



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W KATOWICACH

LKA.410.23.1.2024

Pani
Katarzyna Adamek
Dyrektor
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego
Funduszu Zdrowia

ul. Kossutha 13
40-844 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ¹ w Katowicach ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice
Kierownik jednostki kontrolowanej	Katarzyna Adamek, Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ² , od 23 maja 2024 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Piotr Nowak, Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, od 20 grudnia 2021 r. do 27 marca 2024 r. Ewa Kabza od 28 marca 2024 r. do 22 maja 2024 r. p.o. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami. 2. Działania promocyjne i edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek ³ .
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2022 r. do czasu zakończenia kontroli ⁴ z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem mogących mieć wpływ na ocenę podejmowanych działań.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust.1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁵
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Kinga Kołodziejczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/202/2024 z 8 października 2024 r. (akta kontroli str.1-6)

¹ Dalej: „NFZ”, lub „Oddział”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ Dalej: „PChN”.

⁴ Tj. do 2 grudnia 2024 r.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁶ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ramach systemu opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek Oddział finansował świadczenia z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej⁷ - w tym realizowane w ramach programów wspierających wczesną diagnostykę PChN, tj. Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”⁸ oraz Budżetu powierzonego opieki koordynowanej⁹ w dziedzinie nefrologii, a także finansował świadczenia udzielane w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej¹⁰, leczenia szpitalnego, dializoterapii oraz pięciu programów lekowych skierowanych do pacjentów dotkniętych PChN.

Programy wspierające wczesną diagnostykę PChN zostały opracowane m.in. ze względu na dane epidemiologiczne zawarte w Mapie Potrzeb Zdrowotnych¹¹, które wskazywały na wzrost zachorowalności na choroby nerek, których wykrycie w późnym stadium wiązało się z kosztownymi i uciążliwymi dla pacjentów sposobami leczenia np. w postaci dializoterapii. Dane epidemiologiczne dla województwa śląskiego wykazywały rosnącą liczbę osób z rozpoznaną chorobą nerek - z 28,5 tys. osób w 2021 r. do 33,2 tys. osób w 2023 r.¹² (wzrost o 16,5%).

W celu zwiększenia dostępności leczenia dla pacjentów z chorobami nerek pracownicy Oddziału podczas kontaktów ze świadczeniodawcami zachęcali do zawierania umów na realizację Programu pilotażowego oraz rozszerzania pierwotnych umów na udzielanie świadczeń w POZ o Budżet powierzony, w tym również w grupie dziedzinowej nefrologia. W każdym roku objętym kontrolą kolejni świadczeniodawcy wnioskowali o zawieranie umów w zakresie Programu pilotażowego, a od listopada 2023 r. umożliwiono rozszerzenie BPOK o zakres nefrologii, z czego w I półroczu 2024 r. korzystało 44 świadczeniodawców.

Oddział w sposób rzetelny, celowy i terminowy rozpatrywał wnioski świadczeniodawców oraz zawierał umowy dotyczące zarówno realizacji Programu pilotażowego, jak i umowy z zakresu BPOK w dziedzinie nefrologii. Zobowiązania finansowe wobec świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach pilotażu i opieki koordynowanej były regulowane terminowo.

Liczba pacjentów będących pod opieką poradni nefrologicznych wzrosła z 34,1 tys. pacjentów w 2021 r. do 39,7 tys. pacjentów w 2023 r. (wzrost o 16,4%). Wraz z rosnącą liczbą pacjentów wydłużały się jednak terminy oczekiwania¹³ na przyjęcie do tych poradni – z 63 dni w 2021 r. do 109 dni w I półroczu 2024 r. dla przypadków stabilnych i odpowiednio z 27 do 62 dni dla przypadków pilnych. W latach 2022 – 2024 (I półrocze) liczba poradni nefrologicznych w województwie śląskim zwiększyła się jedynie o jedną poradnię (z 39 do 40 poradni), co wynikało m.in. z niedoborów kadrowych – braku lekarzy specjalistów w zakresie nefrologii.

W 2022 r. liczba stacji dializ zmniejszyła się z 38 do 37 co jednak nie miało wpływu na dostępność dializoterapii w województwie z uwagi na funkcjonowanie kilku stacji dializ w sąsiadujących ze sobą miastach.

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁷ Dalej: „POZ”.

⁸ Dalej: „Program pilotażowy”, lub „pilotaż”.

⁹ Dalej: „BPOK” lub „Budżet powierzony”.

¹⁰ Dalej: „AOS”.

¹¹ <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/przewlekla-choroba-nerek/>

¹² Według danych pochodzących z rejestrów Oddziału.

¹³ Jest to średni rzeczywisty czas oczekiwania obliczony na podstawie średniej z 12 miesięcy w przypadku lat 2021 – 2023 oraz średniej z 6 miesięcy w przypadku I półrocza 2024 r.

Pracownicy Oddziału cyklicznie brali udział w wydarzeniach promujących profilaktykę zdrowotną i zdrowy styl życia, m.in. w ramach „Śród z profilaktyką”. W Oddziale nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych ani edukacyjnych we własnym zakresie. Wszelkie inicjatywy były realizowane przez pracowników Oddziału na polecenie Centrali NFZ i Ministerstwa Zdrowia¹⁴.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1 a) W okresie objętym kontrolą w województwie śląskim na PChN chorowało 28,5 tys. osób w 2021 r., 30,8 tys. osób w 2022 r., 33,2 tys. osób w 2023 r. oraz 26,9 tys. osób w I półroczu 2024 r. W każdym roku odnotowywano nowych pacjentów cierpiących na PChN – zapadalność rejestrowana kształtowała się następująco – 11,6 tys. osób w 2021 r., 13,2 tys. w latach 2022-2023 oraz 8,1 tys. w I półroczu 2024 r. PChN przyczyniła się do śmierci 3,9 tys. osób w 2021 r., 3,1 tys. osób w 2022 r., 4,3 tys. osób w 2023 r. i 3,5 tys. osób w I półroczu 2024 r.¹⁶

Według danych Oddziału¹⁷ liczba pacjentów POZ, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N18¹⁸ wynosiła w 2021 r. 27,1 tys. osób, w 2022 r. 29,3 tys. osób, w 2023 r. 31,6 tys. osób, a w I półroczu 2024 r. 25,9 tys. osób. Liczba pacjentów, u których po raz pierwszy postawiono powyższe rozpoznanie wynosiła: w 2021 r. 11,3 tys. osób, w 2022 r. 12,3 tys. osób, w 2023 r. 13,2 tys. osób, a w I półroczu 2024 r. 9,5 tys. osób.

Liczba pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N19¹⁹ wynosiła w 2021 r. 2,2 tys. osób, w 2022 r. 2,5 tys. osób, w 2023 r. 2,6 tys. osób, a w I półroczu 2024 r. 1,5 tys. osób. Liczba pacjentów, u których po raz pierwszy postawiono powyższe rozpoznanie wynosiła: w 2021 r. 1,5 tys. osób, w latach 2022-2023 1,7 tys. osób, a w I półroczu 2024 r. 886 osób.

b) Liczba podmiotów POZ realizujących świadczenia w zakresie lekarza POZ wynosiła 754 w latach 2021-2022, 752 w 2023 r. i 741 w I półroczu 2024 r. Opieką POZ było objętych 4 004 tys. pacjentów w 2021 r., 3 991,2 tys. pacjentów w 2022 r., 3 980,4 tys. pacjentów w 2023 r., do czerwca 2024 r. 3 977,7 tys. pacjentów.

Budżet powierzony wprowadzono w 20 placówkach POZ w 2022 r., 193 placówkach w 2023 r. i 246 placówkach w 2024 r.²⁰ Świadczeniodawcy mieli możliwość złożenia

¹⁴ Dalej: „MZ”.

¹⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁶ Dane dotyczące chorobowości i zapadalności rejestrowanych pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18 i ICD-10 N19 pochodzące z rejestrów Oddziału dotyczą unikalnych pacjentów łącznie we wszystkich rodzajach świadczeń: POZ, AOS, leczenia szpitalnego w oddziałach nefrologicznych (pacjent liczony jest tylko raz).

¹⁷ Pozostałe dane pochodzące z rejestrów Oddziału – dotyczą liczb pacjentów uzyskujących świadczenia w ramach POZ, AOS i leczenia szpitalnego. Przez każdego ze świadczeniodawców wykazywani są pacjenci, którym postawiono wskazane rozpoznanie odrębnie w tych rodzajach świadczeń – tym samym ten sam pacjent może być wykazywany kilkakrotnie – odrębnie przez POZ, AOS i oddział nefrologiczny. Oznacza to, że uwzględniając rodzaje świadczeń POZ, AOS, LSZ pacjent liczony jest oddzielnie dla każdego rodzaju świadczeń, czyli np. trzykrotnie jeżeli korzystał ze świadczeń w każdym z wymienionych podmiotów leczniczych.

¹⁸ Przewlekła niewydolność nerek.

¹⁹ Nieokreślona niewydolność nerek.

²⁰ W pierwszym półroczu 2024 r.

wniosku na pięć²¹ zakresów wynikających z opieki koordynowanej, tym na diagnostykę i leczenie PChN. Na koniec 2023 r. świadczenia w ramach BPOK w grupie dziedzinowej nefrologia realizowało 14 POZ, a w I półroczu 2024 r. 44 placówki. W latach 2022-2024 (I półrocze) wykonano następującą liczbę badań UACR²²: sześć w 2022 r., 4,2 tys. w 2023 r. i 5,1 tys. w I półroczu 2024 r.

c) Na terenie województwa śląskiego w latach 2021-2022 było 39 poradni nefrologicznych, od roku 2023 było ich 40. Średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych kształtował się następująco:

- przypadek stabilny – w 2021 r. czas oczekiwania wynosił 63 dni, w 2022 r. 78 dni, w 2023 r. 94 dni, a w I półroczu 2024 r. 109 dni,
- przypadek pilny – w 2021 r. czas oczekiwania wynosił 27 dni, w 2022 r. 40 dni, w 2023 r. 50 dni, a w I półroczu 2024 r. 62 dni.

W okresie 2021 r. – 2024 (I półrocze) w poradniach nefrologicznych udzielono odpowiednio 79,4 tys., 85,3 tys., 88,8 tys. i 47,5 tys. porad. Pod opieką poradni nefrologicznych znajdowało się w 2021 r. 34,1 tys. pacjentów, w 2022 r. 37,1 tys. pacjentów, w 2023 r. 39,7 tys. pacjentów, a w I półroczu 2024 r. 31,7 tys. pacjentów. Liczba pacjentów poradni nefrologicznych, u których po raz pierwszy rozpoznano ICD-10 N18 wynosiła w 2021 r. 15,7 tys. osób, w 2022 r. 17,2 tys. osób, w 2023 r. 19 tys. osób, a w I półroczu 2024 r. 15,5 tys. osób. Liczba ww. pacjentów, u których po raz pierwszy rozpoznano ICD-10 N19 wynosiła w 2021 r. 289 osób, w 2022 r. 424 osoby, w 2023 r. 604 osoby, a w I półroczu 2024 r. 422 osoby.

(akta kontroli str. 34-35,139-148,986-988)

d) Na terenie województwa śląskiego w latach 2021-2022 działało 12 oddziałów nefrologicznych, a od roku 2023 11 oddziałów. Leczeniem szpitalnym w oddziałach nefrologicznych na terenie województwa śląskiego objętych było 6,3 tys. osób w 2021 r., 7,3 tys. osób w 2022 r., 7,8 tys. osób w 2023 r. oraz 4,5 tys. osób w I półroczu 2024 r., z czego pacjentów hospitalizowanych na oddziałach nefrologicznych, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 było w 2021 r. 1,5 tys., w 2022 r. 1,6 tys., w 2023 r. 1,5 tys., a w I półroczu 2024 r. 992 osoby. Hospitalizowanych pacjentów, u których po raz pierwszy rozpoznano ICD-10 N19 było 13 w 2021 r., ośmiu w 2022 r., 12 w 2023 r. i sześciu w I półroczu 2024 r. Odnośnie do zmniejszenia się liczby Oddziałów nefrologicznych Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że ze względu na problemy kadrowe jeden z podmiotów leczniczych prowadzących Pododdział nefrologiczny w okresie od 1 kwietnia 2022 r. do 30 września 2022 r. zgłosił przerwę w udzielaniu świadczeń w Pododdziale Nefrologicznym, a następnie zwrócił się do Oddziału NFZ o akceptację zmiany organizacyjnej polegającej na połączeniu Pododdziału Nefrologicznego z Oddziałem Chorób Wewnętrznych II z Pododdziałem Dermatologicznym, na co Oddział NFZ wyraził zgodę.

(akta kontroli str. 34-35,139-148, 770-796)

e) W 2021 r. na terenie województwa śląskiego było 38 stacji dializ, w tym 20 ambulatoryjnych, od roku 2022 r. liczba stacji dializ wynosiła 37, z czego 19 było ambulatoryjnych. W 2021 r. w ośmiu stacjach dializ prowadzono leczenie za pomocą

²¹ 1) diagnostykę i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków; 2) diagnostykę i leczenie cukrzycy; 3) diagnostykę i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc; 4) diagnostykę i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy; 5) diagnostykę i leczenie PChN.

²² ang. urinary albumin-to-creatinine ratio – UACR. Badanie to mogło być realizowane w opiece koordynowanej również w ramach dziedzin – kardiologia i diabetologia.

dializ otrzewnowych. Od 2022 r. w dziewięciu stacjach dializ prowadzono dializoterapię za pomocą dializy otrzewnowej. W okresie objętym kontrolą w 18 stacjach na terenie województwa prowadzono hemodializoterapię z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru. Pacjentów dializowanych w stacjach dializ było 4 tys. w 2021 r., 4,2 tys. w 2022 r., 4,3 tys. w 2023 r., 3,6 tys. w I półroczu 2024 r. Liczba osób dializowanych otrzewnowo wynosiła: 149 osób w 2021 r., 137 osób w 2022 r., 134 osoby w 2023 r. oraz 116 osób w I półroczu 2024 r.

Odnośnie do weryfikacji całodobowego funkcjonowania stacji dializ pełniących 24-godzinny dyżur Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *w trakcie realizacji umów przez świadczeniodawców weryfikacji podlegają informacje przesyłane za pomocą wniosków portalowych, wszelkie zgłaszane zmiany mające wpływ na kształt i realizację umów. Jednakże Oddział nie ma możliwości w trybie codziennej weryfikacji nadzorować obecności w placówce zgłoszonego w umowie personelu medycznego. Nie jest również prowadzony nadzór realizacji umowy „w miejscu”, w ramach dostępu harmonogramowego czy też 24-godzinnego. W przypadku wystąpienia wątpliwości czy też podejrzeń, że umowa nie jest realizowana zgodnie z jej zapisami do Terenowego Wydziału Kontroli mogą zostać skierowane wnioski o przeprowadzenie kontroli.*

(akta kontroli str34-35,139-148,770-796)

Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia w stacjach dializ wynosił:

- dla przypadków stabilnych – w 2021 i 2023 r. jeden dzień, w 2022 r. dwa dni, w I półroczu 2024 r. pacjenci byli przyjmowani na bieżąco. Na bieżąco były również przyjmowane przypadki pilne w całym badanym okresie,
- dializy otrzewnowe – w latach 2021 – 2024 (I półrocze) wszyscy pacjenci rozpoczynali dializoterapię na bieżąco.

W okresie objętym kontrolą dializy otrzewnowe w domu przeprowadzało 20 pacjentów w 2021 r., 68 pacjentów w 2022 r., 78 pacjentów w 2023 r. oraz 70 pacjentów w I półroczu 2024 r.

Odnośnie do zmniejszenia liczby stacji dializ o jedną stację Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *jeden z podmiotów leczniczych prowadzących stację dializ zwrócił się z prośbą o rozwiązanie umowy w zakresie hemodializoterapia z uwagi na likwidację stacji, która w trakcie pandemii koronawirusa została przekształcona w stację dedykowaną pacjentom zakażonym SARS-CoV-2, w konsekwencji czego, po powrocie do działalności stacja w Sosnowcu nie dializowała żadnego pacjenta. Ze stacji odeszło ponadto dwóch lekarzy. W opinii ww. świadczeniodawcy nie można było znaleźć pacjentów w wystarczającej liczbie, aby działalność stacji utrzymać, a ponadto przy odczuwalnym na terenie województwa śląskiego dużym braku lekarzy specjalistów posiadających kompetencje do pracy w stacjach dializ uzupełnienie załogi stacji do pełnego składu było niezwykle trudne i kosztowne. Świadczeniodawca uznał, że w takich warunkach kontynuowanie działalności stacji nie ma uzasadnienia ekonomicznego.*

Zdaniem Dyrektora Oddziału zamknięcie ww. stacji dializ nie miało znaczącego wpływu na dostępność do świadczeń dializacyjnych, gdyż w Sosnowcu działała i działa stacja dializ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5, a ponadto w sąsiednich miastach znajdują się inne stacje, (Katowice cztery stacje, Dąbrowa Górnicza oraz Mysłowice po jednej stacji, kolejne stacje w Chorzowie, Siemianowicach Śląskich oraz innych sąsiednich miastach regionu). Rozpatrując problem dostępności do świadczeń na danym terytorium, np. powiecie, należy brać pod uwagę specyfikę urbanizacyjną konurbacji Górnośląskiej, wzajemnie do siebie przylegających miejscowości,

w których odległość od miejsca zamieszkania pacjenta do placówki ochrony zdrowia zlokalizowanej w sąsiedniej miejscowości może być znacząco mniejsza, a droga dojazdu szybsza i łatwiejsza, niż do podmiotu zlokalizowanego w miejscowości zamieszkania. Płatnik nie ma wpływu na liczbę oraz rozmieszczenie podmiotów leczniczych działających w województwie. Kompetencje NFZ nie obejmują stymulowania powstawania nowych podmiotów leczniczych, tworzenia przez podmioty nowych komórek organizacyjnych, czy też współuczestnictwa w przebudowie i zmianach organizacyjnych świadczeniodawców.

W roku 2022 Oddział ogłosił postępowania konkursowe mające na celu zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach: hemodializoterapia, hemodializoterapia z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru oraz dializa otrzewnowa obejmujące cały obszar województwa śląskiego. W wyniku rozstrzygnięcia postępowań umowy zawarto z wszystkimi podmiotami leczniczymi działającymi na obszarze województwa, prowadzącymi stacje dializ. W postępowaniach konkursowych została zwiększona oczekiwana liczba miejsc realizacji umów w zakresie dializoterapia otrzewnowa o dwie umowy²³, celem zwiększenia dostępności do świadczeń. Ostatecznie w wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych zwiększono liczbę miejsc, w których przeprowadzana była dializoterapia otrzewnowa o jedno. 31 maja 2024 r. umowa na realizację świadczeń w zakresie dializa otrzewnowa została rozwiązana za porozumieniem stron ze względu na brak lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach, oraz brak pacjentów spełniających kryteria umożliwiające włączenie ich do dializy otrzewnowej.

Zdaniem Dyrektora Oddziału podstawowym problemem zgłaszanym przez podmioty lecznicze realizujące umowy w zakresach dializacyjnych zainteresowanych objęciem pacjentów dializą otrzewnową jest brak lekarzy nefrologów posiadających kompetencje, umiejętności i gotowość do realizacji takich świadczeń. Płatnik nie ma wpływu na liczbę oraz jakość personelu lekarskiego gotowego do realizacji świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pomimo założonego zwiększenia liczby umów w zakresie świadczeń dializa otrzewnowa w skutek niezależnych od Oddziału czynników, głównie braku w województwie śląskim wystarczającej liczby lekarzy nefrologów, gotowych do prowadzenia leczenia pacjentów dializowanych otrzewnowo oraz wysokich kosztów ich zatrudnienia, liczba umów pozostaje na tym samym poziomie.

(akta kontroli str. 34-35,139-148,770-796)

f) Z danych epidemiologicznych zawartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych wynikało, że w 2022 r. w województwie śląskim na PChN chorowało 88,1 tys. osób, z czego 16,7 tys. osób zapadło na tę chorobę w tym roku, a 9,7 tys. osób zmarło²⁴.

Natomiast z informacji podanych przez Oddział wynikało, że na PChN w województwie śląskim chorowało²⁵ w 2022 r. 30,8 tys. osób. Zapadalność rejestrowana wynosiła w 2022 r. 13,2 tys. osób, a z powodu PChN zmarło w tym roku 3,1 tys. osób.

Odnosnie do różnic w danych zamieszczonych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych oraz danych przekazanych przez Oddział w zakresie liczby chorych, zachorowalności i zgonów z powodu PChN, Kierownik Zespołu Kontroli Wewnętrznej Oddziału wyjaśniła, że Oddział nie ma wiedzy skąd MZ pozyskało dane zamieszczone w Mapie

²³ Jeden ze świadczeniodawców złożył ofertę niespełniającą warunków w zakresie personelu medycznego. Oferta została odrzucona. W ogłoszonym postępowaniu uzupełniającym podmiot ten nie złożył już oferty. Przyczyną była niemożność znalezienia obsady lekarskiej w wymaganym zakresie godzinowym.

²⁴ Chorobowość na PChN rejestrowana, zapadalność na PChN rejestrowana i zgony z powodu PChN rejestrowane, podane w wartościach bezwzględnych.

²⁵ Chorobowość rejestrowana.

Potrzeb Zdrowotnych (z oddziałów czy Centrali) i według jakich kryteriów zostały one opracowane (np. dla jakich ICD 10). Dane przekazane przez Oddział zostały pozyskane z bazy według następujących kryteriów:

- *Liczba pacjentów, u których w latach 2022 – 30.09.2024 (osobno za każdy rok) rozpoznano ICD-10 N18 oraz N19 – z wszystkich rodzajów świadczeń.*
- *Liczba zmarłych pacjentów w latach 2022 – 30.09.2024 (osobno za każdy rok), u których rozpoznano ICD-10 N18 oraz N19 – z wszystkich rodzajów świadczeń.*
- *Liczba nowych pacjentów w latach 2022 – 30.09.2024 (osobno za każdy rok), u których w danym roku pierwszy raz rozpoznano ICD-10 N18 oraz N19 (nie pojawili się z tym samym rozpoznaniem w poprzednich dwóch latach) – z wszystkich rodzajów świadczeń.*

(akta kontroli str.34-35,139-143,305-311 989-1000, 1378-1384)

g) Oddział nie gromadził i nie przetwarzał danych dotyczących odległości w kilometrach oraz czasu transportu dializowanych pacjentów. Taka informacja nie była sprawozdawana wprost. Wynikała z indywidualnej analizy lokalizacji stacji dializ i miejsca zamieszkania pacjenta (która okresowo może być zmienna). Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału: *w związku z tym, że pacjent ma pełne prawo wyboru podmiotu leczniczego w przypadku hemodializoterapii dla każdego kierowanego na świadczenie jednym z kryteriów wyboru jest lokalizacja stacji. Również świadczeniodawcy w celu kontroli kosztów starają się uwzględnić zlokalizowanie pacjentów. Jest to proces naturalny, w którym decydujący jest jednak wybór miejsca prowadzenia dializoterapii dokonywany przez pacjenta. Oddział nie prowadzi działań „alokacyjnych” pacjentów. Nie zawsze jednak wybór stacji przez pacjenta wynika wyłącznie z wygody dojazdu, współdecydować może również zaufanie do personelu, subiektywne poczucie bezpieczeństwa, czy nawet atmosfera i zgranie z innymi pacjentami. Ponownie podkreślić należy, że pacjent ma pełne prawo wyboru miejsca leczenia.*

(akta kontroli str. 770-796)

h) Koszty opieki zdrowotnej nad pacjentami z PChN w poszczególnych latach wynosiły:

- W ramach POZ – BPOK - koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N18: w 2023 r. 2,7 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 112,3 tys. zł, koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N19 w I półroczu 2024 r. 412,8 zł.

- W ramach AOS:

a/ koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N18: osoby dorosłe – w 2021 r. 1 952,7 tys. zł, w 2022 r. 3 757,2 tys. zł, w 2023 r. 4 884,3 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 2 771,3 tys. zł; dzieci – w 2021 r. 49,9 tys. zł, w 2022 r. 69,6 tys. zł, w 2023 r. 66 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 38,6 tys. zł.

b/ koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N19: osoby dorosłe – w 2021 r. 28,6 tys. zł, w 2022 r. 74,3 tys. zł, w 2023 r. 124,5 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 67,1 tys. zł, dzieci – w 2022 r. 275,09 zł, w 2023 r. 345,1 zł.

- W ramach leczenia szpitalnego:

a/ koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N18: osoby dorosłe – w 2021 r. 3 571 tys. zł, w 2022 r. 4 674,9 tys. zł, w 2023 r. 6 758 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 4 255,6 tys. zł; dzieci – w 2021 r. 1 102,4 tys. zł, w 2022 r. 1 585,2 tys. zł, w 2023 r. 1 825,4 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 1 357,4 tys. zł.

b/ koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N19:osoby dorosłe – w 2021 r. 33,2 tys. zł, w 2022 r. 48,6 tys. zł, w 2023 r. 88,2 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 22,8 tys. zł, dzieci – w 2023 r. 7,5 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 42,7 tys. zł.

➤ w ramach programów lekowych:

a/ koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N18:osoby dorosłe - program lekowy realizowany przez poradnię nefrologiczną – w 2021 r. 91 tys. zł, w 2022 r. 114,4 tys. zł, w 2023 r. 187,3 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 107,8 tys. zł.

b/ koszty opieki nad dziećmi:

w ramach programu lekowego realizowanego przez poradnię nefrologiczną – w 2021 r. 35,2 tys. zł, w 2022 r. 20,3 tys. zł, w 2023 r. 27,7 tys. zł., w I półroczu 2024 r. 14,9 tys. zł.

W ramach programu lekowego realizowanego przez oddział nefrologiczny dla dzieci – w 2021 r. 25,6 tys. zł, w 2022 r. 4 tys. zł, w 2023 r. 30,3 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 4,1 tys. zł.

Koszty opieki nad pacjentami leczonymi nerkozastępczo:

- a) hemodializami w 2021 r. 149 823,7 tys. zł (w tym koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18 148 787,6 tys. zł, koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N19 5,8 tys. zł); w 2022 r. 188 164, 5 tys. zł (w tym pacjenci z ICD-10 N18 185 655,3 tys. zł, pacjenci z ICD-10 N19 53 tys. zł); w 2023 r. 237 199,9 tys. zł (w tym pacjenci z ICD-10 N18 234 728,3 tys. zł, pacjenci z ICD-10 N19 55 tys. zł), w I półroczu 2024 r. 126 539,2 tys. zł (w tym pacjenci z ICD-10 N18 125 265,5 tys. zł, pacjenci z ICD-10 N19 2 tys. zł),
- b) dializami otrzewnowymi pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18 w 2021 r. 8 075,9 tys. zł, w 2022 r. 9 703,4 tys. zł, w 2023 r. 10 882,5 tys. zł, w I półroczu 2024 r. 5 430,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 34-35,139-148,305-311)

1.2. W 2021 r. Programem pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” było objętych ogółem 40,3 tys. osób (co stanowiło 1,7 % osób uprawnionych do udziału w Programie), w tym: 23,8 tys. kobiet, 16,5 tys. mężczyzn. W 2022 r. Pilotażem było objętych ogółem 85,3 tys. osób (co stanowiło 3,7 % osób uprawnionych do udziału w Programie), w tym: 51,9 tys. kobiet, 33,4 tys. mężczyzn. Po roku od rozpoczęcia Programu pilotażowego²⁶ tj. w 2022 r. powtórne badania w ramach Programu przeprowadzono u 15 osób. W 2023 r. Pilotażem było objętych ogółem 126 tys. osób (co stanowiło 5,4% osób uprawnionych do udziału w Programie), w tym: 74,6 tys. kobiet, 51,4 tys. mężczyzn. Po roku powtórne badania w ramach Programu pilotażowego przeprowadzono u 14,9 tys. osób, tj. u 11,8% pacjentów. W I półroczu 2024 r. pilotażem było objętych ogółem 95,4 tys. osób (co stanowiło 4 % osób uprawnionych do udziału w Programie), w tym: 56,9 tys. kobiet, 38,5 tys. mężczyzn. Po roku powtórne badania w ramach Programu pilotażowego przeprowadzono u 25,8 tys. osób, tj. u 27,1% pacjentów.

(akta kontroli str. 34-35,139-148)

W ramach Programu pilotażowego w 2022 r. wykonano 826 tys. badań, w tym u 85 tys. osób wykonano badanie poziomu kreatyniny we krwi. Koszt badania poziomu kreatyniny kształtował się na poziomie 432,7 tys. zł (koszt jednostkowy badania wyniósł 5,1 zł). W 2023 r. wykonano 1 226,5 tys. badań diagnostycznych, w tym u 125,2 tys. osób wykonano badanie poziomu kreatyniny we krwi. Koszt badania poziomu kreatyniny w ramach Programu pilotażowego kształtował się na

²⁶ Program rozpoczął się 1 lipca 2021 r.

poziomie 665,7 tys. zł (koszt jednostkowy badania wyniósł 5,3 zł). W I połowie 2024 r. wykonano 930,9 tys. badań diagnostycznych. Badanie poziomu kreatyniny we krwi wykonano u 94,8 tys. pacjentów. Koszt badania poziomu kreatyniny kształtował się na poziomie 520,6 tys. zł (koszt jednostkowy badania wyniósł 5,5 zł).

Liczba osób, u których w ciągu 12 miesięcy po przeprowadzeniu badania poziomu kreatyniny stwierdzono ICD-10 N18 podczas wizyty w POZ wyniosła w 2021 r. 29 osób, w 2022 r. 225 osób, w 2023 r. 433 osoby, a w I półroczu 2024 r. 377 osób.

Liczba osób, u których w ciągu 12 miesięcy po przeprowadzeniu badania poziomu kreatyniny stwierdzono ICD-10 N19 wyniosła odpowiednio: sześć osób w 2021 r., 43 osoby w 2022 r., 73 osoby w 2023 r. i 22 osoby w I półroczu 2024 r.

Liczba osób, u których w ciągu 12 miesięcy po przeprowadzeniu badania poziomu kreatyniny stwierdzono ICD-10 N18 podczas wizyty w AOS wyniosła w 2021 r. 55 osób, w 2022 r. 431 osób, w 2023 r. 861 osób, a w I półroczu 2024 r. 561 osób.

Liczba osób, u których w ciągu 12 miesięcy po przeprowadzeniu badania poziomu kreatyniny stwierdzono ICD-10 N19 wyniosła odpowiednio: dwie osoby w 2021 r., dziewięć osób w 2022 r., 34 osoby w 2023 r. i 10 osób w I półroczu 2024 r.

Funkcjonujące w Oddziale rejestry nie pozwalały na ustalenie liczby badań przeprowadzonych w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, których wyniki były nieprawidłowe oraz liczby pacjentów, który w wyniku otrzymanych nieprawidłowych wyników badań zgłosiło się do lekarza oraz podjęło leczenie. Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału *wynik badania jest własnością świadczeniobiorcy i to świadczeniobiorca decyduje czy z otrzymanym wynikiem zgłosi się do lekarza. Sprawozdawane do Oddziału Wojewódzkiego raporty służą celom rozliczeniowym, przedstawiają m. in. dane dotyczące poziomu wykonania świadczeń i liczby wykonanych poszczególnych badań w ramach programu w podziale na numery PESEL, datę wykonania badania oraz świadczeniodawcę, który zrealizował świadczenia.*

(akta kontroli str. 34-35, 139-142, 770-796)

W umowach z wnioskodawcami na realizację Pilotażu ustalono następujące kwoty:

- 2021 r.: na początku roku 1 160,4 tys. zł, na końcu roku: 5 000 tys. zł. Wartość środków poniesionych na realizację Programu wyniosła 3 954,6 tys. zł, co stanowiło 79% wysokości środków ustalonych w umowach dotyczących realizacji Pilotażu na koniec roku,
- 2022 r.: na początku roku ustalono kwotę 8 001,4 tys. zł, na koniec roku 10 122 tys. zł, z czego wykorzystano 8 361,8 tys. zł, co stanowiło 82,6% środków ustalonych w umowach dotyczących realizacji Pilotażu na koniec roku,
- 2023 r.: na początku roku ustalono kwotę 9 268,6 tys. zł, na koniec roku 13 213,6 tys. zł, z czego wykorzystano 12 702,8 tys. zł, co stanowiło 96% środków ustalonych w umowach dotyczących realizacji Pilotażu na koniec roku,
- I półrocze 2024 r.: na początku roku ustalono kwotę 8 136,7 tys. zł, na koniec pierwszego półrocza 9 539,7 tys. zł, z czego wykorzystano 8 120,6 tys. zł, co stanowiło 85% środków ustalonych w umowach dotyczących realizacji Pilotażu na koniec półrocza.

W 2021 r. 124 podmioty złożyły wniosek o zawarcie umowy na realizację Programu pilotażowego. Umowy podpisano ze 117 świadczeniodawcami – sześć podmiotów leczniczych nie zdecydowało się na podpisanie umowy pomimo pozytywnej oceny wniosku, dwa wnioski zostały ocenione negatywnie, jednak jeden z wnioskodawców złożył ponownie wniosek, który został rozpatrzony pozytywnie. W 2022 r. 29 podmiotów złożyło wniosek o zawarcie umowy na realizację Programu pilotażowego. Umowy zostały zawarte z 28 podmiotami, jeden wniosek został rozpatrzony negatywnie. W 2023 r. o zawarcie umowy zawnioskowało 61 nowych

podmiotów, z których umowy podpisano z 58 – trzy wnioski zostały wycofane przez wnioskodawców. W I półroczu 2024 r. o zawarcie umowy zawnioskowało 10 nowych podmiotów i ze wszystkimi została zawarta umowa.

W latach 2021 – 2024 (I półrocze) Oddział rozpatrzył negatywnie trzy wnioski o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń w ramach Programu pilotażowego. Dwa wnioski zostały rozpatrzone negatywnie w 2021 r.²⁷ i jeden wniosek został rozpatrzony negatywnie w 2022 r. Powodem negatywnego rozpatrzenia wniosków było złożenie wniosku na komórkę organizacyjną, która nie została zarejestrowana w księdze rejestrowej²⁸ lub niedostosowanie do wymogów Programu w zakresie zatrudnionego personelu medycznego.

(akta kontroli str.154-204, 1014)

W okresie objętym kontrolą 66²⁹ podmiotów, które zawarły umowę na realizację Programu pilotażowego zrezygnowało z jego realizacji i rozwiązało umowy. Przyczyną rezygnacji z udzielania świadczeń w ramach Pilotażu były: problemy ze sprawozdawczością/raportowaniem świadczeń na platformie P1³⁰, problemy z rozliczaniem świadczeń³¹, problemy techniczne z oprogramowaniem³² lub inne przyczyny³³ np. brak zainteresowania kontynuacją realizacji umowy, niepodpisanie aneksu przedłużającego umowę lub podpisanie go po terminie. Często rezygnacja z realizacji świadczeń odbywała się bez podania przyczyny.

(akta kontroli str. 151-153)

Prawidłowość zawierania umów na realizację Programu „Profilaktyka 40 PLUS” została zweryfikowana na podstawie badania 10 umów na realizację Programu³⁴.

Ustalono, że Oddział rozpatrzył wnioski o realizację Programu pilotażowego w terminach od dwóch do 22 dni. Połowa wniosków była kompletna, a w przypadku pięciu z 10 wniosków Oddział wezwał wnioskodawców do ich uzupełnienia. Braki we wszystkich pięciu wnioskach zostały usunięte. Umowy były zawierane w terminie od dwóch do 10 dni od rozpatrzenia wniosków.

W umowach o realizację Programu pilotażowego zawartych w 2021 r. kwota zobowiązania NFZ z tytułu realizacji przedmiotu umowy wynosiła maksymalnie 10 tys. zł; dziewięć z dziesięciu³⁵ podmiotów, które zdecydowały się kontynuować realizację Programu podpisało aneksy przedłużające jego realizację. Kwoty zobowiązania z tytułu realizacji przedmiotu umowy były zwiększane bądź zmniejszane w zależności od liczby rozliczonych świadczeń. Oddział terminowo regulował zobowiązania finansowe wobec świadczeniodawców wynikające z realizacji Programu.

(akta kontroli str.1015-1040, 1356-1367)

²⁷ Jeden z wnioskodawców złożył wniosek ponownie. Wniosek został rozpatrzony pozytywnie.

²⁸ Każdy podmiot wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jest rejestrowany pod numerem w tzw. księdze rejestrowej. Księga Rejestrowa zawiera przede wszystkim dane teleadresowe podmiotu oraz zakres udzielanych świadczeń w podziale na poszczególne komórki organizacyjne podmiotu.

²⁹ 22 podmioty rozwiązały umowę w 2021 r., 27 podmiotów rozwiązało umowę w 2022 r., 12 podmiotów rozwiązało umowę w 2023 r. i 5 podmiotów rozwiązało umowę w I półroczu 2024 r.

³⁰ W dziewięciu przypadkach.

³¹ W jednym przypadku.

³² W jednym przypadku.

³³ W 55 przypadkach.

³⁴ Próba umów do badania została dobrana w sposób celowy w przypadku trzech podmiotów, które realizowały świadczenia zarówno w zakresie pilotażu, jak i BPOK w dziedzinie nefrologia, pozostałych siedmiu świadczeniodawców zostało dobranych w sposób losowy.

³⁵ Jedna z umów została rozwiązana na wniosek świadczeniodawcy z uwagi na problemy ze sprawozdawczością/raportowaniem świadczeń na P1.

W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęły dwie skargi dotyczące realizacji Programu pilotażowego. Jedna z nich dotyczyła nieprzyjęcia pacjenta na wizytę z uwagi na brak podpisanej umowy na realizację Programu. Skarga została pozostawiona bez rozpatrzenia ponieważ skarżący nie uzupełnił adresu i nazwy świadczeniodawcy, którego skarga dotyczyła. Kolejna skarga dotyczyła trudności z realizacją badań z uwagi na problemy techniczne po stronie Centrum e-Zdrowie – problemy z platformą P-1 – które uniemożliwiały pracownikowi świadczeniodawcy szczegółowy podgląd danych osobowych pacjenta oraz e-skierowania. Skarga została uznana za zasadną.

(akta kontroli str. 260-294)

Planowane koszty realizacji Programu były szacowane rzetelnie. Przeprowadzane analizy baz danych Oddziału pod kątem poziomu realizacji Programu pilotażowego umożliwiły zidentyfikowanie podmiotów leczniczych, w których nie odnotowano wykonania świadczeń w ramach ww. Programu lub wykonanie było niskie (poniżej 20% umowy półrocznej). Brak realizacji lub niski poziom wykonania świadczeń był zdaniem świadczeniodawców spowodowany:

- problemami dotyczącymi sprawozdawczości wykonywanych świadczeń w zakresie Programu;
- brakiem zainteresowania pacjentów, pomimo podjętych przez świadczeniodawców działań marketingowych.

Na realizację Programu profilaktycznego wydatkowano w 2021 r. ok. 18 tys. zł; w 2022 r. 9 344,5 tys. zł; w 2023 r. 12 726 tys. zł a w I półroczu 2024 r. 9 089 tys. zł.

(akta kontroli str.257-294,1079-1198, 1311, 1329, 1356-1367)

Z informacji przekazanych przez dziesięciu świadczeniodawców realizujących Program wynikało, że:

- wszyscy umożliwiali pacjentom rejestrację do Programu w inny sposób niż z wykorzystaniem IKP (m.in. telefonicznie, osobiście, na podstawie papierowych skierowań,
- ośmiu z 10 świadczeniodawców umożliwiało odbieranie przez pacjenta wyników przeprowadzonych badań profilaktycznych (w wybranej wersji – papierowej lub elektronicznej), dwóch w wersji papierowej,
- pięciu z 10 świadczeniodawców informowało pacjentów (np. poprzez kontakt telefoniczny) w przypadku, gdy wyniki poszczególnych badań w ramach Programu odbiegały od normy. Wszystkie podmioty lecznicze udzielały pacjentom informacji o konieczności skonsultowania wyników z lekarzem POZ,
- ośmiu z 10 świadczeniodawców informowało pacjentów o możliwości konsultowania wyników badań uzyskanych w ramach Programu (nie było możliwości konsultacji odpłatnych). Dwa podmioty realizujące świadczenia w ramach Programu nie zapewniły pacjentom możliwości konsultacji wyników,
- czterech z 10 świadczeniodawców zgłosiło uwagi do Programu – dotyczyły one m.in.:
 - a) Konieczności doprecyzowania sprawozdawczości do NFZ wizyt lekarskich z Programu „Profilaktyka 40 PLUS”, po otrzymaniu przez pacjenta wyników badań.

- b) Wprowadzenia Programu na stałe do zakresu badań profilaktycznych realizowanych w ramach umów z NFZ.
- c) Niewielkiej liczby osób korzystających z Programu pomimo działań promocyjnych prowadzonych przez podmioty lecznicze.
- d) Problemów technicznych po stronie Centrum e-Zdrowia, które utrudniają rozliczenie z NFZ.
- e) Braku oficjalnej bazy zawierającej dane medyczne pacjentów, z których mogłyby korzystać wszystkie podmioty medyczne na poszczególnych szczeblach systemu ochrony zdrowia.
- f) Konieczności rozliczania procedur w kilku systemach informatycznych – systemie przychodni i systemach państwowych.
- g) Braku ciągłości finansowania, zaniżania budżetów.
- h) Konieczności rozszerzenia budżetu badań diagnostycznych w POZ – alternatywa dla tworzenia nowych Programów profilaktycznych.
- i) Zbyt niskiego finansowania Programu – „obcinania budżetów”. Niskiej wyceny procedur.

(akta kontroli str. 1041-1078, 1301-1303,1349-1355)

1.3. W 2023 r. z 14 podmiotami zostały podpisane umowy na realizację opieki koordynowanej w dziedzinie nefrologia, w 2024 r. umowy podpisano z kolejnymi 30 podmiotami. Liczba podpisanych umów ogółem w I półroczu 2024 r. wyniosła 44. Wszystkie wnioski o zawarcie umowy w ramach BPOK w dziedzinie nefrologia zostały rozpatrzone pozytywnie. Żaden ze świadczeniodawców nie zrezygnował z realizacji świadczeń w ramach opieki koordynowanej w tej dziedzinie.

(akta kontroli str. 34-35,139-142,149-150)

Prawidłowość zawierania umów na realizację świadczeń z zakresu BPOK w dziedzinie nefrologia zweryfikowano na podstawie badania 14 zawartych³⁶ umów – co stanowiło 30% wszystkich zawartych umów.

Ustalono, że Oddział terminowo rozpatrzył wnioski świadczeniodawców o rozszerzenie umów na świadczenie usług w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej³⁷ o BPOK w dziedzinie nefrologii, przy czym cztery wnioski zostały rozpatrzone w terminie powyżej 20 dni, jednakże nie stanowiły one pierwotnych wniosków o rozszerzenie umowy o opiekę koordynowaną, lecz o jej rozszerzenie na kolejną grupę dziedzinową. WW. wnioski zostały rozpatrzone w terminie do 30 dni.

Plan rzeczowo-finansowy budżetu powierzonego był przygotowywany na podstawie Kalkulatora BPOK dla świadczeniodawcy POZ oraz liczby zaliczonych deklaracji do lekarza POZ. Wartość kwot zobowiązań zapisana w umowach była powiązana z planem zakupu świadczeń, wartością podpisanych umów, dotychczasowym wykonaniem świadczeń w ramach BPOK oraz jego symulacją na przyszły okres. W zależności od poziomu wykonania umów w zakresie BPOK kwoty zobowiązań były zwiększane o wskaźnik wzrostu wartości umowy. Świadczenia w ramach BPOK zostały rozliczone. Oddział terminowo uregulował zobowiązania finansowe wobec świadczeniodawców, wynikające z realizacji świadczeń w ramach budżetu powierzonego.

(akta kontroli str.406-769, 1368-1377)

³⁶ Próba umów do szczegółowego badania została dobrana w sposób losowy.

³⁷ Dalej: „POZ”.

W przypadku gdy wartość wykonanych przez świadczeniodawców świadczeń zarówno w ramach Programu profilaktycznego, jak i opieki koordynowanej, przekroczyła kwotę zobowiązania Oddziału, po przeprowadzeniu weryfikacji wykonanych i sprawozdanych do Systemu Informacji Medycznej świadczeń, sporządzano aneks do umowy.

Na dzień 28 listopada 2024 r. kwota niesfinansowanych świadczeń ponadumownych za lata 2022-2023 wynosiła:

- dla BPOK 45 tys. zł (dotyczyła 43 świadczeniodawców);
- dla Programu pilotażowego 151,8 tys. zł (dotyczyła 49 świadczeniodawców).

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora *niesfinansowane świadczenia wynikają z braku złożonych przez świadczeniodawców wniosków o wypłatę nadwykonań, w tym w trybie art. 132c Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁸ lub uzupełnienia sprawozdawczości po zakończonym procesie finansowania tzw. nadwykonań.*

(akta kontroli str. 1339-1348)

1.4 Poza Programem pilotażowym oraz zakresem świadczeń BPOK w grupie dziedzinowej nefrologia, Oddział podejmował działania mające na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN w ramach realizacji pięciu programów lekowych:

1. Leczenie niedokrwistości u chorych z (ICD-10: N18).

Do Programu lekowego mogli zostać zakwalifikowani pacjenci, którzy spełniali m.in. następujące kryterium kwalifikacji: świadczeniobiorcy niedializowani.

W okresie objętym kontrolą program lekowy realizowało sześć podmiotów. Program obejmował 280 pacjentów w 2022 r., 405 pacjentów w 2023 r. i 250 pacjentów w I półroczu 2024 r. Średni koszt leczenia pacjenta wynosił w 2022 r. 425,1 zł, w 2023 r. 525,6 zł, a w I półroczu 2024 r. 436 zł. Pacjenci oczekiwali na włączenie do programu średnio 17 dni – przypadki stabilne, jeden dzień przypadki pilne. Wydatki poniesione przez Oddział na realizację programu lekowego wyniosły: w 2022 r. 119,9 tys. zł (w tym na leki 68 tys. zł), w 2023 r. 212,8 tys. zł (w tym na leki 96,8 tys. zł), w I półroczu 2024 r. 109 tys. zł (w tym na leki 64,1 tys. zł).

Średni koszt leczenia pacjenta w programie lekowym stanowił od 0,6% do 0,93% średniego kosztu dializoterapii pacjenta.

2. Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami (ICD-10: N25.8).

Do Programu lekowego mogli zostać zakwalifikowani pacjenci, którzy spełniali m.in. następujące kryteria kwalifikacji:

- 1) wtórna nadczynność przytarczyc;
- 2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym m.in. farmakologiczną i laserową paratyreidektolizę) lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii);
- 3) długotrwałe leczenie dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek.

W latach 2022-2023 program lekowy realizowało 11 podmiotów, w 2024 r. (do 30 czerwca) 13 podmiotów. Program obejmował 2,6 tys. pacjentów w 2022 r., 3,2 tys. pacjentów w 2023 r. i 1,6 tys. pacjentów w I półroczu 2024 r. Średni koszt leczenia pacjenta wynosił w 2022 r. 579,1 zł, w 2023 r. 605,7 zł a w I półroczu 2024 r. 540,5 zł. Pacjenci oczekiwali na włączenie do programu średnio od jednego do trzech

³⁸ Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.

dni. Wydatki poniesione przez Oddział na realizację programu lekowego wyniosły: w 2022 r. 1 539,2 tys. zł (w tym na leki 1 126,1 tys. zł), w 2023 r. 1 946,6 tys. zł (w tym na leki 1 234,2 tys. zł), w I półroczu 2024 r. 875,1 tys. zł (w tym na leki 544,4 tys. zł).

Średni koszt leczenia pacjenta w programie lekowym stanowił od 0,75% do 1,15% średniego kosztu dializoterapii pacjenta.

3. Leczenie Parykalcytolem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych.

Do Programu lekowego mogli zostać zakwalifikowani pacjenci, którzy spełniali m.in. następujące kryteria kwalifikacji:

- 1) wtórna nadczynność przytarczyc;
- 2) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek;
- 3) przeciwwskazania do zastosowania lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii).

Program był realizowany w 2022 r.³⁹ przez osiem podmiotów. Objętych programem było 391 pacjentów. Średni koszt leczenia pacjenta wyniósł 460,2 zł. Pacjenci byli kwalifikowani do włączenia do programu na bieżąco. Wydatki poniesione przez Oddział wyniosły 179,9 tys. zł (w tym na leki 107,6 tys. zł).

Średni koszt leczenia pacjenta w programie lekowym stanowił 0,65% średniego kosztu dializoterapii pacjenta.

4. Leczenie pacjentów z chorobami nerek.

Do Programu lekowego mogli zostać zakwalifikowani pacjenci, którzy spełniali m.in. następujące kryteria kwalifikacji:

- 1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO;
- 2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego.

W okresie objętym kontrolą program był realizowany przez trzy podmioty. Objętych programem było 23 pacjentów w 2022 r., 36 pacjentów w 2023 r. i 28 w I kwartale 2024 r. Średni koszt leczenia pacjenta wyniósł w 2022 r., 901 zł w 2023 r. i 639,1 zł w I półroczu 2024 r. Pacjenci oczekiwali na włączenie do programu średnio cztery dni w 2022 r., trzy dni w 2024 r., a w 2023 r. byli przyjmowani na bieżąco. Wydatki poniesione przez Oddział na realizację programu lekowego wyniosły w 2022 r. 18,9 tys. zł (w tym na leki 13,7 tys. zł), w 2023 r. 32,4 tys. zł (w tym na leki 10 tys. zł), w I półroczu 2024 r. 17,9 tys. zł (w tym na leki 12,8 tys. zł).

Średni koszt leczenia pacjenta w programie lekowym stanowił od 1,11% do 1,37% średniego kosztu dializoterapii pacjenta.

5. Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki (ICD-10: N18).

Do Programu lekowego mogli zostać zakwalifikowani pacjenci, którzy spełniali m.in. następujące kryteria kwalifikacji:

- 1) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD);
- 2) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów;
- 3) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy,

³⁹ Do 30 czerwca 2022 r. Program został połączony z Programem lekowym: Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami (ICD-10:N25.8).

z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności;

- 4) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki.

Do realizacji programu w latach 2023 – 2024 (I półrocze) został wytypowany jeden podmiot. Jednakże żaden pacjent nie został zakwalifikowany do programu, tym samym Oddział nie poniósł kosztów związanych z jego realizacją.

Oddział nie posiadał informacji o przyczynach braku kwalifikacji pacjentów do ww. programu lekowego. Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału *proces kwalifikacji świadczeniobiorców do uczestnictwa w programie lekowym przez Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, realizowany jest bez udziału NFZ.*

W okresie objętym kontrolą nie występowały problemy z dostępem do programów lekowych, nie wpływały również skargi na zasady kwalifikacji do ww. programów.

Poza realizowaniem programów lekowych Oddział nie prowadził innych działań mających na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN.

(akta kontroli str.29-127,145-148,1003-1012, 260-293,305-311)

Świadczeniodawcy realizujący programy lekowe rozliczali ilość leku, która została podana pacjentom. W rozliczeniach realizacji programów lekowych wykazywane były faktycznie zużyte substancje - nie opakowania leków, co było zgodne z § 23 ust. 6 zarządzenia Nr 162/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe⁴⁰.

(akta kontroli str. 1013)

1.5 W latach 2022 – 2024 (I półrocze) zapewnienie dostępności do diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN nie było przedmiotem audytów ani kontroli. Przeprowadzone w latach 2022-2024 (I półrocze) w Oddziale dwa audyty⁴¹ dotyczyły problematyki dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 29-127)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział podejmował prawidłowe działania w związku z realizacją Programu pilotażowego oraz BPOK. Ze wszystkimi świadczeniodawcami spełniającymi wymogi, którzy zwrócili się o zawarcie umowy na realizację świadczeń w ramach Programu pilotażowego i/lub rozszerzenie umowy na realizację świadczeń w POZ o BPOK w dziedzinie nefrologia zostały zawarte umowy, a poziom realizacji zarówno Programu profilaktycznego, jak i świadczeń z zakresu BPOK był na bieżąco analizowany/monitorowany. Pacjenci z PChN mogli również wziąć udział w pięciu

⁴⁰Biul.Inf.NFZ z 2021 r. poz. 162 oraz kolejnymi zarządzeniami dotyczącymi realizacji programów lekowych: Zarządzenie Nr 16/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. Biul. Inf. NFZ z 2022 r. poz. 16, Zarządzenie Nr 175/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2023 r. Biul. Inf. NFZ. z 2023 r. poz. 175.

⁴¹ 1. Przeprowadzone przez Biuro Audytu Wewnętrznego z Centrali NFZ. Informacja o dostępności do świadczeń NFZ-BAW.0940.12.1.2023 w okresie 12.02.2023 r.-24.10.2023 r., 2. „Rozliczanie środków z dotacji” NFZ-BAW.0940.12.6.2023 w okresie 8.12.2023 r. – 9.07.2024 r.

programach lekowych dedykowanych osobom z chorobami nerek, finansowanych ze środków Oddziału.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1 W latach 2022-2024 (I półrocze) w Oddziale nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych ani edukacyjnych dedykowanych wczesnej diagnostyce PChN, pomimo rosnącej liczby pacjentów wymagających leczenia z powodu PChN oraz prognoz epidemiologicznych zawartych m.in. w Mapie Potrzeb Zdrowotnych, potwierdzających utrzymujący się trend wzrostowy, jeśli chodzi o zachorowalność na PChN oraz wzrost kosztów opieki nad pacjentami z chorobami nerek.

Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału *Wydział Obsługi Klientów i Profilaktyki prowadzi działania promujące profilaktykę i zdrowy styl życia na podstawie zadań zleconych przez Centralę NFZ i Ministerstwo Zdrowia.*

(akta kontroli str. 128, 305-311)

W celu zwiększenia liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia w poszczególnych grupach rodzinnych w ramach BPOK przedstawiciele Oddziału uczestniczyli w niżej wymienionych działaniach, podczas których zachęcali do zawierania umów:

- w 2022 r. podczas spotkania online „POZ – opieka koordynowana”;
- w 2023 r. podczas konferencji naukowej „lekarz rodzinny (z) specjalistą”⁴²;
- na początku 2023 r. przeprowadzono szkolenie online dla świadczeniodawców, dotyczące składania wniosków ofertowych na BPOK;
- w latach 2023-2024 Zespół Komunikacji Społecznej Oddziału publikował wpisy na portalu X.com oraz na stronie internetowej Oddziału, jak również w „Dzienniku Zachodnim”, promujące świadczenia realizowane w ramach BPOK.

Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, *pracownicy zachęcają podmioty lecznicze do rozszerzenia umowy o opiekę koordynowaną. Z zaangażowaniem udzielają odpowiedzi na wszelkie pytania oraz pomagają w rozwiązywaniu problemów powstałych przy tworzeniu wniosków o rozszerzenie umowy. W 2024 r. średnia miesięczna liczba składanych wniosków o rozszerzenie umowy o świadczenia w ramach BPOK wynosiła 26.*

(akta kontroli str. 128-204, 305-311)

2.2 Z uwagi na brak planowania i realizacji działań promocyjnych i edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa odnośnie konieczności wczesnej diagnostyki PChN Oddział w latach 2022-2024 (I półrocze) nie poniósł wydatków.

(akta kontroli str. 128-204, 305-311)

2.3 Pracownicy Oddziału cyklicznie brali udział w wydarzeniach promujących profilaktykę zdrowotną i zdrowy styl życia m.in. w ramach „Śród z profilaktyką”. Podjęte w ramach Śród z profilaktyką tematy powiązane z profilaktyką i leczeniem chorób nerek to:

- Transplantologia - wydarzenie odbyło się 25 stycznia 2023 r.

⁴² Konferencja zorganizowana przez Śląską Izbę Lekarską.

– Woda Nawodnienie Hydroterapia” – wydarzenie odbyło się 22 marca 2023 r. Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału *podczas ww. wydarzeń doradcy informowali o tym jak ważne jest właściwe nawodnienie organizmu również w aspekcie prawidłowej pracy nerek.*

W Oddziale funkcjonowali Doradcy Oddziału, do których zadań należało m.in.:

- zachęcanie do udziału w dostępnych programach profilaktycznych,
- zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie,
- podniesienie świadomości społeczeństwa oraz zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktycznych,
- promowanie portalu diety.nfz.gov.pl – informowanie o dostępnych planach żywieniowych i spersonalizowanych dietach skomponowanych pod względem kaloryczności i dolegliwości chorobowych, informowanie że udostępnione na portalu plany żywieniowe są wskazówką do prawidłowego odżywiania oraz źródłem zdrowych inspiracji,
- zachęcanie do skorzystania z programu „Profilaktyka 40 Plus” oraz promowanie programu „ 8 tygodni dla zdrowia”,
- utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia,
- promowanie „Środy z Profilaktyką”,
- promowanie portalu Akademia NFZ,
- zachęcanie do wykonania analizy składu ciała i omówienia wyniku z dietetykiem.

(akta kontroli str. 128-256,295-300)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą pracownicy Oddziału nie planowali ani nie realizowali działań edukacyjno-promocyjnych ukierunkowanych w szczególności na zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki pod kątem PChN. Oddział prowadził działania promujące profilaktykę i zdrowy styl życia na podstawie zadań zleconych przez Centralę NFZ i MZ. Działalność edukacyjno-promocyjna Oddziału zawierała aspekty związane z profilaktyką PChN, czego dowodem były m.in. inicjatywy podejmowane w ramach „Profilaktycznych śród”, czy działania zatrudnionych w Oddziale doradców prowadzone na Sali Obsługi Klienta związane m.in. z promowaniem zdrowego stylu życia, programów profilaktycznych czy szczepień ochronnych. Pracownicy Oddziału zachęcali również świadczeniodawców do rozszerzania umów o świadczenia opieki koordynowanej, które mogły przyczynić się do zwiększenia świadomości pacjentów oraz wykrywania chorób, w tym chorób nerek na wczesnym etapie rozwoju choroby.

IV. Uwagi i Wnioski

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

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

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

Katowice, dnia 13 grudnia 2024 r.

Kontroler
Kinga Kołodziejczyk
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....