



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Małgorzata Motylow

LRZ.410.003.01.2023

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/080 - Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych

Zmienione zgodnie z treścią uchwały Nr 79/2023 Kolegium Najwyższej Izby Kontroli
z dnia 6 września 2023 r.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia ¹ , ul. Miodowa 15, 00-923 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Niedzielski, Minister Zdrowia ² , od 26 sierpnia 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Łukasz Szumowski, od 9 stycznia 2018 r. do 26 sierpnia 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych. 2. Działania na rzecz zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020 – 2022, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust.1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontrolerzy	1. Paweł Adamski, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LRZ/27/2023 z 17 stycznia 2023 r. 2. Magdalena Gierlak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/30/2023 z 20 stycznia 2023 r. 3. Łukasz Tur, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/25/2023 z 17 stycznia 2023 r. 4. Wojciech Kajzar, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/26/2023 z 17 stycznia 2023 r.

(akta kontroli str. 1-10)

¹ Dalej także: „MZ” lub „Ministerstwo”.

² Dalej: „Minister” lub „Minister Zdrowia”.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Minister Zdrowia w ramach prowadzonej polityki zdrowotnej podjął wielokierunkowe działania mające na celu profilaktykę i zapobieganie występowania nadwagi i otyłości wśród osób dorosłych, które wpisywały się w szeroko rozumianą promocję zdrowego stylu życia oraz motywowanie Polaków do zmiany postaw i nawyków żywieniowych. Zadania te realizowano wypełniając przede wszystkim założenia Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020⁵ oraz kontynuowano w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2021-2025⁶, gdzie jednym z celów operacyjnych jest profilaktyka nadwagi i otyłości.

NIK pozytywnie ocenia uruchomienie pilotażowego programu kompleksowej opieki medycznej dla pacjentów chorych na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (KOS-BAR)⁷ oraz programu *Profilaktyka 40 PLUS*⁸, obejmującego profilaktyczną diagnostykę świadczeniobiorców od 40 roku życia, w ramach którego prowadzone są m.in. pomiary ciśnienia tętniczego, masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz indeksu BMI⁹. NIK ocenia również pozytywnie przygotowanie przez Ministra Zdrowia propozycji programu pilotażowego kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi w wieku powyżej 18 lat, leczonymi z powodu otyłości (KOS-BMI 30+), realizowanego przy wsparciu zespołu ekspertów w dziedzinie ochrony zdrowia. W 2017 r. Minister Zdrowia uruchomił Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej¹⁰ oraz dietetyczną poradnię internetową: Centrum Dietetyczne Online¹¹. Ponadto Minister zdecydował o umieszczeniu w koszyku świadczeń gwarantowanych opieki koordynowanej, zapewniającej konsultacje: lekarza specjalisty, dietetyczne oraz porady edukacyjne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej¹². Opieką koordynowaną objęto pacjentów z cukrzycą, astmą, nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc¹³, niewydolnością serca oraz niedoczynnością tarczycy. Nie wprowadzono jednak równocześnie porady dietetycznej jako odrębnego świadczenia dostępnego dla wszystkich pacjentów AOS, lecz potraktowano ją wyłącznie jako element leczenia przywołanych wyżej jednostek chorobowych.

NIK natomiast negatywnie ocenia niezapewnienie przez Ministra rzetelnego źródła informacji o skali otyłości wśród osób dorosłych. Dane zamieszczone w skontrolowanych sprawozdaniach MZ-11 były niepełne i nierzetelne. W celu monitorowania zjawiska nadwagi i otyłości MZ wykorzystywało raporty oraz wyniki badań prowadzonych przez instytucje nadzorowane oraz podmioty zewnętrzne. Do analizy tych danych wykorzystano narzędzia analityczne dostępne na portalu *ProfiBaza*¹⁴ oraz aplikacje stworzone w ramach projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych*

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Narodowy Program Zdrowia 2016–2020 ogłoszony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia 2016 – 2020* (Dz. U. poz. 1492). Dalej: NPZ 2016–2020.

⁶ Narodowy Program Zdrowia 2021–2025 ogłoszony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia 2021 – 2025* (Dz. U. poz. 642). Dalej: NPZ 2021–2025.

⁷ Ustanowiony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. poz. 1622).

⁸ Ustanowiony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2023 r. poz. 116).

⁹ Wskaźnik masy ciała (ang. *body mass index*).

¹⁰ Dalej: „NCEZ”.

¹¹ Dalej: „CDO”.

¹² Miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach tego kontaktu zapewniany jest dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem wskazanych w odpowiednich ustawach. Dalej: „POZ”.

¹³ Dalej: „POChP”.

¹⁴ Elektroniczny system informacji o zdrowiu publicznym, zawierający dane na temat sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce oraz realizacji programów zdrowotnych dla potrzeb profilaktyki chorób i promocji zdrowia, dostępny pod adresem: <https://profibaza.pzh.gov.pl>.

– *Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*¹⁵. Wyniki badań i analiz oraz rekomendowane kierunki działań opublikowano w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie *mapy potrzeb zdrowotnych*¹⁶. Jednocześnie z uwagi na fakt, iż dane te uzyskiwano z opóźnieniem, przedstawione analizy dotyczyły tylko okresu do 2021 r.

Minister nie zdecydował o powołaniu specjalistycznej poradni leczenia otyłości oraz utworzeniu specjalności lekarskiej z obesitologii¹⁷.

W ocenie NIK, Minister nie dysponował bieżącą wiedzą dotyczącą zasobów sprzętowych oraz nie analizował zapotrzebowania na lekarzy w podziale na rodzaje wykonywanych świadczeń (obecnie trwa opracowywanie modelu popytowego oraz podażowego dla lekarzy, który pozwoli odpowiedzieć na pytanie dotyczące popytu na kadrę medyczną w Polsce). Ocena efektów prac zespołów powołanych przez Ministra będzie możliwa dopiero po ostatecznym zakończeniu ich działalności i przedstawieniu końcowych raportów z realizacji zadań. To samo dotyczy możliwości oceny realizowanych obecnie programów profilaktycznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.

Opis stanu faktycznego

1.1 Prowadzeniem spraw związanych z rozpoznawaniem, planowaniem i zabezpieczaniem potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz realizacją profilaktyki otyłości zajmowali się (w okresie od stycznia do listopada 2020 r.) pracownicy Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny. Dodatkowo w wykonywanie powyższych zadań zaangażowany był także Departament Oceny Inwestycji¹⁹. Po zmianie organizacji wewnętrznej Ministerstwa z dnia 17 listopada 2020 r. zadania te przejął Departament Zdrowia Publicznego we współpracy z Departamentem Analiz i Strategii oraz Departamentem Lecznictwa²⁰. Do głównych obowiązków pracowników wykonujących powyższe czynności należało prowadzenie spraw związanych z planowaniem i koordynowaniem działań ukierunkowanych na promocję zdrowia oraz profilaktykę przewlekłych chorób niezakaźnych, stanowiących największe obciążenie dla systemu ochrony zdrowia, w tym m.in. prowadzenie prac związanych z planowaniem realizacji NPZ oraz programów polityki zdrowotnej. Zadania te wykonywano w ramach całej grupy innych zadań, bez szczególnego ukierunkowania na chorobę otyłości. Z udzielonych przez Ministra Zdrowia wyjaśnień wynika, że zadania te, z uwagi na ich wieloaspektowość, były realizowane w ramach obowiązujących zakresów obowiązków.

(akta kontroli str. 11-114)

¹⁵ Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – projekt realizowany przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, którego celem jest poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia oraz prognozowanie kierunków koniecznych zmian w systemie – na podstawie przeprowadzonych analiz – w celu realizacji potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

¹⁶ Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 69.

¹⁷ Dziedzina zajmująca się leczeniem nadwagi i otyłości (brak w Polsce tej specjalności lekarskiej).

¹⁸ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁹ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie *ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia* (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 12, ze zm.).

²⁰ Zmiana regulaminu organizacyjnego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2020 r. w sprawie *ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia* (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 98, ze zm.).

Mając na celu rozpoznawanie, planowanie i zabezpieczanie potrzeb zdrowotnych pacjentów, zarządzeniem z dnia 24 października 2022 r.²¹ Minister Zdrowia powołał *Zespół do spraw koordynowanej opieki nad pacjentami z rozpoznaną otyłością*²². Zespół ma za zadanie wypracowanie rozwiązań, które będą stanowiły uzupełnienie systemu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jako główne zadania wskazano opracowanie dwóch odrębnych propozycji programów pilotażowych skierowanych do dzieci oraz osób dorosłych, mających na celu stworzenie modelowej ścieżki postępowania z chorymi na otyłość, które pozwolą na zaoferowanie pacjentom wielospecjalistycznego wsparcia celem uniknięcia rozwoju otyłości olbrzymiej i towarzyszącym jej leczeniu zabiegów bariatrycznych, tj.:

- 1) przygotowanie propozycji programu pilotażowego dotyczącego kompleksowej opieki nad pacjentem w wieku poniżej 18 lat, u którego stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju;
- 2) przygotowanie propozycji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi w wieku powyżej 18 lat leczonymi z powodu otyłości (KOS-BMI 30+).

Minister wskazał, że w okresie od 25 października 2022 r. do 1 marca 2023 r. odbyły się cztery posiedzenia Zespołu, podczas których omówiono m.in. przygotowaną wcześniej propozycję projektu, analizowano zgłoszone przez członków Zespołu uwagi, dyskutowano nad poszczególnymi zapisami rozporządzenia oraz przeprowadzono debatę na temat metodyki wyboru ośrodków koordynujących program pilotażowy. Zgodnie z zarządzeniem Ministra, Zespół powinien zakończyć działalność z dniem 31 marca 2023 r. przedstawiając propozycję wypracowanych programów pilotażowych. Zarządzeniem Ministra Zdrowia wydłużono pracę Zespołu do dnia 30 czerwca 2023 r.²³, w związku z czym ocena rezultatów działań Zespołu w toku niniejszej kontroli nie była możliwa.

(akta kontroli str. 11-114, 140-147, 568-572)

1.2 Analizując wyniki badań oraz raporty publikowane przez jednostki nadzorowane i podmioty zewnętrzne, Minister Zdrowia dysponował danymi dotyczącymi skali zjawiska nadwagi i otyłości uzyskanymi w ramach realizacji zadań wynikających m.in. z NPZ. W celu monitorowania statystyk korzystano z przygotowywanej cyklicznie w ramach NPZ publikacji *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, wydawanej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy²⁴. Zgodnie z najnowszymi danymi zaprezentowanymi w raporcie z 2022 r., zbyt wysoką masę ciała (BMI \geq 25) u osób w wieku 20 lat lub więcej stwierdzono u 62% mężczyzn i 43% kobiet, zaś otyłość odpowiednio u 16% i 12% osób. Ponadto w latach 2017-2020, w ramach NPZ 2016-2020, przeprowadzono kompleksowe badania epidemiologiczne dotyczące sposobu żywienia i stanu odżywiania społeczeństwa polskiego. Z badań tych wynikało, że połowa badanej populacji osób w wieku 19-64 lat, niezależnie od płci, miała nadmierną masę ciała. Minister dysponował również wynikami ogólnokrajowego reprezentatywnego badania dotyczącego sposobu żywienia i stanu odżywienia²⁵, realizowanego przez Instytut Żywności i Żywienia²⁶, obejmującego wszystkie grupy ludności Polski. W badaniu stwierdzono, że wśród osób dorosłych występuje nadmierna masa ciała, w tym nadwaga - u 52,4% mężczyzn i 32% kobiet, a otyłość odpowiednio u 16,5% i 16,2% osób. Badania epidemiologiczne przewidziano także w kolejnej edycji NPZ na lata 2021-2025.

²¹ Zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynowanej opieki nad pacjentami z rozpoznaną otyłością Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 112, ze zm.

²² Dalej: „Zespół”.

²³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynowanej opieki nad pacjentami z rozpoznaną otyłością (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 24).

²⁴ Dalej: „NIZP PZH-PIB”.

²⁵ Realizowane w latach 2019-2020.

²⁶ Obecnie NIZP PZH-PIB.

Minister wyjaśnił, że w ramach realizacji Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032²⁷ zaplanowano Wielośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ III), którego celem będzie m.in. ocena zmian w okresie ośmioletnim dotycząca rozpowszechnienia, kontroli i leczenia czynników ryzyka chorób układu krążenia w Polsce, znajomość zasad prewencji, jak również ocena wybranych aspektów działań służby zdrowia. W ramach badania prowadzone będą także pomiary antropometryczne, które pozwolą na ocenę częstotliwości występowania nadwagi i otyłości w społeczeństwie. Określając mierniki efektywności realizacji celów nadrzędnych programu uwzględniono m.in. wskaźnik masy ciała wg płci.

Z wyjaśnień złożonych przez Ministra wynika również, że wskaźniki dotyczące występowania nadmiernej masy ciała będą także monitorowane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (jako jeden z rezultatów działań wynikających z przedmiotowej strategii wskazano ograniczenie odsetka osób z nadwagą i otyłością)²⁸.

(akta kontroli str. 115-126)

W ramach projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych* – uruchomiono platformę BASiW²⁹ z dostępem do 19 aplikacji (w formie zaawansowanych narzędzi analitycznych), opracowanych przez Departament Analiz i Strategii MZ. Na platformie BASiW, w zakładce *Problemy Zdrowotne*, nie ujęto otyłości wśród innych problemów zdrowotnych występujących w populacji. Dane dotyczące ilości porad przy rozpoznaniu otyłości, udzielonych w poszczególnych rodzajach poradni specjalistycznych zawarto w zakładce AOS³⁰. Aplikacje te zasilono danymi pochodzącymi głównie z Narodowego Funduszu Zdrowia³¹, Głównego Urzędu Statystycznego³² oraz danymi dotyczącymi kadry medycznej, pochodzącymi z Naczelnej Izby Lekarskiej, a także z Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych – z izb zawodowych. W oparciu o dane, którymi zasilono bazę, można tworzyć zestawienia oraz prezentacje danych w różnej konfiguracji (za pomocą funkcji filtrowania). Jednocześnie sama baza elektroniczna nie zawiera wniosków ani konkluzji z badań. *Mapa potrzeb zdrowotnych* składa się zarówno z wersji elektronicznej bazy BASiW, jak również z wersji papierowej³³, w której zawarto wnioski i podsumowania analiz ze wszystkich aplikacji bazy BASiW, w tym rekomendowane kierunki działań. Z ustaleń kontroli wynika, że obecnie cała elektroniczna baza BASiW zasilona jest danymi obejmującymi okres do 31 grudnia 2021 r., a ostatnie jej zasilenie miało miejsce w grudniu 2022 r. Zamieszczone w dokumencie rekomendacje uzyskane od krajowych konsultantów poszczególnych dziedzin medycyny, dotyczące zapotrzebowania na kadrę medyczną, pochodzą z roku 2019 i 2020. W związku z tym wszelkie analizy oraz opublikowane dane dotyczą okresów wcześniejszych.

Fakt ten potwierdziła Naczelniczka Wydziału Zasobów w Ochronie Zdrowia w Departamencie Analiz i Strategii MZ, która wyjaśniła, że ostatnia obowiązująca *Mapa potrzeb zdrowotnych* została opracowana w sierpniu 2021 r. oraz że na ten moment MZ nie ma ostatecznych danych obejmujących 2022 r., w związku z czym wszelkie analizy prowadzone za ten rok wymagają weryfikacji.

Minister wskazał, że aktualizacja bazy za rok 2022 planowana jest pod koniec 2023 r.

²⁷ Uchwała Nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (M. P. poz. 1265).

²⁸ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M. P. z 2022 r. poz.814, ze zm.).

²⁹ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/platforma-basiw/>.

³⁰ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>

³¹ Dalej: „NFZ” lub „Fundusz”.

³² Dalej: „GUS”.

³³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.

(akta kontroli str. 115-147)

W dniu 1 stycznia 2022 r. uruchomiono system *ProfiBaza*, w którym zgromadzono dane dotyczące zdrowia publicznego, w tym ze sprawozdań realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego, dokumentów MZ-49³⁴, MZ-53³⁵, a także z obszarów demografii oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej. Na portalu *ProfiBaza* udostępniono informacje publiczne, raporty, zbiory danych oraz informacje o działaniach podejmowanych w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia. System zasilono m.in. danymi dotyczącymi sytuacji zdrowotnej ludności Polski, a także dostępności kadry medycznej w Polsce. Informacje zamieszczone w zakładce *Zbiory Danych* mogą być generowane w postaci tabel, wykresów lub map oraz plików (CSV). W bazie nie odnaleziono informacji dotyczących stanu bieżącego oraz skali nadwagi i otyłości. Dostępne w tym zakresie dane obejmują 2014 r. (Indeks BMI, odsetek osób otyłych z nadwagą). Z kolei informacje dotyczące kadry medycznej obejmują okres 2010-2019.

(akta kontroli str. 256-290)

W dowodach przedstawionych przez Ministra w toku kontroli oraz w przywoływanych dokumentach strategicznych (do opracowania których posłużyły analizy przygotowane w ramach projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych*) nie odnaleziono analiz oraz danych dotyczących okresu po 2021 roku. Minister Zdrowia wyjaśnił, że obecnie dysponuje analizami opracowanymi na podstawie danych z lat 2019-2021.

(akta kontroli str. 140-147)

Zgodnie z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych³⁶, Minister zobowiązał podmioty udzielające świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do przekazywania (oddziałowi wojewódzkiemu NFZ) danych obejmujących informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w roku kalendarzowym. Pierwotny zapis z § 6 ust. 3 pkt 4³⁷ zobowiązywał do przekazywania takich danych co najmniej w przypadku pierwszej porady w danym roku kalendarzowym u tego świadczeniodawcy. Na podstawie raportowanych danych pacjentów można było obliczyć wskaźnik masy ciała BMI, dzięki któremu szacuje się prawidłowość masy ciała³⁸. Z danych gromadzonych przez NFZ wynika, że w każdym roku objętym kontrolą około 21 mln pacjentów skorzystało przynajmniej z jednego świadczenia w POZ, a masę i wzrost zareportowano od około 1,5 mln z nich. Stanowiło to odpowiednio w 2020 r. - 6,95%, w 2021 r. - 7,15% i w 2022 r. - 7,29% pacjentów POZ, których informację o masie i wzroście przekazano do NFZ. W zależności od województw dane te mieściły się w przedziale między 1,05% (w 2020 r. województwo śląskie) do 19,26% (w 2022 r. województwo podlaskie).

(akta kontroli str. 292-296, 297-308, 309-331)

Z informacji uzyskanych z NFZ wynika, że Minister Zdrowia nie uzyskiwał tych danych, zatem nie miał co analizować ani jak planować działań w zakresie leczenia otyłości³⁹. Minister Zdrowia potwierdził ten fakt w wyjaśnieniach. Zobowiązanie przez Ministra świadczeniodawców do raportowania danych dotyczących masy ciała

³⁴ Sprawozdanie zbiorcze z działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia.

³⁵ Sprawozdania z działalności w zakresie higieny dzieci i młodzieży.

³⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.

³⁷ Zmieniony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2532).

³⁸ Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (m.in. 25,00 - 30 - nadwaga, >= 30,00 – otyłość 30 - 34,9 - otyłość I stopnia 35 - 39,9 - otyłość II stopnia, 40 - otyłość III stopnia).

³⁹ Do dnia udzielenia odpowiedzi, tj. 25 kwietnia 2023 r.

i wzrostu pacjentów, a następnie niewykorzystywanie tych danych jest działaniem nierzetelnym. Przedmiotowe dane Minister winien wykorzystać w celu oszacowania skali problemów zdrowotnych związanych z nadwagą/otyłością, a następnie do planowania na ich podstawie działań, które zapewnią odpowiednie świadczenia zdrowotne.

(akta kontroli str. 292-296, 332-448)

Minister Zdrowia wskazał jako powód rezygnacji z obowiązku raportowania masy ciała i wzrostu w czasie pierwszej porady w danym roku kalendarzowym oraz planów doprecyzowania obowiązku raportowania informacji o masie ciała i wzroście, a także zobowiązania lekarzy POZ do wykonania takich pomiarów, że MZ nie jest stroną umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Brak pomiaru wagi ciała i wzrostu przynajmniej raz w roku, powoduje, że dane raportowane do NFZ mogą być nierzetelne (nie obrazujące rzeczywistego stanu masy ciała pacjenta

(akta kontroli str. 332-342, 446-464)

Sprawozdania statystyczne MZ-11 *Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej* obejmują dane na 31 dzień grudnia danego roku, dotyczące m.in. liczby osób w wieku 19 lat i więcej, objętych opieką czynną w POZ z powodu przewlekłej choroby otyłości (według kodów Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10: E-65-E.68). Zgodnie z zapisami w programie badań statystycznych statystyki publicznej, sprawozdanie MZ-11 sporządzają podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, praktyki fizjoterapeutów, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarzek i położnych, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ). Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej⁴⁰, w związku z art. 7 ust. 1 tej ustawy, który stanowi, że jeżeli badanie statystyczne jest prowadzone na zasadzie obowiązku, respondenci są obowiązani do udzielenia i przekazania prowadzącemu badanie pełnych, zgodnych ze stanem faktycznym, rzetelnych i wyczerpujących danych, zgodnie ze szczegółowym zakresem, w formie, postaci i terminach określonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej.

Według danych zawartych w sprawozdaniach MZ-11, opieką czynną w POZ z powodu przewlekłej choroby otyłości objętych było w roku 2020 411 386 dorosłych pacjentów, a w 2021 r. – 454 073 (wzrost o 10,38%), co stanowi odpowiednio 3,72% i 3,90% pacjentów objętych opieką czynną w POZ. Według danych raportowanych do NFZ, świadczeń z powodu otyłości (rozpoznanie główne i współistniejące) udzielono łącznie w 2020 r. 184 860, w 2021 r. 265 357, a w 2022 r. 340 067 pacjentom dorosłym. Odpowiednio - dla tych osób zgłoszono następujące liczby wizyt z powodu otyłości: 377 227, 514 173, 658 840.

(akta kontroli str. 135-139. 465-496, 497-502)

Minister Zdrowia, przedstawiając liczbę zaakceptowanych i wysłanych do weryfikacji sprawozdań za lata 2019-2021, nie udzielił odpowiedzi na pytanie, ile jednostek jest zobowiązanych do składania sprawozdań MZ-11. Zatem nie można określić, jaki procent podmiotów realizuje obowiązek składania sprawozdań MZ-11. Z informacji przekazanych⁴¹ przez pięć Urzędów Wojewódzkich⁴² wynika, że nie wszystkie zobowiązane podmioty przekazują przedmiotowe sprawozdania. Przesłane przez nich dane wskazują, że wyegzekwowano je od około 70% zobowiązanych podmiotów.

⁴⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 773.

⁴¹ Uzyskanych w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK

⁴² Podkarpacki, Mazowiecki, Lubelski, Łódzki i Zachodniopomorski.

Minister Zdrowia, w odpowiedzi na pytanie dotyczące weryfikacji rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym danych w sprawozdaniach MZ-11 wyjaśnił, że Centrum e-Zdrowia nie weryfikowało tych sprawozdań pod tym względem, ponieważ nie ma takich narzędzi prawnych. Weryfikacja sprawozdań MZ-11 przez Urzędy Wojewódzkie, jak i Centrum e-Zdrowia prowadzona jest przez porównanie sprawozdawanych danych rok do roku.

Zdaniem NIK, brak zapewnienia narzędzi umożliwiających skuteczną weryfikację sprawozdań MZ-11 pod względem zgodności ze stanem faktycznym i rzetelności powoduje, że Minister Zdrowia otrzymuje niezweryfikowane informacje, co powoduje wątpliwości co do ich rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym.

(akta kontroli str. 309-331, 503-526)

W instrukcji wypełniania formularza i na samym formularzu sprawozdań MZ-11 zapisano, że „opieką czynną” objęte są *takie osoby, które z powodu choroby przewlekłej, narażenia na działanie czynników szkodliwych lub stanu fizjologicznego, wymagają systematycznej kontroli lekarskiej, tj. mają wyznaczone terminy i realizowane wizyty w ciągu roku*. Tak sformułowana definicja „opieki czynnej” jest nieprecyzyjna i powoduje, że przedkładane przez świadczeniobiorców dane mogą być zróżnicowane na skutek odmiennych interpretacji instrukcji ich wypełniania. Świadczeniodawcy wykazują w roku sprawozdawczym pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym otyłości (bez wskazania pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem współistniejącym otyłości) oraz pacjentów, którym nie udzielono świadczenia w zakresie otyłości, ale otyłość zdiagnozowano we wcześniejszych latach. Należy zwrócić uwagę, że do lekarza POZ, co do zasady nie są wyznaczane terminy wizyt, jak w przypadku lekarzy AOS. Minister Zdrowia wyjaśnił, że wszystkie informacje, niezbędne do wypełnienia sprawozdania MZ-11 znajdują się: na wzorze formularza i w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia oraz w instrukcji sporządzania. Nie ma zatem potrzeby opracowywania innych szczegółowych informacji dotyczących sposobu jego wypełniania. W związku z tym, że sprawozdanie od lat jest w niezmienionej postaci, sprawozdawcy wiedzą, jak merytorycznie podejść do zagadnienia. W razie niejasności, osoby wykazujące dane nawiązują z Centrum e-Zdrowia⁴³ kontakt telefoniczny lub mailowy, otrzymując odpowiedź na bieżąco. Skala zgłoszeń wpływająca do CeZ nie jest duża, jest to zazwyczaj od kilku do kilkunastu zgłoszeń. Pytania od sprawozdawców nie wykraczają poza zakres wskazany w instrukcji. Minister wyjaśnił, że w celu poprawy rzetelności danych wykazywanych w sprawozdaniach MZ-11 planowane jest w uzgodnieniu z urzędami wojewódzkimi umieszczenie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji w instrukcji wypełniania sprawozdania.

(akta kontroli str. 446-464, 538-555, 576-581)

Z informacji uzyskanych z urzędów wojewódzkich wynika, że podmioty zobligowane do wypełniania sprawozdania MZ-11 kierują do nich zapytania dotyczące prawidłowego sposobu uzupełnienia sprawozdania, zakresu przekazywanych danych czy też możliwości dokonania korekty danych przez te podmioty.

MZ nie prowadziło analiz adekwatności i efektywności świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu profilaktykę i leczenie otyłości.

(akta kontroli str. 115-126, 143-147, 441-445, 508-524, 538-541)

1.3 Mając na celu zapewnienie optymalnej liczby specjalistów, Minister podjął działania, by zwiększyć limity przyjęć na kierunek lekarski, umożliwić kredytowanie studiów, wprowadzić zmiany w procesie naboru na szkolenia specjalistyczne lekarzy, wprowadzić dodatkowy etap postępowania kwalifikacyjnego oraz zwiększyć liczbę

⁴³ Centrum e-Zdrowia – państwowa jednostka budżetowa podległa Ministrowi Zdrowia, funkcjonująca na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2020 r. w sprawie Centrum e-Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 42), dalej również „CeZ”.

miejsc rezydenckich. Dane dotyczące kadry medycznej, która może udzielać świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym, także chorym na otyłość lub choroby z niej wynikające, MZ uzyskiwało średnio raz w roku od Naczelnej Izby Lekarskiej (w przypadku lekarzy i dentystów), a także z Centrum e-Zdrowia – informacje dostępne w ramach rejestrów CWPM⁴⁴ oraz z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (w przypadku lekarzy, dentystów, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów i fizjoterapeutów będących w trakcie kształcenia specjalizacyjnego). Dane dotyczące lekarzy pochodziły z bazy Centralnego Rejestru Lekarzy⁴⁵. Dodatkowo opierano się na informacji gromadzonej przez NFZ w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych⁴⁶. Ponadto dane z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dane aktualizowane na bieżąco) oraz dane z baz GUS (rejestr REGON, stan na koniec danego roku) pozwalały na identyfikację czy dana jednostka ubezpieczająca pracownika medycznego prowadzi działalność leczniczą. W przekazanych wyjaśnieniach nie odniesiono się do kwestii badania i weryfikacji rzetelności tych danych.

(akta kontroli str. 309-331, 556-567)

Z danych zaczerpniętych z bazy BASiW, dotyczących pracującej w Polsce kadry medycznej wynika, że w 2021 r. praktykowało: 10 461 lekarzy o specjalności medycyna rodzinna; 1582 lekarzy o specjalności endokrynologia; 1490 lekarzy o specjalności diabetologia; 4845 lekarzy o specjalności kardiologia. W porównaniu do sytuacji z 2020 r. nastąpił nieznaczny spadek (o 0,36%) liczby praktykujących lekarzy rodzinnych. Natomiast w przypadku pozostałych specjalności zanotowano wzrost kadry lekarskiej: lekarzy endokrynologów o 40 osób, diabetologów o 12, kardiologów o 72 osoby. Z kolei z danych Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że na dzień 28 lutego 2023 r. praktykowało 11 813 lekarzy rodzinnych, 1711 endokrynologów oraz 1593 diabetologów.

Minister wskazał, że wzrasta również liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny rodzinnej, która jest jedną z dziedzin, gdzie Minister Zdrowia przyznaje najwięcej miejsc rezydenckich. Zaznaczył również, że w ciągu ostatnich sześciu lat medycyna rodzinna nieustannie znajduje się w pierwszej czwórce dziedzin, w których szkolenie rozpoczyna największa liczba lekarzy. Od stycznia 2020 r. wzrosła także liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie endokrynologii i diabetologii w trybie rezydenckim (wzrost o 82 lekarzy): styczeń 2020 r. – 217 (diabetologia 45, endokrynologia 172); 31 marca 2023 r. – 299 (diabetologia 91, endokrynologia 208). Liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach, w trybie pozarezydenckim: styczeń 2020 r. – 216 (diabetologia 132, endokrynologia 84); 31 marca 2023 r. – 217 (diabetologia 132, endokrynologia 85). Minister wyjaśnił, że podejmuje działania mające na celu zapewnienie na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy specjalistów, w tym specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej, endokrynologii i diabetologii. Natomiast, jak powiedział Minister, chirurgia bariatryczna nie jest odrębną dziedziną medycyny, zatem MZ nie prowadzi statystyk dotyczących liczby chirurgów zajmujących się chirurgią bariatryczną lub metaboliczną.

(akta kontroli str. 309-331)

Odnosnie analiz dotyczących obecnych i pożądaných zasobów kadry medycznej Minister wskazał, że resort zdrowia prowadził badania w oparciu o informacje z CRL, CWPM, NFZ oraz GUS. Aplikacja dostępna za pośrednictwem platformy BASiW umożliwia przedstawienie danych w różnych przekrojach oraz zawiera analizy

⁴⁴ Centralny Wykaz Pracowników Medycznych. Dane do tego rejestru przekazywane są na bieżąco przez właściwe izby zawodowe pracowników medycznych (w tym Naczelną Izbę Lekarską), których systemy teleinformatyczne są zintegrowane z CWPM.

⁴⁵ Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej. Dalej: „CRL”. Stan na 31 grudnia danego roku.

⁴⁶ Na podstawie danych o jednostkach ubezpieczających daną osobę (w tym samozatrudnionych) stan na dany rok.

dotyczące m.in. zastępowalności specjalistów (na podstawie informacji o lekarzach osiągających wiek emerytalny w zestawieniu z informacjami o lekarzach w trakcie szkolenia specjalizacyjnego) oraz zastępowalności pokoleniowej wybranych zawodów medycznych (w tym danych dotyczących personelu osiągającego wiek emerytalny, wraz z liczbą absolwentów wchodzących na rynek pracy). Minister wskazał, że dodatkowo, opracowano szereg analiz dotyczących studentów i absolwentów kierunków medycznych i „okołomedycznych”, w tym kierunku dietetyki. Na podstawie danych z zintegrowanego Systemu Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce (POL-on), przygotowano również aplikację z danymi dotyczącymi studentów i absolwentów kierunków medycznych⁴⁷, zawierającą podstawowe statystyki, a także przebieg studiów oraz ścieżkę kariery zawodowej.

Minister wyjaśnił, że w celu identyfikacji dziedzin, w których brakuje najwięcej lekarzy specjalistów, zebrano dane od konsultantów krajowych, dotyczące zapotrzebowania na kadrę takich lekarzy.

NIK wskazuje, że powyższe informacje nie odnoszą się do stanu aktualnego. Zgodnie z ustaleniami NIK, Minister Zdrowia dotychczas nie prowadził szczegółowych analiz dotyczących zapotrzebowania na lekarzy w podziale na rodzaje świadczeń. Jednocześnie podano, iż w resorcie zdrowia trwają prace nad opracowaniem modelu popytowego oraz podażowego dla lekarzy, który pozwoli dokładniej odpowiedzieć na pytanie dotyczące popytu na kadrę medyczną w Polsce. W pierwszej kolejności analiza ma dotyczyć kadry lekarskiej w kluczowych dziedzinach, m.in. lekarzy endokrynologów, diabetologów oraz chirurgów, którzy zajmują się leczeniem otyłości, a w kolejnych etapach pozostałych grup zawodowych. Celem modelu jest określenie liczby niezbędnych lekarzy, także lekarzy specjalistów, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi Polaków. Minister podkreślił, że obecnie prowadzone są zaawansowane obliczenia, a cały proces konsultowany jest z ekspertami.

23 grudnia 2022 r. Minister Zdrowia powołał *Zespół do spraw modelowania i prognozowania zapotrzebowania na kadrę medyczną*⁴⁸, który jest organem pomocniczym Ministra Zdrowia. Celem Zespołu jest podejmowanie działań umożliwiających optymalne wykorzystanie i rozwój potencjału kadry medycznej. Do zadań Zespołu należy przedstawianie rekomendacji dotyczących metodologii szacowania zapotrzebowania na przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, w tym lekarzy. Minister wyjaśnił, że opracowywany model w pierwszej kolejności będzie skupiał się na kadrze lekarskiej i pozwoli na określenie liczby potrzebnych lekarzy i lekarzy specjalistów, w tym miejsc na studiach oraz miejsc specjalizacyjnych. Model będzie uwzględniał prognozę epidemiologiczną. Analizy mają zostać wykonane w bieżącym roku a podsumowanie prac zostanie opublikowane na stronach internetowych⁴⁹.

(akta kontroli str. 304-331, 527-537, 556-567)

Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że średni czas oczekiwania na wizytę do poradni:

- diabetologicznej w 2022 r. w przypadku pilnym wynosił 30 dni (liczba oczekujących osób 5297), w przypadku stabilnym 87 dni (liczba oczekujących osób 68 410). W porównaniu do 2020 r. wydłużył się czas oczekiwania w przypadku pilnym o 20 dni (liczba oczekujących wzrosła o 3885 osób), w przypadku stabilnym 34 dni (liczba oczekujących wzrosła o 29 443 osób).

- kardiologicznej w 2022 r. w przypadku pilnym wynosił 46 dni (liczba oczekujących osób 28 485), w przypadku stabilnym 121 dni (liczba oczekujących osób 180 969). W porównaniu do 2020 r. wydłużył się czas oczekiwania w przypadku pilnym o 18 dni

⁴⁷ <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/inne-analizy/studenci-i-absolwenci-kierunkow-medycznych/>

⁴⁸ Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 135.

⁴⁹ <https://basiw.mz.gov.pl>.

(liczba oczekujących wzrosła o 20 089 osób), w przypadku stabilnym 10 dni (liczba oczekujących wzrosła o 86 985 osób).

- endokrynologicznej w 2022 r. w przypadku pilnym wynosił 65 dni (liczba oczekujących osób 14 708), w przypadku stabilnym 221 dni (liczba oczekujących osób 99 837). W porównaniu do 2020 r. wydłużył się czas oczekiwania w przypadku pilnym o 12 dni (liczba oczekujących wzrosła o 9 522 osób), w przypadku stabilnym skrócił się o 25 dni (liczba oczekujących wzrosła o 19 247 osób).

Powyższe dane wskazują że, rzeczywisty czas oczekiwania na wizytę w poradniach endokrynologicznych, diabetologicznych i kardiologicznych wydłużył się, a także wzrosła liczba osób oczekujących na wizyty.

(akta kontroli str. 476-496, 582-589)

W dniu 1 października 2022 r. weszło w życie rozporządzenie⁵⁰ Ministra Zdrowia, którym wprowadzono do POZ nowy zakres świadczeń, tj. opiekę koordynowaną. Biorąc pod uwagę istotną rolę dietetyków w profilaktyce i terapii chorób przewlekłych niezakaźnych, a także potrzeby społeczeństwa dotyczące dostępu do bezpłatnego poradnictwa dietetycznego, MZ włączyło dietetyka do systemu POZ w ramach opieki koordynowanej. Pacjenci objęci opieką zyskali dostęp do trzech bezpłatnych porad dietetycznych w danym roku kalendarzowym. Świadczeniami objęci zostali pacjenci z cukrzycą, astmą, nadciśnieniem tętniczym, POChP, niewydolnością serca oraz niedoczynnością tarczycy. W ramach opieki koordynowanej tym pacjentom zapewniono konsultacje: lekarza specjalisty, dietetyczne oraz porady edukacyjne, realizowane co najmniej w jednym z nw. zakresów:

1. diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków, lub
2. diagnostyki i leczenia cukrzycy, lub
3. diagnostyki i leczenia astmy oskrzelowej i POChP, lub
4. diagnostyki i leczenia niedoczynności tarczycy oraz diagnostyki guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.

Do konsultacji dietetycznej w ramach „Indywidualnego Planu Opieki Medycznej” kieruje pacjenta lekarz prowadzący w POZ. Dietetyk ściśle współpracuje z zespołem terapeutycznym w ramach opieki koordynowanej, w skład którego wchodzi lekarz POZ, pielęgniarka oraz lekarze specjaliści wybranych dziedzin. Lekarz przekazuje pacjentowi „Dzienniczek Żywieniowy” i zleca prowadzenie go przed pierwszą wizytą u dietetyka wg instrukcji w nim zawartej. Dietetyk na każdym etapie konsultacji dietetycznych może zasięgnąć opinii lekarza prowadzącego pacjenta w POZ w kwestiach związanych ze stanem jego zdrowia oraz prowadzonym leczeniem. Lekarz ma prawo do uzyskiwania od dietetyka wszelkich informacji na temat prowadzonych konsultacji dietetycznych oraz ewentualnych problemów towarzyszących pacjentowi w ich realizacji. Dietetyk i pielęgniarka mają prawo do konsultowania ze sobą prowadzonych we własnym zakresie świadczeń zdrowotnych⁵¹.

Minister wyjaśnił, że wprowadzenie świadczeń opieki koordynowanej było poprzedzone analizami⁵² przeprowadzonymi przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁵³. Celem analiz była ocena zasadności wprowadzenia do

⁵⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965).

⁵¹ Wytyczne Polskiego Towarzystwa Dietetyki i krajowego konsultanta w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące udzielania konsultacji dietetycznych w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 31 stycznia 2023 r. (<https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2023/02/Wytyczne-porad-dietetycznych.pdf>).

⁵² Wyniki analiz zostały przedstawione w raporcie w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej Nr: WS.420.5.2022 pn. „Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybranych badań: diagnostycznych, ultrasonograficznych, inwazyjnych, elektrofizjologicznych i czynnościowych oraz porad i konsultacji specjalistycznych, finansowanych ze środków budżetu powierzonego”.

⁵³ Dalej: „AOTMIT”.

wykazu świadczeń gwarantowanych POZ badań, porad i konsultacji specjalistycznych (w tym m.in. porady edukacyjnej oraz porady dietetycznej) zleczanych przez lekarza POZ i objęcie ich finansowaniem ze środków budżetu powierzonego.

W opracowanych analizach AOTMiT zwróciła uwagę, że porady dietetyczne i edukacyjne nie są odrębnymi świadczeniami i stanowią jedynie element składowy innych świadczeń gwarantowanych, np. „opieki nad pacjentem z cukrzycą”. W odniesieniu do porad edukacyjnych i dietetycznych przytoczono informacje zawarte w wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, dotyczących takich schorzeń jak: cukrzyca, otyłość, choroby układu krążenia oraz zaburzenia lipidowe, ze szczególnym uwzględnieniem zaleceń odnoszących się do zakresu merytorycznego tych porad. Do przeglądu wytycznych włączono rekomendacje i wytyczne opracowane przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę), Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości (zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość), *European Association for the Study of Obesity* (Europejskie wytyczne dotyczące leczenia otyłości u dorosłych), Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne/Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (wytyczne dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej). W opracowaniu zwrócono również uwagę na poszczególne elementy mogące znaleźć się w tego typu poradach, które dotyczą modyfikacji i optymalizacji stylu życia, tj. leczenia żywieniowego, aktywności fizycznej, postępowania psychologicznego, terapii poznawczo behawioralnej, palenia tytoniu.

W dokumencie zaznaczono, że Minister Zdrowia nie wskazał szczegółowych warunków udzielania tych świadczeń, w tym populacji docelowej i częstości udzielania świadczeń, personelu oraz niezbędnego wyposażenia.

(akta kontroli str. 297-303)

Minister nie umieścił w koszyku świadczeń gwarantowanych specjalistycznej porady dietetycznej jako odrębnego powszechnego świadczenia, co tłumaczył brakiem takiej rekomendacji przez AOTMiT. Jak wyjaśniono, ujęcie porady dietetycznej jako świadczenia gwarantowanego było przedmiotem prac analitycznych w MZ. W przygotowanej w 2018 r. na zlecenie Ministra rekomendacji⁵⁴, Prezes AOTMiT uznał za niezasadne kwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „*Porada dietetyczna dla kobiet w ciąży oraz rodziców, opiekunów faktycznych lub przedstawicieli ustawowych dzieci od 6 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia*” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu POZ i AOS. W uzasadnieniu rekomendacji, Prezes AOTMiT wyraził opinię, że profilaktyka pierwotna i wtórna otyłości powinna być realizowana w ramach dotychczasowych zadań POZ. Osoby z nieprawidłową masą ciała mogą być kierowane przez lekarza POZ do poradni dietetycznych działających w ramach AOS. Zdaniem Prezesa AOTMiT, świadczenie powinno obejmować wyłącznie porady dietetyczne, udzielane przez dietetyków w ramach AOS. Minister wskazał również, że pacjenci korzystający ze specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej w poradni kardiologicznej oraz diabetologicznej mają dostęp do porady udzielanej przez pielęgniarkę. Zakres porady dotyczy także zaleceń dietetycznych oraz zdrowego trybu życia. Dla pacjentów POZ korzystających ze świadczeń opieki koordynowanej z zakresu kardiologia, diabetologia, pulmonologia/alergologia i endokrynologia wprowadzono konsultacje dietetyczne.

⁵⁴ Rekomendacja Prezesa AOTMiT Nr 53/2018 z dnia 5 czerwca 2018 r. w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Porada dietetyczna dla kobiet w ciąży oraz rodziców, opiekunów faktycznych lub przedstawicieli ustawowych dzieci od 6 miesiąca do ukończenia 5 roku życia” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
https://bipoid.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2017/199/REK/RP_53_2018_dietetyka.pdf

Należy zauważyć, że brak rekomendacji AOTMiT dla porady dietetycznej nie dotyczył pacjentów dorosłych, z wyjątkiem kobiet w ciąży.

Do momentu wprowadzenia w POZ opieki koordynowanej, porad dietetycznych udzielali dietetycy w ramach leczenia chorób metabolicznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz dietetycy zatrudnieni na oddziałach szpitalnych. W ocenie NIK, wobec narastającej skali otyłości, biorąc pod uwagę istotną rolę dietetyków w profilaktyce i terapii chorób przewlekłych oraz potrzeby społeczeństwa dotyczące bezpłatnego poradnictwa dietetycznego, rozwiązanie to należy ocenić jako dalece niewystarczające. Świadczenie udzielane przez dietetyka pacjentom POZ, korzystającym z opieki koordynowanej z zakresu kardiologii, diabetologii, endokrynologii lub pulmonologii, obejmuje trzy konsultacje. W opinii NIK, brak powszechnego dostępu do tych świadczeń może spowodować, że osoby zagrożone otyłością zostaną zdiagnozowane zbyt późno, gdy ich choroba będzie już bardzo zaawansowana lub wystąpią jej powikłania.

(akta kontroli str. 297-303, 556-567, 601-608)

Minister Zdrowia nie zdecydował o utworzeniu specjalności lekarskiej z obesitologii. Poinformował, że obecnie nie planuje utworzenia nowych specjalności lekarskich, a prowadzone analizy zmierzają raczej w kierunku zmniejszenia ilości specjalizacji niż jej zwiększenia. Minister wyjaśnił, że w zależności od przypadku, w procesie leczenia otyłości biorą udział lekarze specjaliści z zakresu medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych, endokrynologii, diabetologii, a w niektórych przypadkach konieczna jest nawet interwencja chirurgiczna. W ocenie MZ, tworzenie specjalizacji z obesitologii jest niezasadne, gdyż funkcjonują już specjalizacje zajmujące się leczeniem otyłości, zaś potrzebni są raczej koordynatorzy takiego leczenia, którymi mogliby być np. lekarze po odbyciu odpowiedniego szkolenia w ramach doskonalenia zawodowego.

Minister przyznał jednak, że resort nie analizował kwestii powołania koordynatorów leczenia otyłości wśród osób dorosłych w całym systemie ochrony zdrowia.

(akta kontroli str. 297-303, 556-567)

Minister nie zdecydował o wprowadzeniu powszechnych badań (na wzór bilansu zdrowia dzieci), które pozwoliłyby na ocenę częstotliwości i skali występowania nadwagi i otyłości w całym społeczeństwie. Minister wskazał, że nie znajduje merytorycznego uzasadnienia do wprowadzenia tego typu rozwiązań. W jego ocenie informacje o rozpowszechnieniu nadwagi i otyłości w społeczeństwie można uzyskać np. z badań epidemiologicznych.

Co do analiz dotyczących objęcia wszystkich dorosłych pacjentów obowiązkowymi badaniami bilansowymi, Minister wskazał m.in. na realizację programu *Profilaktyka 40 PLUS* oraz przedstawił listę odnośników do raportów podsumowujących realizację pilotażu opieki koordynowanej w POZ. Ponadto zaprezentowano rozwiązania dotyczące mechanizmów informowania pacjentów o potrzebie oraz dostępności badań profilaktycznych.

(akta kontroli str. 297-303, 556-567, 594-600)

1.4 W grudniu 2020 r. Departament Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia zwrócił się do urzędów wojewódzkich o przekazanie informacji dotyczących liczby karetek bariatrycznych, przygotowanych do pomocy pacjentom z otyłością III stopnia, którymi dysponują Zespoły Ratownictwa Medycznego⁵⁵. W odpowiedzi wskazano, iż ZRM dysponowały 33 ambulansami przystosowanymi do transportu pacjentów z takim stopniem otyłości. W poszczególnych województwach, liczba karetek bariatrycznych wynosiła:

⁵⁵ Dalej: „ZRM”.

- jedna karetka: mazowieckie, podkarpackie, podlaskie, świętokrzyskie, zachodniopomorskie,
- trzy karetki: dolnośląskie, opolskie, łódzkie,
- cztery karetki: lubuskie, pomorskie,
- pięć karetek: małopolskie,
- sześć karetek: śląskie.

Brak karetek: kujawsko-pomorskie, lubelskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie.

Przygotowane przez urzędy wojewódzkie informacje dotyczące liczby karetek bariatrycznych były jedynymi przesłanymi do MZ w okresie objętym kontrolą dokumentami zawierającymi dane odnośnie zasobów sprzętowych, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym z otyłością III stopnia.

(akta kontroli str. 189-218)

W Ministerstwie nie były prowadzone analizy danych dotyczących obecnych i pożądaných zasobów sprzętu medycznego, wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom z otyłością III stopnia.

W MZ nie opracowywano dokumentów strategicznych, zawierających konkluzje, wytyczne, zalecenia, a także określających cele dotyczące zabezpieczenia odpowiedniego sprzętu medycznego na potrzeby osób dorosłych z otyłością III stopnia, na poziomie podstawowej i ambulatoryjnej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej, czy też ratownictwa medycznego.

W ocenie MZ nie ma potrzeby opracowywania wytycznych i zaleceń dotyczących zabezpieczenia w sprzęt medyczny dla realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki, diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych.

(akta kontroli str. 189-198)

1.5 W okresie objętym kontrolą wydatki na kampanie społeczne mające na celu zapobieganie nadwadze i otyłości wyniosły łącznie 5 394,7 tys. zł. Na poszczególne kampanie wydatki wynosiły (w nawiasach okres realizacji kampanii):

- „#NieCukrz” – 1 206,1 tys. zł (2019-2020);
- „Środa z Profilaktyką” – 213,2 tys. zł (2021-2022);
- „Słodki, słodszy, cukrzyca” – 1 950 tys. zł (2020);
- „Poranne rozciąganie z *Pytaniem na Śniadanie*” – 94,5 tys. zł (2020);
- „8 tygodni do zdrowia” – 146,6 tys. zł (2020);
- „Świadome zakupy. Mądre wybory” – 70,4 tys. zł (2021);
- „Poznaj Diety NFZ” kampania prasowa – 55,5 tys. zł (2022);
- „Poznaj Diety NFZ” kampania telewizyjna – 698,5 tys. zł (2022);
- Podcasty edukacyjne „Lepiej wiedzieć profilaktycznie” – 290 tys. zł (2022);
- „8 tygodni do zdrowia po COVID-19” – 669,9 tys. zł (2022).

Minister Zdrowia podał, iż w 2021 r. MZ realizowało kampanię społeczną zwiększającą świadomość na temat szkodliwości nadmiernego spożywania cukru i jego negatywnego wpływu na zdrowie. Kampania była realizowana w radiu, telewizji, prasie i Internecie. Koszt przeprowadzenia kampanii wyniósł 1 291,2 tys. zł.

Wydatki na realizację programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR w okresie od 1 grudnia 2021 r. do 30 listopada 2022 r. wyniosły łącznie 19 147,9 tys. zł. Według zakresu świadczeń objętych finansowaniem w ramach programu pilotażowego KOS-BAR wydatki wyniosły:

- świadczenia opieki zdrowotnej – program pilotażowy KOS-BAR – 17 834,4 tys. zł;
- ryczałt KOS-BAR za koordynację – 1 313,5 tys. zł.

Wstępne założenia określały, iż planowany koszt związany z realizacją programu pilotażowego KOS-BAR wyniesie 70 811,5 tys. zł. Średni szacowany koszt objęcia jednego pacjenta leczeniem w ramach programu powinien wynieść około 27 tys. zł.

Na powyższe planowane koszty miał wpływ pierwotnie zakładany czas trwania programu – 2 lata oraz populacja 2 907 pacjentów nim objętych.

W 2022 r. planowane koszty związane z realizacją programu pilotażowego zostały zwiększone do kwoty 105 037,1 tys. zł. Na wysokość kosztów miał wpływ przedłużony czas trwania pilotażu do 2 lat i 7 miesięcy oraz populacja objęta programem (4 936 pacjentów). Zwiększeniu uległa również liczba ośrodków medycznych biorących udział w programie.

W latach 2020-2022 wydatki na realizację NPZ zakresie profilaktyki i leczenia otyłości wyniosły łącznie 16 525,5 tys. zł. W poszczególnych latach wydatki wyniosły odpowiednio (w nawiasach kwoty na prowadzenie Centrum Dietetycznego Online): 6 817,2 tys. zł (1 176,8 tys. zł); 4 912,4 tys. zł (1 088,3 tys. zł) i 4 795,8 tys. zł (2 226,5 tys. zł).

Kwoty planowane na realizację powyższych zadań były większe od wydatkowanych średnio o 5,6%. Zwrot niewykorzystanych środków spowodowany był wygenerowaniem oszczędności w realizacji poszczególnych zadań.

W ocenie MZ, kwoty przeznaczone w latach 2020-2022 były adekwatne do potrzeb związanych z realizacją wyżej przedstawionych działań.

W sprawie kosztów poniesionych przez Ministerstwo Zdrowia na działania informacyjno-edukacyjno-promocyjne podejmowane w Ministerstwie, Minister wyjaśnił, iż działania w tym zakresie mają charakter holistyczny i przy planowaniu kampanii spotowej dotyczą różnych obszarów. Zawierane są umowy na emisje równoległe kilku spotów, nie tylko dotyczących otyłości. W związku z tym nie jest możliwe szczegółowe udzielenie informacji na pytanie dotyczące kosztów podejmowanych działań w zakresie, o który pyta NIK.

(akta kontroli str. 219-243)

Wpływy z opłaty od środków spożywczych⁵⁶ w latach 2021 i 2022 wyniosły odpowiednio 1 625,5 mln i 1 595,4 mln zł⁵⁷. Planowane łączne wpływy z opłaty cukrowej oraz opłaty za napoje alkoholowe w opakowaniach o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml powinny wynieść 3 mld zł rocznie, z czego 2,7 mld zł powinny stanowić wpływy do NFZ, 237 mln zł dla gmin oraz 168 mln zł do budżetu państwa, z uwzględnieniem środków przekazywanych do Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej.

W planie finansowym NFZ na 2021 r. przychody z tytułu opłaty od środków spożywczych zostały zaplanowane w wysokości 2 588,7 mln zł. Następnie, w związku z mniejszą niż planowano realizacją przychodów z powyższego tytułu w okresie styczeń-maj 2021 r., po zmianie planu finansowego NFZ na 2021 r. przychody zostały określone na poziomie 1 008 mln zł.

Wartość osiągniętych przez NFZ przychodów z tytułu opłaty cukrowej w 2021 r. wyniosła 1 420,9 mln zł.

Na podstawie art. 12c ust. 2 ustawy o *zdrowiu publicznym*, NFZ przeznacza środki z opłat od środków spożywczych na działania edukacyjne i profilaktyczne oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia świadczeniobiorców z chorobami rozwiniętymi na tle niewłaściwych wyborów i zachowań zdrowotnych, w szczególności z nadwagą i otyłością.

Odnosnie powyższych postanowień ustawy, Zastępca Prezesa ds. Medycznych NFZ w piśmie do MZ z dnia 25 kwietnia 2022 r. podał m.in. iż: „*podkreślić należy, że ww.*

⁵⁶ Opłata od środków spożywczych, obejmująca wprowadzane na rynek krajowy napoje z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących oraz kofeiny lub tauryny, wprowadzona przepisami ustawy z dnia 14 lutego 2020 r. o *zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów* (Dz. U. poz. 1492), która wniosła zmiany m.in. do treści ustawy z dnia 11 września 2015 r. o *zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1609).

⁵⁷ Dane uzyskane przez MZ z Ministerstwa Finansów.

regulacje poza wskazaniem przeznaczenia środków (z opłat od środków spożywczych), nie określają sposobu ich podziału pomiędzy poszczególne zadania (o charakterze edukacyjnym, profilaktycznym i świadczenia opieki zdrowotnej), ani nie ustanawiają dla tych środków szczególnych zasad ewidencji, w tym w szczególności w zakresie kosztów ww. zadań finansowanych ze środków „opłaty cukrowej”. Z tego też względu przychody z „opłaty cukrowej” i finansowane z nich koszty realizacji zadań ewidencjonowane są na zasadach ogólnych, mających zastosowanie do przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z tych składek.

Mając powyższe na uwadze, uprzejmie informuję, że: ze środków z „opłaty cukrowej” można finansować także koszty ww. zadań, w tym świadczeń opieki zdrowotnej, które były finansowane także przed wprowadzeniem przedmiotowych regulacji, co w praktyce sprowadza się do zmiany źródła finansowania tych zadań/świadczeń, wskazanie poziomu wykorzystania środków, które z tytułu „opłaty cukrowej” wpłynęły do NFZ, jest niemożliwe”.

(akta kontroli str. 222-228, 244-254)

1.6 Nadzór nad realizacją przez pracowników MZ zadań mających na celu zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych sprawowali dyrektorzy komórek organizacyjnych, w których pracownicy byli zatrudnieni.

Do zadań dyrektorów Departamentów MZ należało ustalanie zakresu obowiązków i uprawnień dla podległych pracowników.

W okresie objętym kontrolą, MZ nie przeprowadzało kontroli w podmiotach realizujących zadania mające na celu profilaktykę i leczenie otyłości, tj. w ośrodkach realizujących program KOS-BAR oraz w CDO.

(akta kontroli str. 148-155)

Dwa ośrodki: Szpital Uniwersytecki w Krakowie oraz Specjalistyczne Centrum Medyczne im. Św. Jana Pawła II w Polanicy-Zdroju⁵⁸ zwróciły się do Ministra Zdrowia o dodatkowe informacje dotyczące realizacji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Wszelkie wątpliwości zgłoszone przez te podmioty zostały wyjaśnione przez MZ.

Odpowiedzi MZ na pytania Centrum zostały również przesłane do Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ w celu wystosowaniu komunikatu do podmiotów realizujących program pilotażowy.

Ponadto Szpital Uniwersytecki w Krakowie, realizujący program KOS-BAR, zwrócił się do MZ z prośbą o wprowadzenie zmian do obowiązujących warunków pilotażu. Szpital przywołując dotychczasowe doświadczenia pracy z pacjentami, postulował, iż istotnym elementem wymagającym zmiany jest część programu związana z realizacją świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach oddziału dziennego lub stacjonarnych. MZ nie przychyliło się do propozycji przedstawionych przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2022 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR⁵⁹, zmieniono liczę ośrodków koordynujących i realizujących program oraz umożliwiono rozliczenie poszczególnych cykli rehabilitacji realizowanych w module III

⁵⁸ Dalej: „Centrum”

⁵⁹ Dz. U. poz. 1517.

– Rehabilitacja lecznicza (przed- i pooperacyjna) składających się na przedmiotowy moduł.

W opinii Ministra Zdrowia, zmiana podyktowana była potrzebą umożliwienia ośrodkom koordynującym rozliczenie świadczeń udzielanych w ramach modułu III niezwłocznie po zrealizowaniu cyklu, a nie całego modułu.

(akta kontroli str. 148-188)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Niezapewnienie rzeczywistego dostępu do świadczeń gwarantowanych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości, a także chorób będących powikłaniami lub towarzyszącymi otyłości.

(akta kontroli str. 476-496, 582-589)

2. Niewprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych świadczenia opieki zdrowotnej w postaci powszechnie dostępnej porady dietetycznej świadczonej w ramach AOS.

(akta kontroli str. 297-303, 556-567, 601-608)

3. Niezapewnienie rzetelnego źródła informacji o skali otyłości wśród osób dorosłych. Otrzymywane przez niego dane w sprawozdaniach MZ-11 były niepełne, nierzetelne i niezgodne ze stanem faktycznym. Wynikało to z braku narzędzi do skutecznego egzekwowania i weryfikowania przekładanych sprawozdań, a także z braku opracowania i przekazania podmiotom zobowiązanym do raportowania danych szczegółowej instrukcji wypełnienia ww. sprawozdań.

(akta kontroli str. 135-139, 309-331, 441-526, 538-555, 576-581)

4. Minister Zdrowia nie dysponował pełnymi danymi dotyczącymi zasobów sprzętowych, do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym z otyłością III stopnia, jak również nie podejmował działań, by takie dane uzyskać.

(akta kontroli str. 189-218)

OCENA CZĄSTKOWA

Minister Zdrowia analizował informacje oraz wyniki badań dotyczących nadwagi i otyłości, realizowanych przez organy administracji publicznej, instytucje nadzorowane oraz podmioty zewnętrzne. Należy jednak zaznaczyć, że dane te uzyskiwano z opóźnieniem, w związku z czym przedstawione analizy nie odnosiły się do stanu bieżącego. W ocenie NIK, brak jednolitych, aktualnych danych na temat skali problemu wśród osób dorosłych nie pozwala na ocenę dotychczas wprowadzonych rozwiązań oraz zmian zachodzących w populacji i właściwe zaplanowanie przyszłych działań.

Minister nie zapewnił rzetelnego źródła informacji o skali otyłości wśród osób dorosłych. Otrzymywane przez niego dane zawarte w sprawozdaniach MZ-11 były niepełne i nierzetelne. Jako nierzetelne należy ocenić brak uzyskiwania przez MZ w okresie objętym kontrolą danych dotyczących zasobów sprzętowych, niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym z otyłością III stopnia.

NIK pozytywnie ocenia podjęcie przez resort współpracy ze środowiskami naukowymi i medycznymi w ramach powołanego przez Ministra Zespołu ds. koordynowanej opieki nad pacjentami z rozpoznaną otyłością.

NIK również pozytywnie ocenia decyzję o umieszczeniu w koszyku świadczeń gwarantowanych opieki koordynowanej zapewniającej konsultacje lekarza specjalisty, porady dietetyczne oraz edukacyjne, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie MZ nie zdecydował się na zagwarantowanie wszystkim pacjentom z nadwagą i otyłością bezpłatnych konsultacji dietetycznych oraz porad

edukacyjnych w ramach POZ, a jedynie w ograniczonym zakresie objęto opieką koordynowaną wybrane grupy pacjentów. Minister nie utworzył specjalistycznej poradni leczącej otyłość, jak również nie planował uruchomienia specjalności lekarskiej z obesitologii.

W ocenie NIK, bieżący nadzór pracowników Ministerstwa Zdrowia nad realizacją zadań mających na celu zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych, powinien zostać wsparty przeprowadzaniem ministerialnych kontroli w podmiotach realizujących przedmiotowe świadczenia.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Zapobieganie i eliminacja otyłości u osób dorosłych.

2.1 Podejmowane przez Ministra działania dotyczące poprawy sytuacji związanej z nadwagą i otyłością wpisywały się w szeroko rozumianą promocję zdrowego stylu życia i motywowanie do zmiany postaw i nawyków żywieniowych Polaków. Dokumentem wiodącym w tym zakresie była ustawa z dnia 11 kwietnia 2015 r. o zdrowiu publicznym, w którym określono kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego. Zadania dotyczące zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych prowadzono głównie w ramach NPZ.

Celem strategicznym NPZ 2021-2025 uczyniono *zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu*. Cel ten realizowano przy pomocy pięciu celów operacyjnych, wśród których na pierwszym miejscu wskazano profilaktykę nadwagi i otyłości. Odpowiedzialność za realizację programu powierzono Ministrowi Zdrowia we współpracy z ministrami właściwych w sprawach: oświaty i wychowania, kultury fizycznej, spraw wewnętrznych, finansów publicznych, obrony narodowej oraz sprawiedliwości.

W ramach pierwszego celu operacyjnego wskazano szereg zadań służących jego realizacji:

1. Prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej;
2. Kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji przedszkoli i szkół promujących zdrowie;
3. Promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży;
4. Działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych;
5. Promocja karmienia piersią;
6. Promowanie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych;
7. Szkolenia w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁶⁰);
8. Badanie preferencji konsumentów dotyczących wyborów żywieniowych, w tym przegląd składu i wartości odżywczej wybranych produktów dostępnych na rynku;
9. Realizacja prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością;
10. Prowadzenie eBazy izomerów trans kwasów tłuszczowych oraz jej aktualizacja na podstawie badań zawartości tych związków w żywności;
11. Aktualizacja norm żywienia populacji;

⁶⁰ Dalej: „PIS”.

12. Określenie norm żywienia w szpitalach;
13. Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci;
14. Badanie sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa.

W ramach pierwszego celu operacyjnego NPZ 2021-2025, Ministrowi Zdrowia przypisano do wykonania zadania własne oraz zadania powierzane w trybie wnioskowym oraz konkursowym. Działania realizowane w zakresie właściwości własnych Ministra Zdrowia dotyczyły:

- a) uruchomienia w 2017 r. NCEŻ realizowanego przez NIZP PZH-PIB (w 2021 r. liczba wejść na stronę internetową NCEŻ wyniosła 973 000 unikalnych użytkowników, natomiast w 2022 r. odnotowano ich 2 959 342), w tym prowadzenie dietetycznej poradni internetowej: Centrum Dietetycznego Online (CDO) – w 2021 r. przeprowadzono 4787 konsultacji on-line, natomiast w 2022 r. zrealizowano ich 9019⁶¹;
- b) upowszechniania wiedzy na temat korzyści zdrowotnych i gospodarczych związanych ze zmniejszeniem zawartości soli, cukru i stosowaniem różnych rodzajów tłuszczów w produktach spożywczych;
- c) realizacji szkoleń w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy PIS - w 2021 r. przeprowadzono dwa szkolenia w formie e-learningowej dla przedstawicieli zawodów medycznych oraz menadżerów zdrowia – łącznie przeszkolono 151 osób). W 2022 r. przeprowadzono cztery szkolenia e-learningowe dla pracowników ochrony zdrowia, pracowników PIS, przedstawicieli przemysłu spożywczego, nauczycieli. Łącznie przeszkolono 572 osoby⁶²;
- d) prac nad systemem przyjaznego etykietowania żywności, prowadzenia eBazy izomerów trans kwasów tłuszczowych oraz jej aktualizacja na podstawie badań zawartości tych związków w żywności, badania preferencji konsumentów dotyczących wyborów żywieniowych, w tym przegląd składu i wartości odżywczej wybranych produktów dostępnych na rynku;
- e) działań edukacyjnych skierowanych do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów, mających na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych;
- f) aktualizacji norm żywienia dla populacji polskiej;
- g) przeprowadzenia, w latach 2017 – 2020, aktualizacji danych dotyczących składu i wartości odżywczej środków spożywczych dostępnych na rynku i wzorców spożycia, dla zachęcenia producentów żywności do zmiany składu produktów spożywczych;
- h) tworzenia grup wsparcia dla osób z otyłością, w ramach zadania *prowadzenie działań na rzecz zachowania właściwej masy ciała*;
- i) rozwoju kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczania występowania nadwagi i otyłości przez: działania edukacyjne dla pracodawców, kadry zakładów pracy, organizacji pracowniczych, specjalistów służby medycyny pracy w zakresie przygotowania i animacji programów promocji aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania w zakładach pracy;

⁶¹ Informacja o zadaniach realizowanych w ramach rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 powierzanych na wniosek – dane za 2022 r. (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>).

⁶² Tamże, s. 15.

- j) rozwoju kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczania występowania nadwagi i otyłości przez edukację pracowników ochrony zdrowia w zakresie zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej pracy.

Raporty z realizacji tych zadań wskazują, że osiągnięto mierniki ich wykonania, zakładane we wnioskach oraz umowach. Do poszczególnych zadań przypisano poziomy planowanych do osiągnięcia wskaźników realizacji oraz oczekiwane efekty. Osiągnięte rezultaty przedstawiono w sprawozdaniach merytorycznych z wykonania zadań, z których wynika, m.in., że:

- odnotowano zwiększenie liczby odwiedzin/odsłon publikacji zamieszczonych na stronach internetowych NCEŻ oraz zwiększenie liczby odbiorców komunikacji prowadzonej w ramach projektu,
 - odnotowano oczekiwane zwiększenie liczby użytkowników korzystających z porad dietetycznych na portalu CDO,
 - zrealizowano zakładany wskaźnik konsultacji dietetycznych on-line,
 - osiągnięto zakładaną liczbę pobrań udostępnionych materiałów (w tym e-booków) dotyczących zdrowego żywienia.
 - przeprowadzono wymaganą liczbę szkoleń oraz uzyskano planowany poziom satysfakcji uczestników ze zrealizowanych szkoleń,
 - zrealizowano zaplanowane badania oraz przeprowadzono ich analizy,
 - dokonano aktualizacji e-bazy danych (izomerów trans kwasów tłuszczowych),
 - zrealizowano zaplanowane działania edukacyjne oraz przeprowadzono konkursy,
 - przygotowano materiały merytoryczne do publikacji na portalach społecznościowych.
- (akta kontroli str. 255-291)

Założony w NPZ 2021-2025 cel strategiczny realizowano również za pomocą takich działań jak program pilotażowy „*Profilaktyka 40 PLUS*”, wdrożony 1 lipca 2021 r., którego celem jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40 roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Program zakłada realizację badań diagnostycznych w formie pakietów przeznaczonych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego, w ramach którego wykonywany jest pomiar ciśnienia tętniczego oraz pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie i obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI). Z danych przekazanych przez Ministra wynika, że suma osób uprawnionych, które skorzystały z programu w okresie od 1 lipca 2021 r. do 12 stycznia 2023 r. wyniosła 1 945 806.

Minister Zdrowia ustanowił również pilotażowy program KOS-BAR. Programem zostali objęci pacjenci w wieku od 18 roku życia, u których wskaźnik masy ciała wynosi BMI ≥ 40 kg/m² oraz pacjenci z BMI 35 – 40 kg/m², u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę chorób wywołanych otyłością. Do realizacji programu pilotażowego wytypowano 15 ośrodków w kraju. Program zakłada, że pacjent będzie leczony w ośrodku koordynującym, który zapewni mu specjalistyczną, kompleksową opiekę na wszystkich etapach leczenia przed i po operacji, w tym: diagnozę, kwalifikację do zabiegu, niezbędne badania, leczenie zabiegowe oraz 12 - miesięczny monitoring po zabiegu. W ramach przyjętych założeń, w okresie przygotowania do zabiegu, opieką przedoperacyjną ma się zajmować wielospecjalistyczny zespół specjalistów z różnych dziedzin medycyny (np. chirurgii, specjalista chorób wewnętrznych lub diabetologii, anestezjologii, rehabilitacji medycznej oraz inni specjaliści: fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, pielęgniarka, asystent medyczny). Zadaniem zespołu jest opracowanie indywidualnego planu leczenia i przygotowanie pacjenta pod względem klinicznym i psychologicznym do

zabiegu bariatrycznego. Model opieki zakłada plan rehabilitacji leczniczej, wsparcie psychologiczne i dietetyczne oraz monitorowanie efektów.

Minister Zdrowia wydał Rozporządzenie⁶³, na mocy którego wydłużono etap realizacji programu pilotażowego KOS-BAR do 30 czerwca 2024 r.⁶⁴ Raport końcowy zawierający analizę i ocenę realizacji programu, zgodnie z Rozporządzeniem, zostanie sporządzony w terminie 3 miesięcy od dnia przekazania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdania końcowego z realizacji programu, a następnie upubliczniony w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

(akta kontroli str. 255-291)

W latach objętych kontrolą także NFZ promował profilaktykę i leczenie otyłości u osób dorosłych. Aktywność Funduszu polegała na:

- prowadzeniu od 2019 r. portalu Diety NFZ⁶⁵, propagującego zdrowe nawyki żywieniowe oraz zawierającego programy żywieniowe i diety dostosowane do różnych jednostek chorobowych. Na portalu opublikowano liczne materiały dotyczące profilaktyki i leczenia otyłości (artykuły, filmy, e-booki z przepisami). Dotychczas na portalu założono ponad 640 tys. kont użytkowników, a strona odnotowała niemal 5,5 mln odsłon,
- udostępnieniu Ankiety Zdrowego Stylu Życia w aplikacji Internetowe Konto Pacjenta,
- prowadzeniu portalu *Akademia NFZ*⁶⁶, w ramach którego publikowano liczne filmy, artykuły oraz podcasty dotyczące otyłości i jej zapobiegania,
- prowadzeniu portalu *Pacjent.gov.pl*, na którym zamieszczono m.in. szereg artykułów dotyczących profilaktyki i zapobiegania otyłości,
- publikacji materiałów edukacyjnych w ramach cyklicznej akcji *Środa z profilaktyką*, dotyczących profilaktyki chorób (film, ulotka i publikacja w ramach NFZ), także tych będących konsekwencją nadwagi i otyłości. W latach 2020-2022 opublikowano 21 materiałów edukacyjno-informacyjnych na tematy związane z cukrzycą i otyłością,
- prowadzeniu społecznej kampanii internetowej *#NieCukrz*⁶⁷ na temat szkodliwości nadmiernego spożywania cukru,
- przeprowadzeniu kampanii „*Słodki, słodszy... cukrzyca*” – w ramach kampanii przygotowano spot „*Nie przesadzaj nie przesładzaj!*” emitowany przez Telewizję Polską. Ponadto opracowano publikowane w mediach treści edukacyjne, dotyczące konsekwencji nadmiernego spożycia cukrów,
- realizowaniu w 2020 r. akcji z TVP: *Poranne rozciąganie z „Pytaniem na śniadanie” i NFZ*, obejmującej cykl codziennych ćwiczeń w TVP2, promujących aktywność fizyczną,
- realizowaniu na kanale You Tube w ramach Akademii NFZ programu profilaktyczno-treningowego „*8 tygodni do zdrowia*”,
- prezentacji na portalu YouTube w ramach Akademii NFZ cyklu filmów edukacyjnych na temat świadomych wyborów konsumpcyjnych. Cykl powstał we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym,
- przygotowaniu podcastów edukacyjnych – NFZ przygotował serię 30 edukacyjnych podcastów z udziałem ekspertów, dotyczących np. roli aktywności fizycznej

⁶³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. z 2022 r. poz. 1517).

⁶⁴ Przy czym leczenie zabiegowe z zakresu chirurgii bariatrycznej jest realizowane nie później niż 12 miesięcy przed zakończeniem etapu realizacji programu pilotażowego.

⁶⁵ <https://diety.nfz.gov.pl>.

⁶⁶ <https://akademia.nfz.gov.pl>.

⁶⁷ Okres realizacji III kwartał 2019 r. – I kwartał 2020 r.

w wypracowywaniu właściwych postaw prozdrowotnych oraz otyłości. Podcasty dostępne są na kanale YouTube Akademia NFZ.

(akta kontroli str. 255-291)

Ponadto, w latach 2021-2022, w aplikacji *mojeIKP*⁶⁸ wdrożono następujące funkcjonalności związane z profilaktyką i leczeniem otyłości u osób dorosłych:

- dostęp do portalu Diety NFZ,
- quizy dotyczące zdrowego żywienia,
- licznik kroków, jako narzędzie przeciwdziałania siedzącemu trybowi życia oraz promowania aktywności fizycznej,
- możliwość otrzymywania, bez potrzeby logowania się, powiadomień dotyczących przedmiotowej profilaktyki,
- dostęp do programu profilaktyczno-treningowego „8 tygodni do zdrowia”.

Według danych NFZ, w 2022 r. pracownicy Funduszu wzięli udział w ponad 900 wydarzeniach profilaktycznych, w ramach których odwiedzili ponad 300 miejscowości. Zrealizowano łącznie 170 tys. usług, dotyczących np. informowania o kampaniach internetowych oraz o programach profilaktycznych NFZ i MZ. Ponadto w 2021 r., w oddziałach wojewódzkich NFZ, uruchomiono stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia, których integralną częścią są kioski profilaktyczne, w których można dokonać bezpłatnych pomiarów wzrostu, masy ciała, analizy składu ciała, ciśnienia tętniczego krwi oraz określić wskaźnik BMI. Wyniki tych pomiarów były konsultowane z doradcą ds. profilaktyki i promocji zdrowia. Zgodnie z danymi NFZ, dotychczas z usług oferowanych na stanowiskach ds. profilaktyki, uruchomionych w OW NFZ skorzystało około 30 tys. osób.

(akta kontroli str. 255-291)

NIK wskazuje na potrzebę kontynuacji oraz intensyfikacji prowadzonych obecnie przedsięwzięć oraz kampanii edukacyjnych dotyczących nadwagi i otyłości. Zdaniem NIK, w celu poprawy sytuacji konieczne jest podjęcie nowych inicjatyw interwencyjnych oraz prewencyjnych, które w długim okresie mogą zatrzymać rosnący odsetek osób z otyłością. Należy uruchomić programy leczenia otyłości dla osób, które nie kwalifikują się do operacji bariatrycznych. Przegląd wyników obecnie realizowanych programów oraz kampanii prowadzi do wniosku, że ich skuteczność nie jest wystarczająca. Nie zdołano bowiem doprowadzić do odwrócenia niekorzystnego trendu i zahamowania rosnącej skali otyłości wśród osób dorosłych.

(akta kontroli str. 255-291)

W NPZ nie wskazano wartości wskaźników bazowych, jak również pożądanego do osiągnięcia stanu. Minister wyjaśnił, że monitorowanie zadań NPZ oraz ich efektów prowadzone jest w oparciu o wskaźniki gromadzone w ramach systemu statystyki publicznej i systemu monitorowania rozwoju oraz dane dotyczące chorobowości szpitalnej i przyczynach zgonów, a także informacje gromadzone przez realizatorów poszczególnych zadań realizowanych w ramach NPZ.

W dniu 29 kwietnia 2022 r. opublikowano dokument pn.: *Wskaźniki monitorowania i ewaluacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*⁶⁹, w którym określono osiem wskaźników służących monitorowaniu pierwszego celu operacyjnego obejmującego poprawę sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa. W pkt. 17 przedstawiono wskaźnik *masy ciała w populacji*. Zgodnie z zaprezentowanymi danymi, w 2019 r. zbyt dużą masę ciała (nadwagę lub otyłość) miało 57% dorosłych mieszkańców Polski. Pod koniec 2019 r. niemal 65%

⁶⁸ Aplikacja *mojeIKP* to bezpłatna aplikacja mobilna, która daje dostęp do niektórych funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta.

⁶⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cele-operacyjne-npz>

ogółu mężczyzn miało relatywnie wysoki indeks masy ciała (około 46% miało nadwagę, a niecałe 20% – otyłość). Prawie 49% ogółu dorosłych kobiet miało indeks masy ciała skazujący na nadwagę lub otyłość (ponad 31% miało nadwagę, a niemal 18% – otyłość). Wiosną 2020 r. nadwagę miało 54,5% Polaków, częściej byli to mężczyźni (64,2%) niż kobiety (45,5%). Rozpowszechnienie otyłości (BMI ≥ 30) oszacowano na 10% (12,3% wśród mężczyzn i 7,8% wśród kobiet).

Wskaźniki monitorowania i ewaluacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 przedstawiały również wartości wskaźników nieprzyporządkowanych do pojedynczych celów operacyjnych⁷⁰, które służyły ewaluacji całego NPZ 2016-2020. Ich monitorowanie sprowadzało się do zaprezentowania danych statystycznych oraz informacji gromadzonych przez realizatorów zadań w ramach NPZ 2016–2020.

(akta kontroli str. 255-291, 594-600)

Minister wyjaśnił, że opracowując NPZ na lata 2021-2025 określono zestaw wskaźników monitorowania i ewaluacji zadań. Ponadto dane dotyczące wskaźników NPZ i ich zgodności z ewentualnymi rekomendacjami zostały opracowane na podstawie raportu NIZP PZH - PIB pt. *Ocena osiągnięcia wskaźników*, określonych w rozdziale XII Narodowego Programu Zdrowia, np. dla każdego analizowanego roku oraz sumarycznie za lata 2016-2020.

Zgodnie z zapisami NPZ 2021-2025, wartości wskaźników monitorowania zadań mają zostać opublikowane na stronie Ministerstwa.

(akta kontroli str. 255-291)

2.2 Minister Zdrowia dysponował informacjami o zadaniach realizowanych przez inne podmioty, np. otrzymywał roczną informację z wykonania samorządowych programów polityki zdrowotnej. Jednostki samorządu terytorialnego⁷¹ corocznie przekazywały Raport o zrealizowanych programach właściwemu miejscowo wojewodzie, w terminie do 31 marca za ubiegły rok kalendarzowy. W oparciu o te dane wojewodowie przesyłali do Ministerstwa informację zbiorczą do 30 września każdego roku. Dane gromadzono w systemie sprawozdawczym Ministerstwa Zdrowia oraz (od 1 stycznia 2022 r.) w systemie *ProfiBaza*. W 2020 roku przekazano informacje o zrealizowaniu łącznie 69 programów dotyczących profilaktyki otyłości skierowanych do ogółu populacji, tj. zarówno do dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych. Z tej liczby, 17 programów skierowanych było wyłącznie do osób dorosłych w wieku od 19 do 64 lat. Z ogólnej liczby programów – 25 zostało sfinansowanych ze środków JST, 2 programy ze środków NFZ, 1 program sfinansowano ze środków pochodzących z UE, natomiast 41 programów finansowano ze środków pochodzących z budżetu państwa. W ramach tych zadań realizowano: programy profilaktyki nadwagi i otyłości, szkolenia, edukację i poradnictwo medyczne promujące zdrowe odżywianie oraz aktywność fizyczną, a także dystrybuowano materiały informacyjne. Z budżetu JST przeznaczono na ten cel łączną kwotę 571 505,96 zł, z czego na działania skierowane do osób dorosłych kwotę 20 905,81 zł. W 2021 roku sprawozdano 90 zadań realizowanych w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, z czego 46 zrealizowały JST.

(akta kontroli str. 255-291, 609-611)

Minister podał, że resort stale współpracuje z realizatorami i sprawozdawcami zadań w zakresie zdrowia publicznego, w tym z JST, zapewniając wsparcie merytoryczne, jak i techniczne. Na stronach internetowych MZ opublikowano materiały dotyczące trybów realizacji zadań w zakresie zdrowia publicznego⁷², m.in. omawiające wydawanie opinii dla programu polityki zdrowotnej przez wojewodę, czy innych pytań,

⁷⁰ Np. ludność według: płci i wieku, wykształcenia, grup zawodowych oraz liczba bezrobotnych, prognozy demograficzne, oczekiwana długość życia, samoocena stanu zdrowia, ryzyko przedwczesnego zgonu z powodu NSD, ostry zawał serca.

⁷¹ Dalej: „JST”.

⁷² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/tryby-realizacji-zadan-z-zakresu-zdrowia-publicznego>

przeznaczonych przede wszystkim dla JST. Minister podał również, że każdego roku przygotowany jest raport z monitoringu zadań w zakresie zdrowia publicznego, który dostępny jest dla każdego zainteresowanego.

Obecnie zamieszczone raporty dotyczą realizacji zadań za 2020 i 2021 r.⁷³, natomiast dane za 2022 r. są w trakcie gromadzenia. Ogółem w 2020 r. zaraportowano podjęcie przez podmioty centralne łącznie 786 działań, w ramach pierwszego celu operacyjnego określonego w NPZ 2016-2020 oraz 2 110 działań w celu wykonania zadań NPZ 2021-2026 w ramach *Profilaktyki nadwagi i otyłości*.

Minister wskazał również, że jest zleceniodawcą i koordynatorem projektów realizowanych w ramach NPZ. Zadaniem MZ jest przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej oraz wnioskowej, procedury zawarcia umowy, przekazanie środków finansowych, a także bieżąca współpraca z realizatorem zadania w zakresie zdrowia publicznego, rozwiązywanie pojawiających się ew. problemów oraz trudności w realizacji danego zadania. Odpowiada również za weryfikację oraz zatwierdzanie sprawozdań merytorycznych i rozliczeń finansowych z realizatorem.

(akta kontroli str. 255-291, 528-537, 609-611)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Minister zainicjował oraz wdrożył szereg programów oraz kampanii społecznych w zakresie profilaktyki oraz leczenia nadwagi i otyłości osób dorosłych, realizowanych we współpracy z instytucjami zewnętrznymi oraz jednostkami podległymi. Programy i kampanie społeczne nadzorowane i wspierane przez Ministra, zarówno interwencyjne, jak i prewencyjne, zmierzały do zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych.

NIK ocenia pozytywnie uruchomienie programów pilotażowych, kampanii edukacyjnych i akcji na rzecz walki z otyłością. Nie udało się jednak doprowadzić do poprawy sytuacji i zahamowania niekorzystnego trendu dotyczącego skali otyłości wśród dorosłych Polaków. Brak określenia wartości bazowych i docelowych wskaźników monitorowania celów uniemożliwia dokonanie kompleksowej oceny ich wpływu na ograniczenie problemu nadwagi i otyłości w społeczeństwie. Trwają prace zespołów powołanych przez Ministra w celu wypracowania propozycji programów pilotażowych w zakresie opieki specjalistycznej nad osobami z otyłością oraz zapotrzebowania na kadrę medyczną.

NIK zwraca uwagę na potrzebę ujęcia w planowanych programach pilotażowych, pacjentów niekwalifikujących się do zabiegów bariatrycznych, u których stwierdzono otyłość lub wysokie ryzyko jej rozwoju.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi

NIK zwraca uwagę, że wzrasta liczba pacjentów z nadmierną masą ciała, dlatego przeciwdziałanie nadwadze i otyłości winno znaleźć odzwierciedlenie w podejściu państwa do edukacji, profilaktyki i leczenia, gdyż ma to zasadnicze znaczenie dla zdrowia obywateli. W związku z tym NIK wskazuje na potrzebę podjęcia długofalowych działań, mających na celu wypracowanie kompleksowego podejścia, zapewniającego skuteczną profilaktykę oraz leczenie nadwagi i otyłości.

⁷³ Raport za 2020 r. - <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/01/Raport-z-monitoringu-zadan-zdrowia-publicznego-zrealizowanych-lub-podjetych-w-roku-2020-oraz-porownanie-z-latami-2016-2019.pdf>; Raport za 2021 r. - <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/01/Prowadzenie-monitoringu-zadan-z-zakresu-zdrowia-publicznego-za-2021-r.pdf>.

Wnioski

NIK przedkłada następujące wnioski:

1. Zapewnienie wiarygodnego źródła informacji o skali otyłości wśród osób dorosłych.
2. Uzyskanie pełnych i aktualnych informacji o zasobach sprzętowych, służących udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym z otyłością III stopnia.
3. Wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych powszechnie dostępnej porady dietetycznej w ramach AOS.
4. Zapewnienie rzeczywistego dostępu do świadczeń w poradniach endokrynologicznych, diabetologicznych i kardiologicznych.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań

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

Warszawa 6 lipca 2023 r.

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
Małgorzata Motylow
/-/

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:

Delegatura NIK w Rzeszowie

Dyrektor

Wiesław Motyka

/-/

14.09.2023