzenie w świadczeniach lekarza POZ dodatkowego współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną o 0,1 w przypadku wystąpienia wzmożonej zachorowalności świadczeniobiorców na ostre schorzenia układu oddechowego w rozpoznaniach wg. ICD 10 z grupy J00-J22, realizowanych w wybranych miesiącach (styczeń, luty, marzec, wrzesień, październik, listopad). Wskaźnik ten miał zastosowanie u świadczeniodawców, u których procentowy udział porad udzielonych z przyczyny ww. schorzeń przekroczył w skali miesiąca 30% (w 2013 r. – 25%). Na wzrost kosztów z tego tytułu przewidziano w 2012 r. kwotę 177.585,22 tys. zł.

W planowaniu kosztów AOS zakładano dalszy rozwój systemu jednorodnych grup procedur oraz uwzględniano skutki przesunięcia finansowania drobnych zabiegów z leczenia szpitalnego do AOS.

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do procesu planowania kosztów POZ i AOS.

Koszty POZ

W latach 2012–2013 planowane koszty świadczeń zdrowotnych ogółem wynosiły³⁵: w 2012 r. – 62 153 649,00 tys. zł, w 2013 r. – 63 873 538,00 tys. zł.

Zrealizowane koszty świadczeń wyniosły w 2012 r. – 59 875 547,17 tys. zł, w 2013 – 62 077 982,88 tys. zł i były niższe od prognozowanych w 2012 r. o 2 278 101,83 tys. zł (o 3,76 %), a w 2013 r. o 1 795 555,12 tys. zł (2,81%).

Udział kosztów świadczeń POZ³⁶ w ogólnych kosztach świadczeń zdrowotnych stanowił w 2011 r. 12,60%, w 2012 r. – 12,62%, w 2013 r. – 12,30%.

Zrealizowane w 2012 r. koszty świadczeń POZ (7.554.497,55tys. zł) w porównaniu do 2011 r. (7.334.748,97 tys. zł) były wyższe o 219.748,58 tys. zł (o 3,0%), a w 2013 r. (7.738.408,97 tys. zł) wyższe o 303.660,00 tys. zł (o 4,14%).

Łączne koszty lekarza, pielęgniarki, położnej i transportu POZ³⁷ w latach 2011–2013 wynosiły: w 2011 r. 6.764.919,10 tys. zł, w 2012 r. – 6.983.416,06 tys. zł, w 2013 r. – 7.081.547,31 tys. zł.

W strukturze ww. kosztów, koszty świadczeń lekarza POZ w 2011 r. stanowiły 73,34%, w 2012 r. 73,55%, w 2013 r. 73,78%, pielęgniarki POZ odpowiednio 16,32%, 16,26% i 16,18%, położnej POZ odpowiednio 3,97%, 4,00% i 3,98%, pielęgniarki szkolnej odpowiednio 3,92%, 3,80% i 3,69%, a świadczenia transportu sanitarnego odpowiednio 2,45%, 2,40% i 2,37%.

³⁴ Zarządzenie nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

³⁵ Przedstawione dane za rok 2011 są wg stanu na 23.03.2014 r., za rok 2012 – koniec lutego 2013 r. za 2013 r. na dzień 25 lutego 2014 r.

³⁶ Łącznie ze świadczeniami nocnej i świątecznej pomocy.

³⁷ Bez nocnej i świątecznej pomocy.

Zrealizowane koszty świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki, położnej, pielęgniarki szkolnej i transportu sanitarnego przedstawiono w tabeli poniżej:

Tabela nr 1

w tys. zł

| Wyszczególnienie kosztów świadczeń | Wykonanie planu finansowego | | | Kol. 3–kol. 2 | Kol. 4–kol. 2 | % 3:2 | % 4:2 |
|---|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|--------|
| | 2011 r. | 2012 r. | 2013 r. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Koszty świadczeń zdrowotnych ogółem ^{*)} | 58.224.321,00 | 59.875.547,17 | 62.077.982,88 | 1.651.226,17 | 3.853.661,88 | 102,84 | 106,62 |
| Koszty świadczeń POZ ogółem, w tym: ^{*)} | | | | | | | |
| Świadczenia lekarza POZ ^{**)} | 4.961.630,15 | 5.136.315,69 | 5.224.812,98 | 174.685,54 | 263.182,83 | 103,52 | 105,30 |
| Świadczenia pielęgniarki POZ ^{**)} | 1.103.793,61 | 1.135.355,19 | 1.145.677,75 | 31.561,58 | 41.884,14 | 102,86 | 103,79 |
| Świadczenia położnej POZ ^{**)} | 268.295,67 | 279.235,64 | 282.099,34 | 10.939,97 | 13.803,67 | 104,08 | 105,14 |
| Świadczenia pielęgniarki szkolnej ^{**)} | 265.209,71 | 265.078,86 | 261.259,74 | -130,85 | -3.949,97 | 99,95 | 98,51 |
| Świadczenia transportu sanitarnego w POZ ^{**)} | 165.989,96 | 167.430,68 | 167.697,50 | 1.440,72 | 1.707,54 | 100,87 | 101,03 |

^{*)} przedstawione wartości kosztów odzwierciedlają stan na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych.

^{**)} wartości kosztów są danymi szacunkowymi pozyskanymi z OW NFZ dla celów analitycznych DSOZ.

Źródło: Dane NFZ.

Zrealizowane, w latach 2012–2013, koszty świadczeń lekarza, pielęgniarki, położnej i transportu sanitarnego miały tendencję wzrostową w stosunku do 2011 r., jednak w przypadku pielęgniarki szkolnej koszty te były niższe, tj. w 2012 r. o 130,85 tys. zł (o 0,05%), a w 2013 r. niższe o 3.949,97 tys. zł (o 1,49%). Przyczyną tego zjawiska był spadek liczby uczniów obejmowanych opieką pielęgniarki szkolnej. Wykorzystując tą sytuację i odpowiadając na postulaty środowiska pielęgniarek, Prezes NFZ w zarządzeniu nr 69/2013/DSOZ³⁸, podwyższył stawkę kapitacyjną na 2014 r. do 48 zł.

Koszty AOS

Zrealizowane koszty AOS w zakresie kardiologii i diabetologii przedstawiono w tabeli poniżej:

Tabela nr 2

w tys. zł

| Wyszczególnienie kosztów świadczeń | Wykonanie planu finansowego | | | Kol. 3–kol. 2 | Kol. 4–kol. 2 | % 3:2 | % 4:2 |
|--|-----------------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------|--------|
| | 2011 r. | 2012 r. | 2013 r. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Koszty świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ogółem, w tym: ^{*)} | 4.437.171,67 | 5.046.360,65 | 5.250.937,60 | 609.188,98 | 813.765,93 | 113,73 | 118,34 |
| Kardiologia | 228.822,52 | 305 187,75 | 315.535,09 | 76.365,23 | 86.712,57 | 133,37 | 137,90 |
| Diabetologia | 78 043,97 | 90 894,21 | 96.023,66 | 12.850,24 | 17.979,69 | 116,47 | 123,04 |

^{*)} przedstawione wartości kosztów odzwierciedlają stan na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych.

Źródło: Dane NFZ.

W latach 2012–2013 planowane koszty świadczeń AOS we wszystkich zakresach wynosiły: w 2012 r. 5 083 910,00 tys. zł, a w 2013 r. 5 289 014, 00 tys. zł, zaś zrealizowane wyniosły w 2012 r. 5 046 360,65 tys. zł i w 2013 r. 5 250 937,61 tys. zł.

³⁸ Z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

W zakresie kardiologii³⁹ w latach 2012–2013 planowane koszty świadczeń wynosiły w 2012 r. 307.031,40 tys. zł, w 2013 r. 316.115,09 tys. zł, a zrealizowane w 2012 r. 305 187,75 tys. zł i w 2013 r. 315 535,09 tys. zł. W stosunku do planu wykonanie było niższe w 2012 r. o 0,60%, a w 2013 r. o 0,18%. W porównaniu do 2011 r. zrealizowane koszty świadczeń kardiologicznych w 2012 r. były wyższe o 33,37%, zaś w 2013 r. wyższe o 37,90%.

W zakresie diabetologii⁴⁰ w latach 2012–2013 planowane koszty świadczeń wyniosły w 2012 r. 91.730,89 tys. zł, w 2013 r. 96.156,25 tys. zł, a zrealizowane w 2012 r. 90 894,21 tys. zł i w 2013 r. 96 023,66 tys. zł. W stosunku do planu wykonanie w 2012 r. było niższe o 0,91%, a w 2013 r. o 0,14%. W porównaniu do 2011 r. zrealizowane koszty świadczeń diabetologicznych w 2012 r. były wyższe o 16,47%, a w 2013 r. wyższe o 23,04%.

3.2.2.3. Kontraktowanie świadczeń

Centrala NFZ monitorowała procesy kontraktowania świadczeń, pozyskując corocznie z OW dane dotyczące liczby zawartych umów w podziale na zakresy świadczeń i na tej podstawie opracowuje informacje o procesie zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W kontrolowanym okresie 2012–2014 (I półrocze) opracowano informacje dotyczące procesu zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej za poszczególne lata.

Przedmiotem monitorowania były informacje dotyczące AOS z OW, o:

- stanie uzgodnienia umów wieloletnich wg stanu na koniec pierwszego kwartału, w zestawieniu z planem finansowym na dany rok;
- liczbie postępowań ogłoszonych, rozstrzygniętych, unieważnionych oraz liczbie odwołań;
- wartości zawartych umów na dany rok, wg stanu na koniec I kwartału.

Ponadto zgodnie z przyjętymi zasadami sprawozdawczości, obowiązującymi na podstawie zawartych umów, Centrala uzyskuje, m.in. informacje z OW o liczbie i rodzajach udzielonych świadczeń w POZ, oraz liczbie wykonanych badań diagnostycznych. Centrala Funduszu koordynuje także kontrole zlecone OW do przeprowadzenia w wybranych obszarach.

1. Świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy w POZ

Świadczenia lekarza POZ rozliczane były stawką kapitulacyjną⁴¹ w 7 grupach uprawnionych osób oraz stawką za udzieloną poradę⁴².

W 2012 r. świadczeń lekarza POZ udzielało 6.119 świadczeniodawców, w 2013 r. – 6.105, a w 2014 r. (I półrocze) – 6.195 świadczeniodawców. Średnioroczna liczba osób objętych opieką POZ na podstawie deklaracji⁴³ wynosiła w 2012 r. – 36.950.267 osób, w 2013 r. – 37.009.226 osób (o 0,16% więcej niż w 2012 r.), w 2014 r. (I półrocze) – 37.046.627 osób (o 0,26% więcej niż w 2012 r.).

³⁹ Dorosłych i dzieci – przedstawione dane nie stanowią wartości wyszczególnianych w planach finansowych – plany finansowe tworzone są z dokładnością do rodzaju świadczeń

⁴⁰ Dorosłych i dzieci – przedstawione dane nie stanowią wartości wyszczególnianych w planach finansowych – plany finansowe tworzone są z dokładnością do rodzaju świadczeń

⁴¹ Stawką kapitulacyjną rozliczane były świadczenia udzielane świadczeniobiorcom: uprawnionych do współczynnika 3,0, rozliczanych w grupach od 0 do 6 r.ż., od 7 do 19 r.ż., od 20 do 65 r.ż., powyżej 65 r.ż., podopieczni DPS oraz osoby rozliczane współczynnikiem 0,1.

⁴² Świadczenia lekarza POZ w profilaktyce ChUK, świadczenia w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonych spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów, osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone, uprawnionych do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust 1 pkt 2 i 3 ustawy, uprawnionym na podstawie karty Polaka, oraz uprawnionym w związku z zatrudnieniem czasowym na terytorium RP, świadczenia w stanach nagłych zachorowań udzielane osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, świadczenia lekarza POZ w ramach kwalifikacji do realizacji transportu dalekiego POZ.

⁴³ Liczba osób na liście aktywnej.

W strukturze świadczeniobiorców najliczniejszą grupą rozliczaną według stawki kapitacyjnej były osoby w przedziale wiekowym od 20 do 65 r. ż, w 2012 r. ich średnioroczna liczba wyniosła – 21.804.049 osób, tj. 59,01% ogólnej liczby świadczeniobiorców, i odpowiednio w 2013 r. – 21.831.146 osób (58,99%) w 2014 r. – 21.744.619 osób (58,70%). W 2013 r. liczba tych świadczeniobiorców nieznacznie wzrosła o 0,12% w stosunku do 2012 r., a w 2014 zmalała o 0,27%.

Drugą grupą pod względem liczebności świadczeniobiorców były osoby w wieku od 7 do 19 r. ż., stanowiące w 2012 r. 5.062.543 osób (13,70%), w 2013 r. 4.963.279 osób (13,70%) a w 2014 r. 4.914.083 osób (13,26%). Trzecią grupę stanowiły osoby rozliczane współczynnikiem 3,044, ich średnioroczna liczba w 2012 r. wyniosła 4.681.608 osób (12,67%) w 2013 r. – 4.677.716 osób (12,64%), w 2014 r. – 4.783.560 osób (12,91%).

Średnioroczna liczba osób w grupie powyżej 65 r.ż. miała tendencję wzrostową i wyniosła w 2012 r. – 2.818.402 osób (7,63% w strukturze), w 2013 r. – 2.939.415 osób (7,94%), w 2014 r. – 3.013.547 osób (8,13%). Podopieczni DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych w latach 2012–2014 stanowili ok. 0,20% ogólnej liczby świadczeniobiorców.

Liczba osób rozliczona dodatkowo współczynnikiem 0,1⁴⁵ korygującym stawkę kapitacyjną, w 2012 r. wyniosła 10.550.022 osób, w 2013 r. wzrosła ponad dwukrotnie do 23.160.534 osób, w 2014 r. (I półrocze) wyniosła 21.477.795 osób, tj. o 103,58% wyższa niż w całym roku 2012.

Zrealizowane koszty leczenia osób rozliczonych współczynnikiem 0,1 w 2012 r. wyniosły 50.640,13 tys. zł, w 2013 r. 111.269,18 tys. zł (o 119,73 % wyższe niż w 2012 r.), a w 2014 r. – 51.546,70 tys. zł, i nie przekroczyły w skali roku prognozowanego, rocznego skutku finansowego wprowadzenia tego wskaźnika (177.585 tys. zł).

W latach 2012–2014 (I półrocze) świadczeniodawcy POZ udzielili 889.533 porady w stanach nagłych zachorowań 657.344 osobom spoza OW oraz spoza gminy własnej i sąsiadujących⁴⁶ o łącznej wartości 39.456,95 tys. zł oraz 96.884 osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji – 153.240 porad o łącznej wartości 6.382,58 tys. zł.

Ponadto lekarze POZ udzielali porad diagnostyczno-terapeutycznych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni⁴⁷, w 2012 r. 740 osobom 959 porad o wartości 43,16 tys. zł, w 2013 r. 857 osobom 1.193 porady o wartości 53,68 tys. zł, w I połowie 2014 r. 510 osobom 735 porad o wartości 33,08 tys. zł.

NIK zwróciła uwagę na niską realizację świadczeń lekarza POZ w profilaktyce chorób układu krążenia (ChUK). Świadczenia te są gwarantowane w ramach umowy, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁴⁸. Schorzenia układu krążenia zostały wymienione na pierwszym miejscu wśród priorytetów zdrowotnych, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁴⁹.

⁴⁴ Świadczenia lekarza POZ dla osób przewlekle chorych na cukrzycę i/lub choroby układu krążenia.

⁴⁵ Współczynnik 0,1 wprowadzono zarządzeniem nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, miał zastosowanie u świadczeniobiorców, u których procentowy udział porad udzielonych z przyczyny schorzeń układu oddechowego, w rozpoznaniach wg. ICD – 10 z grupy J00-J22, realizowanych w wybranych miesiącach (styczeń luty marzec wrzesień, październik, listopad) przekroczył w skali miesiąca 30%. Zarządzeniem nr 86/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, obniżono udział schorzeń z 30% do 25% porad kwalifikujących do zastosowania dodatkowo współczynnika 0,1 stawki kapitacyjnej w rozliczeniu świadczeń związanych ze zwiększoną zachorowalnością na choroby układu oddechowego.

⁴⁶ W 2012 r. 259.019 osobom – 352.777 porad i odpowiednio w 2013 r. – 272.439 i 369.037, w 2014 (I półrocze) 125.886 i 167.719.

⁴⁷ Uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy o świadczeniach lub osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP.

⁴⁸ Dz. U. 2013 r., poz. 1248 ze zm.

⁴⁹ Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

Świadczenia profilaktyki ChUK rozliczane były liczbą udzielonych porad, jeden raz na pięć lat, ze stawką 48 zł za poradę. Liczba udzielonych porad w latach 2012–2014 miała tendencję malejącą, w 2012 r. wyniosła ogółem 82.610 porad (o wartości 3.950,28 tys. zł), natomiast w 2013 r. – 60.755 porad (o wartości 2.915,92 tys. zł) i była niższa o 26,46%⁵⁰. W I półroczu 2014 r. liczba porad wyniosła 32.146 o wartości 1.542,88 tys. zł.

Pomimo odrębnej wyceny świadczeń (poza stawką kapitulacyjną) oraz wdrożenia systemu informatycznego monitorowania profilaktyki świadczeń (SIMP), liczba osób przebadanych nie przekraczała rocznie 3% populacji podlegającej badaniom⁵¹. Zdaniem Funduszu o niskim wykonaniu profilaktyki ChUK zdecydował brak zainteresowania programem ze strony świadczeniodawców ze względu na jego dużą pracochłonność, konieczność posiadania łącza internetowego oraz niską dyspozycyjność świadczeniobiorców.

Podczas spotkań z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców Fundusz sygnalizował wielokrotnie niskie wykonanie tych świadczeń. Niektóre oddziały wojewódzkie podejmowały działania mające na celu wzrost realizacji świadczeń profilaktycznych ChUK⁵², jednak bez powodzenia. W ocenie NIK działania podejmowane przez Centralę NFZ i niektóre oddziały wojewódzkie, okazały się niewystarczające do zahamowania spadku liczby porad realizowanych w POZ, w ramach profilaktyki ChUK, określonych przez Ministra Zdrowia jako priorytetowe zadania zdrowotne.

Program profilaktyki chorób odtytoniowych realizowali lekarze POZ w ramach odrębnych umów. Program obejmował dwa etapy – podstawowy (poradnictwo antynikotynowe dla osób powyżej 18 roku życia) oraz poradnictwo antynikotynowe z diagnostyką (z wykonaniem spirometrii) i profilaktyką POChP – etap specjalistyczny obejmujący osoby powyżej 18. roku życia, uzależnione od tytoniu (ICD-10: F17), skierowane z etapu podstawowego programu lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszające się bez skierowania. W 2012 r. program realizowało 163 świadczeniodawców POZ (2,66% ogółu świadczeniodawców POZ), w 2013 r. – 128 świadczeniodawców (2,10%), w 2014 r. 93 świadczeniodawców (1,5%).

Przyczyną małego zainteresowania świadczeniodawców POZ realizacją Programu było przekonanie, iż program profilaktyczny stanowi działania uzupełniające, mające na celu uświadomienie świadczeniobiorcom, że uzależnienie od tytoniu jest chorobą. Ponadto od realizatorów wymaga się posiadania dodatkowych kwalifikacji (kurs leczenia uzależnienia od tytoniu), a także posiadania specjalistycznego sprzętu (spirometru). Niewielu świadczeniodawców decyduje się na poniesienie dodatkowych wydatków wobec niepewności co do liczby pacjentów, którzy zgłoszą się do Programu.

NIK zauważa, że lekarze w POZ realizujący program nie wykonywali wszystkich zakontraktowanych świadczeń. Na 2012 r., na oba etapy programu, zawarto umowy o łącznej wartości 794,94 tys. zł, z czego zrealizowano świadczenia za 236,98 tys. zł, co stanowiło 31,60% wartości zakontraktowanych świadczeń. Na 2013 r. zawarto umowy na kwotę 615,24 tys. zł, które zrealizowano w wysokości 182,38 tys. zł (29,64 %). W 2012 r. udzielono łącznie w obu etapach 11.074 porady, a w 2013 – 8.487 porad (o 23,36% mniej).

⁵⁰ Najwyższe spadki w realizacji tych świadczeń w 2013 r. w stosunku do 2012 r. wystąpiły w OW: Warmińsko Mazurskim o 42,11%, Świętokrzyskim o 36,49%, Opolskim o 36,32%, w Zachodniopomorskim o 36,81%.

⁵¹ Według NFZ średnioroczna liczba osób podlegająca badaniom profilaktycznym ChUK wynosi ok. 2 700 000.

⁵² OW Lubuski zwrócił się do Prezesa Zarządu Lubuskiego Związku Lekarzy Pracodawców Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Porozumienie Zielonogórskie” z prośbą o zobligowanie lekarzy, pielęgniarek i położnych do większego zaangażowania w realizację zadań profilaktycznych. OW Łódzki w maju 2014 r. przeprowadził szkolenia świadczeniodawców w zakresie profilaktyki ChUK.

Świadczenia pielęgniarstwa POZ w 2012 r. realizowało 6.041 świadczeniodawców, obejmując 35.011.945 świadczeniobiorców zadeklarowanych na liście aktywnej i odpowiednio w 2013 r. 6.245 świadczeniodawców (o 3,40% więcej niż w 2012 r.) i 35.400.626 osób (o 1,11% więcej), w 2014 r. – 6.336 świadczeniodawców i 35.465.903 osoby.

W strukturze świadczeniobiorców pielęgniarstwa POZ największą liczebnie grupę stanowiły osoby w wieku od 7 do 65 lat – w 2012 r. 27.744.432 osoby (79,24%), w 2013 – 27.898.136 (78,81%), w 2014 r. (I półrocze) – 27.831.490 (78,47%), następnie osoby wieku powyżej 65 r.ż. – w 2012 r. 4.910.292 (14,02%), w 2013 r. 5.126.768 (14,48%), w 2014 r. – 5.256.610 (14,82%). W grupie od 0 do 6 lat w 2012 r. stanowiły 2.307.780 osób (6,59%), w 2013 r. – 2.322.135 osób (6,56%), w 2014 – 2.318.523 osoby (6,54%). W wymienionych wyżej grupach rozliczano świadczenia według stawki kapitacyjnej. Liczba świadczeniobiorców w 2013 r. wykazywała niewielką tendencję wzrostową w stosunku do 2012 r., tj. w grupie od 0 do 6 lat o 0,62%, od 7 do 65 lat o 0,55%, w grupie powyżej 65 lat o 4,41%, w grupie podopiecznych DPS o 0,64%.

W latach 2012–2014 (I półrocze) udzielono 26.127 osobom 54.334 porady w stanach nagłych zachorowań⁵³ o wartości 652,00 tys. zł oraz 3.029 osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji 6.244 porady o wartości 74,93 tys. zł.

Ponadto pielęgniarstwa w POZ udzielały świadczeń świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni⁵⁴, w 2012 r. 19 osobom 19 świadczeń o wartości 0,23 tys. zł, w 2013 r. 50 osobom 61 porad o wartości 0,73 tys. zł, w I połowie 2014 r. 10 osobom 10 porad o wartości 0,12 tys. zł.

Liczba świadczeń pielęgniarstwa poz w zakresie profilaktyki gruźlicy w 2013 r. (149.630) zmalała o 14,48%. w porównaniu do 2012 r. (174.960)⁵⁵. Oddziały NFZ nie analizowały przyczyn zmniejszenia liczby tych świadczeń. Jako przypuszczalne powody tego zjawiska wskazano: ograniczenie czasowe – jeden pacjent może być objęty tą profilaktyką raz na 2 lata⁵⁶, niską wycenę świadczenia – 4,00 zł za poradę oraz niechęcią świadczeniobiorców do korzystania z porad profilaktycznych.

W ocenie NIK, świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy są istotnym elementem wczesnego rozpoznawania nowych zachorowań i ograniczania niekorzystnych zjawisk epidemiologicznych.

Świadczenia położnej poz⁵⁷ w 2012 r. realizowało 4.326 świadczeniodawców, obejmując opieką zdrowotną 16.598.875 osób i odpowiednio w 2013 r. 4.497 i 16.734.743, w 2014 r. (I półrocze) 4.612 i 6.811.143. W 2013 r. wzrosła liczba świadczeniodawców o 3,95%, w porównaniu do 2012 r., oraz świadczeniobiorców o 0,82% i odpowiednio w 2014 r. o 6,61% i o 1,28% – w stosunku do 2012 r.

Świadczenia pielęgniarstwa szkolnej w 2012 r. realizowało 3.369 świadczeniodawców obejmując opieką 4.912.364 uczniów, w 2013 r. 3.398 świadczeniodawców dla 4.801.549 uczniów, a w 2014 r. 3.394 świadczeniodawców dla 4.756.644 uczniów. Świadczenia rozliczane były stawką kapitacyjną⁵⁸.

⁵³ Osobom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów.

⁵⁴ Patrz przypis nr 47.

⁵⁵ Największe spadki odnotowano w OW Opolskim, gdzie liczba świadczeń zmalała z 321 w 2012 r. do 74, tj. o 76,9% i odpowiednio w OW Podlaskim z 6.945 do 1.835, tj. o 73,6%, w OW Świętokrzyskim z 4.971 świadczeń do 2.511, tj. o 49,5%, w Dolnośląskim z 9.624 do 5.937, tj. o 38,3%, w OW Łódzkim z 25.120 do 17.205, tj. o 31,5%.

⁵⁶ Por. część III załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248 ze zm.).

⁵⁷ Świadczenia położnej poz rozliczane są według stawki kapitacyjnej – za osoby zarejestrowane na liście aktywnej oraz według cen jednostkowych za udzieloną poradę.

⁵⁸ Świadczenia pielęgniarstwa szkolnej rozliczane wg stawki kapitacyjnej w wysokości 48 zł oraz świadczenia w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej stawką 5,40 zł.

W 2012 r. największą liczebnie grupę uczniów stanowili uczniowie szkół typu I⁵⁹ średniorocznie 4.514.460 (91,9%), następną uczniowie szkół typu II⁶⁰ 324.719 (6,61%) oraz typu III⁶¹ 73.185 (1,49%). W kolejnych latach struktura świadczeniobiorców pielęgniarstwa szkolnego była podobna.

Pielęgniarstwo szkolne realizowało wśród uczniów szkół podstawowych (klas I do VI) grupową profilaktykę fluorkową. W 2012 r. profilaktyką tą objęto 1.969.842 uczniów, którym udzielono świadczeń o wartości 10.417,06 tys. zł, w 2013 r. 1.973.109 uczniów (o 0,17% więcej) o wartości świadczeń 10.654,93 tys. zł. W I półroczu 2014 r. zrealizowano świadczenie u 982.016 uczniów za 5.302,89 tys. zł.

Świadczenia transportu sanitarnego realizowało w 2012 r. 1.044 świadczeniodawców obejmując 36.877.350 zadeklarowanych świadczeniobiorców i odpowiednio w 2013 – 1.089 (o 4,31% więcej) i 36.914.299 (o 0,10% więcej), w 2014 r. (I półrocze) – 1.010 i 36.962.310. Koszt tych świadczeń w 2012 r. wyniósł 167.430,68 tys. zł, w 2013 r. – 167.697,51 tys. zł (o 0,16% więcej), w I połowie 2014 r. – 82.204,53 tys. zł.

2. Świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy AOS

Diabetologia

W 2012 r. w ramach AOS świadczeń diabetologicznych udzielało 795 świadczeniodawców, z tego jedynie 34 w zakresie diabetologii dziecięcej. W 2013 r. odpowiednio 763 i 35, w 2014 r. (I półrocze) 749 i 32.

W 2012 r. planowana liczba świadczeń (łącznie z diabetologią dziecięcą) wyrażona w jednostkach rozliczeniowych wyniosła 10.015.876, przy średniej wartości punktu 9,12 zł w poradniach dla dorosłych i 9,54 zł w poradniach dla dzieci, stanowiło to 91.484,45 tys. zł. Natomiast zakontraktowano w umowach ze świadczeniodawcami 10.194.643 jednostki (o 1,78% więcej) o wartości 91.730,88 tys. zł. Rozliczono 10.091.240 jednostek (o 0,75% więcej niż planowano) o wartości 90.894,21 tys. zł, z których skorzystały 769.642 osoby (w tym 14.162 dzieci).

W 2013 r. planowana liczba jednostek rozliczeniowych wynosiła 10.773.851 przy średniej wartości punktu 9,00 zł w poradniach dla dorosłych oraz 9,71 zł w poradniach dla dzieci, zakontraktowano 10.669.152 jednostki (o 0,97% mniej niż planowano) na kwotę 96.156,25 tys. zł. Zrealizowane świadczenia wyniosły 10.672.965 jednostek (o 3.812 jednostek więcej niż zakontraktowano) o wartości 96.023,74 tys. zł, z których skorzystało 778.985 osób (w tym 15.186 dzieci). W stosunku do 2012 r. liczba zrealizowanych świadczeń w 2013 r. wzrosła o 5,76%, a wartość o 5,64%.

Ambulatoryjne świadczenia w zakresie diabetologii obejmowały: świadczenia pohospitalizacyjne⁶², wysokospecjalistyczne⁶³, kompleksowe⁶⁴, świadczenia zabiegowe⁶⁵, udzielane w miejscu pobytu świadczeniodawcy oraz świadczenia odrębne⁶⁶.

⁵⁹ Szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez warsztatów), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna (§ 27 zarządzenia Prezesa NFZ 85/2011/DSOZ) z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

⁶⁰ Szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa.

⁶¹ Szkoła specjalna dla uczniów z niepełnosprawnością.

⁶² Symbol W01.

⁶³ W11, W12 – konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 lub co najmniej jednej procedury z listy W2 lub co najmniej wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5, W13, W14, W15, W17.

⁶⁴ W21 – pierwszego typu, W22, W23, W24, W25.

⁶⁵ 00.9600 elektrokoagulacja zmian powierzchniowych, 00.9601 krioterapia zmian powierzchniowych, 00.9602 laseroterapia zmian powierzchniowych, 86.081 założenie pompy insulinowej, 86.221 Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki, 86.222 Wycięcie martwiczej tkanki, 86.223 wycięcie wilgotnej martwiczej tkanki, 86.271 Usunięcie tkanki martwiczej, 86.272 Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej, 86.281 usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez szczoteczowanie, 86.282 usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez irygację pod ciśnieniem, 86.283 usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez zdrapanie, 86.284 usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie, 93.57 założenie opatrunku na ranę, 93.57 założenie opatrunku na ranę.

⁶⁶ Echokardiografia, Posiew z antybiogramem w kierunku mycobacterium, Próba wysiłkowa, USG doppler duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu, Wykrywanie rna/dna za pomocą badań molekularnych (pcr/pfge).

W kontrolowanym okresie najwięcej osób skorzystało ze świadczeń wyspecjalizowanych: w 2012 r. – 1.000.806, którym udzielono 1.831.028 porad, w 2013 r. – 1.122.778 osobom (o 12,19% więcej) udzielono 1.966.091 porad (o 7,38% więcej), w 2014 r. – 823.980 osobom, którym udzielono 947.770 porad. Od 2008 r., w ramach AOS, realizowano program kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą (KAOS). W okresie kontrolowanym warunki realizacji programu określone zostały w zarządzeniach Prezesa NFZ⁶⁷. Program rozliczany jest roczną stawką kapitulacyjną, negocjowaną ze świadczeniodawcą. W 2007 r. Fundusz ustalił podstawową kalkulację stawki kapitulacyjnej na kwotę 551,43 zł w skali roku⁶⁸, w przeliczeniu na jedną osobę zadeklarowaną w KAOS.

W oddziałach wojewódzkich średniomiesięczna stawka kapitulacyjna była zróżnicowana i wynosiła od 45,95 zł miesięcznie (551,40 zł rocznie) w OW Pomorskim, do 60 zł miesięcznie (720 zł rocznie) w OW Warmińsko-Mazurskim. W skali kraju program ten realizowała niewielka grupa świadczeniodawców, tj. w 2012 r. – 41, w 2013 r. – 41, w 2014 (I półrocze) – 36. Program nie był realizowany w OW: Lubuskim, Podkarpackim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim.

W 2012 r. planowana liczba świadczeń, wyrażona w liczbie miesięcznych stawek kapitulacyjnych, wyniosła 267.756 i przy średniej oczekiwanej miesięcznej stawce kapitulacyjnej 47,72 zł stanowiła wartość 14.136,27 tys. zł. W 2013 r. odpowiednio 282.953 miesięczne stawki, przy średniej oczekiwanej cenie stawki kapitulacyjnej 47,72 zł stanowiły wartość 14.889,19 tys. zł.

Wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła w 2012 r. 14.178,30 tys. zł (o 0,30% wyższa od planu), a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 13.939,09 tys. zł (niższa od planu o 1,39% i od zakontraktowanych o 1,69%). W 2013 r. wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła 14.505,67 tys. zł (niższa od planu o 2,58%), a zrealizowanych 14.305,14 tys. zł (niższa od planu o 3,92% i od zakontraktowanych świadczeń o 1,38%).

W 2012 r. liczba zadeklarowanych świadczeniobiorców w KAOS wyniosła 25.169 osób, i odpowiednio: w 2013 r. 26.174 osoby, a w I półroczu 2014 r. 23.353 osoby.

W latach 2012–2014 (I półrocze) Fundusz nie analizował efektywności realizacji programu KAOS. Ostatnia analiza, wykonana została za lata 2008–2010, wykazała m.in., iż nie został osiągnięty główny cel programu, tj. zmniejszenie się liczby hospitalizacji pacjentów objętych opieką kompleksową.

W załączniku nr 3 część c do zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ/ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, podano w schemacie postępowania z pacjentem z cukrzycą typu I, że lekarz winien udzielić średnio od 8 do 12 porad rocznie (co 4–6 tygodni), pacjentom z cukrzycą typu II – średnio 4 porady rocznie. Z kolei w § 18 ust 2 cytowanego zarządzenia podano, iż „warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest udzielenie świadczeń zgodnie z postanowieniami określonymi w załączniku nr 3 część c, w sposób ciągły, regularny, ale z częstotliwością nie mniejszą niż raz na 3 miesiące, czyli 4 porady rocznie.

Wprowadzenie ww. przepisów w zarządzeniu Nr 71/2012/DSOZ o częstotliwości nie mniejszej niż raz na 3 miesiące podyktowane było faktem, że świadczenia dla pacjentów objętych opieką KAOS realizowane były w sposób sporadyczny, nieregularny, co nie gwarantowało zachowania odpowiedniej jakości opieki, pomimo przeznaczania przez NFZ środków na realizację programu.

Z analizy danych dotyczących realizacji świadczeń KAOS wynika, iż liczba osób którym udzielono świadczeń była w niektórych OW niższa od liczby zadeklarowanych w KAOS.

⁶⁷ 81/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Nr 71/2012/DSOZ/ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁶⁸ Stawka kapitulacyjna została skalkulowana dla 700 osób objętych stałą opieką taką liczbę pacjentów przyjęto na 1 etat lekarski. W kalkulacji ujęto m.in. koszty jednego etatu lekarskiego miesięcznie jednego etatu pielęgniarki miesięcznie, ½ etatu dietetyka, koszty badań w ciągu roku dla jednego pacjenta w wysokości 250 zł.

W OW Dolnośląskim w 2012 r. o 37,5%, w 2013 r. o 16,6%, w OW Kujawsko-Pomorskim w 2012 r. o 35,2 %, w 2013 r. o 30,9 %; w OW Pomorskim w 2012 r. o 56,3%, w 2013 r. o 11,8%; w OW Śląskim w 2012 r. o 17,7%, w 2013 r. o 19,2%. Natomiast średnioroczna liczba udzielonych porad w przeliczeniu na jedną osobę zadeklarowaną w KAOS (lista sporządzona na podstawie posiadanych deklaracji wyboru) w wyżej wymienionych OW była niższa niż 4 porady w ciągu roku, zatem nie osiągnięto parametru określonego przepisem § 18 ust 2 zarządzenia nr 71/2012/DSOZ⁶⁹. Pomimo tego świadczenia były finansowane przez OW.

Finansowanie stawką kapitacyjną świadczeń w KAOS nad pacjentem z cukrzycą niezależnie od liczby faktycznie wykonanych świadczeń, wymaganych przepisami zarządzenia Prezesa NFZ, w ocenie NIK, należy uznać za nieuprawnione wydatkowanie środków publicznych. Koszty wykonanych świadczeń osobom faktycznie korzystającym z porad KAOS w ciągu roku były niższe od kosztów poniesionych przez NFZ; w 2012 r. o około 2.217 tys. zł⁷⁰, a w 2013 r. o około 1.105 tys. zł.

Kardiologia

W 2012 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń kardiologicznych udzielało 1.269 świadczeniodawców z tego 134 w zakresie kardiologii dziecięcej, w 2013 r. odpowiednio 1269 i 129, w 2014 r. (I półrocze) 1215 i 120.

W 2012 r. planowana liczba świadczeń (łącznie z kardiologią dziecięcą), wyrażona w jednostkach rozliczeniowych wyniosła 27.505.020, przy średniej wartości punktu 9,30 zł w poradniach dla dorosłych i 9,66 zł w poradniach dla dzieci. Stanowiło to 256.682,49 tys. zł. Natomiast zakontraktowano w umowach ze świadczeniodawcami 33.621.507 jednostek (o 22,24% więcej niż pierwotnie planowano) o wartości 307.031,38 tys. zł. Rozliczono 33.391.663 jednostki (o 21,4% więcej niż planowano) o wartości 305.187,61 tys. zł. Z tych świadczeń skorzystało 2.108.435 osób (w tym 203.203 dzieci).

W 2013 r. planowana liczba jednostek rozliczeniowych wynosiła 34.345.437 przy średniej wartości punktu 9,12 zł w poradniach dla dorosłych oraz 9,56 zł w poradniach dla dzieci. Zakontraktowano 34.672.198 jednostek (o 0,95% więcej niż planowano pierwotnie) na kwotę 316.115,09 tys. zł. Zrealizowane świadczenia wyniosły 34.659.771 jednostek (o 12.428 jednostek mniej niż zakontraktowano) o wartości 315.534,88 tys. zł, z których skorzystało 2.259.011 osób (w tym 212.726 dzieci). W stosunku do 2012 r. liczba zrealizowanych świadczeń w 2013 r. wzrosła o 3,8% a wartość o 3,4%, zaś liczba świadczeniobiorców wzrosła o 7,1%. Świadczenia udzielane w zakresie kardiologii obejmowały: świadczenia pohospitalizacyjne⁷¹, wysokospecjalistyczne – zachowawcze⁷², kompleksowe⁷³, świadczenia zabiegowe⁷⁴, świadczenia udzielane w miejscu pobytu świadczeniodawcy⁷⁵ oraz świadczenia odrębne⁷⁶.

⁶⁹ W OW Dolnośląskim liczba udzielonych porad w ciągu 2012 r. w przeliczeniu na jednego zadeklarowanego świadczeniobiorcę wyniosła średnio 2,05 porady, w 2013 r. – 3,37 porady, i odpowiednio w OW Pomorskim 1,93 i 2,85, w OW Śląskim 2,98 i 2,91, w OW Kujawsko-Pomorskim 2,95 i 3,05.

⁷⁰ W 2012 r. w OW Dolnośląskim wartość świadczeń których udzielono 1.325 osobom x 54,15 zł (miesięcznie) x 12 miesięcy wyniosła 860.957,87zł, tymczasem koszty NFZ wyniosły 1.185.306,15 zł, wyższe o 324.348,28 zł. W 2013 r. 1912 osobom udzielono świadczeń o wartości 1.242.177,02 zł, a koszty NFZ wyniosły 1.294.259,23 zł, wyższe o 52.082,21 zł. Podobnie licząc w OW Kujawsko-Pomorskim w 2012 r. wyższe o 855.347,40 zł, w 2013 r. wyższe o 700.530,60 zł, w OW Pomorskim w 2012 r. wyższe o 580.762,05 zł, w 2013 wyższe o 33.451,60 zł, w OW Śląskim w 2012 r. wyższe o 260.728,00 zł, w 2013 r. wyższe o 319.124,00 zł.

⁷¹ Symbol W01.

⁷² Symbol W11, W12, W13, W14, W15, W17, W18, W19.

⁷³ Symbol W21 – pierwszego typu, W22, W23, W24, W25.

⁷⁴ 93.57 założenie opatrunku na ranę, 98.25. usunięcie ciała obcego z tułowia z wyjątkiem (...) bez nacięcia.

⁷⁵ W31.

⁷⁶ 1 Echokardiografia, 2 Echokardiografia lub echokardiografia obciążeniowa przezprzełykowa, 3 Echokardiografia obciążeniowa-wysiłkowa, 4 kwalifikacja potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności wykonania zabiegu, 5 monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki (obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania, 6 Posiew z antybiogramem w kierunku mycobacterium, 7 Próba wysiłkowa, 8 USG doppler duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu, 9 Wykrywanie RNA/DNA za pomocą badań molekularnych (pcr/pfge).

W kontrolowanym okresie najwięcej osób (ok. 88%) skorzystało ze świadczeń wysokospecjalistycznych: w 2012 r. 2.284.987, którym udzielono 3.546.627 porad; w 2013 r. 3.401.425, którym udzielono 4.804.782 porady, w I połowie 2014 r. 2.264.523, którym udzielono 2.303.114 porad. W 2013 r. liczba pacjentów korzystających z tego typu świadczeń wzrosła o 48,86% w stosunku do 2012 r. a liczba porad o 35,47%.

Na drugiej pozycji pod względem liczebności świadczeniobiorców znalazły się świadczenia odrębne, z których w latach 2012–2014 skorzystało około 9% osób.

Na trzeciej pozycji znalazły się świadczenia kompleksowe, których udzielono około 3% osób.

3. Wpływ wprowadzenia trzykrotnej stawki kapitacyjnej w POZ, za osoby przewlekle chore na cukrzycę i/lub choroby układu krążenia, na liczbę i wartość świadczeń AOS w kardiologii i diabetologii

Średnioroczna liczba osób objętych wskaźnikiem 3,0 w 2012 r. wyniosła 4.681.608, w 2013 – 4 677 716 (niższa o 0,08%), a w 2014 (I półrocze) – 4 783 560 (wyższa o 2,18%). Grupa ta stanowiła w 2012 r. – 12,67% ogólnej liczby zadeklarowanych świadczeniobiorców w POZ, w 2013 r. 12,64%, a w 2014 r. (I półrocze) 12,91%. Ze sprawozdań o liczbie wykonanych świadczeń wynikało, iż w 2012 r. udzielono 32.675.492 świadczenia 7.696.182 osobom (średnio 4 porady rocznie), i odpowiednio w 2013 r. 32.467.583 świadczenia dla 7.815.612 osób (średnio 4 porady rocznie), w I półroczu 2014 r. udzielono 16.539.597 świadczeń 7.656.380 osobom (średnio 2 porady).

Koszt świadczeń osób rozliczanych współczynnikiem 3,0 w 2012 r. wynosił 1.349.555,93 tys. zł, w 2013 r. – 1.353.274,30 tys. zł (o 0,28% więcej), a w 2014 (I półrocze) – 688.656,13 tys. zł

Jednocześnie koszty świadczeń AOS w zakresie diabetologii i kardiologii uległy zwiększeniu i wyniosły łącznie w 2012 r. 396.081,96 tys. zł (wzrost w stosunku do roku 2011 o 29,07%), w 2013 r. 411.558,75 tys. zł wzrost o 3,91% w stosunku do 2012 r.

NIK zwróciła uwagę, że nie określono sposobu monitorowania przez NFZ procesu leczenia przewlekle chorych w POZ rozliczanych współczynnikiem 3,0, szczególnie wykonywania niezbędnych badań diagnostycznych.

W zarządzeniu Prezesa NFZ nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zawarto zapis – doprecyzowany w zarządzeniu nr 69/2013/DSOZ, iż „w trakcie leczenia osób przewlekle chorych z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą lub chorobą układu krążenia, lekarz POZ monitoruje proces leczenia poprzez wykonywanie niezbędnych dla tego celu badań diagnostycznych, spośród badań określonych dla POZ wykazem badań diagnostycznych zawartym w części IV załącznika Nr 1 do Rozporządzenia MZ”.

Świadczeniodawcy POZ przekazywali sukcesywnie ogólne sprawozdania o rodzaju i liczbie wykonanych badań diagnostycznych, lecz tylko nieliczne badania można wyłącznie przyporządkować do świadczeniobiorców rozliczanych współczynnikiem 3,0, np. poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c). W 2012 r. wykonano 299.241 tych badań, czym objęto ok 6,39% średniorocznej liczby pacjentów rozliczonych współczynnikiem 3,0 w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia, w 2013 r. wykonano 337.613 badań i objęto 7,22% średniorocznej liczby pacjentów.

Ustalono, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁷⁷, do 31 grudnia 2014 r. ograniczały możliwość gromadzenia szczegółowych informacji o wszystkich elementach działań diagnostycznych w powiązaniu ze świadczeniobiorcą (PESEL), niezbędnych dla monitorowania procesu

⁷⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447. Rozporządzenie to zostało zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1986) z dniem 1 stycznia 2015 r.

leczenia chorych zakwalifikowanych do grupy współczynnika 3,0. Dopiero od 1 stycznia 2015 r. po zmianie cytowanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia lekarze POZ zostali zobowiązani do przekazywania NFZ informacji o procesie leczenia i diagnozowania osób z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą i/lub chorobą układu krążenia⁷⁸.

NFZ analizował dane zbiorcze dotyczące liczby wykonanych badań diagnostycznych, które nie odzwierciedlały liczby badań wykonanych wyłącznie dla chorych rozliczanych współczynnikiem 3,0.

W 2012 r. Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ) sporządził za lata 2009–2012 analizę skutków finansowych wprowadzenia współczynnika 3,0 korygującego stawkę kapitacyjną, w odniesieniu do osób chorych na cukrzycę i choroby układu krążenia prowadzonych przez lekarza POZ.

Z analizy tej wynikało m.in., iż w POZ:

- wystąpił wzrost kosztów kapitacyjnego finansowania świadczeń lekarza POZ o ok. 15,31%,
- najliczniejszą grupą rozliczanych z zastosowaniem współczynnika 3,0 były osoby w wieku 20–65 lat – 2.344.492 (50,40%) oraz powyżej 65 r.ż. – 2.276.691 (48,95%).
- średni czas oczekiwania na poradę w AOS w I półroczu 2012 r. w porównaniu do I półroczu 2011 r. uległ nieznacznemu wydłużeniu⁷⁹,
- wprowadzenie współczynnika 3,0 w POZ nie przyniosło efektywności finansowej w postaci zmniejszenia wydatków w AOS (wartość rozliczonych świadczeń wg danych na 14.08.2012 r.) wyniosła w 2009 r. – 308.807.299,48 zł, w 2010 r. – 307.666.350,90 zł, w 2011 r. 335.197.579,99 zł), co zdaniem NFZ oznacza, że skierowania do lekarzy specjalistów wydawane pacjentom przez lekarzy POZ wpływają na poziom wydatków AOS, jednak celem wprowadzenia współczynnika 3,0 nie było ograniczenie świadczeniobiorcom możliwości skorzystania z opieki specjalistów, ale doprowadzenie do sytuacji, w której skierowania do specjalistów AOS będą następować w sytuacji, kiedy lekarz POZ nie może samodzielnie osiągnąć celu diagnostyczno-terapeutycznego wynikającego z oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- koszty finansowanych świadczeń w POZ, w przeliczeniu na jedną poradę, były niższe niż w AOS i wynosiły od 19,01 zł w 2009 r. do 19,27 zł w 2012 r. (I półrocze) natomiast w AOS od 43,93 zł w 2009 r. do 58,0 zł w 2012 (I półrocze). Zdaniem NFZ wprowadzony w połowie 2011 r. nowy system rozliczania świadczeń w oparciu o JGP⁸⁰ spowodował zróżnicowanie świadczeń AOS, zarówno pod względem merytorycznym jak i cenowym, w poradniach AOS znalazły się wysoko wycenione świadczenia związane z wykonaniem zabiegów i kosztochłonnych badań diagnostycznych.

W wyniku kontroli świadczeniodawców NFZ stwierdził istotne braki w postępowaniu diagnostycznym w odniesieniu do przedmiotowej grupy osób, co było sprzeczne z warunkami umowy dotyczącymi obowiązku monitorowania procesów leczenia osób przewlekle chorych z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą lub chorobą układu krążenia, poprzez wykonywanie niezbędnych dla tego celu badań diagnostycznych.

Zdaniem NIK wyegzekwowanie tego obowiązku było niemożliwe na skutek braku określonych standardów świadczeń dla tej grupy osób oraz braku możliwości monitorowania procesu leczenia tych chorych.

Fundusz podjął działania na etapie projektu zarządzenia określającego warunki zawierania i realizacji umów na rok 2010, w uzgodnieniu z konsultantami krajowymi w dziedzinie kardiologii i diabetologii, zaproponował wykaz badań kwalifikowanych do rozliczenia współczynnikiem 3,0

⁷⁸ Por. § 3 ust. 8 pkt 6 oraz § 6 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia wymienionego w przypisie 77, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2015 r. Jednak § 6 ust. 4 pkt 1 został uchylony przez § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2015 r. (Dz. U. z 2015 r., poz. 698) z dniem 21 maja 2015 r.

⁷⁹ Dla poradni kardiologicznych z 65 dni do 68 dni – o ok. 4,6%, dla poradni diabetologicznych z 35 do 39 dni (o ok. 11,4%), dla poradni chorób naczyń z 68 do 82 dni (o 20,6%), dla poradni kardiologicznych – z 8 do 17 dni (o 112,5%), dla poradni chirurgii naczyń z 69 do 77 dni (o 11,6%).

⁸⁰ Jednorodne grupy pacjentów.

oraz wymaganą krotność ich wykonywania w ciągu roku dla osób przewlekle chorych z rozpoznaną i potwierdzoną cukrzycą⁸¹ oraz dla chorych z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie chorobą układu krążenia⁸². Jednak na skutek sprzeciwu reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, projektowane ww. rozwiązania nie zostały uwzględnione w zarządzeniu⁸³.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że nie osiągnięto zakładanych celów w badanym obszarze, tj. m.in. obniżenia kosztów świadczeń w AOS w zakresie diabetologii i kardiologii oraz kompleksowości świadczeń w POZ, polegającej głównie na wykonaniu niezbędnych badań diagnostycznych w procesie leczenia chorych zakwalifikowanych do grupy współczynnika 3,0.

3.2.3. Świadczeniodawcy

Kontrolą objęto 45 świadczeniodawców z terenu siedmiu województw (dolnośląskiego, lubelskiego, łódzkiego, mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego i śląskiego), udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (23 podmioty lecznicze) i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologia i diabetologia (22 podmioty lecznicze⁸⁴). Wśród podmiotów kontrolowanych było 14 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ) i 31 niepublicznych, w tym 23 działające w formie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (NZOZ)⁸⁵, siedem jako indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie oraz jeden w formie grupowej praktyki lekarskiej.

Wszystkie kontrolowane podmioty posiadały ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸⁶. Jeden podmiot nie dopełnił w terminie obowiązku poinformowania organu rejestrowego o zawartej umowie ubezpieczenia⁸⁷.

W sześciu przypadkach (13,3%) stwierdzono niezgodność wpisów w rejestrach⁸⁸ z faktyczną strukturą podmiotu leczniczego. Rozbieżności dotyczyły miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, formy organizacyjno-prawnej, a także wykazu jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

⁸¹ 1/ dla osób przewlekle chorych z rozpoznaną i potwierdzoną cukrzycą: HbA1c minimum 1 raz w roku kalendarzowym, cholesterol całkowity 1 raz w roku kalendarzowym, HDL, LDL – 1 raz w roku kalendarzowym, trójglicerydy – 1 raz w roku kalendarzowym, badanie ogólne moczu 1 raz w roku kalendarzowym, kreatynina – 1 raz w roku kalendarzowym.

⁸² Dla osób chorych z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie chorobą układu krążenia: badanie EKG minimum raz w kwartale dla chorych po OZW, pozostali raz w roku kalendarzowym, ciśnienie tętnicze krwi podczas każdej wizyty, masa ciała minimum raz w roku kalendarzowym, cukier w surowicy krwi – minimum raz w roku kalendarzowym, cholesterol całkowity – 2 razy w roku kalendarzowym, HDL, LDL – minimum 1 raz w roku kalendarzowym, trójglicerydy – minimum 1 razy w roku kalendarzowym, badanie ogólne moczu minimum 1 raz w roku kalendarzowym, jonogram (sód, potas) – minimum 1 raz w roku kalendarzowym, próby wątrobowe – minimum 1 raz w roku kalendarzowym, kreatynina, mocznik – minimum 1 raz w roku kalendarzowym, INR – u leczonych przeciwzakrzepowo minimum 1 raz w roku kalendarzowym, HbA1C u leczonych z powodu cukrzycy minimum 1 raz w roku kalendarzowym, morfologia – minimum 1 raz w roku kalendarzowym.

⁸³ Zaproponowane wykazy badań zostały przez Fundusz wycenione następująco: dla pacjentów z cukrzycą – 48,82 zł, pacjent z ChUK po OZW – 260,47 zł, , pacjent z ChUK i z cukrzycą – 113,16 zł, pacjent z ChUK po OZW i z cukrzycą 283,47 zł.

⁸⁴ W tym jeden podmiot również w zakresie świadczeń POZ.

⁸⁵ Zorganizowanych na zasadach spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (6), spółki prawa cywilnego (9), działalności gospodarczej osób fizycznych (7).

⁸⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm. – dalej ustawa o działalności leczniczej.

⁸⁷ Por. art. 25 ust 3 ustawy o działalności leczniczej.

⁸⁸ O których mowa w art. 100 i następnym ustawy o działalności leczniczej.

W ocenie NIK, niezgodne ze stanem faktycznym wpisy w rejestrach, naruszające ustawę o działalności leczniczej, podważają zaufanie do organów rejestrowych i uniemożliwiają administracji publicznej, przy podejmowaniu decyzji strategicznych, dostęp do rzetelnych danych o faktycznym potencjale świadczeniodawców w skali kraju, regionu, czy konkretnego obszaru.

Aktualny regulamin organizacyjny⁸⁹ posiadało 36 (80,0%) podmiotów leczniczych, w czterech (8,9%) był on nieaktualny, zaś w pięciu (11,1%) nie ustalono takiego regulaminu. Brak regulaminu stwierdzono głównie w indywidualnych praktykach lekarskich, co wynikało z przekonania lekarzy o nieobowiązaniu w stosunku do nich tego przepisu prawa.

Wymienione wyżej nieprawidłowości zostały usunięte w trakcie kontroli.

Wszystkie podmioty lecznicze poddane badaniom kontrolnym posiadały opinie właściwych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzające spełnienie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia ambulatorium, określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹⁰.

Pełną dostępność dla osób niepełnosprawnych do świadczeń zdrowotnych zapewniało 34 świadczeniodawców (75,6%). W pozostałych 11 przypadkach, przyczyną niedostosowania obiektu i pomieszczeń dla tej grupy świadczeniobiorców były m.in. ograniczenia finansowe właściciela obiektu, a w obiektach zabytkowych – nie wyrażenie zgody przez konserwatora zabytków na wykonanie przebudowy. W tych przypadkach dostęp do świadczeń zapewniało niepełnosprawnym przez doraźne zmiany organizacyjne przychodni, wykorzystując łatwo dostępne gabinety zlokalizowane na parterze.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, stosowaną przy udzielaniu świadczeń POZ i AOS, odpowiadało wymaganiom określonym w rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ dotyczących warunków udzielania świadczeń w tych rodzajach. W pięciu przypadkach stwierdzono niedopełnienie obowiązku dokonywania okresowych przeglądów stanu technicznego aparatury medycznej⁹¹. Leki i materiały medyczne w zestawach do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej i przeciwstrząsowych posiadały aktualne daty ważności. W trzech przypadkach stwierdzono braki pojedynczych preparatów, które uzupełniono w trakcie kontroli.

Informacje dla świadczeniobiorców, o których mowa w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów oraz w art. 47c ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w pełnym zakresie udostępniło 34 (75,6%) świadczeniodawców, a jedenastu uzupełniło je przed zakończeniem kontroli.

Brakujące informacje wewnątrz budynków dotyczyły m.in.: miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców (7 przypadków), zasad zapisów na porady i wizyty oraz na listę oczekujących do specjalisty (6 przypadków), adresu oraz numeru telefonu właściwego OW NFZ oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta (8 przypadków).

⁸⁹ Por. art. 24 ustawy o działalności leczniczej.

⁹⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

⁹¹ Por. art. 90 ust. 6, 7 i 8 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.; aktualnie j.t. Dz. U. z 2015 r. poz. 876).

3.2.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna

Kontrolą objęto 23 świadczeniodawców, w tym sześciu działało jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i 17 jako podmioty niepubliczne⁹².

W skontrolowanych jednostkach, w latach 2012–2014, zaangażowanych było w 2012 r. 213 lekarzy, udzielających świadczenia zdrowotne w tygodniowym wymiarze godzin odpowiadającym 149,3 etatu⁹³, w 2013 r. 214 lekarzy – 150,1 etatu, w 2014 r. 209 lekarzy – 147,8 etatu.

- *Przeciętnie na jednego lekarza, w poradniach POZ zatrudniających więcej niż jednego lekarza, przypadało 0,7 etatu (ok. 26 godzin tygodniowo).*
- *Odnotowano jednak przypadki znacznego odstępstwa od tej proporcji. W SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych we Wrocławiu świadczeń POZ udzielało w 2012 r. 31 lekarzy w wymiarze 8,5 etatu, w 2013 r. 31 lekarzy – 7,4 etatu, w 2014 r. 28 lekarzy – 5,9 etatu. Przeciętnie jeden lekarz był zatrudniony w wymiarze ok. 0,23 etatu, tj. ok 9 godzin tygodniowo.*
- *W Centrum Medycznym DYNMED w Dynowie w czerwcu 2014 r. zatrudnionych było sześciu lekarzy w łącznym wymiarze 1,3 etatu, w tym dwu specjalistów medycyny rodzinnej (łącznie 0,57 etatu), jeden innej specjalności z ponad sześcioletnim stażem w POZ (0,2 etatu) i trzech lekarzy niespełniających kryteriów uprawniających do prowadzenia „listy aktywnej” (łącznie 0,55 etatu).*

W grupie 209 lekarzy POZ specjaliści medycyny rodzinnej stanowili w 2014 r. 30,0%, lekarze ze specjalizacją choroby wewnętrzne 31,1%, pediatrizy 13,9%, inni specjaliści z odpowiednim stażem pracy w POZ 13,4%, zaś nieposiadający uprawnień do prowadzenia „list aktywnej” 11,5%. W przeliczeniu na etaty specjaliści medycyny rodzinnej stanowili 37,0%, chorób wewnętrznych 26,5%, pediatrizy 10,9%, inni specjaliści 15,8%, a bez uprawnień do prowadzenia „list aktywnej” 7,7%.

Kontrolowane jednostki obejmowały opieką POZ, wg stanu na koniec czerwca, w 2012 r. 305.935 świadczeniobiorców, w 2013 r. 307.909, a w 2014 r. 309.856 świadczeniobiorców. W przeliczeniu na jednego lekarza, średnio przypadało w 2012 r. 1.436 deklaracji wyboru lekarza poz, w 2013 r. 1.439 deklaracje, a w 2014 r. 1.483. W przeliczeniu na jeden etat w 2012 r. przypadało 2.049 deklaracji, w 2013 r. 2.051, a w 2014 r. 2.097 deklaracji.

Zgodnie ze wskazaniem § 13 zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ⁹⁴ maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza poz nie powinna przekroczyć 2.750 osób, a w przypadkach uzasadnionych interesem świadczeniobiorców, dyrektor Oddziału Funduszu na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na odstępstwo od tego wymogu, z zastrzeżeniem, że dokonane odstępstwo nie może wpłynąć na ograniczenie dostępności do świadczeń dla populacji objętej opieką przez świadczeniodawcę.

Odstępstwo od zalecanej maksymalnej liczby świadczeniobiorców objętych opieką lekarza poz stwierdzono w jednym przypadku.

- *Lekarz Przychodni Rodzinnej „BARTEK” w Dąbrowie Białostockiej miał zarejestrowane w czerwcu 2012 r. 4.243 osoby, na podstawie deklaracji wyboru lekarza, w 2013 r. 4.619 osób, a w 2014 r. 5.491 osób. W wyjaśnieniach w sprawie przekroczenia liczby przyjętych deklaracji wyboru lekarza poz, składanych Dyrektorowi Podlaskiego OW NFZ, przedstawił, iż informuje zgłaszających się nowych świadczeniobiorców o liczbie już zarejestrowanych oraz składał oświadczenie, że liczba świadczeniobiorców nie wpływa na ograniczenie dostępu do świadczeń. Ustalono, że w poradni nie tworzą się kolejki, a pacjenci przyjmowani są w dniu zgłoszenia do lekarza. Średnio miesięcznie udzielano ok. 1.500 porad.*

⁹² Z tego 11 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (8 prowadzonych przez spółki cywilne, jawne, partnerskie; 3 jako działalność gospodarcza osób fizycznych), 5 indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, 1 grupowa praktyka lekarska.

⁹³ Por. art. 93 ust 1 ustawy o działalności leczniczej. Etat lekarza = 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy.

⁹⁴ Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (zm. zarz.: Nr 86/2012/DSOZ, Nr 24/2013/DSOZ).

- W SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych we Wrocławiu na jednego lekarza poz, w styczniu 2014 r., przypadało średnio 836 deklaracji, a w przeliczeniu na jeden etat 3.982 deklaracje. Liczba udzielonych porad średnio przypadająca na jednego lekarza w tym miesiącu wynosiła ok. 99, zaś w przeliczeniu na jeden etat ok. 476.

Na podstawie analizy 144.789 wizyt świadczeniobiorców w poradniach POZ, w okresie trzech kolejnych miesięcy pierwszego półrocza 2014 r., stwierdzono, że wizyt jednorazowych w miesiącu było 63,4%, dwu i trzykrotnych 34,1%, zaś powyżej pięciu wizyt 0,5%. W ocenie lekarzy poz wszystkie wizyty były uzasadnione względami medycznymi. Na częstotliwość wizyt, wg świadczeniodawców, miała wpływ sytuacja ekonomiczna pacjentów chorych przewlekłe, którzy zgłaszali się co miesiąc po kolejne recepty, gdyż nie byli w stanie jednorazowo wykupić leków na trzy miesiące.

Prowadzenie dokumentacji medycznej POZ

Księga przyjęć w 20 przychodniach POZ prowadzona była w formie elektronicznej, w tym w czterech przypadkach również w formie papierowej. Wyłącznie odręcznie prowadzono ją w trzech placówkach.

Nieprawidłowości w księgach przyjęć stwierdzono u jedenastu świadczeniodawców.

Dotyczyły one uchybień formalnych⁹⁵ polegających na: niewłaściwym oznaczeniu księgi (5 przypadków), nie umieszczeniu: numeru kolejnego wpisu (6 przypadków), godziny zgłoszenia się pacjenta (11 przypadków), numeru PESEL (8 przypadków), adresu miejsca zamieszkania pacjenta (7 przypadków); nieoznaczeniu: osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego (4 przypadki), rodzaju udzielonego świadczenia (6 przypadków), imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu (6 przypadków).

Indywidualną dokumentację medyczną – karty historii zdrowia i choroby, wyłącznie w formie elektronicznej prowadziło czterech świadczeniodawców, w formie wyłącznie papierowej osiemnastu, zaś w obu formach jeden świadczeniodawca. Siedmiu świadczeniodawców (30,4%) było przygotowanych do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁹⁶.

Badaniu poddano 639 kart historii zdrowia i choroby świadczeniobiorców POZ, w tym 385 kart (60,3%) dotyczyło kobiet.

Do badania wybrano karty historii zdrowia i choroby osób korzystających ze świadczeń lekarza POZ w miesiącu czerwcu 2014 r., które złożyły deklaracje wyboru lekarza POZ przed 1 stycznia 2012 r., w wieku 45–55 lat – zaliczanych do grupy podwyższonego ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych, w tym: otyłości, cukrzycy, chorób układu krążenia i nowotworowych.

W 481 kartach (75,3%) odnotowano wywiad o chorobach przewlekłych, w 348 (54,5%) o leczeniu szpitalnym, w 246 (38,5%) o zabiegach chirurgicznych, w 174 (27,2%) o szczepieniach ochronnych, w 126 (19,7%) o uczuleniach, w 125 (19,6%) o chorobach dziedzicznych.

Opis badania *per rectum* lub informację o odmowie pacjenta poddania się temu badaniu odnotowano w 57 kartach (8,9%) prowadzonych przez lekarzy w 4 z 23 poradni POZ (17,4%).

⁹⁵ Por. § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.).

⁹⁶ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.; aktualnie j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm. Między innymi, stosownie do art. 50 pkt 1, w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.), w art. 24 dodano *ust. 1a Dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej, który wejdzie w życie z dniem 1 sierpnia 2017 r. Odpowiednio do art. 56 ust. 1 tej ustawy, do dnia 31 lipca 2017 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej.*

Należy zauważyć, że m.in. rak gruczołu krokowego jest schorzeniem, którego znaczenie, ze względu na wzrastającą zachorowalność, a także wydłużenie czasu życia mężczyzn, zwłaszcza w ostatnim dziesięcioleciu ogromnie wzrosło. Nowotwór ten można rozpoznać obecnie w znacznie wcześniejszym stadium zaawansowania, co daje możliwość skuteczniejszego leczenia. Z tych względów wiedza dotycząca tego schorzenia powinna być ciągle uaktualniana wśród lekarzy mających najczęstszy kontakt z pacjentem⁹⁷.

Badanie gruczołów piersiowych u kobiet lub instruktaz samobadania piersi, albo wynik badania mammograficznego odnotowano w 58 z 385 kart kobiet (15,1%) w 6 poradniach (26,1%), zaś wynik badania cytologicznego w 26 kartach kobiet (6,8%) w 6 poradniach POZ.

Niska skuteczność programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi wynika m.in. z niskiej zgłaszalności kobiet zaproszonych na badania przesiewowe. Bez wsparcia ze strony POZ realizacja zakładanych celów tych programów będzie trudna do osiągnięcia⁹⁸.

Informacje o masie ciała i wzroście (BMI) opisano w 196 kartach (30,7%) w 12 poradniach.

Nadwaga i otyłość, występujące coraz częściej w całej populacji Polaków, są uznawane za czynniki sprzyjające występowaniu chorób cywilizacyjnych. Zaniechanie takiego badania jest niezrozumiałe, zwłaszcza, że na wyposażeniu każdej poradni POZ jest waga lekarska ze wzrostomierzem, a jego wykonanie nie jest czasochłonne i nie wymaga specjalnych umiejętności.

Opis stanu uzębienia stwierdzono w 70 kartach (11,0%) tylko w 2 poradniach (8,7%).

Uwzględniając rozpowszechnienie próchnicy i chorób jamy ustnej w populacji Polaków oraz skutki powikłań – zaniechanie regularnej okresowej oceny stanu zdrowia w tym obszarze, nie sprzyja poprawie stanu zdrowia obywateli⁹⁹.

Wynik pomiaru ciśnienia tętniczego krwi odnotowano w 425 kartach (66,5%), a oznaczenie poziomu glukozy we krwi w 283 kartach (44,3%).

W analizowanej dokumentacji opisano 11.880 wizyt, w tym 2.355 (19,8%) związanych było wyłącznie z powtórzeniem recepty.

Stosownie do art. 15 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

W dalszym ciągu, mimo upływu już piętnastu lat od wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna, w ponad połowie skontrolowanych podmiotów, nie spełniała roli wyznaczonej jej w pierwotnych założeniach związanej z priorytetowym traktowaniem działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, a także zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej i wszechstronnej analizy wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta.

Niewykonywanie badań profilaktycznych u osób z grupy podwyższonego ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych lekarze poz najczęściej usprawiedliwiali brakiem czasu i faktem, że przepis prawa, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu

⁹⁷ Por. „Rak stercza” red. Romuald Zdrojowy. Wydawnictwo Termedia 2014 r. ISBN: 978-83-7988-297-7.

⁹⁸ Informacja NIK o wynikach kontroli Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania a chorób nowotworowych” Nr ewid. 16/2014/P/13/130/KZD.

⁹⁹ Informacja NIK o wynikach kontroli Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych. Nr ewid. 131/2013/P/12/124/KZD.

Por. Furtak A., Cześnikiewicz-Guzik M.: Skuteczna walka z biofilmem bakteryjnym – kluczowy element profilaktyki chorób jamy ustnej. Med. Prakt. Stomatol., 2015; 2: 32–46.

świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane¹⁰⁰, został uchylony z dniem 31 sierpnia 2009 r.¹⁰¹ i wykonywanie takich badań nie jest obowiązkowe.

W 18 przychodniach POZ, w których świadczeń udzielało dwóch lub więcej lekarzy, odsetek wizyt u lekarza wskazanego w deklaracji wyboru wynosił średnio 54,9%, w tym w 6 poniżej 50%. Powyższe oznacza, że prawie co druga wizyta realizowana była przez lekarza innego niż wskazany przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru.

- W Centrum Medycznym DYNMED w Dynowie (sześciu lekarzy – 1,32 etatu), odsetek wizyt u lekarza wybranego przez świadczeniobiorcę wynosił 17,4%, a w NZOZ MEDICUS w Małaszycach (trzech lekarzy – 2,03 etatu) 22,3%.
- W SP ZOZ w Świerklańcu (czterech lekarzy – 3,75 etatu) odsetek wizyt u lekarza wskazanego w deklaracji wyboru wynosił 84,3%. W Familia Med w Przyszowicach (czterech lekarzy – 3 etaty), odsetek wizyt u wybranego lekarza wynosił 81,6%.

Utrudnienie dostępu do lekarza wskazanego w deklaracji wyboru, w ocenie NIK, uniemożliwia nawiązanie kontaktu budującego zaufanie i porozumienie m.in. dla zachowania ciągłości opieki i pozytywnego oddziaływania na postawy prozdrowotne świadczeniobiorców.

3.2.3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – poradnie kardiologiczna i diabetologiczna

Kontrolą objęto 23 świadczeniodawców, w tym ośmiu zorganizowanych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, trzynastu jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i dwie indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie.

Dostępność świadczeń AOS i prowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie przez kierownika świadczeniodawcy lub świadczeniodawcę, pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji; czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia; zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń; sporządzając każdorazowo raport z oceny.

Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi¹⁰², określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej¹⁰³.

Wszyscy świadczeniodawcy umożliwiali pacjentom zapisanie się na listę oczekujących osobiście, za pośrednictwem osób trzecich lub telefonicznie. Sześciu świadczeniodawców (26,1%) stworzyło możliwość zapisania się z wykorzystaniem systemu informatycznego, w tym trzech udostępniło system umożliwiający świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty i monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia¹⁰⁴.

¹⁰⁰ Dz. U. Nr 276, poz. 2740.

¹⁰¹ Por. art. 1 pkt 7 lit. a ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989).

¹⁰² Por. art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.).

¹⁰³ Dz. U. Nr 200, poz. 1661.

¹⁰⁴ Por. art. 23a ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Przepis ten został dodany w wyniku wejścia w życie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657) z dniem 1 stycznia 2012 r., z tym, że art. 23a ust. 1 i 2 stosuje się od 1 stycznia 2013 r.

W 17 podmiotach (73,9%) listy oczekujących prowadzono wyłącznie w formie elektronicznej, w dwóch wyłącznie w formie papierowej, a w trzech w obu formach.

Prawidłowe prowadzenie list oczekujących stwierdzono w 15 podmiotach leczniczych (65,2%). Nieprawidłowości formalne ustalone u siedmiu świadczeniodawców (30,4%) polegały na nie zamieszczeniu: numeru kolejnego wpisu, daty i godziny wpisu na listę, wyznaczonego terminu wizyty, rozpoznania lub powodu przyjęcia, oznaczenia statusu pacjenta (stabilny/pilny), sposobu kontaktu ze świadczeniobiorcą, danych identyfikujących osobę dokonującą wpisu na listę, a także powodu skreślenia z listy. W ocenie NIK, brak ww. informacji uniemożliwia rzetelną ocenę poprawności ustalania terminu wizyty (wg kolejności zgłoszenia), faktycznej liczby oczekujących pacjentów i czasu oczekiwania na wizytę. W konsekwencji takie postępowanie naruszało prawa pacjenta do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń¹⁰⁵.

Tylko w 13 podmiotach leczniczych (56,5%) regularnie prowadzono i dokumentowano wykonywanie comiesięcznej oceny list oczekujących.

Przekazywanie OW NFZ comiesięcznych raportów statystycznych o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń AOS¹⁰⁶, było realizowane przez wszystkich kontrolowanych świadczeniodawców. W pięciu przypadkach stwierdzono rozbieżności między danymi zawartymi w raportach, a stanem faktycznym. Rozbieżności te były spowodowane nierzetelnym wprowadzaniem danych z podręcznych rejestrów w wersji papierowej do systemu informatycznego generującego raport.

Średni czas oczekiwania na pierwszą wizytę w poradni kardiologicznej dla przypadków stabilnych był zróżnicowany i wynosił do 10 dni (w czterech poradniach) do ponad 100 dni (w siedmiu poradniach), a dla przypadków pilnych od zera dni (w 13 poradniach) do 77 dni (w jednej poradni¹⁰⁷).

Na pierwszą wizytę w poradni diabetologicznej średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosił do 10 dni (w sześciu poradniach) i ponad 100 dni (w czterech poradniach), a dla przypadków pilnych od 0 dni (w 17 poradniach) do 83 dni (w jednej poradni¹⁰⁸).

Liczba osób oczekujących na pierwszą wizytę u specjalisty i czas oczekiwania był pochodną wartości zawartych umów z OW NFZ, liczby i wymiaru zatrudnienia specjalistów, a także lokalizacją przestrzenną świadczeniodawcy i „wolnym wyborem” poradni specjalistycznej przez świadczeniobiorcę.

W 22 poradniach kardiologicznych objętych kontrolą pracowało w 2012 r. 70 kardiologów, w łącznym wymiarze zatrudnienia 22,8 etatu, w 2013 r. 75 lekarzy – 22,4 etatu, w 2014 r. 80 lekarzy – 20,9 etatu.

¹⁰⁵ Por. art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

¹⁰⁶ Stosownie do postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w brzmieniu obowiązującym w okresie objętym kontrolą.

¹⁰⁷ W SP ZOZ w Knyszynie prowadzenie list oczekujących na świadczenie nie spełniało wymagań określonych w obowiązujących przepisach. W 2014 r. przenoszenie danych z rejestrów prowadzonych w formie papierowej do systemu informatycznego obciążone było błędami.

¹⁰⁸ W SP ZOZ Warszawa Ursynów w 2014 r. w por. diabetologicznej zatrudniano 2 lekarzy (0,6 etatu), w styczniu średni czas oczekiwania wynosił 199 dni dla osób zakwalifikowanych jako przypadek stabilny i 83 dni dla osób jako przypadek pilny, zaś na koniec sierpnia odpowiednio 109 i 19 dni.

W 2012 r. 55.973 pacjentom udzielono 112.937 porad (średnio 2 porady), w 2013 r. 56.483 osobom 109.968 świadczeń (średnio 1,9 porady), a w pierwszej połowie 2014 r. 42.210 świadczeniobiorcom udzielono 69.435 porad (średnio 1,6 porady).

- Średnia liczba porad udzielonych jednemu świadczeniobiorcy wahała się od jednej w roku (w Centrum Medycznym DIAGMEDICA w Białymstoku; Niepublicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego Medycyna Rodzinna „Start” w Sosnowcu; Polskim Centrum Zdrowia Instytut Medyczny we Wrocławiu) do ok. pięciu porad rocznie (5,5 w NZOZ „PULS” w Grajewie; 4,6 w NZOZ „MOŻ-MED” w Poddębicach).

Analiza treści 1.540 opisów porad w 293 kartach historii zdrowia i choroby wykazała, że w 252 kartach (86,0%) odnotowano informacje o poważnych i przewlekłych chorobach, w 108 (36,9%) wywiad o chorobach dziedzicznych lub ich niewystępowaniu. W 106 kartach (36,2%), w 11 poradniach, podano masę ciała i wzrost. Tylko w jednej poradni (w Żywcu) opisano stan uzębienia w 13 kartach z 17 badanych. Wynik badania poziomu glukozy we krwi odnotowano w 73 kartach (24,9%), w 7 poradniach (31,8%). Wizyty związane wyłącznie z powtórzeniem recept stwierdzono w trzech poradniach, gdzie stanowiły 5,1%.

W 20 poradniach diabetologicznych objętych kontrolą pracowało w 2012 r. 40 diabetologów, w łącznym wymiarze zatrudnienia 16,9 etatu, w 2013 r. 39 lekarzy – 17,0 etatów, w 2014 r. 39 lekarzy – 15,7 etatu.

W 2012 r. 36.359 pacjentom udzielono 72.619 porad (średnio 2 porady), w 2013 r. 36.569 osobom 73.486 świadczeń (średnio 2 porady), a w pierwszej połowie 2014 r. 27.990 świadczeniobiorcom udzielono 42.886 porad (średnio 1,5 porady).

- Średnia liczba porad udzielonych jednemu świadczeniobiorcy wahała się od jednej w roku (w Niepublicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego Medycyna Rodzinna „Start” w Sosnowcu; Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Warszawa-Ursynów) do ok. czterech porad rocznie (4,2 w NZOZ „MOŻ-MED” w Poddębicach).

Analizie poddano 240 kart historii zdrowia i choroby zawierających opisy 1.797 wizyt. Ustalono m.in., że w 219 kartach (91,3%) zawarto informacje o poważnych i przewlekłych chorobach, w 105 (43,8%) wywiad w kierunku chorób dziedzicznych. W 234 kartach (97,5%) odnotowano wzrost i masę ciała. Stan uzębienia opisano tylko w 29 kartach (12,1%), prowadzonych w 4 poradniach z 20 badanych (20,0%). Wyniki badania poziomu glukozy we krwi odnotowano we wszystkich kartach, zaś stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)¹⁰⁹ opisano w 162 kartach (67,5%).

Wizyty związane wyłącznie z powtórzeniem leków stwierdzono w jednym podmiocie, gdzie stanowiły 2,8% analizowanych 141 wizyt.

We wszystkich badanych kartach świadczeniobiorców w poradniach kardiologicznych i diabetologicznych zawarto informacje o lekarzu kierującym i/lub lekarzu POZ. Po zakończeniu procesu diagnostycznego i ustaleniu leczenia, w indywidualnych kartach pacjentów odnotowywano fakt wydania „Informacji dla lekarza kierującego/POZ”¹¹⁰, zawierającej ostateczne rozpoznanie, opis udzielonego świadczenia, wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego w zakresie diagnostyki i farmakoterapii¹¹¹.

¹⁰⁹ Hemoglobina glikowana HbA1C powstaje po przyłączeniu glukozy do hemoglobiny bez udziału enzymów. Jej poziom koreluje z wysokością i czasem trwania stanów hiperglikemii. Poziom HbA1C świadczy o glikemii przez 120 dni poprzedzających badanie i obok regularnych badań poziomów glukozy jest dodatkowym miernikiem wyrównania cukrzycy.

¹¹⁰ Por. § 12 ust. 5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹¹¹ Wzór takiej informacji ustalił Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w załączniku do zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Załącznik nr 6 do zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. Wcześniej jako załącznik nr 7 do zarządzeń Nr 65/2007/DSOZ i Nr 80/2008/DSOZ.

- *Lekarze specjaliści zwracali uwagę, że skierowania od lekarzy POZ nie odpowiadały wymaganiom określonym w § 12 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹², t.j. nie zawierały opisu wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, umożliwiającym lekarzowi kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania ani istotnych informacji o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu. Natomiast lekarze POZ, odnosząc się do informacji przekazywanych przez lekarzy specjalistów, w odpowiedzi na skierowanie, podnosili ich lakoniczność i niekompletność.*

Tylko w dwóch poradniach specjalistycznych, kardiologicznej w Żywcu i diabetologicznej w SZPZLO Warszawa Praga Południe, liczba lekarzy była równa liczbie etatów, w pozostałych 21 poradniach kardiologicznych jeden lekarz był zatrudniony w 2014 r. w wymiarze średnio 0,25 etatu (od 0,09 do 0,65 etatu), natomiast w 19 poradniach diabetologicznych w 2014 r. na jednego specjalistę przypadało średnio 0,37 etatu (od 0,11 do 0,87 etatu). Rozdrobnienie etatów, w ocenie NIK, sprzyjało dostępności przestrzennej, jednak utrudniało zachowanie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń, a także przyjmowanie pacjentów kwalifikowanych jako przypadek pilny w dniu zgłoszenia się do poradni.

Opisane wyżej analizy treści wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców, korzystających ze świadczeń specjalistycznych, wskazują na ograniczony zakres informacji o ogólnym stanie zdrowia pacjenta i pomijaniu istotnych informacji mogących mieć znaczenie w procesie diagnostycznym i terapeutycznym.

¹¹² Dz. U. Nr 81, poz. 484.

4.1 Przygotowanie kontroli

Zgodnie z założeniami reformy z 1999 r. podstawowa opieka zdrowotna (POZ) miała stanowić ważny szczebel systemu opieki zdrowotnej uwzględniający priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, ciągłość opieki zdrowotnej i wszechstronną analizę wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta. W uzasadnionych przypadkach istotną pomocą dla POZ miało być wsparcie lekarzy specjalistów, działających w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Przystępując do kontroli szczególną uwagę zwrócono na procesy diagnozowania i leczenia pacjentów zagrożonych wystąpieniem chorób cywilizacyjnych, m.in. przewlekłych chorób układu krążenia, cukrzycy i nowotworów. Dlatego do badania sprawności działania POZ wybrano dokumentację medyczną świadczeniobiorców w wieku podwyższonego ryzyka ich występowania. Od 2008 r. problemy chorób cywilizacyjnych znalazły odzwierciedlenie w przepisach prawa dotyczących funkcjonowania POZ i AOS.

W celu sprawdzenia zmian jakie praktycznie zaszły w POZ i AOS od 2007 r. NIK przeprowadziła dwie kontrole rozpoznawcze (R/13/005), które pozwoliły sprecyzować obszary wymagające szczególnej uwagi, a także wybrać do badania elementy nadające się do porównań z wynikami kontroli P/07/101 pt. „Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)”¹¹³.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono od 1 września 2014 r. do 27 lutego 2015 r.

Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim 53 kierownikom kontrolowanych jednostek. W trzech przypadkach zostały złożone zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych. W jednym przypadku Kolegium NIK uwzględniło dwa z pięciu zastrzeżeń Ministra Zdrowia, pozostałe oddaliło. Komisja Rozstrzygająca w Najwyższej Izbie Kontroli w jednym przypadku uwzględniła częściowo jedno zastrzeżenie zgłoszone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w drugim przypadku oddaliła wszystkie cztery zastrzeżenia zgłoszone przez kierownika NZOZ „Przychodnia Zabobrze” s.c. w Jeleniej Górze.

Pod adresem Ministra Zdrowia skierowano wnioski o:

1. zapewnienie ciągłości prowadzonych analiz oraz jednolitych, rzetelnych danych, obrazujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia m.in. poprzez wykorzystanie dostępnych Ministrowi uprawnień kontrolnych celem weryfikacji gromadzonych informacji;
2. rozważenie wykorzystania rocznych raportów konsultantów krajowych oraz potencjału naukowego i badawczego nadzorowanych szkół wyższych i instytutów badawczych w pracach nad kształtowaniem systemu ochrony zdrowia, w szczególności w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
3. poszerzenie współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej na rzecz profilaktyki i kształtowania świadomości uczniów o odpowiedzialności za stan swojego zdrowia;
4. uaktualnienie regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, stosownie do obowiązującego statutu.

¹¹³ Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KPZ.

Ponadto, po kontroli w Centrali NFZ, NIK wnioskowała o podjęcie działań na rzecz zahamowania spadku liczby wykonywanych świadczeń profilaktycznych na poziomie POZ, w tym dotyczących chorób układu krążenia (ChUK), chorób odtytoniowych i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz profilaktyki gruźlicy.

W wystąpieniach pokontrolnych adresowanych do oddziałów wojewódzkich NFZ wnioskowano m.in. o zapewnienie mieszkańcom województw równego dostępu do świadczeń AOS w zakresie kardiologii i diabetologii, poprzez zmniejszenie różnic w finansowaniu świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych obszarach kontraktowania, z uwzględnieniem poziomu średniej krajowej, a także o zwiększenie ilości kontroli świadczeniodawców POZ i AOS.

W wystąpieniach pokontrolnych kierowanych do świadczeniodawców przedstawiono wnioski m.in. o:

- zapewnienie dokumentowania w kartach historii zdrowia i choroby wszystkich informacji obrazujących stan zdrowia świadczeniobiorcy i dynamikę jego zmian;
- zintensyfikowanie wykonywania i dokumentowania badań profilaktycznych w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych;
- zapewnienie poprawnej ewidencji wyboru poszczególnych lekarzy POZ przez świadczeniobiorców, a także umożliwienie im korzystania ze świadczeń wybranych przez siebie lekarzy;
- odnotowywanie w księdze przyjęć rzetelnych informacji o udzielonym świadczeniu, w tym faktycznej godziny zgłoszenia się pacjenta na wizytę;
- zapewnienie rzetelnego prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz dokonywanie i dokumentowanie okresowych ocen poprawności ich prowadzenia.

Adresaci wystąpień pokontrolnych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków, z ogólnej liczby 122 wniosków – 59 (48%) zrealizowano, 12 (10%) nie zrealizowano, zaś 51 (42%) pozostało w trakcie realizacji¹¹⁴.

¹¹⁴ Według stanu na koniec lipca 2015 r.

Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.; aktualnie j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 876).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.), a od 12 listopada 2013 r. rozporządzenie w tej samej sprawie z dnia 24 września 2013 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 ze zm.), które stosuje się od 1 stycznia 2014 r.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653 ze zm.), a od 17 grudnia 2013 r. rozporządzenie w tej samej sprawie z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413 ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1447 ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).
13. Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (zm. zarz.: Nr 85/2011/DSOZ, Nr 86/2012/DSOZ, Nr 24/2013/DSOZ).
14. Zarządzenie Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (zm. zarz.: Nr 71/2012/DSOZ, Nr 100/2012/DSOZ, Nr 82/2013/DSOZ).

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

| Lp. | Nazwa jednostki uczestniczącej | Nazwa jednostki kontrolowanej | Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za kontrolowaną działalność | Ocena kontrolowanej działalności |
|-----|--------------------------------|--|---|---|
| 1. | Delegatura NIK w Białymstoku | Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ w Białymstoku | Dyrektor: Jacek Roleder | pozytywna |
| | | Centrum Medyczne DIAGMEDICA sp. z o.o. w Białymstoku, ul. Legionowa 14/16/3 | Prezes: Andrzej Ustynowicz | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Mohammad Hassan Janghorbani Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Rosochate Kościelne, ul. Wierzbowa 10 | Mohammad Hassan Janghorbani | pozytywna |
| | | J. Sawicka i Partnerzy Spółka Lekarzy w Suwałkach, w ramach NZOZ VITA-MED Sp. p., Suwałki, ul. Putry 9 | Kierownik VITA-MED: Danuta Iwaszko | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ Przychodnia Rodzinna „BARTEK” w Dąbrowie Białostockiej, ul. Hugona Kołłątaja 1 | Właściciel: Stanisław Bernatowicz | pozytywna |
| | | SP ZOZ im. Dr E. Jelskiego w Knyszynie, ul. Grodzieńska 96 | p.o. Dyrektora: Ludmiła Łapińska | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Kamińska Bożenna Praktyka Lekarska w Filipowie, ul. Wólczańska 4 | Kamińska Bożenna | pozytywna |
| | | NZOZ „PULS” D. W. Mejzner Sp. Jawna Grajewo, Os. Południe 47 | Wspólnicy: Danuta i Wiesław Mejzner | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ Mieczysława Ołdakowska Specjalistyczny Ośrodek Medyczny SOMED Łomża, al. Legionów 29 | Kierownik: Mieczysława Ołdakowska | pozytywna |
| 2. | Delegatura NIK w Katowicach | Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach | Dyrektor: Ewa Momot | pozytywna |
| | | Powiatowy Zespół ZOZ Przychodnia Specjalistyczna w Będzinie, ul. Małachowskiego 12 | Dyrektor: Jacek Kołacz | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarza Rodzinnego Zofia Fojcik-Kudła Rybnik, ul. Weteranów 9 | Zofia Fojcik-Kudła | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Lek. Alina Kuś-Kędziorska, Żywiec, al. Piłsudskiego 78a | Alina Kuś-Kędziorska | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ „EPM-Osada” Sp. z o.o. Tarnowskie Góry, ul. Słoneczników 44 | Prezes: Arkadiusz Wolnik | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Familia Med. Lekarze Brosz, Garus, Głosz, Giklich Sp. Jawna Przyszowice, ul. Parkowa 11 | Kierownik: Barbara Garus | pozytywna |
| | | Niepubliczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego Medycyna Rodzinna „Start” Sp. z o.o. Sosnowiec, ul. Naftowa 35 | Prezes: Andrzej Siudyka | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ Poradnia Lekarza Rodzinnego „Pro familiae” G. A. Warlewscy, Sp. Partnerska Jastrzębie Zdrój, ul. Findera 9 | G. i A. Warlewscy | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | SP ZOZ w Świerkłańcu, ul. Oświęcimska 13 | Dyrektor: Wojciech Maruszewski | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |

| Lp. | Nazwa jednostki uczestniczącej | Nazwa jednostki kontrolowanej | Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za kontrolowaną działalność | Ocena kontrolowanej działalności |
|-----|--------------------------------|---|--|---|
| 3. | Delegatura NIK w Lublinie | Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ w Lublinie | Dyrektor: p.o. Andrzej Kowalik od 04.08.2014 r. wcześniej: Krzysztof Tuczabski | pozytywna |
| | | SP ZOZ w Kazimierzu Dolnym, ul. Lubelska 32/34 | Dyrektor: Ewa Słotwińska | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | SP ZOZ w Dęblinie, ul. Rynek 14 | Dyrektor: Leon Famulak | pozytywna |
| | | NZOZ w Łopienniku Nadrzecznym Łopiennik Nadrzeczny 101A/2 | Kierownik: Jolanta Sawa | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ Centrum Medyczne VITA w Urszulinie, ul. Modrzewiowa 1/1 | Dyrektor: Paweł Skrętowicz | pozytywna |
| | | „CENTERMED LUBLIN” Sp. z o.o. Lublin, ul. Weteranów 46 | Prezes: Andrzej Witek | pozytywna |
| | | NZOZ Przychodnia Rodzinna „Zdrowie” Sp. z o.o. w Hrubieszowie, ul. Leśmiana 28A | Dyrektor: Anna Kozłowska | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| 4. | Delegatura NIK w Łodzi | Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ w Łodzi | Dyrektor: Jolanta Kręcka | pozytywna |
| | | NZOZ MEDICAL-MED w Brzezinach, ul. Tulipanowa 8 | Właściciel: Damian Michalak | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Poradnia Lekarzy Rodzinnych s.c. H. Boguszewska, A. Jocz-Minich, A. Płusa-Żak w Łodzi, ul. Batalionów Chłopskich 14 | Kierownik: Hanna Boguszewska | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ „MEDYK” s.c. w Warcie, ul. Przedwiośnie 36/38 | Wspólnicy: Bożena Maria Nowicka, Ewa Sosińska-Dobrzyńska, Tadeusz Bryński | pozytywna |
| | | NZOZ „MEDICUS” Sp. Jawna Małaszycze 78 Kiernożia, ul. Kościuszki 3a | Kierownik: Marcin Gudaj | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ „MOŻ-MED” Sp. Jawna w Poddębicach, ul. Miła 27 | Właściciele: Michał Możdżan i Marcin Możdżan | pozytywna |
| | | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi, ul. Wólczańska 191/195 | Dyrektor: Roman Bocian | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ Poradnia Medycyny Rodzinnej s. c. Beata Majdańska-Siwecka, Mirosław Siwecki Brąszewice, ul. Sieradzka 96 | Kierownik: Mirosław Siwecki | pozytywna |
| | | PPHU „FAGMET” Franciszek Gaczkowski NZOZ Przychodnia Lekarska „ESKULAP” Skierniewice, ul. Sobieskiego 29 | Dyrektor: Franciszek Gaczkowski | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| 5. | Delegatura NIK w Rzeszowie | Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie | Dyrektor: Grażyna Hejda | pozytywna |
| | | Centrum Medyczne DYNMED w Dynowie | Kierownik: Małgorzata Szafran | pozytywna |
| | | SP ZOZ w Sanoku | Dyrektor: Adam Siembab | pozytywna |
| | | Prywatny Specjalistyczny Gabinet Lekarski Internistyczno-Diabetologiczny Z. Mischczyszyn Przemyśl, ul. 3 maja 18 | Z. Mischczyszyn | pozytywna |
| | | Indywidualna Praktyka Lekarska Małgorzata Szczęch w Medyni Głogowskiej | Małgorzata Szczęch | pozytywna |
| | | Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie | Dyrektor: Piotr Lenik | pozytywna |
| | | Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Włodzimierz Iwaniuk Dębica, ul. Chłodnicza 20 | Włodzimierz Iwaniuk | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Majdanie Królewskim, ul. Strażacka 4 | Kierownik: Ryszard Stec | pozytywna |
| | | Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o. ul. Paderewskiego 5 | Prezes: Alina Śliż | pozytywna |

| Lp. | Nazwa jednostki uczestniczącej | Nazwa jednostki kontrolowanej | Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za kontrolowaną działalność | Ocena kontrolowanej działalności |
|-----|--------------------------------|--|--|---|
| 6. | Delegatura NIK we Wrocławiu | Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ we Wrocławiu | Dyrektor: Wioletta Niemiec | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | NZOZ „Przychodnia Zabobrze” Sp. c. Jelenia Góra, ul. Ogińskiego 1b | Kierownik: Magdalena Makiela-Wychota | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych we Wrocławiu, ul. Ołbińska 32 | Dyrektor: Zbigniew Mładzki od 23.10.2014 r., poprzednio: Renata Bryk (12.05-22.10.2014 r.), Wioletta Plebanek-Sitko (09.04.2008 r. – 16.05.2014 r.) | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Polskie Centrum Zdrowia Instytut Medyczny Sp. z o.o. Wrocław, ul. Legnicka 61 | Prezes: Tomasz Bąk od 01.09.2014 r. Poprzednio: Romuald J. Ściborski (01.07.2008 r. – 01.09.2014 r.). | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | SP ZOZ Miejski Ośrodek Zdrowia w Świebodzicach, Aleje Lipowe 15 | Dyrektor: Adrian Szewczyk | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| 7. | Departament Zdrowia | Ministerstwo Zdrowia | Minister: Bartosz Arłukowicz | opisowa |
| | | Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala w Warszawie | Prezes: Tadeusz Jędrzejczyk, wcześniej: Jacek Paszkiewicz (03.12.2007 r. – 04.06.2012 r.), Zbigniew Teter Z-ca Prezesa ds. Służb Mundurowych – z upoważnienia Rady NFZ (05.06.2012 r. – 27.06.2012 r.), Agnieszka Pachciarz Prezes NFZ (28.06.2012 r. – 20.12.2013 r.), Marcin Pakulski – Z-ca Prezesa ds. Medycznych – z upoważnienia Rady NFZ (23.12.2013 r. – 27.02.2014 r.), Wiesława Kłos Z-ca Prezesa ds. Finansowych – z upoważnienia Rady NFZ (28.02.2014 r. – 02.06.2014 r.). | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | SP ZOZ Warszawa Ursynów, ul. Zamiany 13 | Dyrektor: Grażyna Napierska | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe, ul. Krypska 39 | Dyrektor: Ewa Łagodzka | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |
| | | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Mokotów, ul. Madalińskiego 13 | Dyrektor: Lucyna Hryszczyk | pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości |

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Rzecznik Praw Pacjenta
7. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
8. Minister Zdrowia
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



Minister Zdrowia

Warszawa, 2015-11-10

DNM.073.10.2015.14.KCZ

Pan
Jacek Uczkiewicz
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Stanowienie

W nawiązaniu do **Informacji o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”**, uprzejmie przedkładałam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Strony 12-13, informacje o wykorzystywaniu rocznych raportów konsultantów krajowych:

Raporty Konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii, sporządzone w 2011 r. i w 2012 r., o których mowa na 12 stronie przedmiotowej Informacji były wykorzystywane przez podczas tworzenia *Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo – Naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016*. Raport z 2013 r., o którym również mowa w tym miejscu, wykorzystany zostanie podczas prowadzenia prac nad kolejną edycją ww. Programu na lata 2017-2020. Głównym celem programu jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji – uwarunkowanych bazą sprzętową – w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych m.in. w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej i chirurgii naczyniowej. Przykładowo, w zakresie powoływanych przez Najwyższą Izbę Kontroli badań

echokardiograficznych, należy zauważyć, że w pierwszych 2 latach obecnie realizowanej edycji Programu (2013 r. i 2014 r.), 6 szpitali otrzymało dofinansowanie do zakupu elektrokardiografów wysokiej klasy, w łącznej kwocie 2 244 000,00 zł. Dofinansowanie to pozwoliło każdej z tych jednostek na zakup jednego takiego urządzenia. W bieżącym roku dofinansowanie zakupu przedmiotowej aparatury przyznane zostało wszystkim wnioskującym o to jednostkom, które spełniły wymagania formalne, tj. 4 szpitalom. Wartość podpisanych umów na zakup elektrokardiografów opiewa na łączną kwotę 1 645 000,00 zł. Dzięki tym środkom, podobnie jak w latach poprzednich, każdy szpital zakupi jedno urządzenie.

Ponadto, w ramach prowadzonych procedur konkursowych na wybór realizatorów *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*, realizowanego na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, z późn. zm.), wyjaśniam, iż Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia korzystał z obszernego raportu Konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej.

Należy zauważyć, że w ramach konkursu ofert na wybór realizatorów zdania pn. *Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii w zakresie wymiany/zakupu akceleratorów w 2015 r.*, jednym z kryteriów oceny ofert była liczba mieszkańców województwa właściwego dla siedziby oferenta przypadająca na 1 akcelerator w danym województwie według raportu Konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej za 2014 r.

Odnosząc się do poruszonych w tej samej części dokumentu raportów konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii, wyjaśniam, iż wychodząc naprzeciw stanowisku ww. Konsultanta, w świetle którego potrzebne jest wdrożenie kompleksowych działań, mających na celu wsparcie obecnego systemu ambulatoryjnego leczenia pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej, podjęto prace nad opracowaniem i wdrożeniem do realizacji programu polityki zdrowotnej pn. *Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej*. Głównym celem Programu jest redukcja amputacji i inwalidztwa, przedwczesnych zgonów oraz poprawa jakości życia pacjentów z Zespołem Stopy Cukrzycowej. Aktualnie dobiega końca proces konsultacyjny poprzedzający skierowanie programu na Kolegium Ministra Zdrowia

w celu akceptacji treści programu przed jego skierowaniem go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (uzyskanie obowiązkowej opinii).

Działania w ramach omawianego Programu będą obejmować m.in. doposażenie gabinetów stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną i podstawową.

Ponadto, zgodnie z sugestią Konsultanta krajowego ds. diabetologii, w trakcie realizacji programu zostanie zorganizowany cykl szkoleń dla lekarzy diabetologów i pielęgniarek obejmujących zagadnienia prewencji Zespołu Stopy Cukrzycowej i opieki nad pacjentami dotkniętymi tym powikłaniem. Przeprowadzona również zostanie kampania edukacyjna skierowana do pacjentów z cukrzycą dotycząca zagadnień związanych z Zespołem Stopy Cukrzycowej.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia potwierdza, że analizował roczne raporty konsultantów krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa, i wykorzystywał je w swojej działalności. Szczególne znaczenie mają roczne raporty konsultantów krajowych, którzy współpracują z konsultantami wojewódzkimi w zakresie oceny sytuacji kadrowej pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia gwarantowane w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz potrzeby doskonalenia zawodowego kadr pielęgniarskich.

Ponadto informuję, że została zakończona procedura powołania Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, który funkcjonuje od dnia 15 grudnia 2014 r.

W odniesieniu do opinii Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa, wyrażonej w 2012 r., który wskazał m.in. na brak systemu umożliwiającego dokładną liczbową ocenę kadry pielęgniarskiej, uwzględniającą rodzaj kwalifikacji zarówno na poziomie regionu, jak i kraju, należy zauważyć, że na taką sytuację mają wpływ różne formy zatrudnienia pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia i wieloletowość. W 2013 r. ww. Konsultant zwrócił m.in. uwagę, że ze względu na wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne istnieje potrzeba zwiększenia udziału pielęgniarek w zakresie edukacji kardiologicznej, cukrzycowej, chorób układu oddechowego, celem przygotowania chorego i jego rodziny do opieki w warunkach domowych. Skracanie okresu pobytu chorego w szpitalu i przeniesienie opieki do jego domu wymaga przygotowania pielęgniarek do zapewnienia opieki chorym wymagającym m.in. wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej, żywienia dojelitowego i pozajelitowego.

W związku z powyższym uprzejmie informuję, że kwestie kwalifikacji pielęgniarek i położnych oraz ich właściwe wykorzystanie w systemie ochrony zdrowia są przez Ministerstwo Zdrowia analizowane i omawiane na spotkaniach z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz z przedstawicielami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Ministerstwo Zdrowia wychodząc naprzeciw oczekiwaniom środowiska pielęgniarskiego podjęło działania na rzecz wprowadzenia do systemu kontraktowania świadczeń pielęgniarek i położnych wraz z wyodrębnionymi kwalifikacjami uzyskanymi w ramach kształcenia podyplomowego. Działania powyższe mają na celu podniesienie poziomu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i zapewnienie lepszego bezpieczeństwa pacjentowi.

W wyniku rozmów uzgodniono, że w ramach Zespołu do prac nad projektem rozporządzenia dotyczącego świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zostaną dookreślone minimalne wymogi dotyczące liczby i kwalifikacji pielęgniarek, poprzez wskazanie liczby równoważników etatów dla pielęgniarek i położnych oraz pielęgniarek i położnych z określonymi kwalifikacjami w poszczególnych profilach lub rodzajach komórek organizacyjnych.

Aktualnie Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace nad określeniem minimalnej liczby i poziomu kwalifikacji kadry pielęgniarskiej dla wszystkich zakresów świadczeń i rodzajów komórek organizacyjnych, wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.). Projektowane zmiany będą wprowadzane sukcesywnie we wszystkich zakresach świadczeń gwarantowanych.

Ponadto uprzejmie informuję, że projektując zmiany w aktach prawnych regulujących udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie określenia minimalnej liczby i poziomu kwalifikacji kadry pielęgniarskiej, Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia wykorzystuje dane z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych dotyczące liczby osób, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia podyplomowego (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne) z podziałem na dziedziny i zakresy kształcenia oraz z podziałem na województwa. Szczegółowe zestawienie dotyczące liczby absolwentów kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych oraz specjalistów w poszczególnych latach są przygotowywane i corocznie aktualizowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Dodatkowo, w odniesieniu do opinii Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego wyrażonej w 2013 r. w zakresie uwagi, że położne zatrudniane w podmiotach prowadzonych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej „często mają ograniczenia w realizacji świadczeń szczególnie przedporodowych”, informuję, że Konsultant aktualnie przygotowuje Raport z realizacji zadań za 2015 r., w którym wstępnie ocenia, że sytuacja uległa poprawie co przełożyło się na zwiększenie liczby ciężarnych objętych edukacją przedporodową w roku sprawozdawczym.

Strona 13, trzeci akapit od góry:

W związku uwagą Najwyższej Izby Kontroli, iż „w okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie dokonywał systematycznej oceny dostępności świadczeń POZ i AOS w konsultacji z samorządami wojewódzkimi”, należy wskazać, że powyższe zadanie nakładał na Ministra Zdrowia obecnie uchylony przepis art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.). Przy czym, intencją ww. przepisu nie było dokonywanie przez Ministra Zdrowia stałej oceny dostępności do świadczeń w konsultacji z samorządami wojewódzkimi (dlatego też nie został określony tryb jej przeprowadzania), a jedynie zobligowanie Ministra Zdrowia do podejmowania działań w sferze bieżących (zauważalnych) problemów z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej. Nie wydaje się więc zasadne uznanie, iż ocena ta powinna być przeprowadzana systematycznie.

z powiżeniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Piotr Warczyński



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

KZD-4101-008/2014
P/14/063.2015

Warszawa, 24 listopada 2015 r.

Opinia

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust.2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do informacji o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”

Minister Zdrowia podtrzymuje pogląd, iż nie jest zobowiązany do przeprowadzania systematycznej oceny dostępności świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi. Najwyższa Izba Kontroli po raz kolejny zwraca uwagę, iż uchylenie przepisu określonego w art 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zwalnia Ministra Zdrowia z gromadzenia informacji i oceny dostępności świadczeń zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji strategicznych dotyczących systemu ochrony zdrowia. Zdaniem NIK, współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, tworzącymi podmioty lecznicze oraz zobowiązanymi do tworzenia warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, powinna sprzyjać harmonizacji realizacji zadań władz publicznych, w tym Ministra Zdrowia, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy również podkreślić, iż poświęcając w swoim stanowisku do informacji dużo miejsca sprawom nieobjętym kontrolą, Minister Zdrowia w ograniczonym zakresie informuje o działaniach podjętych w związku z uwagami i wnioskami Najwyższej Izby Kontroli.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca w związku z tym ponownie uwagę, że stwierdzone przez NIK zaniedbania na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej stanowią istotne zagrożenie dla skutecznego ograniczania następstw chorób cywilizacyjnych, a w konsekwencji dla przyszłej kondycji zdrowotnej całego społeczeństwa.