



KZD.034.001.2018
Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD

Informacja o wynikach kontroli

**RAPORT:
SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE
– STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN**

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

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

WIZJA

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

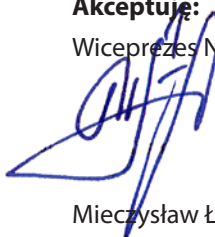
Dyrektor Departamentu Zdrowia



Piotr Wasilewski

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Mieczysław Łuczak

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 14.05.2019r.

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

1. WPROWADZENIE – SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	6
2. REKOMENDACJE NIK.....	11
3. PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA.....	24
3.1. Organizacja i zasoby systemu	24
3.2. Finansowanie systemu.....	49
3.3. Dostępność świadczeń	74
3.4. Prawa i bezpieczeństwo pacjentów	103
3.5. Zasoby informacyjne systemu	140
4. ZAŁĄCZNIKI.....	161
4.1. Badania opinii publicznej – ocena systemu ochrony zdrowia.....	161
4.2. Wykaz paneli organizowanych przez NIK wraz z uczestnikami	168
4.3. Wykaz kontroli NIK uwzględnionych przy opracowywaniu informacji	172
4.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	176
4.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	180
4.6. Wybrane, główne przyczyny utrudnionego dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz jego skutki.....	181
4.7. Wybrane narzędzia poprawy dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz cele proponowanych zmian w systemie ochrony zdrowia	182



Wyniki kontroli NIK, przeprowadzonych w ostatnich latach, wskazują na potrzebę pilnego wprowadzenia zmian, zarówno dotyczących finansowania, jak i organizacji systemu ochrony zdrowia. System ten nie jest przyjazny dla pacjenta, nie zapewnia efektywnego wykorzystania środków publicznych, a także stwarza problemy osobom kierującym podmiotami leczniczymi i zatrudnionemu w nich personelowi.

Według opublikowanych w 2018 roku badań opinii publicznej 66 procent dorosłych Polaków negatywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce, w tym aż 27 procent – zdecydowanie negatywnie. Przeciwnego zdania jest 30 procent respondentów¹. Równocześnie ponad 57 procent Polaków uważa, że zachowanie dobrego zdrowia, obok szczęścia rodzinnego, należy do najważniejszych wartości w ich życiu.

Problemy w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia można rozpatrywać w wymiarze społecznym, ale to także osobisty dramat konkretnego człowieka, który często bez wystarczającego wsparcia, czy informacji, musi zmierzyć się z chorobą.

Dotychczas podejmowane działania nie przyniosły oczekiwanych rezultatów – poprawy jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Jak należy się spodziewać, uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne spowodują wzrost potrzeb zdrowotnych pacjentów, a dostęp do świadczeń, przy braku zmian systemowych, może dalej się pogarszać.

Najwyższa Izba Kontroli, w oparciu o ustalenia ponad 70 kontroli oraz opinie ekspertów przedstawione podczas wielu paneli dyskusyjnych, opracowała analizę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i sformułowała szereg rekomendacji dotyczących pożądanых zmian. Ich realizacja, w mojej ocenie, dobrze przysłuży się budowie systemu ochrony zdrowia, który powinien być zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, na potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta, a także musi uwzględniać zmieniające się trendy demograficzne i epidemiologiczne.

Krzysztof Kwiatkowski

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, overlapping loops and lines, representing the name Krzysztof Kwiatkowski.

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

¹ CBOS – badanie przeprowadzone w dniach 7–14 czerwca 2018 r. na liczącej 989 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Prezes Najwyższej Izby Kontroli Krzysztof Kwiatkowski 2 października 2018 r. powołał Zespół do spraw przygotowania analizy systemowej „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” w następującym składzie:

- 1) Przewodniczący – Mieczysław Łuczak, wiceprezes NIK;
- 2) Wiceprzewodniczący:
 - a) Piotr Wasilewski – dyrektor Departamentu Zdrowia,
 - b) Małgorzata Humel-Maciewiczak – radca Prezesa NIK;
- 3) Członkowie:
 - a) Andrzej Aleksandrowicz – dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu,
 - b) Paweł Biedziak – radca Prezesa NIK,
 - c) Barbara Chilińska – dyrektor Delegatury NIK w Białymstoku,
 - d) Beata Chotkowska – doradca prawny w Departamencie Prawnym i Orzecznictwa Kontrolnego,
 - e) Ryszard Grodzicki – radca Prezesa NIK,
 - f) Paweł Korzeniowski – wicedyrektor Departamentu Zdrowia,
 - g) Piotr Miklis – dyrektor Delegatury NIK w Katowicach,
 - h) Maria Smereczyńska – doradca techniczny w Departamencie Strategii,
 - i) Jarosław Staniszewski – dyrektor Delegatury NIK w Szczecinie,
 - j) Jolanta Stawska – dyrektor Delegatury NIK w Krakowie,
 - k) Przemysław Szewczyk – dyrektor Delegatury NIK w Łodzi,
 - l) Maciej Szustowicz – wicedyrektor Departamentu Zdrowia.

1. WPROWADZENIE

1. – SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Przesłanki
opracowania analizy

System ochrony zdrowia przeszedł w okresie tzw. transformacji ustrojowej znaczne przeobrażenia. W latach 90-tych XX w. odstąpiono od modelu socjalistycznej służby zdrowia opartej o mechanizmy administracyjno-nakazowe na rzecz budowy systemu ubezpieczeniowego uwzględniającego mechanizmy rynkowe.

Zmiany wprowadzone w systemie ochrony zdrowia 1 stycznia 1999 r. zakładały², że zostaną utworzone kasy chorych, które ze środków pochodzących ze składek ubezpieczonych będą kupowały (kontraktowały) świadczenia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, które konkurując ze sobą o środki finansowe będą podnosiły jakość świadczonych usług. Obowiązywać miała zatem zasada, że strumień pieniędzy będzie kierowany zgodnie z preferencjami świadczeniobiorców. W celu urzeczywistnienia tej zasady zniesiono rejonizację i wprowadzono swobodę wyboru świadczeniodawcy przez pacjentów.

W przeciwieństwie do rozwiązań obowiązujących przed reformą, koordynatorem procesu leczniczego miał być lekarz pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny), a nie szpital rejonowy, który sprawował nadzór merytoryczny nad leczeniem prowadzonym w przychodniach rejonowych i specjalistycznych. W ten sposób próbowano „przybliżyć” system do pacjenta. Jednocześnie nałożono na lekarzy rodzinnych zadanie weryfikacji potrzeb zdrowotnych chorych i oceny, czy zasadnym jest „przekazanie” ich na wyższy-specjalistyczny, w tym stacjonarny, poziom systemu. Rozwiązanie to miało służyć ograniczeniu kosztów systemu; zakładano, że ok. 80% wszystkich leczonych uzyska pomoc medyczną na etapie ambulatoryjnym, co z medycznego punktu widzenia będzie wystarczające; nie będzie konieczności ich hospitalizacji.

Z uwagi na znaczenie ochrony zdrowia dla społeczeństwa Najwyższa Izba Kontroli corocznie monitorowała wybrane aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i na podstawie analiz ryzyka wystąpienia nieprawidłowości podejmowała liczne kontrole w tym obszarze. Dotychczasowe badania kontrole NIK wykazują, że główne problemy z jakimi zmagają się uczestnicy systemu, pozostają od 20 lat niezmiennie.

Bogaty materiał kontrolny, zgromadzony w ramach ponad 70 kontroli koordynowanych, pozwolił na zaprezentowanie całościowej i kompleksowej analizy problemów systemu ochrony zdrowia, z wyszczególnieniem pięciu obszarów, tj. organizacji systemu ochrony zdrowia, jego finansowania, dostępu do świadczeń, praw pacjenta i jego bezpieczeństwa, a także zasobów informacyjnych systemu ochrony zdrowia.

² Patrz ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28 poz. 153, ze zm.); weszła w życie w dniu 1 stycznia 1999 r., uchylona z dniem 1 kwietnia 2003 r. Od 1 kwietnia 2003 r. obowiązywała ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391, ze zm.), która została uchylona z dniem 1 października 2004 r. Po tej dacie obowiązuje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.), zwana dalej „ustawą o świadczeniach”.

Skala finansowania potrzeb zdrowotnych, wyrażona jako udział wydatków systemu ochrony zdrowia w PKB, jest niska w porównaniu do innych krajów europejskich. Skutkuje to niewystarczającą podażą świadczeń zdrowotnych w porównaniu do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych ludności³, a także wysokim udziałem usług finansowanych ze środków prywatnych w łącznych kosztach udzielonych świadczeń. Tym samym dostęp do nich coraz częściej uzależniony jest od sytuacji finansowej chorego. Dalszą konsekwencją tego stanu jest dekapitalizacja bazy materialnej oraz ograniczone możliwości wprowadzenia nowoczesnych technologii.

Środki finansowe wydatkowane są głównie na tzw. „medycynę naprawczą”, a nie na zapobieganie chorobom. W ten sposób leczenie jest kosztowne, a brak jego koordynacji i ciągłości powoduje, że niejednokrotnie efekty leczenia ulegają zaprzepaszczeniu.

Zła organizacja systemu ochrony zdrowia nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby. Ustalenia kontroli NIK wskazują, że część lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nie wykonuje zadań z zakresu profilaktyki chorób cywilizacyjnych (w tym dotyczących nowotworów), a w szczególności badań profilaktycznych, czy nie uczy pacjenta samokontroli. Jedną z przyczyn tego stanu są m.in. niewystarczające zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia, w tym lekarzy POZ, którzy obejmując opieką nawet kilka tysięcy uprawnionych, nie są w stanie rzetelnie wykonywać swoich obowiązków w tym zakresie. Ich pomoc ma najczęściej charakter doraźny.

Niewystarczająca jest liczba i zakres ogólnopolskich programów profilaktycznych, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowia, wynikających przede wszystkim z chorób cywilizacyjnych. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie zapobiec, redukując narażenie na czynniki ryzyka⁴.

NIK uznaje za niewystarczające działania administracji publicznej na rzecz powszechnej edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, w tym współpracę Ministra Zdrowia z Ministrem Edukacji Narodowej⁵. Do zadań Ministra Zdrowia, objętych ustawą o świadczeniach zdrowotnych, należy m.in.: prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych⁶.

³ Pod pojęciem uzasadnionych potrzeb zdrowotnych ludności należy rozumieć te potrzeby, które zostały zweryfikowane przez lekarza pierwszego kontaktu lub inny specjalistyczny personel medyczny np. ratowników medycznych.

⁴ „Strategia walki z rakiem” oraz uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym nr druku: 3675, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druk.xsp?nr=3675>.

⁵ Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”.

⁶ Art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

Wbrew pierwotnym założeniom pacjent nie jest traktowany podmiotowo, o czym świadczą liczne, stwierdzone przez NIK, naruszenia jego praw, a także przypadki odsyłania do innych podmiotów leczniczych. Sprzyja temu przyjęty system finansowania świadczeń na zasadzie płatności za usługę, a nie za jakość leczenia i jego efekt. W konsekwencji sprzyja to tworzą się kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia, gdyż wielokrotne przyjmowanie pacjenta zwiększa przychody części podmiotów leczniczych. Sprzyja temu nieadekwatne do potrzeb rozmieszczenie zasobów systemu ochrony zdrowia, w szczególności kadr medycznych, jak również specjalistycznego sprzętu.

Pacjenci w Polsce nie mogą korzystać z porównywalnego do mieszkańców Europy Zachodniej zakresu dostępnych opcji terapeutycznych. W porównaniu do wielu innych krajów UE, występują opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych (czas oczekiwania na ich wdrożenie liczony jest w latach). Jedynie część świadczeniodawców, z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych, jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych.

Obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszyła się, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest niezadowolający. Również końcowe efekty wydanych orzeczeń o zdarzeniach medycznych nie satysfakcjonują pacjentów.

Narodowy Fundusz Zdrowia podejmuje działania celem zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej, w tym kobietom w ciąży (KOC), pacjentom po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał), pacjentom z cukrzycą (KAOS – cukrzyca) oraz pacjentom z ranami przewlekłymi (KLRP-1)⁷. Wprowadzanie tego rodzaju opieki nie jest jednak skuteczne, gdyż świadczenia oferowane są tylko na terenie niektórych OW NFZ, przez ograniczoną liczbę podmiotów.

Utrzymuje się niekorzystna struktura kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego. W latach 2010–2017 nastąpił wzrost udziału tego rodzaju leczenia, które jest najdroższe, w kosztach świadczeń o 3,17 punktu procentowego. Świadczy to o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz zbyt częstym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej, Polska ma jeden z najwyższych współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców.

⁷ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, koordynowana opieka specjalistyczna – zawał, koordynowana ambulatoryjna opieka specjalistyczna – cukrzyca, kompleksowe leczenie ran przewlekłych.

Problemem pozostaje brak rzetelnej, adekwatnej do faktycznie ponoszonych kosztów, wyceny świadczeń w wielu obszarach oraz kwestia ustalania cen świadczeń w umowach zawieranych przez NFZ. W 2017 r., w poszczególnych województwach i zakresach świadczeń, występowały różnice w cenach tych samych świadczeń kupowanych przez NFZ od podmiotów leczniczych sięgające kilkuset punktów procentowych.

Sytuację finansową podmiotów leczniczych w znacznym stopniu determinują koszty zatrudnienia, na których wysokość wpływa nie tylko wewnętrzna organizacja pracy, ale i też uwarunkowania zewnętrzne, w tym związane z niedoborem fachowego personelu medycznego. Efektem tych niedoborów stają się wysokie oczekiwania płacowe, których spełnienie wpływa na wzrost kosztów funkcjonowania placówek. Dodatkowo, selektywne podwyżki dla personelu, wynikające z przyjętych regulacji na poziomie ogólnokrajowym i finansowane z odrębnie przekazywanych przez NFZ środków, wzmacniają oczekiwania płacowe wszystkich zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W 2017 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami, w stosunku do 2016 r., o 5,4 mld zł (o 7,6%), ale ponad 20% tej kwoty, tj. 1,1 mld zł, przeznaczono na wzrost kosztów wynagrodzeń personelu medycznego. Łącznie na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego w 2017 r. Fundusz wydatkował 2,6 mld zł. Wprowadzone przez Ministra Zdrowia regulacje prawne nie wiązały tych wypłat z realizacją świadczeń i zwiększeniem ich dostępności.

Ustalenia kontroli NIK wskazują, że niektórzy świadczeniodawcy, bez rozpoznania potrzeb zdrowotnych, podejmowali działania inwestycyjne, np. dokonywali zakupu nowoczesnego sprzętu, prowadzili roboty budowlane, zatrudniali dodatkowy personel medyczny, a w danym regionie działały już inne podmioty lecznicze udzielające tych samych świadczeń. Przekładało się to na niski stopień wykorzystania dostępnych zasobów, w tym łóżek szpitalnych. Koordynacji takich działań nie sprzyja zróżnicowanie podmiotów, które tworzą poszczególne szpitale. Jak wskazują wyniki kontroli NIK nie ma również odpowiedniej koordynacji działań między poszczególnymi samorządami powiatowymi i wojewódzkim, służącej zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych, planowaniu udziału poszczególnych uczestników w systemie ochrony zdrowia, jak też racjonalnemu odtworzeniu i rozwojowi bazy materialnej.

Niesprawny systemu obiegu informacji nie gwarantuje lekarzowi dostępu do kompleksowej informacji o stanie zdrowia pacjenta. Brakuje wielu istotnych epidemiologicznych rejestrów medycznych, a dane zamieszczone w tych, które istnieją, są często niespójne i niekompletne. Ogranicza to możliwość podejmowania decyzji zarządczych dotyczących systemu, a także prognozowanie trendów epidemiologicznych i niezbędnych zasobów do zaspokojenia przyszłych potrzeb.

WPROWADZENIE – SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

W wielu międzynarodowych rankingach porównujących systemy ochrony zdrowia polski system zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej. Opinia społeczeństwa dotycząca jego funkcjonowania, znajdująca odzwierciedlenie w wynikach badań opinii publicznej, jest w większości negatywna (patrz Załącznik Nr 4.1. do niniejszej Informacji).

Na podstawie wyników kontroli NIK sformułowała rekomendacje służące poprawie funkcjonowania systemu. W ich przygotowaniu pomogły również dyskusje prowadzone w trakcie pięciu zorganizowanych przez NIK paneli ekspertów⁸.

⁸ W Katowicach z udziałem dyrektorów szpitali, w Krakowie ze środowiskiem naukowców zajmujących się problematyką funkcjonowania ochrony zdrowia, w Łodzi z przedstawicielami organów tworzących, w Poznaniu z organizatorami i lekarzami POZ, w Warszawie m.in. z przedstawicielami organizacji pacjentów, a także organów władzy publicznej odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu.

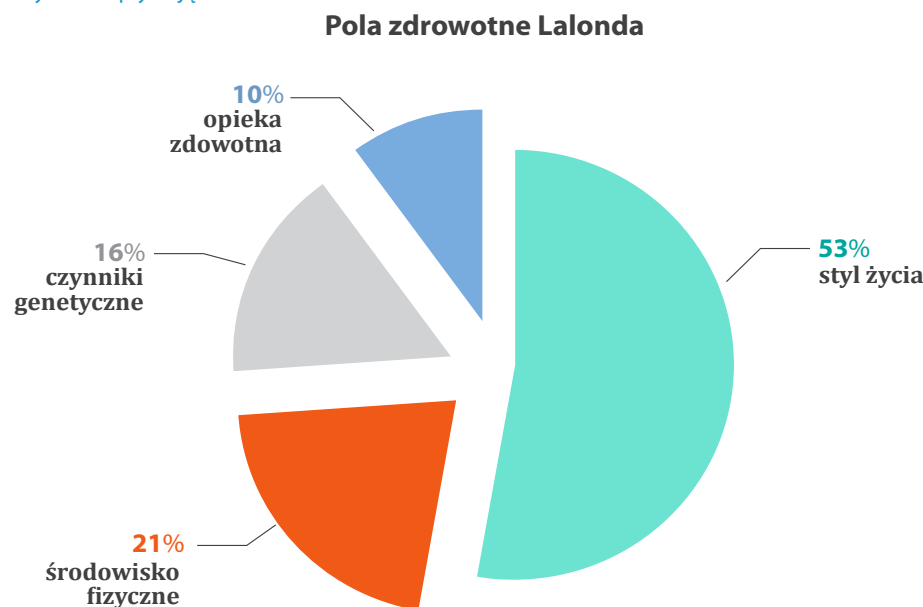
2. REKOMENDACJE NIK

Głównym wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jego zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji. Stan ten warunkuje jednak szereg czynników. Według M. Lalonde'a największy wpływ na stan zdrowia każdego człowieka, sięgający 53%, ma styl życia⁹. W dalszej kolejności wyznacznikami stanu zdrowia jest środowisko fizyczne (21%) i czynniki genetyczne (16%). Najmniejszy wpływ na stan zdrowia ma opieka zdrowotna (10%). Tymczasem systemy opieki zdrowotnej pochłaniają ok. 90% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia. Nakłady na edukację prozdrowotną i kształtowanie stylu życia sięgają tylko 1,5%, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności sięga 43%¹⁰. To wszystko musi być brane pod uwagę przy ocenie efektywności wydawania środków na system opieki zdrowotnej.

Kluczowe determinanty alokacji środków pomiędzy system ochrony zdrowia a inne obszary aktywności państwa

Infografika nr 1

Czynniki wpływające na stan zdrowia.



Źródło: A. Kukielczak „Naukowe podstawy zdrowia publicznego”, <http://epidemiologia2.sum.edu.pl/wp-content/uploads/2012/07/seminarium1.pdf>.

Mając na uwadze powyższe uwarunkowania, Najwyższa Izba Kontroli wielokrotnie już wskazywała, iż niezbędne jest inwestowanie w zdrowie obywateli poprzez edukację i profilaktykę zdrowotną. Lepiej zadbać o nauczenie społeczeństwa jak się zdrowo odżywiać i żyć aktywnie, niż leczyć kosztowne skutki nadwagi lub otyłości. Upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego także aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania się, powinno być efektem skoordynowanych działań organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych oraz organizacji działających na rzecz pacjentów. Niezbędne jest także określenie spójnej, kompleksowej i wieloletniej strategii działań profilaktycznych ukierunkowanych na zachowanie zdrowego trybu życia i zapobieganie chorobom.

⁹ Marc Lalonde – Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady. W 1974 r. opublikował raport *A New Perspective on the Health of Canadians*, w którym przedstawił koncepcję „pól zdrowia”.

¹⁰ A. Czupryna, S. Poździuch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk: *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Tom I i II, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001 r., str. 143.

Bardzo ważnym elementem tej strategii powinien być rozwój edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie. Najwyższa Izba Kontroli postulowała wprowadzenie do programu nauczania w szkołach podstawowych oraz średnich wydzielonego przedmiotu – edukacji zdrowotnej, przekazującego wiedzę na temat rozwoju, zdrowia i zachowań prozdrowotnych dostosowanego do możliwości dzieci i młodzieży w danym okresie życia, a także wyrabiającego odpowiednie nawyki na przyszłość.

Poza działaniami w sferze profilaktyki i edukacji powinna nastąpić przebudowa systemu ochrony zdrowia, tak aby stał się on bardziej transparentny, lepiej zaspokajał potrzeby zdrowotne pacjenta, był lepiej finansowany z jednoczesnym zapewnieniem efektywniejszego wykorzystania środków.

Opracowanie
kluczowych
dokumentów i ich
akceptacja przez
interesariuszy

Pierwszym krokiem reformy systemu powinno być opracowanie **długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia**, która musi uzyskać powszechną akceptację społeczną i wyznaczyć wizję rozwoju systemu.

Strategia ta powinna przede wszystkim określać cele systemu, z uwzględnieniem wyzwań demograficznych i epidemiologicznych, a także priorytetowe kierunki rozwoju i zasady jego funkcjonowania, w tym:

- 1) **zakres zadań i odpowiedzialności poszczególnych uczestników systemu,**
- 2) **źródła finansowania oraz plan wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, w połączeniu ze zwiększeniem jakości i dostępności świadczonych usług,**
- 3) **zakres wprowadzania elementów konkurencji.**

Taka powszechnie akceptowana strategia powinna chronić system przed działaniami doraźnymi. Jednocześnie wdrażanie strategii musi podlegać monitowaniu i okresowej ocenie.

Przyjęcie strategii pozwoli zerwać z powszechną w ciągu ostatnich 20 lat praktyką dokonywania często przypadkowych i doraźnych zmian powodujących np. tworzenie sprzecznych przepisów i trudności w ich interpretowaniu. Brak strategii może również niekorzystnie wpływać na funkcjonowanie instytucji ochrony zdrowia, a także zniechęcać do podejmowania decyzji inwestycyjnych w tym obszarze. Kontrole NIK wskazywały jak niepewność co do dalszego funkcjonowania NFZ wpłynęła na zaniechanie usprawnień w systemach informatycznych, a także powodowała zwiększoną rotację pracowników Funduszu, co utrudniało realizację zadań oddziałów wojewódzkich NFZ, zwłaszcza w komórkach kontrolnych.

Cele systemu ochrony zdrowia

Podstawowym celem systemu powinno być osiągnięcie maksymalnego efektu zdrowotnego przy efektywnym wykorzystaniu dostępnych zasobów, co przełoży się na wydłużenie życia w zdrowiu.

Realizacja tego celu jest uzależniona od:

- 1) poprawy jakości i dostępności świadczeń, co spowoduje lepsze efekty leczenia oraz wzrost satysfakcji pacjentów,
- 2) efektywności i osiągnięcia równowagi finansowej przez uczestników systemu ochrony zdrowia.

Dla realizacji założonych celów niezbędne jest ustalenie priorytetowych kierunków rozwoju systemu, wynikających z wyzwań demograficznych i epidemiologicznych.

Priorytety te powinny odpowiadać na wyzwania, jakimi dla współczesnej Polski staje się starzenie społeczeństwa oraz choroby cywilizacyjne, które występują globalnie i są coraz bardziej powszechne, także w naszym kraju. Jak wskazują kontrole NIK, skuteczna walka z tymi zjawiskami wymaga działań podejmowanych także poza systemem ochrony zdrowia, współpracy i koordynacji działań organów władzy publicznej różnych szczebli, a także udziału organizacji społecznych, czy samych pacjentów.

Istotne jest również określenie planu wzrostu finansowania systemu ochrony zdrowia.

Poziom wydatków na ochronę zdrowia w naszym kraju odbiega od wartości notowanych w większości krajów europejskich, zarówno jako udział w PKB, jak i porównując kwoty wydatkowane na jednego mieszkańca. Tymczasem społeczeństwo polskie starzeje się, a średnie wydatki NFZ na jednego ubezpieczonego powyżej 65. roku życia są około 3-krotnie wyższe niż dla pozostałej, młodszej populacji.

Strategia powinna wskazywać perspektywę wzrostu nakładów na ochronę zdrowia i źródła ich pokrycia. Powinna również wskazywać działania racjonalizujące sposób wydatkowania środków w ochronie zdrowia. Jak wskazują kontrole NIK, są obszary, w których istnieje ryzyko podwójnego finansowania tych samych zadań ze środków publicznych. W niewystarczającym stopniu wykorzystywane były także możliwości analizy danych przekazywanych przez podmioty lecznicze w celu eliminowania istniejących nadwyżek.

Niskie nakłady publiczne na zdrowie w Polsce skutkują wysokim, w porównaniu do wielu innych państw europejskich, udziałem wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów. W ocenie NIK wydatki te powinny być dokonywane przejrzysto i możliwie efektywnie, z jak największą korzyścią dla pacjenta. Elementem tego finansowania – jak wskazali niektórzy eksperci zewnętrzni biorący udział w panelach NIK – mogą stać się w przyszłości dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, finansowane w części przez pracodawców.

Stworzenie strategii powinno pociągać za sobą, w dalszej kolejności, przygotowanie regulacji prawnych umożliwiających wdrożenie jego założeń i wprowadzenie zmian. Warunkiem skutecznego reformowania systemu jest dostęp do aktualnych i wiarygodnych danych.

Każda decyzja wprowadzająca zmiany w systemie powinna opierać się na analizie aktualnych danych. Tymczasem bolączką systemu ochrony

Jakość danych
warunkiem zmian

zdrowia jest niewystarczająca, nieaktualna lub nieprecyzyjna informacja na temat zachodzących zjawisk epidemiologicznych i demograficznych. Organy podejmujące najważniejsze decyzje mają również ograniczony zakres informacji o stanie aktualnych i planowanych inwestycji przez poszczególnych świadczeniodawców, choć – co należy podkreślić – dzięki wprowadzeniu systemu „IOWISZ”¹¹ doszło w ostatnich latach do korzystnych zmian w tym zakresie.

Poprawa jakości danych zbieranych w systemie ochrony zdrowia jest kluczowym zadaniem warunkującym skuteczną jego reformę. Powinna przede wszystkim dotyczyć dwóch obszarów:

- **danych medycznych i polegać na wprowadzeniu elektronicznej dokumentacji medycznej i epidemiologicznych rejestrów medycznych pozwalających na koordynację leczenia oraz ocenę jego efektów,**
- **danych finansowych o rzeczywistych kosztach udzielania poszczególnych procedur medycznych.**

Bez rzetelnej wyceny świadczeń nie będzie możliwe dokonanie systemowych zmian, zapobiegających nieuzasadnionemu zadłużaniu się podmiotów leczniczych.

Z kolei brak elektronicznej dokumentacji medycznej powiązanej z rejestrami epidemiologicznymi nie pozwoli na rzetelną ocenę skutków podejmowanych działań, przede wszystkim ustalenie, czy procedury medyczne wprowadzane do wykazu świadczeń gwarantowanych i finansowanych ze środków publicznych przynoszą spodziewane efekty lecznicze. Inaczej nie zostanie spełniony wymóg efektywnego i gospodarnego wydatkowania środków publicznych.

Jednym z istotnych warunków poprawy jakości zbieranych danych jest ustalenie wspólnych słowników oraz formatów zbierania i wymiany danych.

Poniżej zaprezentowano propozycje zmian w pięciu obszarach. W odniesieniu do organizacji systemu, jego finansowania, dostępu pacjentów do świadczeń, bezpieczeństwa i jakości usług medycznych oraz zasobów informacyjnych systemu.

Rekomendacje dotyczące organizacji systemu

W organizacji systemu ochrony zdrowia wyróżnić należy trzy zasadnicze grupy nieprawidłowości:

- nieskoordynowane działania dotyczące tworzenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych;
- nieskoordynowana opieka nad pacjentem;
- niewystarczające lub nieadekwatne zasoby systemu do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności.

¹¹ Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

W celu **skoordynowania działań obejmujących tworzenie i funkcjonowanie podmiotów leczniczych** należy:

- 1) **Wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa**, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie.

Jak wskazywali niektórzy eksperci zewnętrzni uczestniczący w panelach, należy **rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich (gminnych) na jednostki samorządu województwa**. Dotychczasowe 20-letnie próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścicielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów w postaci koordynacji procesu leczenia i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi. W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej.

Proces przejęcia przez samorząd wojewódzki szpitali powiatowych i miejskich (gminnych) powinien być połączony z oddłużeniem przejmowanych szpitali.

Konsolidacja uprawnień właścicielskich w przypadku szpitali samorządowych umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu.

- 2) **Określić relacje pomiędzy publicznym systemem ochrony zdrowia a sektorem prywatnym.**

Określenie miejsca i roli sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia i relacji z sektorem publicznym powinno prowadzić do tego, by środki były wydatkowane w sposób przejrzysty i możliwie efektywny, z jak największą korzyścią dla pacjenta.

- 3) **Wprowadzić tzw. „bariery wejścia” oraz „mechanizmy wyjścia” z systemu.**

Tzw. „bariery wejścia” dla podmiotów chcących uczestniczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia powinny odnosić się nie tylko do wskaźników ilościowych (np. liczba łóżek, personelu o określonych kwalifikacjach, wyposażenie), ale również zawierać kryteria jakościowe. Podmiot ubiegający się o środki publiczne powinien przede wszystkim wykazać, że jego kadra medyczna ma określone doświadczenie zawodowe, np. wykonała rocznie określoną liczbę zabiegów.

Z kolei ograniczenie działalności w systemie (np. zbyt mała liczba zabiegów) powinno skutkować zaprzestaniem finansowania działalności placówki ze środków publicznych, przy utrzymaniu dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych na nie pogorszonym poziomie.

- 4) **Skoordynować polityki państwa.**

Skuteczność procesu terapeutycznego wynika w dużej mierze ze świadomości pacjentów, że ich stan zdrowia zależy także od indywidualnych działań lub zaniechań, zwłaszcza w obszarze stylu życia i profilaktyki. Najwyższa Izba Kontroli w 2018 r. wskazywała na potrzebę wprowadzenia

do programu nauczania w szkołach podstawowych oraz średnich wydzielonego przedmiotu – edukacji zdrowotnej kształtującej odpowiednie nawyki na przyszłość.

Należy również pamiętać, że poza polityką zdrowotną, czy edukacją, także inne obszary aktywności państwa mają istotny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa (ochrona środowiska, rozwój, polityka regionalna, regulacje dotyczące produktów farmaceutycznych i żywności, koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego, opodatkowanie wyrobów tytoniowych i alkoholowych, itd.).

5) Poprawić wykorzystanie zasobów systemu, w szczególności zasobów kadrowych.

W związku z niedoborem personelu medycznego konieczne jest dokonanie przeglądu kompetencji i uprawnień poszczególnych grup zawodowych celem ich szerszego wykorzystania. W systemie ochrony zdrowia pojawiły się nowe zawody, jak np. opiekunowie medyczni. Potencjał takich grup zawodowych nie jest w pełni wykorzystany.

Należy również powiązać kierunki rozwoju kadry medycznej z systemem motywacyjnym (w tym z zapewnieniem stabilnych warunków pracy) w celu podejmowania specjalizacji w dziedzinach szczególnie deficytowych.

NIK rekomenduje wprowadzenie mechanizmów pozwalających na zwiększenie liczby studentów w uczelniach medycznych oraz zwiększenie liczby lekarzy specjalizujących się, a także wprowadzenie działań poszerzających możliwość dokonywania nostryfikacji z równoczesnym doksztalcaniem dla osób kończących uczelnie medyczne poza UE.

Normy dotyczące zatrudnienia poszczególnych grup zawodowych pracowników medycznych (np. liczba pielęgniarek przypadająca na łóżko szpitalne) powinny odnosić się do pacjentów, a nie posiadanego wyposażenia.

W celu **skoordynowania opieki nad pacjentem i poprawy jej jakości** należy:

1) Zwiększyć rolę i znaczenie podstawowej oraz ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w procesie leczenia.

Nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, a nawet stanowi zagrożenie dla pacjentów z uwagi na występowanie lekoopornych szczepów bakterii w środowisku szpitalnym.

Wiele procedur medycznych – wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym – można dziś wykonać również w warunkach ambulatoryjnych. Koszt takich świadczeń jest niższy w porównaniu do takich samych usług medycznych wykonywanych w ramach hospitalizacji.

Powinno się zatem rozważyć przekształcenie części dotychczasowych szpitali w zespoły opieki ambulatoryjnej (ZOA), których stałym zadaniem będzie udzielanie kompleksowych świadczeń z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej, a także świadczeń usprawniających (rehabilitacja).

ZOA powinny ściśle współpracować z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ale także być uprawnione do tworzenia własnych, terenowych

placówek opieki podstawowej. Zasadne jest wprowadzenie mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy POZ i ZOA (np. spotkań kierowników placówek POZ z kadrami medycznymi ZOA w celu oceny stanu zdrowia ludności objętej opieką, czy wprowadzania lokalnych programów profilaktycznych), ale również związanych z zachowaniem ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń. POZ współpracujący z danym ZOA powinien ustalać termin przyjęcia pacjenta; który otrzyma już tylko informacje, kiedy i gdzie ma się zgłosić i jak ma przygotować się do badania.

Warunkiem skierowania pacjenta do leczenia na wyższym szczeblu systemu, do leczenia szpitalnego, powinna być konieczność diagnostyki bądź leczenia w warunkach szpitalnych. Hospitalizacja pacjenta, poza przypadkami ratującymi życie i zdrowie w stanach nagłych, powinna być możliwa głównie po wcześniejszym podjęciu leczenia w POZ i lokalnym ZOA. W ten sposób do szpitali trafiają pacjenci rzeczywiście wymagający hospitalizacji (ZOA i POZ powinny pełnić rolę „punktów wejścia” na wyższe szczeble systemu ochrony zdrowia). Jednocześnie zapobiegnie to nieuzasadnionemu przerzucaniu kosztów pomiędzy podmiotami różnych szczebli systemu ochrony zdrowia.

Nocną i świąteczną opiekę medyczną powinny sprawować zarówno placówki POZ, jak i ZOA. Lekarze rodzinni powinni mieć możliwość prowadzenia kompleksowej opieki medycznej, w ramach zespołowej współpracy z pielęgniarką, położną i przedstawicielami innych zawodów medycznych.

Taka organizacja pracy POZ, w połączeniu z poprawą funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, pozwoli na odciążenie pracy szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), obecnie udzielających świadczeń również osobom, które powinny być zaopatrzone na niższych szczeblach systemu ochrony zdrowia.

2) Wprowadzić mechanizmy promujące podejmowanie profilaktyki.

W ramach obowiązkowych badań okresowych, wynikających z Kodeksu pracy, należy wykonywać badania ukierunkowane na wczesne wykrywanie tzw. „chorób cywilizacyjnych”. Najwyższa Izba Kontroli w 2018 r. postulowała przygotowanie rozwiązań legislacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę wtórną i wczesną diagnostykę chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów, z zapewnieniem jej odrębnego finansowania, które nie obciąży pracodawców.

3) Wykonywać poszczególne procedury leczenia pacjentów na określonych szczeblach referencyjnych systemu.

Rozwiązanie to podnosi poziom bezpieczeństwa pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

4) Wprowadzić system oceny jakości udzielanych świadczeń.

Zbuduje to zaufanie do systemu, a jednocześnie będzie stanowiło bodziec dla podmiotów leczniczych do poprawy jakości udzielanych świadczeń. Placówki ochrony zdrowia, które leczą skutecznie i bezpiecznie, powinny być premiowane.

Rekomendacje dotyczące finansowania systemu

System oceny jakości powinien przewidywać publikację wskaźników jakościowych dla poszczególnych podmiotów leczniczych na stronie internetowej.

Sposób **finansowania systemu ochrony zdrowia** stanowi kluczowe narzędzie oddziaływania organów publicznych, decydujące o tak istotnych zjawiskach, jak np. zakres dostępu pacjentów do świadczeń, co pośrednio wpływa na efekty leczenia.

Istotne znaczenie mają również zmiany wprowadzane w innych obszarach, a w szczególności w systemach informacyjnych ochrony zdrowia, które przyczynią się do poprawy efektywności wydatkowanych środków, w tym „uszczelnienia” systemu ochrony zdrowia.

W ramach dostępnych środków trzeba podjąć następujące działania poprawiające efektywność ich wykorzystania:

1) **Wprowadzić jednolity standard rachunku kosztów dla podmiotów leczniczych korzystających ze środków publicznych.**

Rozwiązanie to pozwoli na rzetelną analizę kosztów udzielonych świadczeń ponoszonych przez podmioty lecznicze i będzie miało istotne znaczenie dla wprowadzenia urealnionej wyceny procedur medycznych. Wraz z ustaleniem standardów organizacyjnych udzielania świadczeń pozwoli to na określenie cen zakupu świadczeń przez płatnika publicznego. Jednolity standard rachunku kosztów powinien także ułatwić tworzenie analiz zarządczych w systemie.

2) **Urealnić wycenę świadczeń zdrowotnych i uzależnić ją od poziomu referencyjnego podmiotu leczniczego.**

Dane zebrane na podstawie jednolitego rachunku kosztów powinny stanowić podstawę do ponownej wyceny świadczeń. Zapobiegnie to zadłużaniu się podmiotów leczniczych.

Zmiana wyceny świadczeń ambulatoryjnych, profilaktycznych, a także świadczeń szpitalnych, pozwoli na zmianę niekorzystnej struktury udzielanych świadczeń, a w szczególności kosztownych hospitalizacji.

3) **Wprowadzić zasadę odpłatności za jakość leczenia i jego efekt¹², a nie za samo wykonanie procedury medycznej.**

Boźce ekonomiczne (płatność za poszczególne procedury) skłaniają podmioty lecznicze do wielokrotnego przyjmowania pacjentów; wyleczenie, czy zdecydowana poprawa stanu zdrowia, przestaje być celem samym w sobie.

4) **Wprowadzić takie zasady finansowania świadczeń, które urzeczywistnią ideę, iż „pieniądz podąża za pacjentem”.**

Dotychczasowa praktyka wskazuje, że środki finansowe dotychczas podążały za kontraktem, ale nie zawsze zgodnie potrzebami pacjentów. Skiero-

¹² Z uwagi na fakt, iż efekty udzielenia świadczeń zdrowotnych mogą być trudno mierzalne i odległe w czasie, pod pojęciem efektu należy na potrzeby niniejszej pracy rozumieć fakt postawienia diagnozy (niezależnie od liczby wykonanych procedur medycznych) oraz rozpoczęcia leczenia w określonym terminie.

wanie środków „za pacjentem” spowoduje zmianę tego podejścia. Działanie takie nie może jednak odbywać się bez równoczesnego wprowadzenia publicznie dostępnych wskaźników oceny jakości udzielonych świadczeń, określonych przez ministra właściwego ds. zdrowia przy udziale wyspecjalizowanej jednostki podległej ministrowi.

5) Uwzględnić w algorytmie podziału środków większą liczbę czynników oddziałujących na system ochrony zdrowia w regionie.

Stosowany obecnie algorytm podziału środków nie uwzględnia szeregu czynników epidemiologicznych charakterystycznych dla poszczególnych regionów. Tym samym nie odpowiada aktualnym potrzebom zdrowotnym. Należy zauważyć, że został on ustalony 10 lat temu. W tym czasie zmieniła się sytuacja epidemiologiczna (np. znacznie wzrosła zachorowalność na nowotwory złośliwe), a także dokonano szeregu istotnych zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia.

Algorytm nie uwzględnia również migracji pacjentów pomiędzy województwami, co przekłada się na sytuację finansową podmiotów leczniczych.

6) Wyeliminować przekazywanie przez NFZ środków na wynagrodzenia personelu odrębnym strumieniem, niezwiązanym z zakupem świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

W ostatnich latach ze składek ubezpieczonych finansowane są inne koszty niż zakup świadczeń dla pacjentów, np. podwyżki wynagrodzenia personelu medycznego. Wzrost wynagrodzeń personelu medycznego powinien być konsekwencją wzrostu nakładów na system ochrony zdrowia i powinien wpływać na wycenę świadczeń. Nałożenie na formalnie niezależne podmioty lecznicze kosztów podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego, które nie są w pełni pokrywane przez płatnika, nie tylko ogranicza wielkość środków przeznaczanych na zakup świadczeń dla pacjentów, lecz również stanowi dla poszczególnych placówek zagrożenie dalszego funkcjonowania. Zasadne jest kompleksowe uregulowanie zagadnień związanych z wynagrodzeniami całego personelu medycznego.

7) Uszczelnić system finansowania ochrony zdrowia.

Obecnie możliwe jest wykazywanie do rozliczania świadczeń, które w ogóle nie były wykonane. Głównie od „czujności pacjenta” zależy, czy takie fikcyjne świadczenie zostanie wykryte. Aby wyeliminować tego rodzaju zjawiska należy, możliwie szybko, wprowadzić rozwiązania informatyczne, które pozwolą np. na autoryzację wykonania świadczenia przez pacjenta.

8) Dokonać analizy rozwiązań organizacyjnych i prawnych funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia pod kątem wyeliminowania nieefektywnego finansowania.

Na przykład ryzyko finansowania tych samych zadań w ramach programów profilaktycznych finansowanych z różnych źródeł środków publicznych, finansowanie stawki kapitałowej w POZ za pacjentów w trakcie długotrwałego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

9) **Wydzielić, w stawce kapitacyjnej przekazywanej lekarzowi POZ, kwotę przeznaczoną na badania diagnostyczne, w tym profilaktyczne.**

W ocenie NIK i zewnętrznych ekspertów takie rozwiązanie może przyczynić się do wykrywania chorób we wczesnym etapie ich rozwoju i poprawy skuteczności leczenia.

10) **Wydzielić z systemu ochrony zdrowia usługi o charakterze opiekuńczym.**

Z uwagi na proces starzenia się społeczeństwa, zasadnym jest wydzielenie usług opiekuńczych i finansowanie ich z odrębnej puli środków.

Rekomendacje dotyczące
dostępu pacjentów
do świadczeń

Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest głównym czynnikiem decydującym o satysfakcji pacjenta z działania systemu ochrony zdrowia. **Zależy on od szeregu czynników związanych przede wszystkim z organizacją i finansowaniem systemu ochrony zdrowia.** Zmiany dokonane w tych obszarach wpływają na skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, który jest zasadniczą miarą dostępu pacjentów do leczenia.

Poza zmianami w organizacji i finansowaniu systemu ochrony zdrowia należy:

1) **Preferować w systemie finansowania te podmioty, które udzielają świadczeń w sposób ciągły i kompleksowy.**

Efekty leczenia pacjentów są często zaprzepaszczone z powodu niezapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia, głównie poprzez odsyłanie pacjentów do innych podmiotów, często odległych od ich miejsca zamieszkania.

2) **Ustalić listę badań profilaktycznych, w tym populacyjnych, kierowanych do określonych grup osób wraz z określeniem interwałów czasowych ich wykonywania oraz stworzenie systemu zachęt do ich realizacji.**

Badania powinny dotyczyć kluczowych problemów zdrowotnych ludności (chorób cywilizacyjnych). Wprowadzeniu tego rozwiązania musi towarzyszyć stworzenie bazy danych, które pozwolą ocenić faktyczne uczestnictwo obywateli w badaniach profilaktycznych.

3) **Wdrożyć system zachęt sprzyjający powstawaniu podmiotów leczniczych na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów.**

Rozmieszczenie podmiotów leczniczych na terenie kraju nie odpowiada potrzebom zdrowotnym ludności. Proces przebudowy struktury terytorialnej systemu będzie długotrwały. Istotną rolę powinno odegrać państwo, które poprzez system zachęt (w tym fiskalnych) powinno stymulować tworzenie nowych podmiotów, tam gdzie występuje deficyt świadczeń określonego rodzaju.

4) **Rozwijać i upowszechniać stosowanie telemedycyny.**

Telemedycyna to najnowocześniejsza forma świadczenia usług medycznych wykorzystująca zaawansowane osiągnięcia informatyki i telekomunikacji do monitorowania pacjentów na odległość.

Zdaniem NIK oraz części zewnętrznych ekspertów zaproszonych przez Izbę do udziału w panelach dyskusyjnych, niewystarczające zasoby personelu medycznego, liczne przypadki występowania u pacjentów wielu chorób jednocześnie, wskazują na potrzebę dokonywania wielopoziomowych konsultacji między lekarzami różnych specjalizacji. Odsyłaniu części pacjentów na konsultacje do odległych ośrodków mogą zapobiegać rozwiązania z zakresu telemedycyny. W nieodległej przyszłości systemy telemedyczne będą odgrywały także coraz większą rolę w monitorowaniu podstawowych parametrów zdrowia pacjentów przewlekle chorych, ograniczą potrzebę częstych wizyt w gabinecie lekarza, a także pozwolą na szybką interwencję w stanach nagłych u takich pacjentów. Dlatego już dzisiaj należy planować ich rozwój na terenie całego kraju.

Jakość i bezpieczeństwo, poza pewnością i szybkością dostępu do świadczeń, są dla pacjentów kluczowymi elementami tworzącymi zaufanie do systemu. Podstawowym problemem systemu ochrony zdrowia jest fakt, że „wszyscy mogą wykonywać wszystko”, jeśli tylko spełniają normy określone w przepisach. Są to jednak głównie normy dotyczące wyposażenia lub kadry medycznej. Tymczasem jakość udzielonych świadczeń zależy głównie od umiejętności wykonywania procedur medycznych, a ta z kolei od doświadczenia kadry medycznej (liczby wykonanych dotychczas zabiegów). Dodatkowymi czynnikami pozytywnie wpływającymi na jakość świadczeń jest skuteczny system przeciwdziałania zakażeniom, wyposażenie w nowoczesny sprzęt i wykonanie pełnej diagnostyki.

Przestrzeganie praw pacjentów oraz zapewnienie im bezpieczeństwa przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych jest jednym z największych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia. W związku z czym należy:

1) **Ustalić standardy organizacyjne udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.**

Minister Zdrowia powinien, w większym niż do tej pory stopniu, wykonać delegację ustawową pozwalającą na ustalenie standardów organizacyjnych udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dotychczas standardy takie ustalono jedynie w kilku obszarach.

Standaryzacja zwiększa prawdopodobieństwo, że w procesie leczenia zostanie zastosowany najlepszy z możliwych wariantów. W praktyce wykorzystywanie standaryzacji stanowi dowód działania zgodnie z najnowszą wiedzą, a ponadto ma wpływ na czytelność kosztów funkcjonowania (dla usługodawcy i płatnika), co jest szczególnie istotne w sytuacji występowania stałego deficytu środków finansowych w ochronie zdrowia.

Bez wprowadzenia standardów nie da się zapewnić równego traktowania pacjentów. Nie będzie również możliwe ustalenie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń oraz dokonywanie ich porównań pomiędzy poszcze-

Rekomendacje
dotyczące
bezpieczeństwa
i praw pacjentów

gólnymi podmiotami leczniczymi. Standardy pozytywnie oddziałują na jakość udzielanych świadczeń, a także stanowią formę ochrony kadry medycznej przed nieuzasadnionymi roszczeniami pacjentów.

Wprowadzenie standardów organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych musi obejmować możliwie najszerszy zakres usług medycznych finansowanych ze środków publicznych.

2) **Wprowadzić skuteczne mechanizmy zwalczania zakażeń szpitalnych.**

Skuteczność obecnego systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym jest niewystarczająca. W sytuacji pojawienia się szczepów bakterii lekoopornych może to stanowić zagrożenie dla pacjentów (szczególnie tych po zabiegach i z osłabioną odpornością). System monitorowania i raportowania takich zdarzeń, jak wykazała kontrola NIK, nie jest kompletny.

3) **Stworzyć system informacji dla pacjenta.**

System oparty o autoryzowany, nowoczesny i przyjazny dla użytkownika zasób wiedzy o zdrowiu i leczeniu, np. w postaci portalu internetowego.

4) **Wzmocnić i koordynować działania podmiotów realizujących zewnętrzny nadzór instytucjonalny.**

W obecnym stanie prawnym nadzór nad systemem ochrony zdrowia jest rozproszony pomiędzy różne instytucje, które w ograniczonym stopniu współpracują ze sobą.

5) **Poprawić funkcjonowanie pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów.**

Obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny orzekania o zdarzeniach medycznych nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Powodzenie każdej reformy systemu ochrony zdrowia zależy w dużej mierze od jakości, w tym aktualności, danych zawartych w systemach informacyjnych.

Nowe systemy informacyjne powinny pozwolić również na **uszczelnienie weryfikacji świadczeń przedstawianych do rozliczeń z NFZ**. Przypadki przedstawiania przez podmioty lecznicze świadczeń, które w rzeczywistości nie zostały wykonane, wskazują na potrzebę wprowadzenia systemu, który zmniejszy ryzyko wystąpienia takich nieprawidłowości.

Należy w pierwszej kolejności wdrożyć system obiegu informacji, a w szczególności:

1) **Zakończyć budowę tzw. systemu P1¹³ i wdrożyć go do użytku.**

Konieczne jest również jak najszybsze pełne wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Wybrane dane pochodzące z tej dokumentacji (np. wyniki wybranych badań, których konieczność wykonania powinna wynikać ze standardów organizacji udzielania świadczeń) muszą na bieżąco zasilać epidemiologiczne rejestry medyczne, żeby można było oceniać np. efekty leczenia. To z kolei pozwoli Ministrowi Zdrowia na włączenie do tzw. „koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych”, przy uwzględnieniu rachunku kosztów, tylko tych procedur medycznych, których skuteczność będzie udowodniona.

2) **Objąć obowiązkiem sprawozdawczym zjawisk epidemiologicznych również podmioty prywatne.**

Coraz większa część środków wydatkowana jest poza systemem publicznym, a tak szerokie korzystanie z usług prywatnych świadczeniodawców ogranicza wiedzę organizatorów systemu na temat zjawisk epidemiologicznych. Zasadnym jest rozszerzenie źródeł uzyskiwania danych. Niepełna informacja o zachodzących w systemie zjawiskach utrudnia organom państwa planowanie i podejmowanie decyzji organizacyjnych w skali całego systemu.

3) **Opracować jednolite słowniki i formaty przekazywania danych.**

Brak jednolitości w tym obszarze może powodować szereg negatywnych skutków, takich jak np. nieporównywalność danych o kosztach udzielonych świadczeń, czy brak możliwości oceny ich jakości, co uniemożliwia porównanie efektów stosowanych procedur terapeutycznych.

4) **Poprawić jakość danych wprowadzanych do systemu informacyjnego ochrony zdrowia.**

Występuje istotny problem z rzetelnym prowadzeniem dokumentacji medycznej. Niektóre podmioty lecznicze prowadzą dokumentację medyczną z naruszeniem wymogów określonych w przepisach prawnych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą nie tylko kwestii formalnych, ale w części przypadków świadczyły o braku należytej staranności w dokumentowaniu procesu diagnozowania i leczenia pacjentów (co mogło powodować nieprawidłowy ich przebieg).

W podmiotach, w których wprowadzono prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej, udało się wyeliminować szereg uchybień związanych z jej prowadzeniem.

¹³ W wyniku realizacji projektu P1 miała powstać „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. Jego realizacja pozwoli na usprawnienie procesów związanych z planowaniem i realizacją świadczeń zdrowotnych, monitorowaniem i sprawozdawczością z ich realizacją, dostępem do informacji o udzielanych świadczeniach oraz publikowaniem informacji w obszarze ochrony zdrowia. Wdrażane rozwiązania umożliwią tworzenie, gromadzenie i analizę informacji o zdarzeniach medycznych. Tzw. funkcjonalności „Elektronicznej Platformy...” będą wdrażane stopniowo. Od 1 stycznia 2020 r. recepty będą wystawiane obowiązkowo w postaci elektronicznej. Od października 2018 r. do czerwca 2019 r. trwa pilotaż tzw. e-skierowania. <https://www.csioz.gov.pl/projekty/realizowane/projekt-p1/>.

3. PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

3.1. Organizacja i zasoby systemu

3.1.1. Brak docelowej wizji systemu i strategii dotyczącej polityki państwa w kluczowych obszarach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

Brak analizy ryzyk dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia w perspektywie nowych wyzwań m.in. epidemiologicznych i demograficznych

Punktem „wyjścia” każdej reformy systemu ochrony zdrowia jest określenie potrzeb zdrowotnych ludności. Bez analizy tego zjawiska nie jest możliwe ustalenie koniecznych zmian, w odniesieniu do:

- 1) Organizacji i zasad funkcjonowania podmiotów leczniczych;
- 2) Określenia więzi organizacyjnych poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia;
- 3) Zasobów sprzętowych systemu;
- 4) Zasobów potrzebnej kadry medycznej.

Ustalenie potrzeb zdrowotnych ludności zależy także od trafności prognoz dotyczących zjawisk epidemiologicznych i demograficznych.

Kontrole NIK jednoznacznie wskazują na brak prowadzenia przez organy publiczne kompleksowych i rzetelnych analiz związanych ze zmianami demograficznymi i epidemiologicznymi oraz oceny ich wpływu na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

W początkowym okresie, po wprowadzeniu ubezpieczeniowego modelu finansowania systemu ochrony zdrowia, „ciężar rozpoznania” potrzeb zdrowotnych ludności spoczywał *de facto* na regionalnych i branżowej kasach chorych, a później na Narodowym Funduszu Zdrowia. Instytucje te zbierały i analizowały dane z różnych źródeł na potrzeby kontraktowania świadczeń dla pacjentów. Dane te pochodziły głównie z analizy wykonania kontraktów w latach poprzednich, opinii konsultantów krajowych, środowisk zawodowych, danych pochodzących ze statystyki publicznej, a także rejestrów medycznych. Żadne z tych źródeł nie dostarczało jednak bieżących i rzetelnych danych (szerzej na ten temat w rozdziale 3.5. „Zasoby informacyjne ochrony zdrowia”).

Oznacza to, że w skali kraju nie istnieje żadne centrum analityczne wspierające kształtowanie polityki państwa w tym obszarze.

Krytycznie należy ocenić również same działania Funduszu dotyczące sposobu kontraktowania świadczeń, często bez uwzględnienia dostępnych danych epidemiologicznych, a więc bez wystarczającego uwzględnienia potrzeb zdrowotnych ludności. NFZ np. kontraktując świadczenia z zakresu profilaktyki onkologicznej, nie uwzględniał wartości wskaźników epidemiologicznych¹⁴. W konsekwencji, oddziały wojewódzkie NFZ, na terenie

¹⁴ Takich jak np. wskaźników zachorowalności, czy przeżywalności pięcioletniej pacjentów. Podziału środków pomiędzy poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń (w tym świadczeń profilaktycznych) dokonywali dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie analiz realizacji tych świadczeń. Analizy uwzględniały m.in. dane dotyczące zmian liczby i wartości wykonywanych świadczeń w odniesieniu do roku poprzedniego, zmian liczby pacjentów uprawnionych do objęcia poszczególnymi programami profilaktycznymi, zgłaszalność pacjentów w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz wnioski konsultantów krajowych i wojewódzkich określonych dziedzin medycyny.

których występował wysoki wskaźnik zachorowalności na nowotwory, a niski zgłaszalności na badania profilaktyczne, przeznaczały mniej środków na badania profilaktyczne niż oddziały o niskim wskaźniku zachorowalności i wysokiej zgłaszalności, np.:

- w 2013 r. w woj. małopolskim odnotowano najniższą zgłaszalność na badania profilaktyczne raka piersi – 36,7% (przy średniej krajowej – 44,3%) oraz jeden z najwyższych współczynników umieralności z powodu raka piersi – 16,1 na 100 tys. populacji (przy średniej dla kraju – 14,2). Pomimo tego, w 2013 r. wartość świadczeń zakontraktowanych z tytułu *Programu profilaktyki raka piersi* na 10 tys. uprawnionych w województwie małopolskim była najniższa w Polsce¹⁵;
- w Pomorskim OW NFZ w 2013 r. odnotowano jeden z najniższych wskaźników zgłaszalności na badania profilaktyczne raka piersi – 38,6% oraz jeden z najwyższych współczynników zachorowalności 14,5 na 100 tys. populacji, a w ramach *Programu profilaktyki raka piersi*, OW NFZ zakontraktował świadczenia na kwotę 24,3 tys. zł w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych, tj. o 4,3 tys. zł mniej w niż średnia krajowa¹⁶.

Również regionalne priorytety zdrowotne dotyczące świadczeń profilaktycznych, przyjmowane corocznie w latach 2012–2015 przez oddziały wojewódzkie Funduszu, nie były uwzględniane w procesie planowania zakupu świadczeń, np.:

- Lubuski OW NFZ określając priorytety regionalne na lata 2014–2016 wskazał jako cel np. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych – raka piersi, raka szyjki macicy, układu pokarmowego, a tymczasem w 2014 r. i 2015 r. zakontraktował świadczenia udzielane na etapie podstawowym w programie profilaktyki raka piersi na kwotę niższą niż w 2013 r.¹⁷;
- Podlaski OW NFZ na rok 2014 opracował m.in. priorytet regionalny „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu raka szyjki macicy oraz raka piersi w województwie podlaskim”, a na profilaktykę tych chorób zakontraktowano na rok 2014 zakontraktowano świadczenia o wartości niższej niż w 2013 r. – w przypadku *Programu profilaktyki raka szyjki macicy* o 24,7%, *Programu profilaktyki raka piersi* na etapie podstawowym o 1,1%, a pogłębionym o 18,3%¹⁸.

Fundusz do analizy zapotrzebowania na usługi medyczne udzielane w ramach programów profilaktycznych nie wykorzystywał informacji o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń oraz nie uzyskiwał informa-

¹⁵ W 2013 r. wyniosła ona 21,9 tys. zł i była najniższa w Polsce (średnia dla kraju 28,6 tys. zł). Najwyższą wartość świadczeń odnotowano w Lubuskim OW NFZ (38,7 tys. zł). W latach 2014–2015 wartość świadczeń zakontraktowanych na 10 tys. uprawnionych w Małopolskim OW NFZ utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: 22,3 tys. zł i 22,7 tys. zł.

¹⁶ W 2014 r. 29,5 tys. zł; w 2015 r. spadek wartości zakontraktowanych świadczeń o 3,2 tys. zł.

¹⁷ W 2013 r. zakontraktowano o wartości 3393,2 tys. zł, w 2014 r. o 3203,5 tys. zł tj. o 5,59% mniej niż w 2013 r., a w 2015 r. 3331,9 tys. zł o 1,8% mniej niż w 2013 r.

¹⁸ W 2014 r. na etapie podstawowym (2722,2 tys. zł), a pogłębionym (110,9 tys. zł), w 2013 r. odpowiednio 2752,6 tys. zł oraz 135,7 tys. zł.

cji na temat realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego własnych programów profilaktycznych¹⁹. Wskazuje to na brak koordynacji działań pomiędzy różnymi podmiotami publicznymi.

Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ²⁰, na etapie tworzenia planu zakupu świadczeń, przeprowadził niedostateczną analizę zachowania optymalnej (kompleksowej) dostępności ubezpieczonych do świadczeń. W związku z tym dokonano wyboru świadczeniodawców dla zbyt dużych obszarów. W konsekwencji unieważniono postępowania dla obszaru miasta Łodzi dla zakresów: gruźlica i choroby płuc u dzieci, diabetologia, a także nefrologia również dla obszaru miasta Łodzi i powiatów: łódzkiego wschodniego, pabianickiego, zgierskiego oraz brzezińskiego. Dopiero ponowne rozpisanie konkursów pozwoliło na wybór takiej liczby świadczeniodawców, która zapewniła tym pacjentom kompleksową opiekę oraz lepszą dostępność tych usług.

Pozytywnie należy natomiast ocenić podejmowanie przez Fundusz działań zmierzających do oceny wpływu zmian demograficznych na proces zapotrzebowania na wybrane rodzaje świadczeń. W „Prognozie korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce”²¹, opracowanej przez NFZ w czerwcu 2016 r., zwrócono uwagę na:

- istotny wzrost częstości korzystania ze świadczeń kardiologicznych, okulistycznych i diabetologicznych w grupie pacjentów w wieku powyżej 55. roku życia,
- wzrost hospitalizacji internistycznych w grupie pacjentów powyżej 70. roku życia, stanowiących już prawie połowę wszystkich pobytów w szpitalach,
- pobyt w szpitalu – przynajmniej raz w roku – co drugiego pacjenta w wieku powyżej 80. roku życia.

Oszacowano, że zmiany demograficzne zwiększą zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne, a liczba hospitalizacji w 2020 r., w porównaniu do 2014 r., wzrośnie o 3,1% (278 tys.), a w 2030 r. o 7,9% (713 tys.), w tym przykładowo w geriatrici odpowiednio o 15,1% i 50,5%, okulistyce o 10,1% i 34,8%, chorobach wewnętrznych 9,7% i 29,9%, kardiologii o 9,7% i 27,0%, angiologii o 10,3% i 26,5%, kardiochirurgii o 10,0% i 23,5%. Jednocześnie prognozuje się istotne spadki liczby pobytów na oddziałach szpitalnych, głównie położniczo-ginekologicznych i dziecięcych (neonatologii, pediatrii, chirurgii dziecięcej). Zmiany te istotnie wpłyną na poziom finansowania świadczeń w kolejnych latach. W ww. prognozie wskazano, że w kontekście zmian demograficznych należy

¹⁹ NFZ nie ma obowiązku uzyskiwania takich informacji, a treść programów profilaktycznych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego jest publikowana na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i doraźnie monitorowana.

²⁰ Kontrola pn. „Kontraktowanie przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wybranych świadczeń medycznych na 2012 r. i lata następne” Nr 1/12/001.

²¹ http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swiadczen_szpitalnych_finansowanych_przez_nfz_w_kontekście_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf.

monitorować zasoby leczenia stacjonarnego, przede wszystkim dotyczących zapotrzebowania na personel medyczny poszczególnych zawodów i specjalności. Należy również rozważyć rozwój usług medycznych skierowanych dla osób starszych i odpowiednią zmianę struktury świadczeń udzielanych w szpitalu.

Kontrole NIK wykazały, że zakupy sprzętu medycznego odbywały się także bez uwzględnienia potrzeb zdrowotnych ludności. Kontrola pn. „Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych” wykazała, iż decyzje o przyznaniu dofinansowania zakupu aparatury były podejmowane bez analizy potrzeb zdrowotnych i oceny dostępności świadczeń udzielanych z wykorzystaniem tego rodzaju wyposażenia²².

Zakup sprzętu medycznego a potrzeby ludności

Świadczeniodawcy bez rozpoznania potrzeb zdrowotnych realizowali inwestycje, np. dokonywali zakupu nowoczesnego sprzętu, prowadzili roboty budowlane, zatrudniali dodatkowy personel medyczny, choć w danym regionie działały już inne podmioty lecznicze udzielające tych samych świadczeń²³. Przekładało się to na stopień wykorzystania dostępnych zasobów (np. na zróżnicowane wykorzystanie łóżek szpitalnych w poszczególnych województwach)²⁴. Jednym ze skutków niedostosowania bazy materialnej do potrzeb zdrowotnych były migracje pacjentów pomiędzy poszczególnymi województwami²⁵.

Próbą racjonalizacji tak funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej w Polsce było wprowadzenie map potrzeb zdrowotnych²⁶ jako jednego z narzędzi stymulujących rozwój regionalnej i krajowej infrastruktury, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa.

Mapy potrzeb zdrowotnych

W perspektywie finansowej na lata 2007–2013 obszar zdrowia został zasilony środkami europejskimi w wysokości ok. 4,5 mld zł. W nowej perspektywie finansowej, na lata 2014–2020, kwota ta jest prawie trzykrotnie wyższa i wynosi 12 mld zł. Uruchomienie zarezerwowanych środków zostało uzależnione od podjęcia prac nad przebudową systemu zdrowia, w tym także od opracowania map potrzeb zdrowotnych i na ich podstawie dostosowania zasobów systemu do przyszłych, przewidywanych potrzeb. W państwach europejskich mapy potrzeb zdrowotnych były tworzone jako istotne narzędzie wspierające procesy decyzyjne

²² Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych”.

²³ Patrz przypis nr 20.

²⁴ W kontroli NIK pn. „Wykonanie w 2012 roku planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia”, Nr ewid. 165/2013/P/13/128/KZD, ustalono m.in., że obłożenie łóżek szpitalnych wynosiło średnio 64%.

²⁵ Należy jednak pamiętać o tym, że pacjenci mają prawo swobodnego wyboru świadczeniodawcy. W pewnej części migracje związane są z udzielaniem świadczeń wysokospecjalistycznych, w przypadku których istnieje jeden lub kilka ośrodków w całym kraju. Problem migracji dotyczy jednak sytuacji, kiedy równoimienne ośrodki/ komórki organizacyjne występują na terenie poszczególnych województw, lecz z uwagi na czas oczekiwania, pacjenci zmuszeni są do korzystania z tych świadczeń w innych województwach.

²⁶ Art. 95a i następane ustawy o świadczeniach dodane przez art. 1 pkt 35 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.) z dniem 1 stycznia 2015 r.

w systemie ochrony zdrowia, mające zapewnić trwałość działań podjętych na podstawie obiektywnych analiz oraz procesu wyjaśniania polityki społecznej w ramach ochrony zdrowia²⁷.

Kontrola NIK wykazała, że pierwsze edycje map potrzeb zdrowotnych zawierały szereg nierzetelnych danych dotyczących zjawisk epidemiologicznych, a także zasobów systemu ochrony zdrowia²⁸.

Nierzetelne dane powodowały konieczność szacowania skali analizowanych zjawisk, np. w przypadku danych zamieszczonych w Krajowym Rejestrze Nowotworów. Z kolei ze względu na niekompletność danych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS oraz w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, przy opracowywaniu MPZ w ogóle nie wykorzystano informacji z tych źródeł. Obniżało to przydatność map jako narzędzia wspierającego podejmowanie kluczowych decyzji zarządczych w systemie ochrony zdrowia. Przyczyną tych nieprawidłowości była nieaktualność i niekompletność danych zawartych w niektórych rejestrach. Analizy opracowywano także na podstawie informacji, niekiedy historycznych, pochodzących z lat 2012–2013.

Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 95c ustawy o świadczeniach, wojewodowie, na podstawie map potrzeb zdrowotnych, opracowywali priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej. Ze względu na nieaktualność danych zawartych w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych bądź występujące w nich błędy merytoryczne, część wojewodów wykorzystywała inne zasoby informacyjne.

Pomimo wspomnianych nieprawidłowości, stwarzających ryzyko braku korelacji podejmowanych decyzji z potrzebami zdrowotnymi ludności, wdrożono system oceny wniosków inwestycyjnych – „IOWISZ”. Pozwoliło to na formalne spełnienie wymogów określonych przez UE i uzyskanie przez świadczeniodawców środków na nowe projekty infrastrukturalne.

Minister Zdrowia nie zapewnił optymalnych warunków organizacyjnych służących prawidłowemu tworzeniu map potrzeb zdrowotnych. Przede wszystkim nie zapewniono zakładanego wsparcia ekspertów zewnętrznych. Ich zadania realizowali pracownicy Ministerstwa. Dopuszczono również do wydłużenia o rok budowy Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – narzędzia wspierającego proces tworzenia i aktualizacji map.

Potrzeby zdrowotne a „sieć szpitali”

Przebudowie systemu, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi ludności, oraz optymalizacji wykorzystania zasobów nie sprzyja fakt, iż tzw. „sieć szpitali” została ustalona na podstawie kryteriów formalnych wskazanych przez Ministra Zdrowia, bez uwzględnienia map potrzeb zdrowotnych i wynikających z nich rekomendacji.

²⁷ Np. we Francji, Austrii, Czechach, Niemczech.

²⁸ Patrz informacja o wynikach kontroli „Tworzenie map potrzeb zdrowotnych”.

Formalne spełnienie warunków wymaganych przez UE, polegających na opracowaniu map potrzeb zdrowotnych oraz dokonywanie na ich podstawie inwestycji w systemie ochrony zdrowia, współfinansowanych ze środków UE, nie daje gwarancji przebudowy systemu ochrony zdrowia zgodnie z przewidywanymi potrzebami ludności. Mapy potrzeb zdrowotnych muszą opierać się na rzetelnych danych, tak aby mogły stanowić podstawę dla planowania finansowania świadczeń. Tymczasem niektóre rejestry i systemy teleinformatyczne wykorzystywane w ochronie zdrowia nie zawierają aktualnych i wiarygodnych danych. NIK zwraca uwagę, że bez poprawy w tym obszarze, mapy potrzeb zdrowotnych będą w ograniczonym zakresie odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby ludności i służyły kreowaniu polityki zdrowotnej państwa.

3.1.2. Nierównomierne rozmieszczenie podmiotów leczniczych, nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych ludności – dysproporcje pomiędzy poszczególnymi regionami oraz pomiędzy terenami wiejskimi i miastami

W latach 2010–2017 wielu świadczeniodawców wykazywało wykonanie świadczeń ponad limit określony w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, z kolei inni nie realizowali w pełni kontraktów, co świadczyło o strukturalnym niedopasowaniu podaży świadczeń do potrzeb zdrowotnych ludności. W części województw nie zabezpieczono dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, a dostęp do już zakontraktowanych świadczeń był zróżnicowany²⁹.

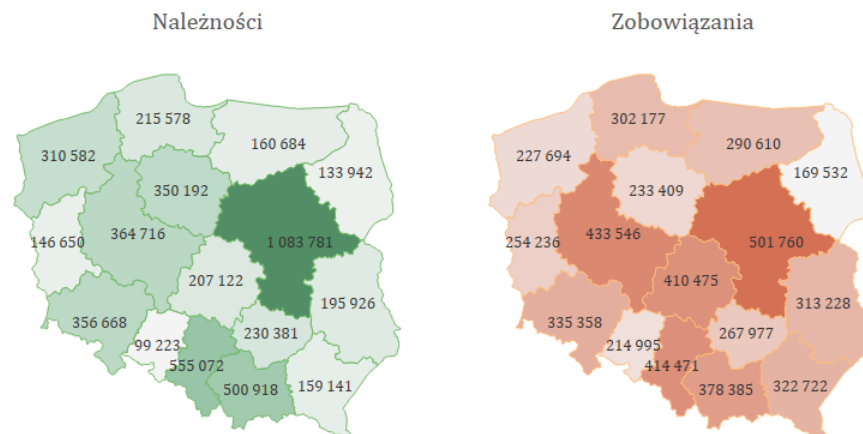
Strukturalne niedopasowanie popytu i podaży świadczeń

Odzwierciedleniem nierównomiernego rozmieszczenia podmiotów leczniczych były przepływy środków finansowych pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ; największe w przypadku tych regionów, które posiadały najlepiej rozwiniętą bazę materialną systemu.

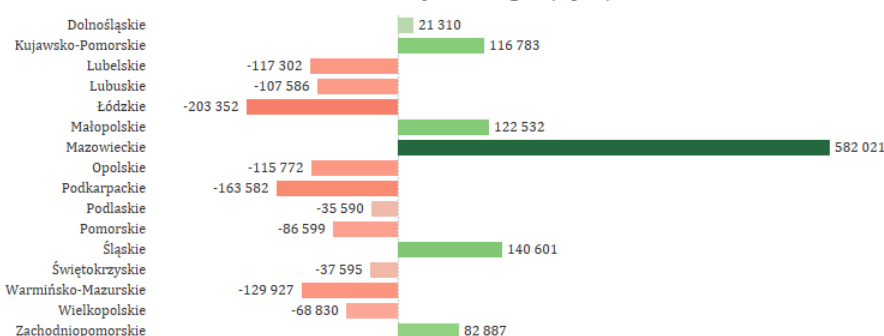
²⁹ Patrz: informacje o wynikach kontroli: „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku” (Nr ewid. 156/2018/P/18/055/KZD), „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku” (Nr ewid. 157/2017/P/17/056/KZD), „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.” (Nr ewid. 171/2016/P/16/053/KZD), „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku” (Nr ewid. 192/2015/P/15/059/KZD), „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok” (Nr ewid. 165/2014/P/14/060/KZD).

Infografika nr 2

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w poszczególnych OW NFZ pacjentom spoza tych województw (należności) oraz udzielonych pacjentom poszczególnych OW NFZ na terenie innych województw (zobowiązania) w 2016 r. w tys. zł



Bilans rozliczeń z tytułu migracji pacjentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Dostęp do leczenia a miejsce zamieszkania

W 2016 r. mieszkanki wsi w wieku co najmniej 18 lat stanowiły 38% Polek w tej grupie wiekowej i urodziły 41% wszystkich dzieci. W województwach objętych kontrolą NIK³⁰ mieszkanki wsi stanowiły od 29% w woj. zachodniopomorskim do 57% w woj. podkarpackim. Urodziły one 34% dzieci w woj. zachodniopomorskim i 60% w woj. podkarpackim. Natomiast poradnie w gminach wiejskich stanowiły tylko nieznaczny odsetek ogółu poradni tego typu (od 8% w woj. podlaskim do 29% w woj. podkarpackim). Większość z takich poradni znajdowała się bowiem w gminach miejskich (od 35% w woj. opolskim do 82% w woj. podlaskim).

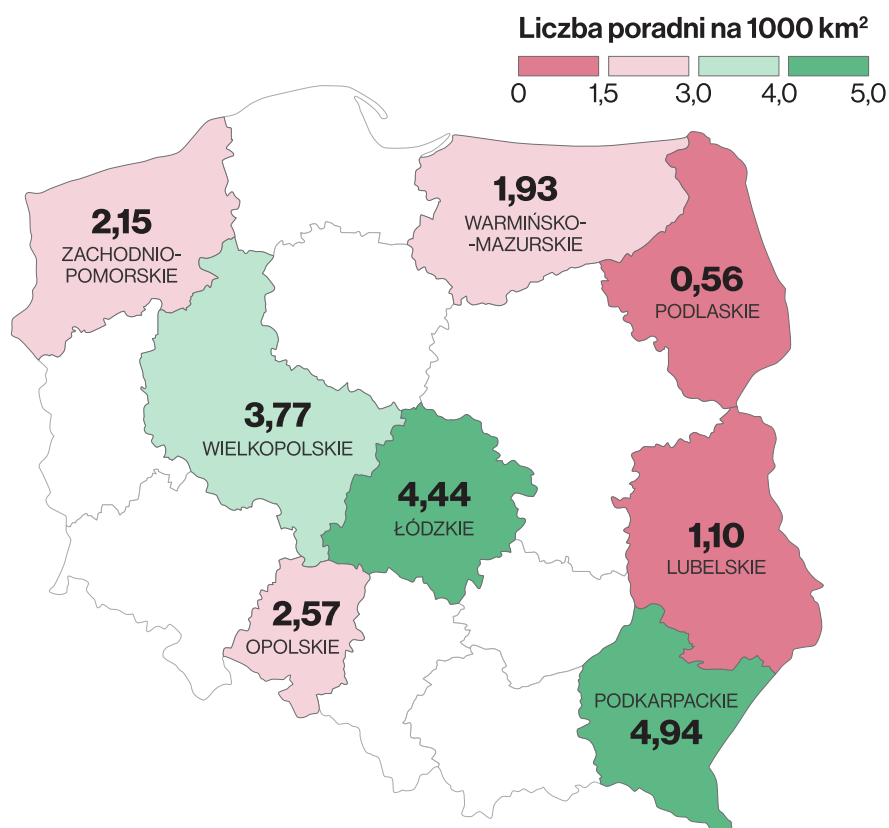
W sześciu województwach objętych kontrolą występowały obszary, na których w promieniu co najmniej 20 km nie było zakontraktowanej przez NFZ poradni ginekologiczno-położniczej. Najgorsza pod tym względem była sytuacja w woj. podlaskim, gdzie na obszarze dziewięciu powiatów (spośród 17 ogółem) odległość do najbliższej poradni ginekologiczno-położniczej wynosiła ponad 20 km, a w skrajnym przypadku była bliska 50 km. W przypadku kobiet w ciąży odległość do poradni może być istotną

³⁰ Informacja o wynikach kontroli „Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich” (P/17/061), Warszawa, czerwiec 2018 r.

barierą w dotarciu na badania. Odmienna sytuacja miała miejsce w woj. opolskim i łódzkim, na terenie których odległość do najbliższej poradni nie przekraczała 20 km.

Infografika nr 3

Liczba poradni na 1000 km² w województwach objętych kontrolą (z wyłączeniem powierzchni miast będących siedzibą powiatu)



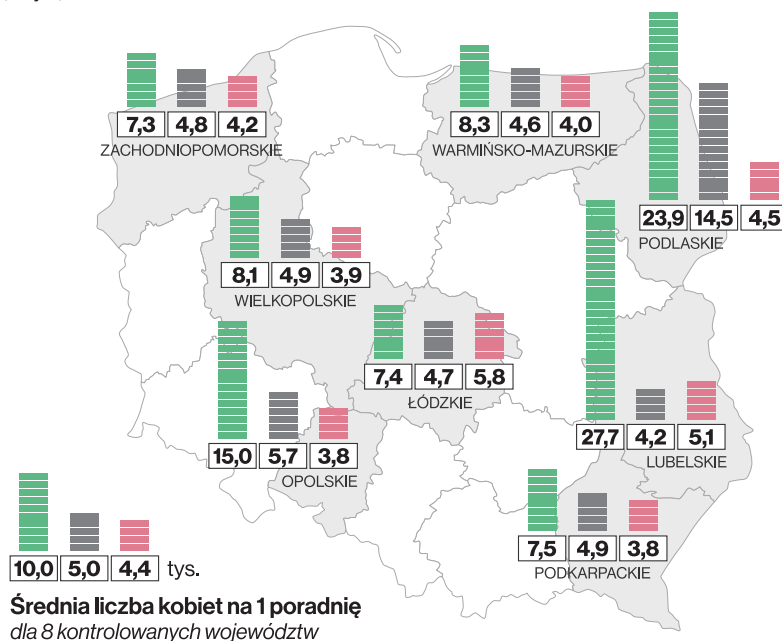
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz kontroli w OW NFZ.

Mieszkancki dwóch, spośród ośmiu województw objętych kontrolą (lubelskie i podlaskie), miały najgorszą sytuację jeśli chodzi o odległość do najbliższej poradni ginekologicznej. Było to spowodowane zakontraktowaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na lata 2016–2017, świadczeń w małej liczbie poradni ginekologicznych, w odniesieniu do liczby potencjalnych pacjentek. Na jedną poradnię zlokalizowaną na wsi przypadało 27 743 i 23 942 kobiet, podczas gdy średnio w mieście było to – odpowiednio – 5075 i 4454 pacjentek. Sytuację pogarszał też krótki czas pracy większości poradni wiejskich (10–13 godzin tygodniowo).

Infografika nr 4

Liczba pacjentek przypadających na poradnię w województwach objętych kontrolą

Liczba kobiet na 1 poradnię ginekologiczno-położniczą w gminach: ■ wiejskich ■ miejsko-wiejskich ■ miejskich (w tys.)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS oraz kontroli w OW NFZ.

3.1.3. Ograniczona koordynacja działań pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia

Różne wymiary koordynacji działań w systemie ochrony zdrowia

Koordynacja działań w systemie ochrony zdrowia powinna dotyczyć przede wszystkim:

- 1) wymiany informacji związanych z procesem leczniczym pomiędzy podmiotami leczniczymi, ale także³¹,
- 2) kontraktowania świadczeń,
- 3) dokonywania nakładów inwestycyjnych i rozmieszczenia bazy materialnej systemu.

Koordynacja wymiany informacji

System opieki zdrowotnej funkcjonujący do 1999 r. opierał się na merytorycznym nadzorze szpitala rejonowego nad siecią placówek opieki ambulatoryjnej, tj. zarówno lekarzy ogólnych, jak również zatrudnionych w placówkach specjalistycznych. Nadzór organizacyjny sprawował zaś wojewoda przy pomocy swojego aparatu urzędniczego, jakim był urząd wojewódzki.

Po reformie więzi organizacyjne systemu uległy dezintegracji, co nie oznacza, że problem koordynacji działań nie był dostrzegany przez twórców reformy. Zakładano, że koordynatorem, a zarazem „przewodnikiem” pacjenta po systemie ochrony zdrowia, będzie lekarz rodzinny/lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarzowi POZ nie nadano jednak żadnych uprawnień umożliwiających realizację tego obowiązku. W praktyce zakres koordynacji uzależniony był od inicjatywy pacjenta. Jeśli ten „podzielił się wiedzą” z lekarzem POZ, ten mógł odnotować w swojej dokumentacji

³¹ Szerzej o braku koordynacji w aspekcie procesu leczniczego w ppkt 2.3.2. niniejszej Informacji.

medycznej istotne informacje medyczne. W przeciwnym razie wiedza o stanie zdrowia była rozproszona i pozostawała w gestii poszczególnych świadczeniodawców.

Panaceum miał być system informacyjny ochrony zdrowia, który poza kontrolą rozliczeń (w ramach tzw. systemów dziedzinowych przeznaczonych dla konkretnych uczestników systemu), miał zapewnić podmiotom leczniczym dostęp do bieżących i aktualnych danych o stanie zdrowia pacjenta. System ten, budowany od lat 90-tych XX w., nie został de facto zbudowany do tej pory.

Brak takiego systemu powodował np. wykonywanie nieuzasadnionych badań diagnostycznych, zwłaszcza ich niepotrzebne powtarzanie, co generowało dla systemu dodatkowe, nieuzasadnione koszty. Może to również być wręcz niebezpieczne dla samych pacjentów. Kontrole NIK ujawniły bowiem m.in. przypadki wielokrotnego korzystania przez pacjentki z badań mamograficznych bez uzasadnionej medycznie przyczyny, podczas jednego roku kalendarzowego, w ramach programów profilaktycznych finansowanych ze środków NFZ oraz jednostek samorządu terytorialnego (j.s.t.)³².

Koordinacja wymiany informacji pomiędzy podmiotami publicznymi ma również wymiar finansowy. Brak informacji o zgonie osób uprawnionych powodował, że NFZ nie był w stanie eliminować na bieżąco przypadków płatności za fikcyjne świadczenia, na co wskazują kontrole NIK³³. Utrudnia to również wprowadzenie mechanizmu zapewniającego wstrzymanie dokonywania płatności na rzecz lekarzy pierwszego kontaktu w sytuacji, gdy pacjent ma zapewnioną opiekę medyczną w innym miejscu, np. w związku z długotrwałym pobytem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Uczestnicy systemu ochrony zdrowia w ograniczonym stopniu podejmowali współpracę, która miała zapewnić optymalny dostęp do świadczeń. Kontrola NIK „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych” ujawniła, że NFZ sporadycznie podejmował taką współpracę z j.s.t. oraz okręgowymi izbami lekarskimi³⁴.

Również Minister Zdrowia w ograniczonym stopniu wykorzystywał informacje o realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach zdrowotnych dotyczących rehabilitacji leczniczej, tj. nie prowadził w tym zakresie bieżących analiz, porównań i innych prac analitycznych.

W latach 2010–2012 jednostki samorządu terytorialnego realizowały 404 własne programy zdrowotne dotyczące rehabilitacji leczniczej³⁵. Środki finansowe przekazane z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na realizację tych programów wyniosły w tym czasie 13 912,3 tys. zł. Brakowało koordynacji działań instytucji finansujących rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową: NFZ, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasy

Koordinacja
kontraktowania
świadczeń

³² Informacja o wynikach kontroli realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w latach 2006 – 2008” P/08/098, Warszawa, październik 2009 r.

³³ Patrz ppkt 2.17. niniejszej Informacji.

³⁴ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych”.

³⁵ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej”.

Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), jednostek samorządu terytorialnego. Taka sytuacja może prowadzić do nieefektywnego wydatkowania środków publicznych oraz stwarza możliwość podwójnego finansowania świadczeń tego rodzaju przez różnych płatników.

Podobne ustalenia zostały poczynione przez NIK podczas kontroli programów polityki zdrowotnej realizowanych w latach 2013–2015 przez j.s.t. Kontrole NIK ujawniły niewystarczającą koordynację ich realizacji, co skutkowało prowadzeniem tych samych działań na danym obszarze³⁶. Liczba i zakres realizowanych programów zależały od sytuacji ekonomicznej j.s.t. Powodowało to zróżnicowany dostęp do takich świadczeń w skali kraju. Brak było również mechanizmów weryfikacji danych w ramach programów, czy w trakcie przekazywania stosownych informacji o zrealizowanych programach pomiędzy szczeblami administracji samorządowej i rządowej.

Najwyższa Izba Kontroli wskazała m.in., że efektywny ekonomicznie model opieki zdrowotnej powinien opierać się na długofalowych działaniach profilaktycznych. Zmniejszą one liczbę osób diagnozowanych i leczonych w zaawansowanych stadiach chorobowych, które są trudniejsze do leczenia i wymagają większych nakładów finansowych. W tym celu konieczne jest wzmocnienie koordynacji działań dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej pomiędzy j.s.t. a administracją rządową i NFZ. Poprawa tej koordynacji może zapobiec dublowaniu się świadczeń, zapewnić realizowanie świadczeń adekwatnych do zdefiniowanych potrzeb, jak również umożliwić oszczędności w wydatkach publicznych. Realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych przez j.s.t., prowadzona w ścisłej współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, powinna być jednym z elementów sprawnego systemu ochrony zdrowia.

W związku tymi ustaleniami NIK wnioskuje o zapewnienie stałego i adekwatnego do potrzeb źródła finansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej. Formą realizacji tego postulatu była nowelizacja ustawy o świadczeniach, zgodnie z którą NFZ uzyskał możliwość dofinansowywania samorządowych programów polityki zdrowotnej, po uprzednim ich zaopiniowaniu³⁷. W ten sposób stworzono również mechanizm koordynacji działań.

Kolejne narzędzie koordynacji działań regionalnych przyniosła nowelizacja ustawy o świadczeniach, wprowadzająca obowiązek opracowania regionalnych map potrzeb zdrowotnych. Nakładała ona wymóg współpracy różnych uczestników systemu ochrony zdrowia przy opracowywaniu regionalnych priorytetów zdrowotnych, uwzględnianych w procesie planowania zakupu świadczeń przez NFZ. Nadal jednak zasady współpracy pomiędzy j.s.t. poszczególnych szczebli nie były w pełni doprecyzowane. Dotyczyło to m.in. sytuacji, gdy na danym terenie działały szpitale

³⁶ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”.

³⁷ Art. 48d ustawy o świadczeniach dodany przez art. 22 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492, ze zm.) z dniem 1 stycznia 2017 r.

o podobnych profilach podlegające różnym organom założycielskim lub właścicielskim.

Kontrole NIK dotyczące realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, prowadzone w latach 2008–2018, wielokrotnie wskazywały na fakt, iż problemy z dostępem pacjentów do świadczeń miały miejsce w sytuacji niepełnego wykorzystania potencjału podmiotów leczniczych. Jednocześnie część tych podmiotów wykazywała wykonanie świadczeń ponad limity określone w umowach zawartych z Funduszem, a część niepełne wykonanie kontraktów³⁸.

Koordinacja nakładów inwestycyjnych i rozmieszczenia bazy materialnej

Wskazuje to na szereg problemów systemowych, zwłaszcza na koncentrację zasobów kadrowych i sprzętowych w wybranych obszarach (przede wszystkim w dużych ośrodkach miejskich), co powoduje trudności kontraktowania świadczeń w pozostałych rejonach kraju, a także migrację pacjentów.

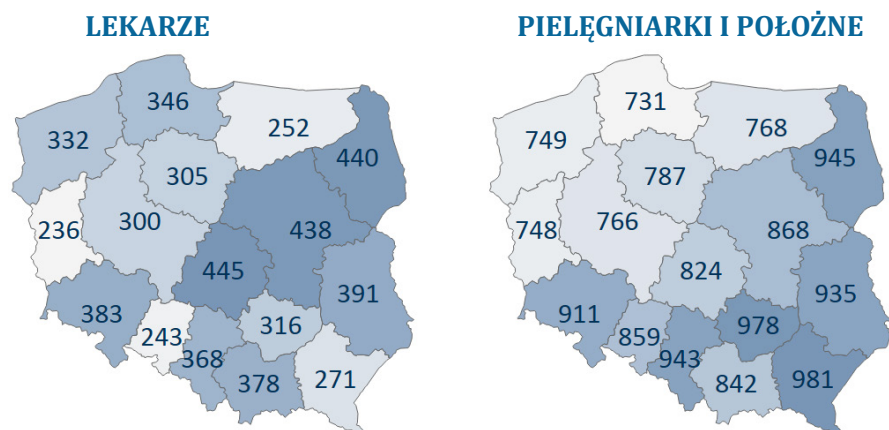
3.1.4. Brak odpowiedniej liczby personelu

Podstawowym problemem systemu są niedobory wykwalifikowanego personelu medycznego oraz jego nierównomierne rozmieszczenie, zaś funkcjonujący system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewnia przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa³⁹.

Niewystarczające zasoby kadrowe

Infografika nr 5

Liczba lekarzy oraz liczba pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP (stan na 31.10.2018 r.), Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (stan na 31.12.2017 r.), GUS (stan na dzień 31.12. 2017 r. i 30.06.2018 r.).

Nierówności w rozmieszczeniu kadry medycznej poszczególnych specjalności mają istotny wpływ na dostęp do wybranych świadczeń zdrowotnych na terenie kraju.

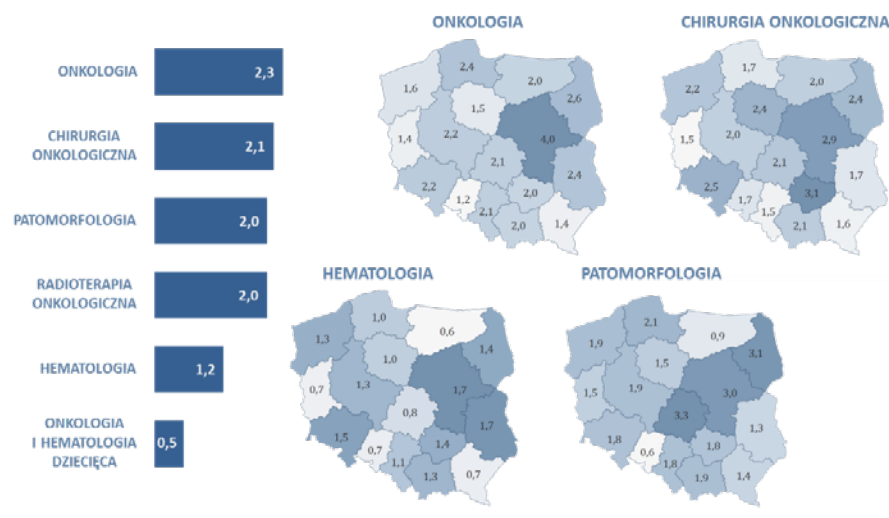
³⁸ Przykładowo: Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku”, przypis nr 29.

³⁹ Patrz kontrola NIK „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych”.

PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Infografika nr 6

Liczba lekarzy wybranych specjalności z zakresu onkologii na 100 tys. mieszkańców

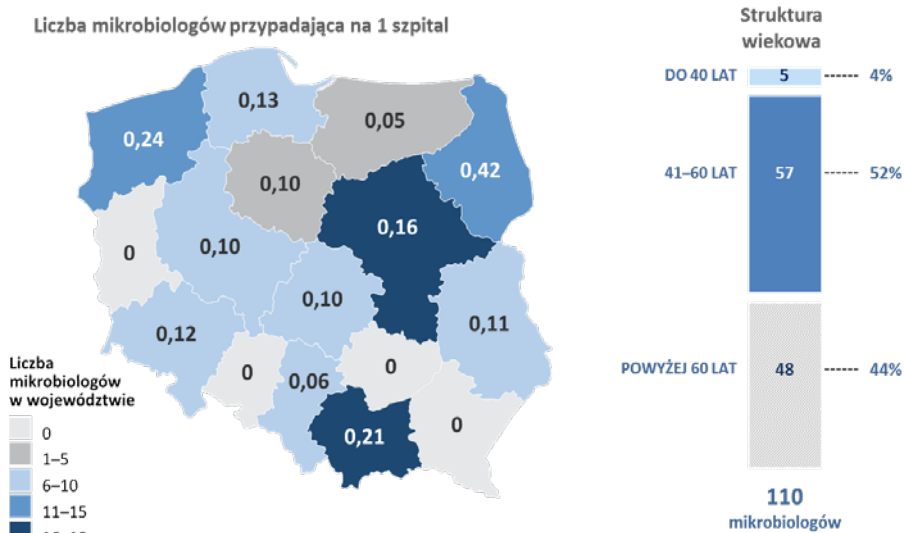


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP (stan na 31.12.2017 r.), GUS (stan na dzień 30.09.2017 r.).

Zaniepokojenie budzi mała liczba lekarzy mikrobiologów, zwłaszcza z uwagi na konieczność skutecznej walki z zakażeniami szpitalnymi i rosnącą liczbę zakażeń wywołanych przez bakterie antybiotykooporne

Infografika nr 7

Liczba lekarzy mikrobiologów w Polsce



Źródło: Opracowanie własne NIK, na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej.

Najwyższa Izba Kontroli, badając dostępność i finansowanie cukrzycy typu 2, stwierdziła problemy związane z zapewnieniem odpowiedniej liczby specjalistów w dziedzinie diabetologii. Pomimo wzrostu, w latach 2015-2017 (I połowa), liczby czynnych zawodowo lekarzy diabetologów o 18,8%, tj. z 1119 do 1329, była ona niższa od wartości optymalnej (1585) określonej przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii.

Wskaźnik liczby diabetologów przypadających na 25 tys. mieszkańców Polski, według stanu na 30 sierpnia 2017 r., wynosił 0,87, a w ocenie Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii – powinien wynosić 1,0. Tylko w czterech województwach wskaźnik ten miał wartość rekomendowaną, a w pozostałych – niższą, wynoszącą od 0,47 w województwie lubuskim do 0,93 – w zachodniopomorskim.

Minister Zdrowia nie wyliczył wartości wskaźnika określającego liczbę lekarzy, w odniesieniu do liczby mieszkańców, niezbędną do zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych chorym na cukrzycę. W trakcie kontroli NIK prowadzono prace mające stworzyć metodologię, która będzie służyła szacowaniu potrzebnej liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Także w przypadku map potrzeb zdrowotnych dla zakresu cukrzyca nie odniesiono się do kadry medycznej, a wśród dziedzin medycyny ze zbyt małym zapleczem kadrowym nie wymieniono diabetologii.

Nie funkcjonował wówczas jeszcze System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, którego zadaniem, zgodnie z założeniami, miało być m.in. gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w poszczególnych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, a także wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych. Najwyższa Izba Kontroli wskazała na potrzebę szybkiego wdrożenia tego systemu, który został uruchomiony już po zakończeniu kontroli, a był realizowany w ramach projektu „Dziedzinowe systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia (P4)”.

Nie istniały także mechanizmy pozwalające na oszacowanie skali emigracji personelu medycznego. Zmniejszyło to skuteczność działań Ministra Zdrowia, które miały ograniczyć to zjawisko. Przyjazd personelu z innych krajów nie rekompensował ubytku specjalistów. Do braku odpowiedniej liczby specjalistów przyczyniała się ograniczona liczba miejsc rezydenckich. Natomiast w wielu dziedzinach deficytowych nie wszystkie przyznane miejsca, były wykorzystywane ze względu na brak chętnych.

Niekorzystne skutki niedoboru lekarzy łagodziło pełnienie dyżurów przez lekarzy kontraktowych, często własnych pracowników zatrudnionych również w ramach umowy o pracę, którym stwarzało jednocześnie możliwość uzyskania wyższych dochodów. W blisko 41% szpitali kontrole NIK wykazały liczne przypadki łączenia dwóch lub więcej następujących po sobie dyżurów medycznych, przed którymi i bezpośrednio po zakończeniu których, lekarze udzielali świadczeń w ramach umowy o pracę. Stwarzało to ryzyko niedochowania należytej staranności wykonywania świadczeń zdrowotnych wymaganej przez artykuł 8 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁴⁰.

Lekarze zatrudnieni na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy pełnili dodatkowo dyżury w ramach odrębnie zawartych umów cywil-

⁴⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm., dalej „ustawa o prawach pacjenta”. Patrz kontrola NIK „Zatrudnienie w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej”.

noprawnych. Umowy takie zawierano między innymi celem omięcia ustawowo zagwarantowanego prawa do 11 godzinnego wypoczynku po zakończonym dyżurze. Zgodnie z wymogami art. 97 ust. 1 i 2 ustawy *o działalności leczniczej*⁴¹, pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (ust. 1). Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego (ust. 2). Należy zauważyć, że przepisy tej ustawy dotyczą pracowników, a więc osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (art. 2 Kodeksu pracy⁴²) i nie mają zastosowania do zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów). Ustawodawca – odmiennie niż na gruncie Kodeksu pracy – uregulował wpływ pełnionego dyżuru na prawo do skorzystania z 11 godzinnego odpoczynku w danej dobie pracowniczej. O ile, zgodnie z art. 151⁵ § 2 Kodeksu pracy, czas pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do dobowego i tygodniowego odpoczynku, o tyle w ustawie *o działalności leczniczej* czas pełnionego dyżuru medycznego stanowi uzasadnienie przesunięcia momentu rozpoczęcia korzystania z odpoczynku na następną dobę. Nie ma zatem przeszkód prawnych, by odpoczynek dobowy udzielany był po zakończeniu dyżuru medycznego, którego maksymalny okres trwania musi się zamykać w obrębie 24 godzin od chwili rozpoczęcia pracy, gdy dyżur pełniony jest po dniu pracy pracownika, lub 24 godzin, gdy dyżur taki pełniony jest w dniu wolnym od pracy. Jednak długość nieprzerwanej pracy wykonywanej w ramach dyżurów pełnionych przez własnych lekarzy, zatrudnionych na podstawie Kodeksu pracy i jednocześnie umów cywilnoprawnych, przekraczała opisane wyżej normy prawne (także z uwzględnieniem wyrażenia zgody na dłuższe zatrudnienie w ramach klauzuli „opt-out”).

Stan ten (dopuszczalny prawnie) może powodować, że zmęczenie lekarzy będzie stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów. Minister Zdrowia powinien zatem doprowadzić do zmiany obowiązujących przepisów prawnych, tak, by prawo do odpoczynku było przypisane do pracownika (osoby) i uwzględniało łączny czas wykonywania obowiązków u jednego pracodawcy niezależnie od formy zawartych umów. Zmiana taka uzasadniona jest bezpieczeństwem pacjentów.

Również wprowadzenie od 1 stycznia 2019 r. norm dotyczących wymaganej liczby pielęgniarek przypadających na łóżko, na oddziałach zachowawczych (0,6 etatu) oraz zabiegowych (0,7 etatu), miało na celu ujednoczenie i poprawę opieki nad pacjentem⁴³. Spełnienie tych warunków jest obecnie wymogiem realizacji kontraktu z NFZ.

W sytuacji niedoborów kadry medycznej, w tym pielęgniarskiej, może to jednak spowodować, co podkreślali uczestnicy organizowanych

⁴¹ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm., zwana dalej „ustawą o działalności leczniczej”.

⁴² Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, ze zm.).

⁴³ Patrz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2012).

przez NIK paneli ekspertów, konieczność zamknięcia części oddziałów szpitalnych, a nawet całych podmiotów leczniczych. Tym samym dostęp do świadczeń może się pogorszyć.

Wyniki kontroli NIK wskazywały na niekorzystną strukturę wiekową pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach. Były to przeważnie osoby w wieku powyżej 45 lat. W efekcie niedoboru pielęgniarek kontrolowane przez NIK szpitale nie zapewniły minimum dwuosobowej obsady pielęgniarskiej na dyżurach nocnych. Taka obsada na oddziale szpitalnym jest nie tylko dobrą praktyką, ale także istotnym warunkiem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz dyżurującego personelu medycznego.

Niekorzystna struktura wiekowa lekarzy i pielęgniarek

Niedobór personelu stwierdzono również w przypadku leczenia onkologicznego, m.in. w związku z wprowadzeniem obowiązku powołania tzw. konsylium, tj. interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, którego zadaniem jest opracowanie planu leczenia pacjenta. Według stanu na 30 września 2016 r., czynnych zawodowo było:

- 783 chirurgów onkologicznych,
- 747 radioterapeutów onkologicznych,
- 450 hematologów,
- 184 onkologów i hematologów dziecięcych,
- 771 patomorfologów,
- 3 394 radiologów i diagnostów obrazowych,
- 816 onkologów.

Liczba lekarzy tych specjalności⁴⁴, będących w trakcie specjalizacji wynosiła 1.058, z tego: 473 lekarzy onkologii klinicznej, 171 radioterapii onkologicznej, 208 chirurgii onkologicznej, 148 ginekologii onkologicznej oraz 58 onkologii i hematologii dziecięcej.

W podziale na kategorie wiekowe⁴⁵, wśród onkologów największy odsetek stanowią osoby w wieku 41–65 lat (643 osoby – 80,8%), ze specjalizacją radioterapia onkologiczna 46–65 lat oraz powyżej 70. r.ż. (376 – 46,7%), wśród hematologów w wieku 46–55 (176 osób – 37,4%), wśród onkologów i hematologów dziecięcych w wieku 46–55 lat (104 osoby – 55,9%), wśród patomorfologów w wieku 46–55 lat oraz powyżej 70. r.ż. (438 osób – 50,0%), wśród radiologów i diagnostów obrazowych w wieku 46–55 lat oraz powyżej 70. r.ż. (1 838 osób – 48,3%), wśród onkologów w wieku 36–45 lat (463 osoby – 55,9%).

3.1.5. Dekapitalizacja majątku, niespełnianie obowiązujących standardów dotyczących budynków i wyposażenia

Zgodnie z założeniami reformy z 1999 r. kasy chorych, a od 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia, miały dokonywać zakupu świadczeń bez uwzględnienia kosztów amortyzacji aktywów świadczeniodawcy. Inwestycjami w systemie ochrony zdrowia miały zajmować się podmioty założycielskie SPZOZ-ów lub organy właścicielskie (po przekształceniu

Dekapitalizacja majątku, niespełnianie standardów

⁴⁴ Zgodnie z danymi z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, stan na dzień 27 września 2016 r.

⁴⁵ Łącznie lekarze ze specjalizacją I stopnia, II stopnia lub specjalizacją bezstopniową.

SPZOZ-u w spółki kapitałowe). Uwarunkowania ekonomiczne, a zwłaszcza ograniczone środki j.s.t. będących podmiotami założycielskimi SPZOZ, powodowały, że nakłady na infrastrukturę placówek ochrony zdrowia były bardzo ograniczone. Prowadziło to do dekapitalizacji majątku i zużycia sprzętu oraz aparatury medycznej. Czynnikiem pogłębiającym ten stan były ograniczone możliwości akumulacji środków przez same placówki, narastający problem ich zadłużenia, nieregulowanie przez nie zobowiązań.

Jednocześnie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej*⁴⁶, tj. 15 stycznia 1992 r., podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w tym szpitale, zobowiązane są do posiadania pomieszczeń i urządzeń odpowiadających wymogom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym⁴⁷. Wymogi dotyczyły usytuowania poszczególnych pomieszczeń, w których odbywa się diagnostyka i leczenie, szerokości wejść i wyjść, wyposażenia sal w urządzenia do dezynfekcji, odpowiedniego oświetlenia, wentylacji i klimatyzacji, a także zapewnienia rezerwowych źródeł zaopatrzenia szpitala w wodę i energię elektryczną.

Jednostki, które nie spełniały tych wymogów w dniu wejścia przepisów wykonawczych do wskazanej ustawy, tj. 20 października 1992 r., zostały zobowiązane do opracowania i zrealizowania programów dostosowawczych⁴⁸. Pierwotny okres realizacji tych programów ustalono na 10 lat. Kolejne zmiany przepisów wydłużały ten termin, najpierw do 31 grudnia 2012 r., następnie do 31 grudnia 2016 r. i w końcu do 31 grudnia 2017 r. Ostatecznie dopuszczono funkcjonowanie podmiotów, które nie zrealizowały programu dostosowawczego, wprowadzając możliwość uzyskania opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wpływie, jaki niesie niespełnienie wymogów na bezpieczeństwo pacjentów. Opinia ta przekazywana jest do wiadomości organów nadzoru (województw)⁴⁹.

Termin dostosowania podmiotów leczniczych do tych wymagań przesuwano ze względu na powszechne opóźnienia w realizacji programów dostosowawczych. W I kwartale 2016 r. tylko 8,4% szpitali było w pełni

⁴⁶ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.

⁴⁷ W okresie obowiązywania ustawy o zoz wymagania te określano jako „fachowe i sanitarne”. Ustalono je na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zoz kolejno w: rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 366, ze zm.) – uchylone z dniem 1 lipca 2005 r., rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. o tytule jak wyżej (Dz. U. Nr 116, poz. 985, ze zm.) – uchylone z dniem 9 grudnia 2006 r., rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. o tytule jak wyżej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568, ze zm.) – uchylone z dniem 26 lutego 2011 r. (dalej: „rozporządzenie z 2006 r.”), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. o tytule jak wyżej (Dz. U. Nr 31, poz. 158) – uchylonym z dniem 1 lipca 2012 r. Od 1 lipca 2012 r. obowiązuje wydane na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

⁴⁸ Programów dostosowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą do wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, wskazanych w art. 207 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, a poprzednio w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zoz, tj. w szczególności w § 53 ust. 2 rozporządzenia z 2006 r. (dalej: „program dostosowawczy”).

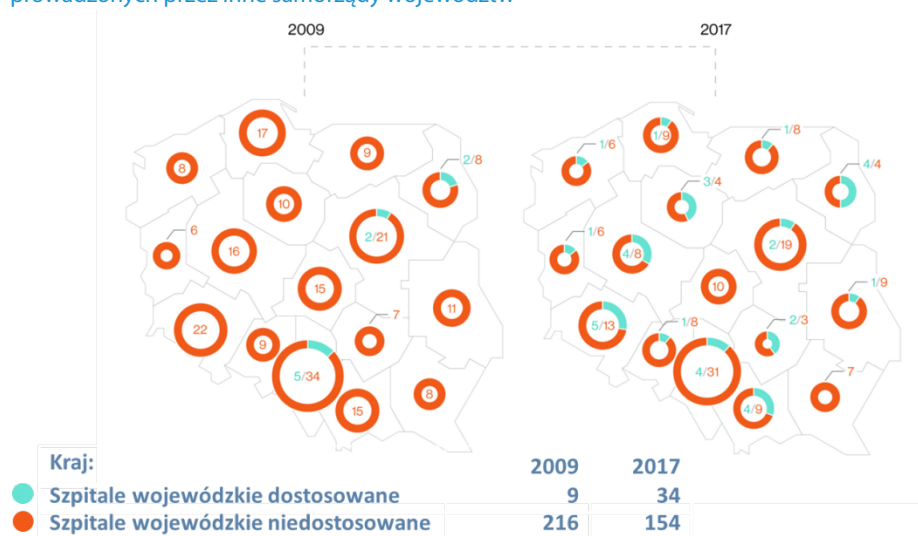
⁴⁹ Na podstawie art. 207 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej.

dostosowanych do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych⁵⁰. Było to następstwem trudnej sytuacji ekonomicznej szpitali publicznych⁵¹.

Według stanu na 31 grudnia 2009 r. 194 szpitali wojewódzkich realizowało programy dostosowawcze; 153 szpitale nie zakończyło ich do 31 grudnia 2017 r., przy czym 138 z nich uzyskało (do 31 sierpnia 2018 r.) opinię PPIS o wpływie niespełnienia wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych na bezpieczeństwo pacjentów. W 18 (12,4%) przypadkach PPIS wskazał, że niedostosowanie pomieszczeń i urządzeń tych szpitali stwarza poważne lub znaczne ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów.

Infografika nr 8

Stan dostosowania szpitali do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych prowadzonych przez inne samorzady województw



Źródło: Ustalenia kontroli NIK oraz informacje przekazane przez samorzady województw⁵².

W 2017 r. dostosowane były 34 szpitale wojewódzkie, spośród 154.

Realizacja i finansowanie *Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich w latach 2009–2016* miały istotny, pozytywny wpływ na funkcjonowanie i rozwój siedmiu objętych nim szpitali wojewódzkich⁵³. Działania spółki Kujawsko-Pomorskie Inwesty-

Dostosowanie szpitali wojewódzkich w woj. kujawsko-pomorskim do standardów

⁵⁰ Według danych Ministerstwa Zdrowia spośród 955 podmiotów leczniczych prowadzących szpitale 875 nie spełniało wymagań.

⁵¹ Ta przyczyna została ustalona w toku analiz prowadzonych przez Ministra Zdrowia. Znajduje także potwierdzenie w innych dokumentach. Przykładowo jeszcze w 2014 r. XVII Zgromadzenie Ogólne Związku Powiatów Polskich wskazywało na potrzebę dalszego opóźnienia terminu dostosowania tych podmiotów do odpowiednich wymagań – do 2020 r., motywując to brakiem środków na modernizację.

Źródło <https://www.zppp.pl/storage/library/2017-06/0c8a9f4fed1d95b991b539dd73a9b211.pdf> (stan na 21 sierpnia 2017 r.)

⁵² Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2016” w województwie kujawsko-pomorskim”.

⁵³ Liczba siedmiu szpitali wojewódzkich objętych Programem wynika z następującego w toku jego realizacji łączenia jednostek mających siedzibę w Toruniu. Połączeniu w jeden podmiot uległy trzy szpitale spośród dziewięciu pierwotnie objętych Programem oraz jeden, w którym inwestycje miały być zrealizowane niezależnie od Programu.

cje Medyczne oraz samych szpitali doprowadziły do zwiększenia o 253% powierzchni szpitalnej odpowiadającej zarówno wymogom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, jak i przeciwpożarowym. Zwiększono także potencjał leczniczy, m.in. przez rozbudowę oraz zakup nowoczesnego wyposażenia i sprzętu medycznego.

Efektywność realizacji *Programu* była jednak niższa od zakładanej. Przy wydatkowaniu 115% środków (517,8 mln zł⁵⁴) zadania wykonano jedynie na poziomie 70%. Nie zapewniono przy tym osiągnięcia jednego z celów *Programu* – dostosowania szpitali wojewódzkich do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Do 31 grudnia 2017 r., tj. w terminie wskazanym w ustawie o działalności leczniczej, tylko trzy spośród siedmiu szpitali wojewódzkich spełniły normy. Jakkolwiek trzy z czterech niedostosowanych szpitali uzyskały opinię inspekcji sanitarnej o tym, że ich stan nie ma wpływu na bezpieczeństwo pacjentów lub ma niewielki wpływ, to nadal muszą one dążyć do pełnej zgodności z normami, a w okresie przejściowym ograniczać związane z tym ryzyko zdrowotne. Do połowy 2018 r. jeden szpital nie wystąpił do inspekcji sanitarnej o opinię, stąd nie był znany wpływ niedostosowania do wymogów na bezpieczeństwo pacjentów.

3.1.6. Zadłużenie podmiotów leczniczych

Równowaga systemu ochrony zdrowia

Efektywność systemu ochrony zdrowia nie jest prostą sumą efektywności jego poszczególnych uczestników. Dla każdego z nich istotne są inne elementy. Dla pacjentów szybkość uzyskania świadczenia i szanse wyleczenia; dla płatnika zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pacjentów poprzez zakup świadczeń po jak najniższych cenach i jak najwyższej jakości, a także równowaga finansowa. Z kolei dla podmiotów leczniczych istotna jest równowaga ekonomiczna. Oznacza to, że efektywność mikroekonomiczna uczestników nie przesądza o możliwości osiągnięcia efektywności całego układu.

Nierównowaga systemu ochrony zdrowia może „objawiać” się w różny sposób, jak np. niską jakością udzielanych świadczeń lub niskimi efektami ich udzielania; niewystarczającą w porównaniu do potrzeb pacjentów liczbą świadczeń zakupionych przez płatnika publicznego; kosztami podmiotów leczniczych przekraczającymi uzyskiwane przychody, a w konsekwencji pojawieniem się strat i spirali zadłużenia.

Sytuacja, w której płatnicy uzyskiwaliby zyski, a świadczeniodawcy generowali straty, nie byłaby korzystna dla systemu, gdyż uniemożliwiłoby to m.in. odtwarzanie bazy materialnej, prowadziłoby to do jej dekapitalizacji. Również sytuacja, w której płatnik ponosi straty, a świadczeniodawca osiąga zyski, oznaczałaby nierównowagę systemu. Ograniczałoby to możliwości zakupu świadczeń w następnych okresach i w efekcie spowodowało zmniejszenie strumienia środków wpływających do wytwórców świadczeń.

⁵⁴ Wartość nakładów Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych i szpitali wojewódzkich poniesiona w ramach działań określonych ww. programem, a także w ramach działań przewidzianych lub realizowanych na podstawie porozumień zawartych między szpitalami i spółką, bez nakładów na inwestycje zrealizowane niezależnie przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy i nakładów poniesionych przed przyjęciem ww. programu.

Nie jest także właściwe przerzucanie kosztów świadczeń na pacjentów. Oznacza bowiem uzależnienie uzyskania świadczenia od sytuacji ekonomicznej danej osoby, co pozostaje w sprzeczności z założeniami systemu.

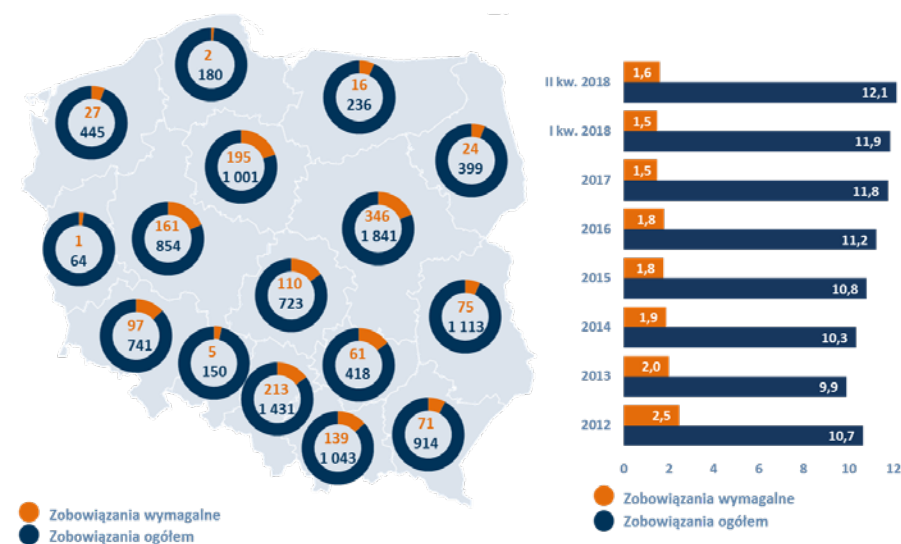
Obecnie funkcjonujący system ochrony zdrowia wykazuje nierównowagę, przede wszystkim jeśli chodzi o liczbę zakontraktowanych świadczeń, która jest niewystarczająca w porównaniu do potrzeb pacjentów. Powoduje to kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczeń oraz straty lub wysokie zadłużenie części podmiotów leczniczych przy jednoczesnym niskim wykorzystaniu bazy szpitalnej.

Pomimo licznych działań oddłużeniowych podejmowanych w latach 2000–2015, a także zmniejszającej się liczby samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których zobowiązania były monitorowane przez ministra zdrowia, kwota ich długów od 2013 r. powiększa się.

Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Infografika nr 9

Kwota zobowiązań ogółem oraz wymagalnych samodzielnych SPZOZ stan na 30 czerwca 2018 r. (w mln zł) oraz zmiany od 2012 r. (w mld zł)



Źródło: Dane MZ.

Kontrole NIK wykazały także inne przyczyny tej sytuacji, a mianowicie:

- W Polsce nie wprowadzono skutecznych mechanizmów, które powinny motywować szpitale korzystające w latach 2005–2014 ze wsparcia ze środków publicznych, do podejmowania restrukturyzacji.
- Pomoc z budżetu państwa, przekazana szpitalom na ograniczenie ich zadłużenia, nie wymuszała konsekwentnej realizacji planów restrukturyzacji.
- Pomoc finansowa i rzeczowa przekazywana szpitalom przez podmioty publiczne nie była uzależniona od wdrożenia działań naprawczych. W efekcie zewnętrzne wsparcie nie wpływało znacząco na poprawę wyników finansowych szpitali.
- Decydujący wpływ na skuteczność restrukturyzacji skontrolowanych szpitali miała nie skala uzyskanego wsparcia, lecz racjonalizacja kosztów działalności.

Niskie wskaźniki wykorzystania bazy szpitalnej

Cechą obecnego systemu ochrony zdrowia jest niepełne wykorzystanie potencjału świadczeniodawców. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przez Fundusz ze świadczeniodawcami nie zapewniały optymalnego wykorzystania ich potencjału. W 2012 r. tzw. „obłożenie łóżek szpitalnych” wyniosło średnio 64%.

Jak wynika z badania ankietowego przeprowadzonego wśród wszystkich szpitali⁵⁵, stopień wykorzystania łóżek szpitalnych zmniejszył się nieznacznie w latach 2010–2012 z 64,8% do 64,0%, przy jednoczesnym wzroście liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń z 683,7 tys. do 783,8 tys. osób. Jednocześnie ankietowane szpitale wskazywały, że wartość dodatkowych świadczeń możliwych do wykonania bez zwiększania zatrudnienia, wzrosła w latach 2010–2012 z 3 176 073,3 tys. zł do 3 898 628,9 tys. zł, tj. o 22,7%.

Stopień wykorzystania bazy szpitalnej zależał od liczby łóżek i formy organizacyjno-prawnej. Badanie ankietowe wykazało, że w 2012 r., w grupie szpitali posiadających powyżej 500 łóżek⁵⁶, ich wykorzystanie wynosiło ponad 70%, podczas gdy wśród szpitali dysponujących od 10 do 100 łóżkami zmniejszyło się do 58% oraz do 52% w grupie jednostek dysponujących maksymalnie 10 łóżkami. Największe obłożenie łóżek szpitalnych zaobserwowano wśród instytutów badawczych (68,0%) oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (67,4%), a najmniejsze wśród szpitali działających w formie spółek kapitałowych (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – 58,2%, spółki akcyjne – 55,5%)⁵⁷.

Wykorzystanie bazy materialnej było zróżnicowane także pod względem regionalnym. Najmniejsze obłożenie łóżek odnotowano w 2012 r. na terenie woj. zachodniopomorskiego (55,2%), lubuskiego (58,6%), śląskiego (58,7%) oraz wielkopolskiego (58,8%). Z kolei największe w woj. lubelskim (72,2%), mazowieckim (70,2%) oraz pomorskim (67,0%). Jednocześnie w woj. śląskim oraz wielkopolskim odnotowano największą liczbę osób oczekujących na hospitalizację⁵⁸.

Podobne ustalenia odnotowano w 2015 r. Z uzyskanych przez NIK danych ze szpitali, które miały kontrakt z NFZ, wynika, że aż 87,5% szpitali mogło realizować większą liczbę świadczeń medycznych bez zwiększania zatrudnienia personelu medycznego i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o 18,42%, tj. 3 160 182 tys. zł⁵⁹.

Czynnikiem utrudniającym wykorzystanie potencjału świadczeniodawców było również ich nierównomierne rozmieszczenie w poszczególnych regio-

⁵⁵ Badaniem ankietowym objęto 934 podmioty wykonujące hospitalizację w ramach kontraktu z NFZ według stanu na dzień 30 czerwca 2012 r. Odpowiedzi nadeszło 495 szpitali.

⁵⁶ Ankietowane szpitale zostały podzielone na pięć grup, w zależności od posiadanych łóżek, tj.: 1) od 0–10; 2) od 11 do 100; 3) od 101 do 250; 4) od 251 do 500 oraz 5) powyżej 500 łóżek.

⁵⁷ Pominięto szpitale funkcjonujące w formie spółki jawnej, partnerskiej lub komandytowo-akcyjnej z uwagi na pojedyncze podmioty działające w tych formach.

⁵⁸ Według danych ankietowych.

⁵⁹ Do ankiety przystąpiły 463 szpitale realizujące kontrakty o wartości 16 737 408,15 tys. zł (wykonanie kontraktów 102,51% – 17 157 185,41 tys. zł) z 961 posiadających kontrakt z NFZ. Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku”.

nach kraju, a także brak skutecznych mechanizmów koordynacji systemu ochrony zdrowia.

Tylko nieliczne szpitale-spółki, kontrolowane przez NIK, badały i analizowały rynek usług medycznych, co utrudniało podejmowanie decyzji zarządczych, w szczególności zmianę zakresu udzielanych świadczeń. Ponad 90% przychodów ogółem pochodziło z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, a jedynie ok. 5% stanowiły przychody z tytułu odpłatnej sprzedaży usług medycznych⁶⁰.

Nieudane próby
zwiększenia przychodów

Szpitale przekształcone w spółki, z udziałem samorządu terytorialnego, nie wdrożyły skutecznego mechanizmu kontroli kosztów. Spośród 20 skontrolowanych szpitali, tylko jeden prowadził rachunek kosztów pozwalający na wycenę poszczególnych procedur medycznych. W konsekwencji, spółki nie były w stanie ustalić, czy wykonywane procedury medyczne były dla nich rentowne. W 14 skontrolowanych spółkach (70%) nie funkcjonowały komórki audytu bądź kontroli, a także nie prowadzono kontroli wewnętrznej.

Najczęściej stosowaną formą obniżenia kosztów działalności była zmiana formy zatrudnienia personelu medycznego, a zwłaszcza rezygnacja z umów o pracę na rzecz tzw. kontraktów (tj. umów o charakterze cywilno-prawnym), w przypadku których nie obowiązywały zasady dotyczące czasu pracy oraz przerw pomiędzy kolejnymi okresami jej świadczenia⁶¹.

Nieudane próby
ograniczenia kosztów

Nie gwarantowało to jednak poprawy sytuacji finansowej. Około 73% szpitali, pomimo ponoszenia strat, przeznaczało na wynagrodzenia personelu kwoty przekraczające ich możliwości finansowe⁶². Stwierdzone przypadki wynagradzania lekarzy za pracę, w formie prowizji od uzyskanego przez szpital wynagrodzenia za wykonane świadczenia zdrowotne, świadczyły o swoistej prywatyzacji umów na świadczenie usług medycznych.

Koszty zatrudnienia personelu medycznego stanowiły od 80% do 90% całkowitych kosztów wynagrodzenia skontrolowanych jednostek. Natomiast całkowite koszty zatrudnienia stanowiły od 47,2% do 85,4% kosztów ogółem oraz od 49,3% do 87,3% przychodów z NFZ⁶³.

Wyniki finansowe szpitali nie mobilizowały na ogół ich kierownictw do optymalizacji zatrudnienia. Programy restrukturyzacyjne skutecznie zrealizowały tylko trzy, spośród ośmiu szpitali, które je opracowały. Chcąc obniżenia kosztów dokonywano natomiast zmiany formy zatrudnienia z umów o pracę na rzecz kontraktów (tj. umów o charakterze cywilno-prawnym). Kontrola wskazała jednak, że forma zatrudnienia nie przesądza o wyniku finansowym jednostki. Zmiana formy zatrudnienia pozwalała na uzupełnienie niedoboru lekarzy, bowiem czasu świadczenia pracy przez osoby realizujące kontrakt nie ograniczały żadne przepisy, a jedynie ich

⁶⁰ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe”.

⁶¹ J.w.

⁶² Kontrola NIK „Zatrudnienie w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej”.

⁶³ Zróżnicowany udział kosztów zatrudnienia wynikał m.in. ze specyfiki podmiotu leczniczego i zakresu udzielanych świadczeń.

odporność na zmęczenie. Stwierdzone w trakcie kontroli przypadki ciągłego, długotrwałego świadczenia pracy przez personel medyczny stwarzały ryzyko dla bezpieczeństwa zarówno pacjentów, jak i samych lekarzy.

3.1.7. Rekomendacje⁶⁴

Rekomendacje NIK

W organizacji systemu ochrony zdrowia wyróżnić należy trzy zasadnicze grupy nieprawidłowości:

- nieskoordynowane działania dotyczące tworzenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych;
- nieskoordynowana opieka nad pacjentem;
- niewystarczające lub nieadekwatne zasoby systemu do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności.

W celu **skoordynowania działań obejmujących tworzenie i funkcjonowanie podmiotów leczniczych** należy:

- 1) **Wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa**, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie.

Jak wskazywali niektórzy eksperci zewnętrzni uczestniczący w panelach, należy **rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich (gminnych) na jednostki samorządu województwa**. Dotychczasowe 20-letnie próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścicielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów w postaci koordynacji procesu leczenia i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi. W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej.

Proces przejęcia przez samorząd wojewódzki szpitali powiatowych i miejskich (gminnych) powinien być połączony z oddłużeniem przejmowanych szpitali.

Konsolidacja uprawnień właścicielskich w przypadku szpitali samorządowych umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu.

- 2) **Określić relacje pomiędzy publicznym systemem ochrony zdrowia a sektorem prywatnym.**

Określenie miejsca i roli sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia i relacji z sektorem publicznym powinno prowadzić do tego, aby środki były wydatkowane w sposób przejrzysty i możliwie efektywny, z jak największą korzyścią dla pacjenta.

⁶⁴ Rekomendacje dotyczące zagadnień związanych z zadłużeniem podmiotów leczniczych, dekapitalizacją ich majątku zostały sformułowane w rozdziale dotyczącym finansowania systemu ochrony zdrowia.

3) **Wprowadzić tzw. „bariery wejścia” oraz „mechanizmy wyjścia” z systemu.**

Tzw. „bariery wejścia” dla podmiotów chcących uczestniczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia, powinny odnosić się nie tylko do wskaźników ilościowych (np. liczba łóżek, personelu o określonych kwalifikacjach, wyposażenie), ale również zawierać kryteria jakościowe. Podmiot ubiegający się o środki publiczne powinien przede wszystkim wykazać, że jego kadra medyczna ma określone doświadczenie zawodowe, np. wykonała rocznie określoną liczbę zabiegów.

Z kolei ograniczenie działalności w systemie (np. zbyt mała liczba zabiegów) powinno skutkować zaprzestaniem finansowania działalności placówki ze środków publicznych, przy utrzymaniu dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych na nie pogorszonym poziomie.

4) **Skoordynować polityki państwa.**

Skuteczność procesu terapeutycznego wynika w dużej mierze ze świadomości pacjentów, że ich stan zdrowia zależy także od indywidualnych działań lub zaniechań, zwłaszcza w obszarze stylu życia i profilaktyki. Najwyższa Izba Kontroli w 2018 r. wskazywała na potrzebę wprowadzenia do programu edukacji w szkołach podstawowych oraz średnich wydziałowego przedmiotu – edukacji zdrowotnej.

5) **Poprawić wykorzystanie zasobów systemu, w szczególności zasobów kadrowych.**

W związku z niedoborem personelu medycznego konieczne jest dokonanie przeglądu kompetencji i uprawnień poszczególnych grup zawodowych celem ich szerszego wykorzystania. W systemie ochrony zdrowia pojawiły się nowe zawody, jak np. opiekunowie medyczni. Potencjał takich grup zawodowych nie jest w pełni wykorzystany.

Należy również powiązać kierunki rozwoju kadry medycznej z systemem motywacyjnym (w tym z zapewnieniem stabilnych warunków pracy) w celu podejmowania specjalizacji w dziedzinach szczególnie deficytowych.

NIK rekomenduje również wprowadzenie ułatwień pozwalających na zwiększenie liczby studentów w uczelniach medycznych oraz zwiększenie liczby lekarzy specjalizujących się, a także wprowadzenie działań poszerzających możliwość dokonywania nostryfikacji z równoczesnym dokończaniem dla osób kończących uczelnie medyczne poza UE.

Normy dotyczące zatrudnienia poszczególnych grup zawodowych pracowników medycznych (np. liczba pielęgniarek przypadająca na łóżko szpitalne) powinny odnosić się do pacjentów, a nie posiadanego wyposażenia.

W celu **skoordynowania opieki nad pacjentem i poprawy jej jakości** należy:

1. **Zwiększyć w procesie leczenia rolę i znaczenie podstawowej oraz ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej.**

Nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, a nawet stanowi zagrożenie dla pacjentów z uwagi na występowanie lekoopornych szczepów bakterii w środowisku szpitalnym.

Wiele procedur medycznych – wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym – można dziś wykonać również w warunkach ambulatoryjnych. Koszt takich świadczeń jest niższy w porównaniu do takich samych usług medycznych wykonywanych w ramach hospitalizacji.

Powinno się zatem rozważyć przekształcenie części dotychczasowych szpitali w zespoły opieki ambulatoryjnej (ZOA), których stałym zadaniem będzie udzielanie kompleksowych świadczeń z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej, a także świadczeń usprawniających (rehabilitacja).

ZOA powinny ściśle współpracować z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ale także być uprawnione do tworzenia własnych, terenowych placówek opieki podstawowej. Zasadne jest wprowadzenie mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy POZ i ZOA (np. spotkań kierowników placówek POZ z kadrą medyczną ZOA w celu oceny stanu zdrowia ludności objętej opieką, czy wprowadzania lokalnych programów profilaktycznych), ale również związanych z zachowaniem ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń. POZ współpracujący z danym ZOA powinien ustalać termin przyjęcia pacjenta; który otrzyma już tylko informacje, kiedy i gdzie ma się zgłosić i jak ma przygotować się do badania.

Warunkiem skierowania pacjenta do leczenia na wyższym szczeblu systemu, do leczenia szpitalnego powinna być tylko konieczność diagnostyki bądź leczenia w warunkach szpitalnych. Hospitalizacja pacjenta, poza przypadkami ratującymi życie i zdrowie w stanach nagłych, powinna być możliwa głównie po wcześniejszym podjęciu leczenia w POZ i lokalnym ZOA. W ten sposób do szpitali trafią pacjenci rzeczywiście wymagający hospitalizacji (ZOA i POZ powinny pełnić rolę „punktów wejścia” na wyższe szczeble systemu ochrony zdrowia). Jednocześnie zapobiegnie to nieuzasadnionemu przerzucaniu kosztów pomiędzy podmiotami różnych szczebli systemu ochrony zdrowia.

Nocną i świąteczną opiekę medyczną powinny sprawować zarówno placówki POZ, jak i ZOA. Lekarze rodzinni powinni mieć możliwość prowadzenia kompleksowej opieki medycznej, w ramach zespołowej współpracy z pielęgniarką, położną i przedstawicielami innych zawodów medycznych.

Taka organizacja pracy POZ, w połączeniu z poprawą funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, pozwoli na odciążenie pracy szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), obecnie udzielających świadczeń również osobom, które powinny być zaopatrzone na niższych szczeblach systemu ochrony zdrowia.

2. Wprowadzić mechanizmy promujące podejmowanie profilaktyki.

W ramach obowiązkowych badań okresowych, wynikających z Kodeksu pracy, należy wykonywać badania ukierunkowane na wczesne wykrywanie tzw. „chorób cywilizacyjnych”. Najwyższa Izba Kontroli w 2018 r. postulowała przygotowanie rozwiązań legislacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę wtórną i wczesną diagnostykę chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów, z zapewnieniem jej odrębnego finansowania, które nie obciąży pracodawców.

3. Wykonywać poszczególne procedury leczenia pacjentów na określonych szczeblach referencyjnych systemu.

Rozwiązanie to podnosi poziom bezpieczeństwa pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

4. Wprowadzić system oceny jakości udzielanych świadczeń.

Zbuduje to zaufanie do systemu, a jednocześnie będzie stanowiło bodziec dla podmiotów leczniczych do poprawy jakości udzielanych świadczeń. Placówki ochrony zdrowia, które leczą skutecznie i bezpiecznie, powinny być premiowane.

System oceny jakości powinien przewidywać publikację wskaźników jakościowych dla poszczególnych podmiotów leczniczych na stronie internetowej.

3.2. Finansowanie systemu

Przyjęty w Polsce i wprowadzony 1 stycznia 1999 r. system finansowania ochrony zdrowia formalnie ma charakter ubezpieczeniowy.

Od kwietnia 2003 roku głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Pokrywa on ponad 80% publicznych wydatków na ochronę zdrowia i prawie 60% wydatków ogółem. Drugim, głównym publicznym źródłem finansowania jest budżet państwa oraz budżety j.s.t.

Środki, którymi dysponuje NFZ, pochodzą głównie ze składek ubezpieczeniowych zbieranych przez ZUS i KRUS od ubezpieczonych i przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wydatki majątkowe pokrywane są przede wszystkim ze środków jednostek samorządu terytorialnego oraz budżetu państwa.

Według danych z tzw. narodowego rachunku zdrowia, bieżące wydatki publiczne na system ochrony zdrowia wyniosły w 2016 r. 84,6 mld zł (prywatne 36,5 mld zł).

W praktyce obecnie w Polsce mamy do czynienia z systemem o charakterze mieszanym, jako połączenie cech systemu ubezpieczeniowego z budżetowym, zarówno w obszarze gromadzenia środków, jak i ich rozdysponowania⁶⁵.

Ustawodawca przewidział szereg odstępstw od „klasycznego”, ubezpieczeniowego modelu finansowania systemu ochrony zdrowia. Do najważniejszych należy zaliczyć następujące:

- 1) wysokość składki ubezpieczeniowej nie jest kalkulowana na podstawie ryzyka zdrowotnego ubezpieczonego, lecz formalnie jego zdolności płatniczej, przy czym odnosi się to jedynie do części grup zawodowych;

Model i źródła finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Nierównomierne obciążenia grup społecznych składkami zdrowotnymi

⁶⁵ Patrz: Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (nr druku 2678).

- 2) pokrywanie składek ubezpieczeniowych dla części grup społecznych ze środków budżetu państwa;
- 3) coraz szersze, w ostatnich latach, finansowanie podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego ze składek ubezpieczeniowych przekazywanych do NFZ;
- 4) pokrywanie kosztów szkolenia specjalistycznego lekarzy ze środków Funduszu Pracy.

Przyjęcie rozwiązań wskazanych w punktach 1) i 2) powoduje szereg negatywnych konsekwencji, zwłaszcza nierównomierne obciążenie składkami poszczególnych grup społecznych.

Struktura przychodów NFZ z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne wskazuje, że znaczna ich część przekazywana jest przez jednostki sektora finansów publicznych. Oznacza to, że sektor ten w znacznym stopniu finansuje funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, a tym samym nie różni się istotnie od systemów, w których świadczenia finansowane są ze środków budżetowych. W systemach ubezpieczeniowych występuje również zależność pomiędzy faktem opłacenia składki i uzyskaniem uprawnień do usług medycznych. W polskim systemie nie ma tej zależności. Uprawnienia do świadczeń zdrowotnych uzyskuje się już przez sam fakt zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

W założeniach reformy systemu ochrony zdrowia z 1999 r. kasy chorych, a od kwietnia 2003 r. NFZ, miały jedynie kupować świadczenia dla uprawnionych, a kierownicy placówek medycznych ze środków uzyskanych ze sprzedaży usług mieli pokrywać koszty zatrudnienia personelu medycznego. Presja poszczególnych grup zawodowych wywierana na Ministra Zdrowia oraz brak kompleksowych regulacji prawnych w tym względzie spowodował, iż wprowadzano rozwiązania doraźne, a środki na ten cel uzyskano z NFZ. W ten sposób kwoty przeznaczone na zakup świadczeń dla uprawnionych de facto uległy zmniejszeniu. Co więcej spowodowały one również zmniejszenie przychodów NFZ z tytułu świadczeń udzielonych na terenie kraju obywatelom UE i EOG.

**Finansowanie
wynagrodzeń
personelu ze składek
ubezpieczeniowych**

W 2016 r., pomimo zwiększenia przez NFZ o 3,2 mld zł wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami, dostęp pacjentów do świadczeń nie poprawił się, a 38%, tj. 1,2 mld zł⁶⁶, z tych środków przeznaczono na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego. Wprowadzone przez Ministra Zdrowia regulacje prawne nie wiązały tych wypłat z realizacją świadczeń i zwiększeniem ich dostępności⁶⁷.

W 2017 r. zwiększono wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami, w stosunku do 2016 r., o 5,4 mld zł (o 7,6%), ale ponad 20% tej kwoty,

⁶⁶ W 2016 r. łącznie wydatkowano na wzrost kosztów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych środki w wysokości 1 467,7 mln zł, a w 2015 r. 306,6 mln zł.

⁶⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628, ze zm.). Od 1 stycznia 2016 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).

tj. 1,1 mld zł, przeznaczono na wzrost kosztów wynagrodzeń personelu medycznego. Łącznie na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego w 2017 r., Fundusz wydatkował 2,6 mld zł.

Finansowanie systemu ochrony zdrowia w niektórych obszarach nie jest odpowiednio skorelowane z innymi politykami państwa, a w szczególności z polityką społeczną.

W 2016 r. Minister Zdrowia, we współpracy z NFZ, ZUS i PFRON, zainicjował prowadzenie oceny ryzyka finansowania z różnych źródeł tych samych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Zaniechał jednak dalszych prac w tym zakresie.

Zaniechanie oceny tego ryzyka grozi niegospodarnym wydatkowaniem środków publicznych.

Brak korelacji finansowania ochrony zdrowia z innymi politykami państwa

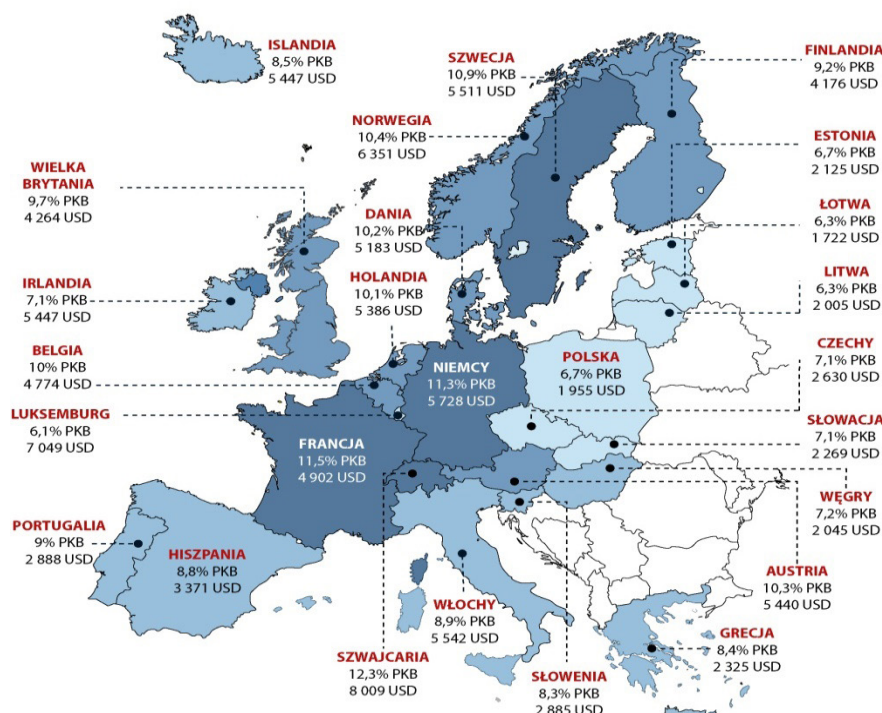
3.2.1. Niskie nakłady na finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych. Wysoki udział pacjentów w finansowaniu świadczeń.

Wydatki bieżące ogółem na ochronę zdrowia w Polsce w 2017 r. stanowiły 6,7% PKB, z tego bieżące wydatki publiczne (w tym wydatki NFZ) 4,6% PKB⁶⁸. Ich poziom odbiegał od wartości notowanych w większości innych krajów europejskich. Podobnie sytuacja przedstawiała się przy porównaniu kwot wydatkowanych na jednego mieszkańca.

Niskie nakłady na ochronę zdrowia

Infografika nr 10

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD w 2017 r. jako procent PKB i w przeliczeniu na mieszkańca w USD



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych OECD. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

⁶⁸ Dane OECD, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> – dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

Tak niskie nakłady publiczne na zdrowie w Polsce skutkują wysokim, w porównaniu do innych państw europejskich, udziałem wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów. Tym samym, uzależniają dostęp do usług medycznych od sytuacji ekonomicznej pacjenta.

Wysoki udział pacjentów w finansowaniu świadczeń

Udział wydatków bezpośrednich ponoszonych przez pacjentów⁶⁹ w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem wynosił w 2016 r. 23%, podczas gdy we Francji – 10%, Niemczech, w Czechach i Szwecji – 15%, a w Słowacji – 18%⁷⁰. Taki stan narusza zasadę równego dostępu do świadczeń. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP⁷¹, obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3.2.2. Przepływy finansowe niezgodne z potrzebami zdrowotnymi populacji

Podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ

Podział środków uzyskanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia pomiędzy poszczególne jego oddziały wojewódzkie nie zapewniał ich optymalnego wykorzystania i wpływał na sytuację finansową podmiotów leczniczych.

Podstawą podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r.⁷², była liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w relacji do liczby osób ubezpieczonych. Dane dotyczące liczby ubezpieczonych w poszczególnych grupach, zarejestrowanych w oddziałach wojewódzkich, ustalono na podstawie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, według stanu na dzień 31 marca, dla roku planowania oraz dla roku poprzedniego. Tak wyliczoną wysokość środków korygowano przez uwzględnienie wskaźnika wynikającego ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia oraz wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych wykonanych dla osób ubezpieczonych, zarejestrowanych w danym oddziale, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym plan ten był tworzony.

Tak skonstruowany algorytm podziału nie uwzględniał rozmieszczenia bazy materialnej systemu, a w ograniczonym stopniu zjawisko migracji pacjentów (poprzez korektor liczby udzielanych świadczeń wysokospecjalistycznych).

⁶⁹ Ang. „out-of-pocket expenditures”. Wydatki, które osoba ubezpieczona musi ponieść bezpośrednio u świadczeniodawcy, bez pośrednictwa ubezpieczyciela lub rządu.

⁷⁰ Dane OECD, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> – dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

⁷¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483, ze zm.).

⁷² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

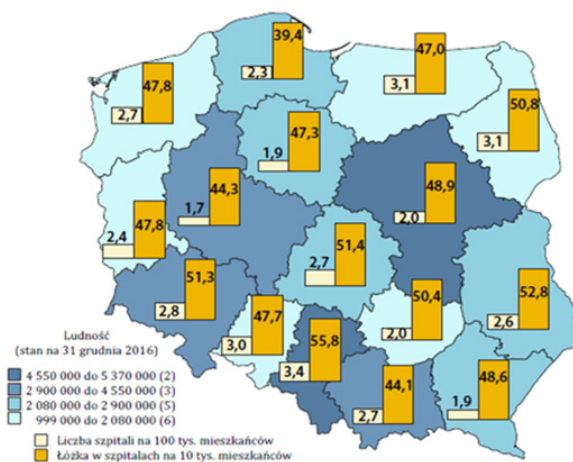
Infografika nr 11

Szpitala ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw (2016 r.)

Porównawczo:

Holandia
ludność – 16,5 mln
88 szpitali

Mazowsze
ludność – 5,2 mln
93 szpitale

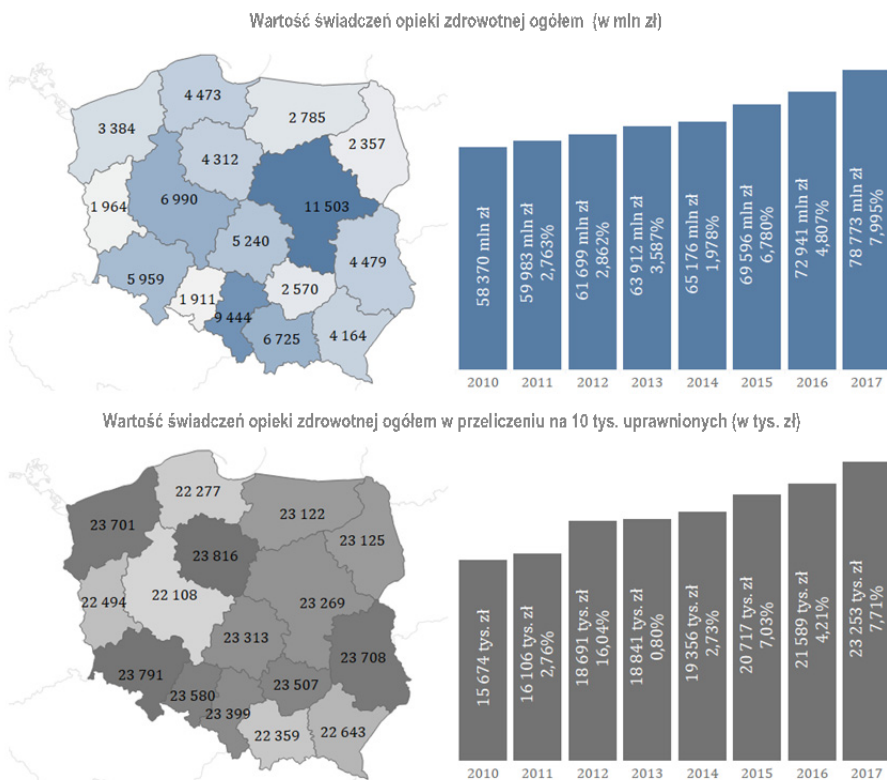


Źródło: Raport GUS Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016 r.

W efekcie jeśli na danym terenie liczba ludności przypadająca na szpital lub inny podmiot leczniczy była wyższa niż w innych regionach, przeciętna wartość kontraktów przypadająca na taki podmiot była wyższa. Zwiększało to szansę na osiągnięcie tzw. efektów skali i poprawę wyników ekonomicznych podmiotów leczniczych.

Infografika nr 12

Wartość świadczeń opieki zdrowotnych ogółem (w mln zł) i w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych (w tys. zł) w 2017 r. i zmiany od 2010 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Należy również zauważyć zróżnicowaną sytuację finansową SPZOZ w okresie funkcjonowania kas chorych, czego konsekwencje można obserwować do dnia dzisiejszego. Obowiązujący wówczas system finansowania ograniczał możliwości transferów środków pomiędzy kasami chorych, co spowodowało poważne trudności tych województw, które przy stosunkowo dobrej infrastrukturze medycznej nie miały dostatecznie dużych przychodów ze składek od osób przypisanych do danej kasy chorych⁷³.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że pomimo wprowadzenia map potrzeb zdrowotnych, analizy i prognozy w nich zawarte⁷⁴ nie zostały wykorzystane do zmian w algorytmie, tak aby w większym stopniu uwzględniał on potrzeby zdrowotne mieszkańców poszczególnych województw.

3.2.3. Nieefektywne wykorzystanie środków, w tym spowodowane wadliwą strukturą wydatków na świadczenia zdrowotne

Wpływ systemu ochrony zdrowia na stan zdrowia ludności

Oceniając efektywność wydatkowania środków na system ochrony zdrowia należy pamiętać, że głównym wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jego zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji. Stan ten warunkuje jednak szereg czynników. Według Lalonde'a największy wpływ na stan zdrowia każdego człowieka, sięgający 53% ma styl życia⁷⁵. W dalszej kolejności wyznacznikami stanu zdrowia są środowisko fizyczne (21%) i czynniki genetyczne (16%). W najmniejszym stopniu stan ten determinuje opieka zdrowotna (10%). Tymczasem systemy opieki zdrowotnej pochłaniają ok. 90% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia. Nakłady na edukację prozdrowotną i kształtowanie stylu życia sięgają tylko 1,5%, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności sięga 43%⁷⁶.

Najkorzystniejszy efekt zdrowotny dla całego społeczeństwa i zarazem efektywne wykorzystanie ograniczonych środków przyniesie właściwe ich rozdysponowanie na poszczególne rodzaje świadczeń.

Jednym z narzędzi poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest promocja zdrowia, którą należy rozumieć, jako proces obejmujący działania prowadzące do zwiększenia osobistego oddziaływania na własne zdrowie i jego utrzymanie. Nauka o zdrowiu i zdrowym stylu życia powinna być znacznie bardziej doceniona. Profilaktyka chorób to także działania mające chronić człowieka przed potencjalnymi zagrożeniami zdrowia i ich szkodliwymi konsekwencjami, co pozwala uniknąć choroby, zahamować jej progresję, czy ograniczyć skutki.

⁷³ „Algorytmy podziału środków publicznych”, Elżbieta Malinowska-Misiąg, Jan Misiąg, Wojciech Misiąg, Marcin Tomalak, Rzeszów 2016 r.

⁷⁴ Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458), regionalna mapa potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolska Mapa Potrzeb Zdrowotnych składają się z analizy demograficznej i epidemiologicznej, analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz z prognoz potrzeb zdrowotnych.

⁷⁵ Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady. W 1974 r. opublikował raport *A New Perspective on the Health of Canadians*, w którym przedstawił koncepcję „pól zdrowia”.

⁷⁶ A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk: *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Tom I i II, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001 r., str. 143.

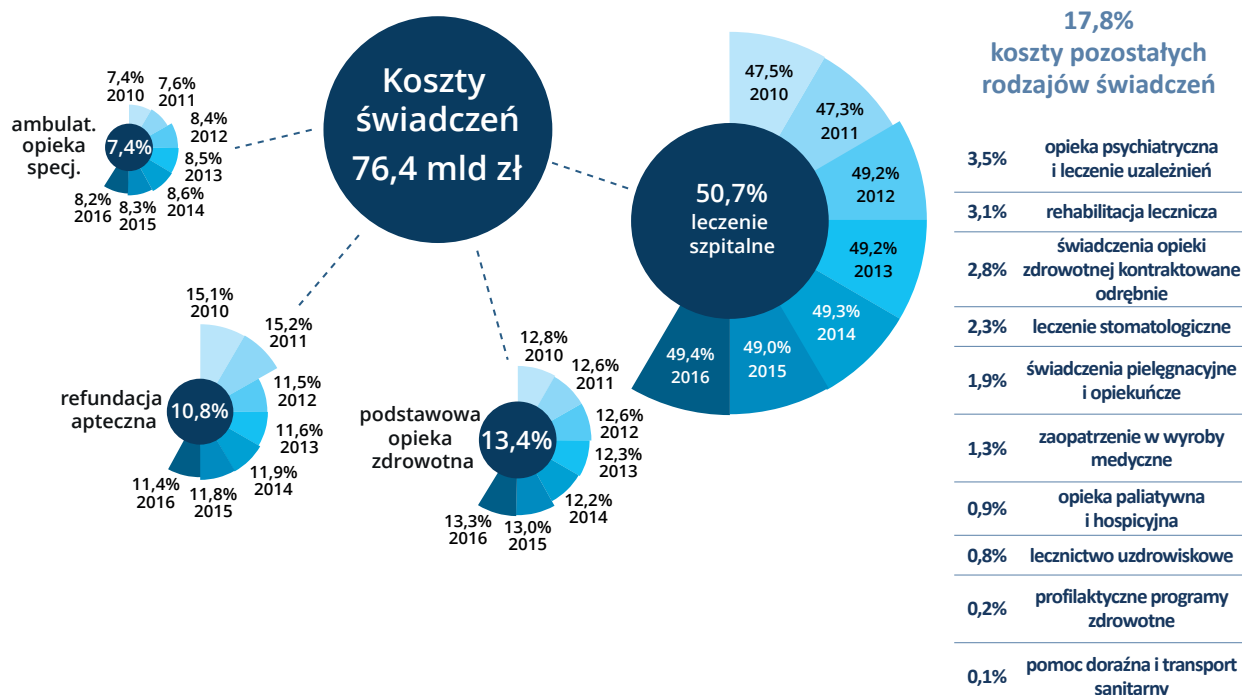
PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Struktura kosztów świadczeń w obecnym systemie ochrony zdrowia jest niekorzystna i pogorszyła się ciągu ostatnich lat. Uwagi NIK o potrzebie zwiększenia udziału lecznictwa ambulatoryjnego oraz profilaktyki w systemie ochrony zdrowia wciąż pozostają aktualne. Cechą charakterystyczną polskiego systemu ochrony zdrowia jest jego zdominowanie przez lecznictwo stacjonarne, w szczególności lecznictwo szpitalne.

Niekorzystna struktura udzielanych świadczeń zdrowotnych

Infografika nr 13

Struktura udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2010–2017



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń ogółem wskazuje na zbyt częste diagnozowanie i leczenie pacjentów w trybie hospitalizacji, a tym samym świadczy o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i profilaktyki.

Tymczasem ustalenia kontroli NIK wskazują, że władze publiczne nie dysponują nawet tak podstawowymi danymi, jak łączna wielkość środków przeznaczanych na badania profilaktyczne. Zarówno Minister Zdrowia, jak i Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, mieli jedynie dane o kwotach środków przeznaczanych na wybrane działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej. W latach 2012–2015 wydatki Ministra na profilaktykę

Niewielkie nakłady na profilaktykę

zdrowotną, w ramach Programów profilaktycznych⁷⁷, stanowiły jedynie 1,16% łącznych wydatków zrealizowanych w tym okresie (nieco ponad 200 mln zł)⁷⁸. Z kolei udział kosztów świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowanych ze środków własnych NFZ, w ogólnych kosztach świadczeń pozostawał, w tym okresie, na zbliżonym poziomie – około 0,25%.

Środki, w części programów, były wykorzystywane nieefektywnie.

Profilaktyka chorób układu krążenia

W 2014 r. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wykonali badania przesiewowe w *Programie profilaktyki chorób układu krążenia* (PCHUK) u 67 424 osób, co stanowiło 3,4% populacji spełniającej kryteria do objęcia tym Programem. Z czego do lekarzy specjalistów zostało skierowanych 380 pacjentów. Wartość świadczeń rozliczonych w PCHUK wyniosła 3236,35 tys. zł. Niskie wykonanie świadczeń w Programie profilaktyki chorób układu krążenia w 2014 r., jak wynika z wyjaśnień, wynikało ze znacznej pracochłonności świadczeń oraz ich niskiej wyceny, a także konieczności dysponowania przez świadczeniodawcę łączem internetowym, by móc wykorzystać System Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP). W 2014 r. PCHUK realizowało 1657 lekarzy POZ (27%) spośród 6195 realizujących kontrakty z NFZ⁷⁹. Tak niskie objęcie tymi badaniami populacji docelowej będzie miało niewielki wpływ na efekty profilaktyki zwłaszcza, że mało zainteresowanie świadczeniodawców udziałem w tym Programie. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień dotyczących zaangażowania świadczeniodawców POZ w realizację PCHUK, „(...) świadczenia w Programie (...) są świadczeniami gwarantowanymi w świadczeniach lekarza POZ, zatem istnieje obligatoryjny obowiązek ich udzielania w ramach umowy, o ile na liście lekarza znajdują się osoby spełniające kryteria kwalifikacyjne do udziału w Programie (...)”. Oznacza to w praktyce, że wynagrodzenie w łącznej kwocie 3236,35 tys. zł odnosiło się jedynie do finansowania kosztów poszerzonej sprawozdawczości, a więc czynności niezwiązanych z leczeniem pacjentów.

Wpływ profilaktyki na stan zdrowia ludności

Ustalenia kontroli NIK wskazują, że w grupie osób uczestniczących w profilaktycznych programach przesiewowych prawdopodobieństwo przeżycia co najmniej 3 lat od rozpoznania choroby było wyższe niż u osób, które miały postawione rozpoznanie nowotworu w innym trybie (zwykle po zgłoszeniu pierwszych objawów choroby). W przypadku raka piersi, różnica na korzyść uczestników programów profilaktycznych wyniosła

⁷⁷ Obowiązujący do dnia 31 grudnia 2015 r. *Narodowy Program wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016* (podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.). „Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2009–2014” oraz jego kontynuację – „Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015–2018”, na który w okresie objętym kontrolą wydatkowano łącznie 78 196,83 tys. zł. W okresie objętym kontrolą realizowano, np. Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, który obejmował m.in. prewencję cukrzycy, przeciwdziałanie otyłości. „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, ustanowiony ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, ze zm.).

⁷⁸ Dane z kontroli NIK w zakresie wykonania budżetu państwa w cz. 46 – Zdrowie w 2012 r. (P/13/126), w 2013 r. (P/14/001), w 2014 r. (P/15/001), w 2015 r. (P/16/001).

⁷⁹ W 2012 r. było to odpowiednio 1937 podmiotów (32%), w 2013 r. 1748 podmiotów (29%).

19 punktów procentowych, dla raka jelita grubego było to 29,8 punktów procentowych, zaś w przypadku raka szyjki macicy – 31,2 punktu procentowego.

Analizy demograficzne wskazują na wzrastającą liczbę zachorowań na choroby onkologiczne. W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi, tj. wzrostem udziału w społeczeństwie osób powyżej 65. roku życia z 14,2% w 2013 r. do 20,8% w 2025 r., należy spodziewać się wzrostu liczby zachorowań na nowotwory. Prognoza Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO)⁸⁰ wskazuje na możliwość znacznego, bo ponad 25%, wzrostu do roku 2025, w porównaniu z rokiem 2011, zachorowalności na choroby onkologiczne. W ten sposób nowotwory staną się prawdopodobnie główną przyczyną zgonów w Polsce⁸¹.

W 2013 r. na raka piersi zachorowało o 56,0% więcej kobiet, niż w 2005 r.⁸² Zmniejszyła się natomiast w tym okresie liczba zachorowań na raka szyjki macicy o 10,8%. Poprawiły się wartości wskaźników wykrywalności wczesnych postaci raka piersi i raka szyjki macicy. O ile w 2005 r. pacjentki z rozpoznaniem zaawansowanym rakiem piersi i szyjki macicy stanowiły odpowiednio 36% i 44%, o tyle w 2013 r. było ich 30% i 34%. Nie odnotowano jednak poprawy wartości wskaźników przeżyć pięcioletnich⁸³. Nadal odbiegały one od wartości osiąganych w wybranych krajach europejskich i były niższe o ok. 10 punktów procentowych w obu typach raka.

Innym problemem jest niewykorzystanie środków przeznaczonych na zakup świadczeń dla pacjentów. Ustalenia kontroli NIK wykazały, że w 2014 r., podobnie jak w latach poprzednich, wykonanie planu kosztów świadczeń zdrowotnych wyniosło 98,17%, tj. nie wykorzystano 1 178 773,60 tys. zł⁸⁴. Jednocześnie z szacunków prowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe dotyczących systemu publicznej opieki zdrowotnej wynika, że poziom nadużyć w rozliczeniach z płatnikiem wynosi od 2% do 5% rocznego budżetu tych instytucji⁸⁵, co w warunkach roku 2014 odpowiadało kwocie od ok 1 336 408 tys. zł do ok. 3 341 007 tys. zł.

Niewykorzystanie środków przeznaczonych na zakup świadczeń zdrowotnych

⁸⁰ Opracowanie pn. „Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce”, Warszawa 16 maja 2014 r.

⁸¹ Patrz: „Strategia walki z rakiem”, str. 7.

⁸² Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów.

⁸³ Dla rozpoznania z lat 2000–2009.

⁸⁴ Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 94,25% w 2008 r., 99,13% w 2009 r., 99,10% w 2010 r., 99,86% w 2011 r., 96,33% w 2012 r., 97,19% w 2013 r.

⁸⁵ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok”.

Jednocześnie, szacunkowy koszt udzielenia świadczeń osobom oczekującym, na koniec grudnia 2014 r., wyniósłby ok. 3 475 672 tys. zł⁸⁶, a kwota świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach stanowiła kwotę 842 653,35 tys. zł.

Pełne wykorzystanie środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń oraz wdrożenie skutecznego systemu eliminującego nadużycia w rozliczeniach z płatnikiem publicznym mogą w istotny sposób przyczynić się do skrócenia kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Nieefektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na refundację wyrobów medycznych

Fundusz nie dysponował narzędziami do negocjacji wysokości cen wyrobów medycznych, w które zaopatrywany jest pacjent. Umowy zawierane były ze wszystkimi świadczeniodawcami spełniającymi warunki do ich zawarcia, a w konsekwencji, oddziały wojewódzkie Funduszu refundowały koszty zakupu wyrobów medycznych (tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach) po zróżnicowanych cenach. Ich rozpiętość sięgała nawet kilkuset procent. Odnotowano także przypadki, gdy ceny tych wyrobów przewyższały ceny wyrobów dostępnych na wolnym rynku. Mimo że Fundusz od 2013 r. wielokrotnie informował Ministra Zdrowia o występujących nieprawidłowościach, do chwili obecnej nie zostały zmienione stosowne regulacje prawne. Wprowadzić w 2016 r. Minister Zdrowia zainicjował nowelizację ustawy refundacyjnej⁸⁷, jednakże do chwili obecnej nie została ona skierowana do Sejmu RP⁸⁸. Minister Zdrowia, niezależnie od procedowanych projektów ustaw, mógł już wcześniej podjąć doraźne działania zapobiegające występowaniu opisanych wyżej negatywnych zjawisk, np. poprzez nowelizację aktów prawnych, do których ma upoważnienie ustawowe⁸⁹. Określony przez Ministra Zdrowia wzór zbiorczej sprawozdawczości zaopatrzenia w wyroby medyczne nie pozwala na monitorowanie faktycznego wykonania refundacji dla poszczególnych rodzajów wyrobów

⁸⁶ Tj. 5,48% poniesionych kosztów świadczeń. Dokonany przez NIK szacunek kosztów udzielenia świadczeń osobom oczekującym na ich udzielenie według stanu na koniec 2014 r. wykazał, że do pokrycia kosztów świadczeń dla tych osób konieczna jest kwota ok 3 475 672 tys. zł. Oszacowania tej kwoty dokonano wyliczając średni koszt udzielenia świadczenia przypadający na jedną osobę w 2014 r. w poszczególnych komórkach organizacyjnych placówek ochrony zdrowia, a następnie przemnożono liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia, według stanu na koniec 2014 r., oraz średni koszt udzielenia świadczenia w danej komórce organizacyjnej. Tak wyliczoną kwotę skorygowano uwzględniając fakt, że nie każdy pacjent otrzymujący skierowanie korzysta ze świadczeń. Według danych NFZ sporządzonych na podstawie informacji z 26 komórek organizacyjnych świadczeniodawców oraz list oczekujących na dziewięć wybranych świadczeń, skreślenia pacjentów z list oczekujących następowały głównie z powodu wykonania świadczenia (ponad 73% przypadków). Jednak w ponad ¼ przypadków skreślenie następowało z innych powodów, w tym z powodu rezygnacji ze świadczenia (ponad 11,5%).

⁸⁷ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.).

⁸⁸ Numer wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD70. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12286460>

⁸⁹ M.in. określenie limitu finansowania za pojedynczą sztukę poszczególnych wyrobów medycznych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1061, ze zm.).

(typ, model) i na szczegółową analizę różnic w kwotach refundacji tych samych przedmiotów. Stwarza to ryzyko nadmiernego wydatkowania przez Fundusz środków finansowych.

Cechą charakterystyczną systemu ochrony zdrowia jest również wydatkowanie środków za świadczenia lub gotowość ich udzielenia, choć pacjent nigdy z nich nie skorzysta. Jest to widoczne na przykład w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej; w sytuacji gdy pacjent danego POZ przebywa w zakładzie opiekuńczo-lecznicy. Mimo to POZ nadal otrzymuje od Narodowego Funduszu Zdrowia środki finansowe – stawkę kapitałową.

„Podwójne” płacenie za opiekę zdrowotną nad pacjentem

3.2.4. Płatność za świadczenie, a nie za jego efekt

Narodowy Fundusz Zdrowia od początku swojego istnienia przekazywał środki finansowe podmiotom leczniczym bądź w formie ryczałtu (np. stawka kapitałowa w POZ, osobodzień), niezależnie od liczby wykonanych usług medycznych, bądź też za konkretne świadczenie, któremu przypisana była określona liczba tzw. jednostek rozliczeniowych oraz ich cena jednostkowa.

Bodźce wynikające z zasad finansowania świadczeń dla pacjentów

Przyjęcie takich form odpłatności niosło ze sobą konsekwencje zarówno dla pacjentów, jak również dla podmiotów leczniczych, które „otrzymywały” bodziec do określonych zachowań.

Model płatności za świadczenie powinien być zorientowany na poprawę efektywności terapii, mierzonej za pomocą uniwersalnych i obiektywnych wskaźników, które pozwolą na porównanie wyników leczenia w różnych ośrodkach. Pacjent powinien również wiedzieć, ile może trwać jego leczenie⁹⁰.

Każda forma ryczałtu skłania do ograniczania kosztów. Jak ustalił NIK ograniczono liczbę wykonywanych badań diagnostycznych, a podmiot leczniczy maksymalizował swój dochód. Najprostszą formą było ograniczenie badań profilaktycznych. W 15 podmiotach leczniczych, realizujących świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, skontrolowanych w ramach kontroli „Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej”, stwierdzono, że w latach 2015–2016⁹¹, średni udział kosztów badań laboratoryjnych w kosztach ogółem, w podstawowej opiece

Ograniczanie badań profilaktycznych i diagnostycznych

⁹⁰ W tym celu należałoby oprzeć się na koncepcji płacenia za wyniki (*pay-for-performance* – P4P) i kupowania w oparciu o wartość (*value-based purchasing* – V-BP), których podstawowym założeniem jest powiązanie wynagrodzenia lub stawki z efektami pracy. Koncepcje te upowszechniają się od niedawna w sektorze ochrony zdrowia, szczególnie duże doświadczenia z wdrożeń mają Stany Zjednoczone i Wielka Brytania. W literaturze jako główny czynnik determinujący prawidłowe funkcjonowanie systemów typu P4P i V-BP wymieniane jest wsparcie przez systemy informatyczne, gromadzące i przetwarzające dane o stanie zdrowia, zastosowanych procedurach i kosztach świadczeń.

⁹¹ Od stycznia 2015 r. do października–listopada 2016 r.

zdrowotnej, w kontrolowanych podmiotach leczniczych kształtował się na poziomie jedynie ok. 3,7%. Podobnych ustaleń NIK dokonała podczas trzech innych kontroli⁹².

„Optymalizacja”
wykonywanych
świadczeń

Również system płatności za wykonaną usługę medyczną nie skłaniał podmiotów leczniczych do zachowań efektywnych z punktu widzenia całego systemu. Ustalenia kontroli NIK wykazały bowiem, że niektórzy świadczeniodawcy wykazywali w rozliczeniach z Funduszem świadczenia, które zapewniały im maksymalizację przychodów.

Blisko połowa skontrolowanych szpitali-spółek dysponowała specjalistycznym oprogramowaniem komputerowym, tzw. „optymalizatorem”, pozwalającym na wskazanie możliwej do wykonania, dodatkowej procedury medycznej, która kwalifikowała dane świadczenie zdrowotne do lepiej opłacanej grupy świadczeń wykazywanych w katalogach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), niezależnie od rzeczywistej, medycznej potrzeby wykonania danej procedury⁹³. Systemy takie umożliwiały zwiększenie przychodów podmiotu, lecz ich wykorzystanie mogło powodować szybsze wyczerpywanie się limitu środków wynikających z kontraktów zawartych z NFZ i wydłużanie kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń. Wykorzystanie takiego oprogramowania powodowało nieefektywne wykorzystanie środków publicznych na leczenie pacjentów, a nawet mogło prowadzić do ich wyłudzenia i powinno być przedmiotem szczególnej uwagi NFZ.

Dodatkowym negatywnym skutkiem był brak wiedzy NFZ na temat rzeczywistych przyczyn udzielonych świadczeń, a w konsekwencji błędy przy planowaniu zakupu świadczeń w kolejnych latach.

Skomplikowany system
rozliczania świadczeń

Zwraca uwagę również coraz bardziej skomplikowany system płatności za świadczenia. Wprowadzenie sieci szpitali spowodowało, że część świadczeń finansowana jest na zasadzie ryczału, inne po przeprowadzeniu konkursu/rokowań na zasadzie płatności za udzielone świadczenie. W przypadku części świadczeń stacjonarnych (np. udzielanych w ramach pakietu onkologicznego) dostęp jest nielimitowany, a płatności dokonuje się nie za świadczenie, lecz po zakończeniu poszczególnych etapów diagnostycznych. Podobne rozwiązania zastosowano w przypadku koordynowanej opieki ambulatoryjnej realizowanej w AOS. Należy zwrócić uwagę, że część świadczeń udzielana przez poradnie przyszpitalne na podstawie kontraktu w AOS, po wprowadzeniu sieci szpitali, finansowana jest na zasadzie ryczału, a więc wykazywana jest w ramach lecznictwa szpitalnego.

⁹² Tj. Nr P/07/101 „Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, w latach 2006–2007 (I półrocze)” oraz Nr P/14/063 „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”, a także kontroli NIK „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”.

⁹³ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe”.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

3.2.5. Nieodpowiednia wycena świadczeń. Znaczne rozpiętości cen kontraktowanych świadczeń.

Organy władzy publicznej nie dysponują pełnymi danymi dotyczącymi rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze. U podstaw braku wiarygodnych danych leży różnorodność ich szacowania w poszczególnych podmiotach leczniczych (różne klucze podziałowe kosztów, różne ośrodki ich powstawania z uwagi na odmienną strukturę organizacyjną poszczególnych podmiotów leczniczych) lub w ogóle brak takich szacunków. W konsekwencji zarówno Minister Zdrowia, jak również NFZ, w wielu wypadkach nie mają wiedzy, czy ceny kontraktowanych świadczeń są przeschacowane, czy niedoszacowane. Powoduje to, że podmioty lecznicze „generują” więcej badań bardziej rentownych, nawet jeśli nie jest to zgodne z potrzebami zdrowotnymi pacjentów. Dzieje się tak, ponieważ podmiot wynagradzany jest na zasadzie płatności za wykonane świadczenie, a nie za uzyskany efekt zdrowotny. Zarazem jednak powstaje „deficyt” świadczeń nierentownych, choć jest większe, uzasadnione zapotrzebowanie na takie świadczenia. Dalszą konsekwencją są kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczeń i negatywne oceny społeczne funkcjonującego systemu.

Wycena świadczeń a koszty rzeczywiste udzielanych świadczeń

Najwyższa Izba Kontroli wielokrotnie w swoich informacjach o wynikach kontroli wskazywała na brak danych o rzeczywistych kosztach udzielenia świadczeń. Przykładowo, w 2012 r. NIK wskazywał, że podobnie jak w latach poprzednich, NFZ nie dysponował kompleksowymi i rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur medycznych, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹⁴. W konsekwencji Fundusz nie miał pełnego rozeznania cen kontraktowanych świadczeń, w odniesieniu do rzeczywistych kosztów ich udzielenia przez świadczeniodawców. Liczbę jednostek rozliczeniowych, którą Fundusz planował zakontraktować w 2011 r. oraz ich cenę szacowano przede wszystkim wykorzystując dane o realizacji umów z lat poprzednich, a także dane m.in. Głównego Urzędu Statystycznego, Państwowego Zakładu Higieny oraz informacje o kolejkach osób oczekujących i potencjału świadczeniodawców.

Dopiero we wrześniu 2011 r. Fundusz wprowadził procedurę umożliwiającą zmianę wyceny usług medycznych na wniosek świadczeniodawcy, która zobowiązywała wnioskodawcę do podania rzeczywistego kosztu wytworzenia i udzielenia świadczenia zdrowotnego. Przydatność tego narzędzia okazała się jednak ograniczona. Dane przekazywane przez świadczeniodawców dotyczyły często zbyt małej liczby przypadków, co utrudniało oszacowanie uśrednionych kosztów.

Przeprowadzone przez Fundusz analizy wykazały, że dotychczasowa wycena blisko 40% świadczeń z zakresu kardiologii była zaniżona, co może zagrozić ograniczeniem dostępu do tych procedur. Natomiast połowa wycen świadczeń kardiologicznych była przeszacowana, co wskazuje na nieefektywne wykorzystanie środków publicznych⁹⁵. Podobną sytuację odnotowano także w przypadku świadczeń z zakresu pediatrii.

⁹⁴ Zgodnie z § 15 ust. 2–6 załącznika do tego rozporządzenia, Prezes NFZ dokonując wyceny poszczególnych świadczeń w jednostkach rozliczeniowych bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

⁹⁵ Dla 8 grup świadczeń objętych weryfikacją na podstawie specyfikacji kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców Fundusz ustalił, że w czterech grupach wartość punktowa wg specyfikacji kosztowych była wyższa niż wartość punktowa tych świadczeń określona w zarządzeniu Prezesa NFZ.

Zatem Fundusz nie miał prawidłowych danych o rzeczywistych kosztach większości kontraktowanych świadczeń, co uniemożliwiało rzetelne dokonanie ich wyceny, do czego zobowiązywał § 15 ust. 4 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹⁶.

W kolejnych latach NFZ prowadził prace nad weryfikacją wyceny świadczeń⁹⁷. W 2013 r. Centrala NFZ kontynuowała prace nad wyceną procedur medycznych, uwzględniającą rzeczywiste koszty świadczeń. Zweryfikowano 465 świadczeń rozliczanych w 49 Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP). W wyniku przeprowadzonych analiz, wycena niektórych świadczeń oznaczonych kodami P22, P03, C13, P06 zwiększyła się. Zwiększono również wartość punktową świadczeń oznaczonych symbolami C56, K27, A87, G18 dla osób poniżej 18. roku życia. Obniżono natomiast wycenę świadczeń usunięcia zaćmy powikłanej (B12) i niepowikłanej (B13) metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczępieniem soczewki. W pozostałych analizowanych przypadkach wycena nie zmieniła się. Podjęto również prace nad oszacowaniem kosztów hospitalizacji związanej z diagnostyką inwazyjną w ostrych zespołach wieńcowych (OZW) bez wykonania przeszłokórno zabiegu wieńcowego. W efekcie wyodrębniono nową grupę świadczeń (E10) – diagnostyka inwazyjna oraz zmodyfikowano charakterystyki dotychczasowych grup świadczeń oznaczonych symbolami E13, E14. W lipcu 2013 r. powołano Zespół do prowadzenia prac nad wyceną świadczeń. Do jego zadań należała weryfikacja wyceny grup leczenia operacyjnego zaćmy, analiza zależności czasu hospitalizacji pacjentów od wieku w ramach poszczególnych JGP, weryfikacja wycen grup, których główny udział w wycenie stanowi koszt wyrobu medycznego, kontynuacja prac związanych z przesunięciem realizacji części świadczeń z lecznictwa szpitalnego do AOS (z zakresu prac Zespołu wyłączono zagadnienia dotyczące pediatrii). Efektem prac Zespołu w 2013 r. było Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Wycenę świadczeń utrudniał brak zasad szacowania przez świadczeniodawców kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych⁹⁸.

⁹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 15 ust. 4 załącznika do tego rozporządzenia dokonując wyceny, [świadczeń opieki zdrowotnej], Prezes Funduszu bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania. 5. W przedmiocie ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa w ust. 4, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystuje informacje pozyskane od wybranych świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które w ramach dwu – lub wielostronnej współpracy udostępnią dane o kosztach udzielania świadczeń. 6. Do kalkulacji kosztów przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 5, stosowane są w szczególności zasady określone w przepisach o szczególnych zasadach rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

⁹⁷ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok”.

⁹⁸ Wytoczne w tym zakresie określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194) zostały uchylone z dniem 1 lipca 2011 r. Obecnie nie ma regulacji prawnych określających sposób obliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

W 2014 r. Fundusz kontynuował prace nad „przesunięciem” realizacji części procedur wykonywanych dotychczas w lecznictwie szpitalnym do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Celem tych działań było ograniczenie kosztów oraz wymuszenie wykonywania w trybie hospitalizacji tylko tych świadczeń, które nie mogły być realizowane poza szpitalem. W wyniku przeniesienia 258 procedur Fundusz zmniejszył w 2014 r. koszty o ok. 100 mln zł w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego oraz o ok. 210 mln zł w porównaniu do 2012 r. Od dnia 1 stycznia 2015 r. taryfikacji świadczeń dokonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W związku z tym Fundusz przekazał Agencji, w grudniu 2014 r., propozycje zmian 134 grup świadczeń opartych na kalkulacji kosztów przeprowadzonej na podstawie danych uzyskanych od świadczeniodawców⁹⁹.

Z kolei w 2016 r., by urealnić i dostosować finansowanie hospitalizacji w zależności od długości pobytu pacjentów w szpitalu m.in.¹⁰⁰:

- wyodrębniono JGP dla starszej populacji, z uwagi na istotnie różne koszty leczenia pacjentów w zależności od ich wieku, czy też choroby współistniejącej, co stanowiło realizację wniosku NIK sformułowanego po kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”;
- skorygowano wartości punktowe niektórych grup, m.in. dotyczących zabiegów endowaskularnych oraz kardiologii interwencyjnej i kardiologii zachowawczej;
- w grupach JGP dla procedur zachowawczych i niektórych grup zabiegowych wprowadzono wartość punktową dla hospitalizacji poniżej dwóch dni: dla grup zachowawczych na poziomie 30% stawki bazowej, dla grup zabiegowych na poziomie 90% stawki bazowej.

Zmiany wyceny świadczeń dla zabiegów endowaskularyzacji oraz kardiologii interwencyjnej i kardiologii zachowawczej zostały dokonane po przeprowadzeniu szeregu prac analitycznych, w tym „Analizy realizacji świadczeń w ramach systemu JGP”, opracowanej w 2016 r. przez Zespół Roboczy do spraw przeanalizowania, rozpoznania oraz zaproponowania odpowiednich rozwiązań obejmujących wycenę lub zmianę zasad realizacji, rozliczania i finansowania świadczeń. W związku z Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zostały podwyższone wyceny punktowe świadczeń ustalone przez NFZ o: 20% w przypadku oddziałów dziennych i oddziałów dziennych rehabilitacyjnych, 25% w przypadku świadczeń związanych z opieką środowiskową, 10% w przypadku świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i 5% w przypadku pozostałych świadczeń ambulatoryjnych.

Wprowadzone zmiany pozwoliły zaoszczędzić w skali roku 75 mln zł, licząc od 1 lipca 2016 r.

⁹⁹ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku”.

¹⁰⁰ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku”.

Do planu zakupu zostały również włączone taryfy wydane przez AOTMiT, dotyczące świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ponadto zmieniono wartość współczynników korygujących stawkę kapitałową w świadczeniach lekarza POZ, w szczególności z uwagi na zwiększone koszty udzielania świadczeń dla pacjentów grup wiekowych: 40–65.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, bez wprowadzenia jednolitego standardu rachunku kosztów w systemie ochrony zdrowia finansowanym ze środków publicznych, który pozwoli ujednoczyć sposób ich liczenia, a także wprowadzenia ustawowego obowiązku przekazywania danych kosztowych nie będzie możliwe rzetelne rozliczanie świadczeń. Wycena świadczeń powinna być połączona ze ścisłym podziałem podmiotów leczniczych na stopnie referencyjne oraz określeniem, które świadczenia mogą być w nich wykonywane.

Jednolity standard
rachunku kosztów
świadczeń zdrowotnych

Warunkiem *sine qua non* rzetelnego oszacowania cen świadczeń, kupowanych przez płatnika publicznego od podmiotów leczniczych, pozwalających zachować równowagę finansową, powinno być określenie procedur postępowania medycznego. Ich ustalenie oznaczać będzie *de facto* określenie przedmiotu kalkulacji kosztów, tj. jakie standardowe czynności terapeutyczne należy wykonać w przypadku wystąpienia danego przypadku chorobowego lub jego odmian, czy powikłań.

W 2017 r. w poszczególnych zakresach świadczeń występowała duża rozpiętość cen (cen za punkt rozliczeniowy) za te same świadczenia pomiędzy województwami. Przykładowo:

Zróżnicowane
ceny świadczeń
kontraktowanych przez
NFZ

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej:
 - ◆ świadczenia w zakresie genetyki – świadczenia pierwszorazowe, cena minimalna w województwie łódzkim wyniosła 8,10 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim w zakresie genetyki wyniosła 20,14 zł w oraz genetyki – świadczenia pierwszorazowe 20,31 zł,
 - ◆ świadczenia w zakresie chorób zakaźnych, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 6,52 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 18,00 zł,
 - ◆ świadczenia w zakresie otolaryngologii, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 4,56 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 10,00 zł,
 - ◆ świadczenia w zakresie okulistyki, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 6,08 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 10,50 zł,
 - ◆ świadczenia w zakresie endokrynologii, cena minimalna w województwie małopolskim wyniosła 6,89 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 11,01 zł,
 - ◆ w przypadku kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV), cena minimalna świadczenia w województwie dolnośląskim wyniosła 266,58 zł, a maksymalna w województwie śląskim 401,89 zł.

- w leczeniu szpitalnym:
 - ◆ dla programu lekowego – leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego, cena minimalna w województwie pomorskim wyniosła 47,00 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim 67,98 zł,
 - ◆ w zakresie neonatologii (hospitalizacja), cena minimalna w województwie małopolskim wyniosła 47 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim 59 zł,
 - ◆ świadczenia w zakresie okulistyki – hospitalizacja, cena minimalna w województwie małopolskim wyniosła 36,97 zł, a maksymalna w województwie zachodniopomorskim wyniosła 52,06 zł,
 - ◆ świadczenia w zakresie okulistyki – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 42,12 zł, a maksymalna w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 52,02 zł,
 - ◆ świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 41,94 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim i zachodniopomorskim wyniosła 52,04 zł,
 - ◆ świadczenia w zakresie kardiologii – hospitalizacja cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 43,11 zł, a maksymalna w województwie warmińsko-mazurskim wyniosła 52,03 zł.

Różnice regionalne, czy poziomy referencyjne podmiotów, nie uzasadniają tak znacznej rozpiętości cen świadczeń¹⁰¹. Zjawisko to było także uzasadniane możliwościami finansowymi poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, oferowaniem przez podmioty lecznicze ceny niższej niż oczekiwana w ogłaszanych przez OW NFZ postępowaniach konkursowych lub wynikami negocjacji. W przypadku znacznego obniżenia ceny w porównaniu do tzw. „ceny oczekiwanej” przez NFZ, zasadne jest sprawdzenie, czy nie dochodzi do obniżenia jakości świadczeń udzielanych pacjentom.

3.2.6. Wady systemu kontraktowania świadczeń

Nierówne traktowanie świadczeniodawców podczas kontraktowania świadczeń przez NFZ

Decyzje o wyborze podmiotów leczniczych, które udzielać będą świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ formalnie zapadały po przeprowadzeniu konkursu ofert lub rokowań¹⁰².

Tryb taki miał zapewnić zachowanie konkurencji pomiędzy podmiotami leczniczymi, stanowić bodziec do poprawy jakości udzielanych świadczeń.

W praktyce postulat ten nigdy nie został w pełni zrealizowany. Wynikało to z dwóch zasadniczych powodów, tj. rozmieszczenia świadczeniodawców oraz polityki kontraktowania świadczeń przez Fundusz, który dążył do jak najszerszego, terytorialnego zagwarantowania dostępu

¹⁰¹ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku”.

¹⁰² Nie dotyczy wybranych rodzajów świadczeń takich jak np. refundacji cen leków sprzedawanych w aptekach lub świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

do świadczeń. W konsekwencji przedmiotem negocjacji nie było to, który podmiot zabezpieczy dostęp do świadczeń, a który nie uzyska kontraktu, lecz jedynie wielkość przyznaných środków i cena jednostek rozliczeniowych, po której NFZ zakupi świadczenia w poszczególnych podmiotach leczniczych. Sytuację jeszcze bardziej komplikował fakt, iż na niektórych obszarach monopolistyczna pozycja Funduszu „zderzała” się z monopolem jednego szpitala lub innego świadczeniodawcy. Dotyczyło to w szczególności tych rodzajów świadczeń, które wymagały znacznych nakładów na otwarcie i prowadzenie placówki medycznej (najczęściej szpitali). W takich sytuacjach prowadzenie postępowania konkursowego przez Fundusz było jedynie generowaniem niepotrzebnych kosztów transakcyjnych w systemie ochrony zdrowia.

Z kolei w tych rodzajach świadczeń, jak np. w podstawowej opiece zdrowotnej, których udzielało wiele podmiotów i istniała realna konkurencja, ustawowo wykluczono ją, zobowiązując Fundusz do podpisania umowy, jeśli tylko ubiegający się o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń, oświadczył, że spełnia warunki Funduszu.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła kontraktowanie przez Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ (ŁOW) świadczeń w AOS oraz rehabilitacji leczniczej¹⁰³. Ogłoszenie postępowań w sprawie zawarcia nowych umów nastąpiło w terminach uniemożliwiających ich zawarcie do końca 2011 r. Jednocześnie ŁOW odstąpił¹⁰⁴ od przyjętej w Funduszu „Procedury konkursu ofert lub rokowań”¹⁰⁵ (zwanej dalej „Procedurą”), obejmującej:

- przeprowadzenie obligatoryjnej kontroli w podmiotach, które dotychczas nie miały zawartej umowy o udzielanie świadczeń w zakresie, na który została złożona oferta;
- sprawdzenie powtarzalności personelu wykazanego w poszczególnych ofertach;
- badanie zgodności oświadczenia o wpisie do rejestru z danymi w publicznym rejestrze teleinformatycznym.

Niezasadne było wydawanie przez Dyrektora ŁOW zarządzenia o odstąpieniu od „Procedury”, równocześnie z ogłoszeniem konkursu, gdy nie była jeszcze znana liczba oferentów podlegających obligatoryjnej kontroli.

Nieprzeprowadzenie kontroli u oferentów powodowało, że zawierano umowy ze świadczeniodawcami, którzy nie spełniali wymaganych warunków. W 39% ofert¹⁰⁶ podano dane niezgodne ze stanem faktycznym, które mogły mieć wpływ na wybór oferty i zawarcie umów. Podkreślić należy, że podanie w ofertach danych niezgodnych ze stanem faktycznym powinno

¹⁰³ Kontrola pn. „Kontraktowanie przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wybranych świadczeń medycznych na 2012 r. i lata następne” Nr I/12/001.

¹⁰⁴ Na podstawie Zarządzenia Dyrektora ŁOW Nr 191/11 z dnia 8 listopada 2011 r. w sprawie odstąpienia od „Procedury”. Uzasadniając odstąpienia Dyrektor ŁOW zapowiedział przeprowadzenie do końca I kw. 2012 r. kontroli wszystkich świadczeniodawców, z którymi po raz pierwszy zostaną zawarte umowy o udzielanie świadczeń.

¹⁰⁵ Nr 2011/001/BO/KON TR/5.9 z dnia 29 września 2011 r.

¹⁰⁶ Kontrolą objęto pięciu oferentów, którzy złożyli 18 ofert, spośród których jako rzetelne oceniono 11 ofert.

być rozpatrywane w kontekście art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, a w przypadku zawarcia umowy ze świadczeniodawcą – art. 155 ust. 2, a także art. 193 pkt 7 tej ustawy. Przepisy wskazują odpowiednio na obowiązek odrzucenia oferty zawierającej nieprawdziwe informacje, uznania za nieważną umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu oraz uznaniu za wykroczenie podania w ofercie nieprawdziwych informacji i danych. W tej sytuacji za niewłaściwe należało uznać wytyczne Prezesa NFZ zawarte w piśmie z dnia 18 lutego 2011 r.¹⁰⁷, nakazujące zawarcie umowy z takim świadczeniodawcą, który w momencie rozpoczęcia udzielania świadczeń nie spełnia warunków zadeklarowanych w ofercie, a następnie niezwłoczne jej rozwiązanie.

Również prace komisji konkursowych prowadzone były nierzetelnie, np. nie weryfikowano prawidłowości naliczania punktów w postępowaniach prowadzonych w AOS – świadczenia kosztochłonne. Spośród 146 ofert, które wpłynęły w 76 postępowaniach dla tego zakresu, 84 oferty (57%) zostały błędnie ocenione w systemie pod względem dostępności. W konsekwencji zaniżano bądź zawyżano liczbę punktów oceny dla poszczególnych oferentów¹⁰⁸.

Dalsze nieprawidłowości w pracach komisji konkursowych dotyczyły m.in.:

- braku oświadczeń członków komisji, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia z postępowania¹⁰⁹. Osoby, które nie złożyły wymaganych oświadczeń, uczestniczyły w kolejnych etapach postępowań. Przewodnicząca komisji nie wystąpiła do Dyrektora ŁOW NFZ z wnioskiem o wyłączenie tych osób, do czego była zobowiązana Regulaminem pracy komisji (§ 12 ust. 2)¹¹⁰;
- niedostatecznej weryfikacji składanych ofert, powodującej zawyżenie ich ocen punktowych.

Z kolei w 2013 r. w Świętokrzyskim Oddziale Wojewódzkim NFZ stwierdzono szereg uchybień formalnych związanych z kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej¹¹¹, a w szczególności: niesporządzenie przez

¹⁰⁷ Znak: NFZ /CF/GPF /2011/077/0015/W/04700/JAP.

¹⁰⁸ Informację o zaistnieniu błędu Dyrektor Oddziału powziął już w dniu 28 grudnia 2011 r., kiedy do ŁOW NFZ wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania z zakresu badań tomografii komputerowej na obszarze powiatu pabianickiego. Decyzją z dnia 19 stycznia 2012 r. odwołanie zostało uwzględnione. Przyjmując do wiadomości, że o zaistniałym błędzie ŁOW NFZ natychmiast powiadomił Centralę NFZ, NIK zauważa jednak, że ostatnie z postępowań obarczonych błędem rozstrzygnięto w Oddziale jeszcze w dniu 29 lutego 2012 r.

¹⁰⁹ Z 26 poddanych analizie postępowań konkursowych w sześciu postępowaniach (23%), prowadzonych przez tę samą komisję konkursową, stwierdzono brak dziewięciu oświadczeń członków komisji, co było niezgodne z wymogami określonymi w § 5 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).

¹¹⁰ Uchwała nr 36/2005/1 z dnia 4 października 2005 r. Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹¹¹ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok”.

komisję konkursową, w jednym z badanych postępowań, rankingu otwarcia z propozycjami Funduszu; nieodrzucone przez komisję konkursową oferty ZOZ w Busku-Zdroju, mimo iż oferent nie spełniał wymaganych warunków określonych przez Prezesa NFZ, co naruszało przepis art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, który stanowił, że odrzuca się ofertę, jeśli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 tej ustawy.

Kontrole NIK wykazały naruszenie zasad równego traktowania świadczeniodawców także podczas podziału środków pomiędzy podmioty lecznicze, które uzyskały kontrakt z Funduszem. Przykładowo w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ nie określono formalnych zasad podziału środków pomiędzy oferentami w postępowaniach konkursowych, w przypadku gdy łączna wartość złożonych ofert przewyższa planowane środki. Skutkowało to ryzykiem dowolności podejmowanych decyzji i nierównego traktowania wszystkich podmiotów w postępowaniach konkursowych, a także negatywnie wpływało na transparentność prac komisji konkursowej. Mazowiecki Oddział Wojewódzki przedłużył także umowę o wartości 10 993,10 tys. zł na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w lecznictwie szpitalnym, w zakresie okulistyka hospitalizacja planowa ze świadczeniodawcą, z którym Oddział rozwiązał umowę z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia, z powodu pobierania przez świadczeniodawcę od pacjentów dodatkowych opłat, których ustawa o świadczeniach, ani łącząca strony umowa, nie przewidywała. Przedłużenie umowy w trakcie trwania okresu jej wypowiedzenia było działaniem niecelowym i świadczącym o luce w wewnętrznych uregulowaniach prawnych Funduszu, które mogą sprzyjać występowaniu korupcji¹¹².

Arbitralność NFZ przy podziale środków pomiędzy podmioty lecznicze

3.2.7. Kontrola i systemy weryfikacji rozliczeń przesyłanych przez podmioty lecznicze

Ustalenia kontroli NIK wskazały, że system kontroli świadczeniodawców działał nieefektywnie i nieskutecznie¹¹³. Nie zapewniał właściwego nadzoru nad wykonywaniem kontraktów, w tym nad ich jakością i dostępnością oraz nie pozwalał na sprawną i bezbłędną weryfikację rozliczeń przekładanych przez świadczeniodawców. Liczba kontroli nie była adekwatna do potrzeb, a ich ograniczony zakres nie obejmował sprawdzenia istotnych elementów dostępności i jakości świadczeń.

Nieefektywne systemy rozliczeń świadczeń

Ponadto dobór kontroli w poszczególnych zakresach świadczeń nie zapewniał ani uwzględnienia wyników analizy ryzyka ani też wykonania

¹¹² Zgodnie z nowym brzmieniem art. 149 ust. 1, pkt 8 ustawy o świadczeniach, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., nadanym ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), Fundusz odrzuca ofertę złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

¹¹³ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia”. Okres objęty kontrolą – lata 2009–2012 (I kwartał).

planów poszczególnych oddziałów NFZ. Planując zakres prowadzonych kontroli, nie zakładano pełnej oceny jakości i dostępności udzielanych świadczeń, co w związku z małą liczbą kontroli powodowało, że te aspekty ich wykonywania pozostawały praktycznie poza nadzorem. Żadne z kontrolowanych postępowań nie obejmowało podwykonawców świadczeń. Wynikało to głównie z niskich nakładów na kontrolę, w tym niskiego poziomu zatrudnienia oraz problemów z zatrudnieniem osób z wykształceniem medycznym. W latach 2009–2011 pojedynczego świadczeniodawcę kontrolowano rzadziej niż raz na 10 lat, przy czym np. w przypadku podmiotów udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej kontrola była przeprowadzana raz na 24 lata, a w przypadku leczenia stomatologicznego raz na 18 lat.

Pomimo zastrzeżeń do funkcjonowania systemu kontroli, NIK oceniła, że postępowania kontrolne, w odniesieniu do ich zaplanowanego zakresu, były prowadzone przez oddziały skutecznie, rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi procedurami, zapewniając wykrycie nieprawidłowości w realizacji i rozliczaniu świadczeń. Efekty finansowe w postaci nałożonych kar i ustalonych kwot nienależnie przekazanych środków były ponad trzykrotnie wyższe od kosztów oddziałów związanych z działalnością kontrolną świadczeniodawców, które w latach 2010–2011 stanowiły ok. 0,05% ich kosztów ogółem.

Analiza NIK wybranych świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców w 2013 r. i rozliczonych przez NFZ wykazała, że Fundusz rozliczył świadczenia na łączną kwotę 5 437,62 tys. zł, z tego:

- 1061 przypadków udzielenia świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej po zgonie pacjentów o wartości 18,49 tys. zł¹¹⁴;
- 100 przypadków hospitalizacji udzielonych po zgonie pacjentów o wartości 311,45 tys. zł¹¹⁵;
- 20 418 recept na łączną kwotę 1081,95 tys. zł wystawionych w 2013 r. po zgonie pacjentów;
- 1795 recept wystawionych przez lekarzy po ich zgonie na kwotę 154,59 tys. zł;
- w okresie 142 459 osobomiesięcy Fundusz płacił za objęcie opieką medyczną podopiecznych przez zmarłych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Koszty zapewnienia takiej opieki wyniosły nie mniej niż 1139,67 tys. zł¹¹⁶;
- w okresie 1 145 184 osobomiesięcy Fundusz płacił za objęcie opieką medyczną podopiecznych przez zmarłe pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Koszty zapewnienia takiej opieki wyniosły nie mniej niż 2542,31 tys. zł;

¹¹⁴ Dane po weryfikacji przeprowadzonej przez DSOZ. Przekazane do OW NFZ celem dalszej weryfikacji i wyjaśnienia.

¹¹⁵ J.w.

¹¹⁶ Bazowa stawka kapitacyjna lekarza POZ wynosiła w 2013 r. 8,00 zł a pielęgniarki POZ – 2,22 zł. Patrz załącznik nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2012 r. Nr 86/2012/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

- w okresie 23 645 osobomiesięcy Fundusz opłacał zapewnienie lekarskiej podstawowej opieki medycznej podopiecznym po dacie ich wykreślenia z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Koszt zapewnienia opieki dla takich osób wyniósł 189,16 tys. zł.

Jeszcze w toku kontroli NIK w oddziałach wojewódzkich NFZ zostały wszczęte czynności wyjaśniające. NIK zauważa jednak, że powyższych ustaleń kontrolerzy dokonali pomimo tego, że w ramach działania tzw. Centralnych Reguł Weryfikacyjnych Fundusz sprawdził już uprzednio czy pacjent o danym numerze PESEL, któremu udzielono świadczenia, nie figuruje, jako osoba zmarła, w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. Wskazuje to na potrzebę poprawy efektywności narzędzi służących kontroli rozliczeń umów ze świadczeniodawcami.

W następnych latach sytuacja nie uległa poprawie. Analiza wybranych świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców w 2014 r. wykazała, że w przypadku:

- 29 pacjentów Fundusz zapłacił w latach 2009–2014 świadczeniodawcy za usunięcie wyrostka robaczkowego, pomimo jego wcześniejszego usunięcia;
- 245 pacjentów Fundusz zapłacił w latach 2009–2014 świadczeniodawcy za usunięcie pęcherzyka żółciowego, pomimo jego wcześniejszego usunięcia;
- 33 036 recept NFZ refundował zakup antybiotyku o wartości 243,05 tys. zł, po upływie 7 dni od daty jej wystawienia, choć recepty takie były ważne jedynie przez tydzień¹¹⁷.

Również w 2015 r. system kontroli świadczeniodawców nie był w pełni skuteczny, o czym świadczy refundacja przez Fundusz w 11 302 przypadkach recept na kwotę 708,35 tys. zł wystawionych na osoby zmarłe, a w 74 039 przypadkach na kwotę 5613,4 tys. zł recept wystawionych przez zmarłych lekarzy¹¹⁸. Dopiero w trakcie kontroli NIK zostały wszczęte czynności wyjaśniające w oddziałach wojewódzkich NFZ. Fundusz nie prowadził również weryfikacji czy recepta o danym numerze nie została już zrealizowana na terenie innego oddziału¹¹⁹.

W związku z planami likwidacji Funduszu oraz dużą rotacją kadry, w 2016 r. zmniejszyła się liczba i efekty finansowe przeprowadzonych przez NFZ kontroli w porównaniu do 2015 r. Łącznie przeprowadzono 3247 kontroli świadczeniodawców, ordynacji lekarskiej oraz aptek, tj. 15,86% mniej niż w 2015 r., w których ustalono do zwrotu środki w wysokości 66 155,88 tys. zł, tj. o 77 292,28 tys. zł (53,88%) mniej niż w 2015 r. W 2016 r. na jedną złotówkę wydatkowaną w związku z zatrudnieniem kontrolującego przypadały ustalenia finansowe w wysokości 1,74 zł, natomiast w 2015 r. były to 4 zł.

Zmniejszająca się efektywność systemu kontroli świadczeniodawców

¹¹⁷ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zdań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku”.

¹¹⁸ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku”.

¹¹⁹ Każda recepta posiada unikalny numer.

3.2.8. Rekomendacje

Rekomendacje NIK

Sposób **finansowania systemu ochrony zdrowia** stanowi kluczowe narzędzie oddziaływania organów publicznych, decydujące o tak istotnych zjawiskach, jak np. dostęp pacjentów do świadczeń, co pośrednio wpływa także na efekty leczenia.

Istotne znaczenie mają również zmiany wprowadzane w innych obszarach, a w szczególności w systemach informacyjnych ochrony zdrowia, które przyczynią się do poprawy efektywności wydatkowanych środków, w tym „uszczelnienia” systemu ochrony zdrowia.

W ramach dostępnych środków trzeba podjąć następujące działania poprawiające efektywność ich wykorzystania:

1) Wprowadzić jednolity standard rachunku kosztów dla podmiotów leczniczych korzystających ze środków publicznych.

Rozwiązanie to pozwoli na rzetelną analizę kosztów udzielonych świadczeń ponoszonych przez podmioty lecznicze i będzie miało istotne znaczenie dla przeprowadzenia urealnionej wyceny procedur medycznych. Wraz z ustaleniem standardów organizacyjnych udzielania świadczeń pozwoli to na określenie cen zakupu świadczeń przez płatnika publicznego. Ponadto jednolity standard rachunku kosztów powinien ułatwić tworzenie analiz zarządczych w systemie.

2) Urealnić wycenę świadczeń zdrowotnych i uzależnić ją od poziomu referencyjnego podmiotu leczniczego.

Dane zebrane na podstawie jednolitego rachunku kosztów powinny stanowić podstawę do ponownej wyceny świadczeń. Zapobiegnie to zadłużaniu się podmiotów leczniczych.

Zmiana wyceny świadczeń ambulatoryjnych, profilaktycznych, a także świadczeń poszpitalnych pozwoli na zmianę niekorzystnej struktury udzielanych świadczeń, a w szczególności kosztownych hospitalizacji.

3) Wprowadzić zasadę odpłatności za jakość leczenia i jego efekt¹²⁰, a nie za samo wykonanie procedury medycznej.

Bodźce ekonomiczne (płatność za poszczególne procedury) skłaniają podmioty lecznicze do wielokrotnego przyjmowania pacjentów; wyleczenie, czy zdecydowana poprawa stanu zdrowia, przestaje być celem samym w sobie.

4) Wprowadzić takie zasady finansowania świadczeń, które urzeczywistnią ideę, iż „pieniądz podąża za pacjentem”.

Dotychczasowa praktyka wskazuje, że środki finansowe dotychczas podążały za kontraktem, ale nie zawsze zgodnie potrzebami pacjentów. Skierowanie środków „za pacjentem” spowoduje zmianę tego podejścia. Działanie takie nie może jednak odbywać się bez równoczesnego wprowadzenia

¹²⁰ Z uwagi na fakt, iż efekty udzielenia świadczeń zdrowotnych mogą być trudno mierzalne i odległe w czasie, pod pojęciem efektu należy na potrzeby niniejszej pracy rozumieć fakt postawienia diagnozy (niezależnie od liczby wykonanych procedur medycznych) oraz rozpoczęcia leczenia w określonym terminie.

publicznie dostępnych wskaźników oceny jakości udzielonych świadczeń, określonych przez ministra właściwego ds. zdrowia przy udziale wyspecjalizowanej jednostki podległej ministrowi.

5) Uwzględnić w algorytmie podziału środków większą liczbę czynników oddziałujących na system ochrony zdrowia w regionie.

Stosowany obecnie algorytm podziału środków nie uwzględnia szeregu czynników epidemiologicznych charakterystycznych dla poszczególnych regionów. Tym samym nie odpowiada aktualnym potrzebom zdrowotnym. Należy zauważyć, że został on ustalony 10 lat temu. W tym czasie zmieniła się sytuacja epidemiologiczna (np. znacznie wzrosła zachorowalność na nowotwory złośliwe), a także dokonano szeregu istotnych zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia.

Algorytm nie uwzględnia również migracji pacjentów pomiędzy województwami, co przekłada się na sytuację finansową podmiotów leczniczych.

6) Wyeliminować przekazywanie przez NFZ środków na wynagrodzenia personelu odrębnym strumieniem, niezwiązanym z zakupem świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

W ostatnich latach ze składek ubezpieczonych finansowane są inne koszty niż zakup świadczeń dla pacjentów, np. podwyżki wynagrodzenia personelu medycznego. Wzrost wynagrodzeń personelu medycznego powinien być konsekwencją wzrostu nakładów na system ochrony zdrowia i powinien wpływać na wycenę świadczeń. Nałożenie na formalnie niezależne podmioty lecznicze kosztów związanych z podwyżkami wynagrodzeń personelu medycznego, które nie są w pełni pokrywane przez płatnika, nie tylko ogranicza wielkość środków przeznaczanych na zakup świadczeń dla pacjentów, lecz również stanowi dla poszczególnych placówek zagrożenie dalszego funkcjonowania. Zasadne jest kompleksowe uregulowanie zagadnień związanych z wynagrodzeniami całego personelu medycznego.

7) Uszczelnić system finansowania ochrony zdrowia.

Obecnie możliwe jest wykazywanie do rozliczania świadczeń, które w ogóle nie były wykonane. Głównie od „czujności pacjenta” zależy, czy takie fikcyjne świadczenie zostanie wykryte. Aby wyeliminować tego rodzaju zjawiska należy, możliwie szybko, wprowadzić rozwiązania informatyczne, które pozwolą np. na autoryzację wykonania świadczenia przez pacjenta.

8) Dokonać analizy rozwiązań organizacyjnych i prawnych funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia pod kątem wyeliminowania nieefektywnego finansowania.

Na przykład ryzyko finansowania tych samych zadań w ramach programów profilaktycznych finansowanych z różnych źródeł środków publicznych, finansowanie stawki kapitałowej w POZ za pacjentów w trakcie długotrwałego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

9) **Wydzielić w stawce kapitacyjnej, przekazywanej lekarzowi POZ, kwotę przeznaczoną na badania diagnostyczne, w tym profilaktyczne.**

W ocenie NIK i zewnętrznych ekspertów takie rozwiązanie może przyczynić się do wykrywania chorób we wczesnym etapie ich rozwoju i poprawy skuteczności leczenia.

10) **Wydzielić z systemu ochrony zdrowia usługi o charakterze opiekuńczym.**

Z uwagi na proces starzenia się społeczeństwa, zasadnym jest wydzielenie usług opiekuńczych i finansowanie ich z odrębnej puli środków.

3.3. Dostępność świadczeń

Dostęp do świadczeń zdrowotnych a prawa pacjenta

Zgodnie z przepisami Konstytucji, władze publiczne powinny zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w Polsce jest silnie zróżnicowany. Potwierdzają to zarówno kontrole NIK, jak również analizy ekspertów. Czynnikiemami wpływającymi na różnice w dostępie do świadczeń są m.in.: nierównomierne rozmieszczenie bazy materialnej systemu w tym struktura udzielanych świadczeń, ale także status materialny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, wiek¹²¹.

3.3.1. **Ograniczony i zróżnicowany terytorialnie dostęp do świadczeń. Niezabezpieczenie dostępu do wybranych świadczeń.**

Wielkość środków na mieszkańca województwa

W 2017 r. nadal utrzymywały się dysproporcje w dostępie do świadczeń, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno ich liczbą i wartością przypadającą na 10 tys. uprawnionych, jak i czasem oczekiwania na świadczenie. Zróżnicowanie wielkości środków przypadających w 2017 r., w poszczególnych województwach, w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych prezentują poniższe mapy.

¹²¹ A. Genowska, I. Grzegorzewska, M. Zalewska, J. Fryc, *Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej wg statusu społeczno-ekonomicznego*, *Hygeia Public Health*, 2015 r.

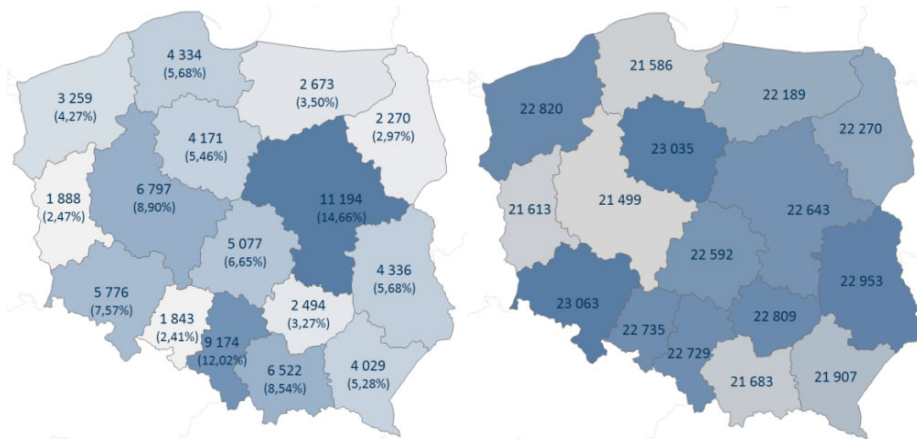
PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Infografika nr 15

Koszty świadczeń ogółem (w mln zł) oraz w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych (w tys. zł) w poszczególnych województwach w 2017 r.

Koszty świadczeń w Polsce (w mln zł)

Koszty świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych (w tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

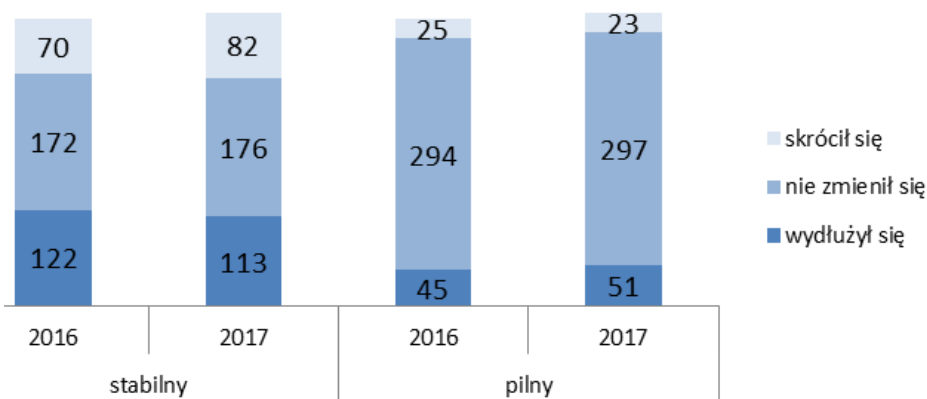
Na koniec 2017 r., w porównaniu do 2016 r., w przypadku 30,5% zakresów świadczeń, czas oczekiwania wydłużył się, zaś w 69,5% skrócił lub pozostał na niezmiennym poziomie.

Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń

Zmiany średniego czasu oczekiwania (mediana) do komórek organizacyjnych na koniec 2017 r., w porównaniu do 2016 r., w Polsce prezentuje poniższy schemat.

Infografika nr 16

Zmiany średniego czasu oczekiwania (mediana) na udzielenie świadczeń do komórek organizacyjnych, w których są prowadzone listy oczekujących



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W przypadku 15 rodzajów komórek organizacyjnych, z 20 analizowanych, z największą liczbą oczekujących i długim czasem oczekiwania (przypadek stabilny)¹²², wzrosła liczba osób oczekujących na świadczenie (według stanu na grudzień 2017 r. i 2016 r.), w pięciu zmniejszyła się,

¹²² Po pięć komórek organizacyjnych z rodzajów: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, rehabilitacja lecznicza.

natomiast wartość mediany średniego czasu oczekiwania wydłużyła się w przypadku siedmiu komórek, w dwóch pozostała bez zmian, a skróciła się w 11 komórkach organizacyjnych.

Najwyższe wartości mediany średniego czasu oczekiwania w grudniu 2017 r. (dla przypadków stabilnych) odnotowano w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poradniach endokrynologicznych osteoporozy 363 dni¹²³, do świadczeń diagnostyki obrazowej: rezonansu magnetycznego – 171 dni i tomografii komputerowej – 59 dni, w leczeniu szpitalnym w oddziałach leczenia oparzeń – 275¹²⁴, w programach lekowych w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową – 125 dni, w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zespołach leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem – 809 dni¹²⁵, w rehabilitacji leczniczej odnotowano w oddziałach: paraplegii i tetraplegii – 1 209 dni¹²⁶.

Niezabezpieczenie dostępu do świadczeń

Kolejne kontrole NIK wykazywały, że Fundusz nie zabezpieczał dostępu do tych samych świadczeń na terenie poszczególnych województw.

W 2017 r., spośród 13 analizowanych zakresów świadczeń w lecznictwie szpitalnym, tylko na terenie trzech oddziałów wojewódzkich Funduszu zapewniono pacjentom pełny dostęp do świadczeń. Nie zapewniono dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w oddziałach szpitalnych: kardiologii dziecięcej i neurochirurgii dziecięcej – w dziewięciu województwach¹²⁷, chorób zakaźnych dziecięcych – w ośmiu województwach¹²⁸, okulistyki dziecięcej i toksykologii klinicznej – w siedmiu województwach¹²⁹, otorynolaryngologii dziecięcej – w sześciu województwach¹³⁰, nefrologii dziecięcej, transplantologii klinicznej i chirurgii plastycznej – w pięciu województwach¹³¹, chorób płuc dziecięcych,

¹²³ W poradniach: genetycznych dla dzieci – 321 dni, nowotworów krwi – 238 dni, endokrynologicznych – 227 dni, immunologicznych dla dzieci – 157 dni.

¹²⁴ W oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej – 166 dni, chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci – 163 dni, audiologiczno-foniatrycznych – 161 dni, otorynolaryngologicznych dla dzieci – 160 dni.

¹²⁵ W oddziałach odwykowych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci – 68 dni, zakładach/Oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatrycznych – 50 dni, poradniach psychogeriatrycznych – 48, a w poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym – 34 dni.

¹²⁶ W oddziałach rehabilitacyjnych – 464 dni, rehabilitacji narządu ruchu – 392 dni, rehabilitacji neurologicznej – 203 dni oraz rehabilitacji pulmonologicznej 191dni.

¹²⁷ Kardiologii dziecięcej (hospitalizacji) w kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, a do neurochirurgii dziecięcej (hospitalizacji) w dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

¹²⁸ W kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, śląskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim.

¹²⁹ Okulistyce dziecięcej (hospitalizacji) w dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim, a do toksykologii klinicznej (hospitalizacji) w kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim.

¹³⁰ Lubuskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim, i zachodniopomorskim.

¹³¹ Nefrologii dziecięcej w lubuskim, opolskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim, transplantologii klinicznej w lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, chirurgii plastycznej w opolskim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

kardiologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci – w czterech województwach¹³², a chirurgii klatki piersiowej w jednym województwie (opolskim).

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, spośród 10 analizowanych zakresów, dostęp do wszystkich świadczeń zapewniono jedynie w dwóch oddziałach wojewódzkich NFZ. Nie zapewniono dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w poradniach: toksykologii klinicznej – w trzynastu województwach¹³³, neurochirurgii dla dzieci – w ośmiu województwach¹³⁴, transplantologii klinicznej – w pięciu województwach¹³⁵, chorób zakaźnych dla dzieci, urologii dziecięcej, chirurgii plastycznej – w czterech województwach¹³⁶, a w jednym województwie do chirurgii klatki piersiowej (opolskim), ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci (dolnośląskim), kardiochirurgii (świętokrzyskim) oraz okulistyki dla dzieci (zachodniopomorskim).

W odniesieniu do trzech analizowanych zakresów świadczeń rehabilitacyjnych dostęp do wszystkich świadczeń zapewniono w połowie oddziałów wojewódzkich. Nie zakontraktowano świadczeń rehabilitacji dla osób z dysfunkcją narządu wzroku – w siedmiu oddziałach wojewódzkich¹³⁷, fizjoterapii domowej – w czterech oddziałach wojewódzkich¹³⁸, a rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w trzech oddziałach wojewódzkich¹³⁹.

W 2017 r. nie udało się również zabezpieczyć pacjentom dostępu do świadczeń w *Programie profilaktyki chorób odtytoniowych* na etapie podstawowym w dwóch OW NFZ¹⁴⁰ oraz na etapie specjalistycznym w dziewięciu oddziałach¹⁴¹.

Do głównych przyczyn zróżnicowania w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku poszczególnych OW NFZ należą: różnice rozwoju i rozmieszczenia potencjału lecznictwa na obszarze kraju i województw, szczególnie personelu medycznego, zaszczości historyczne, realizacja zbliżonych świadczeń w różnych zakresach, zachowania świadczeniodawców

¹³² Chorób płuc dziecięcych w lubuskim, podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim, kardiologii dziecięcej w lubuskim, opolskim, podkarpackim i świętokrzyskim, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci w kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, pomorskim.

¹³³ Dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim, wielkopolskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim.

¹³⁴ Dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim.

¹³⁵ Lubuskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim.

¹³⁶ Chorób zakaźnych dla dzieci kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, urologii dziecięcej w lubelskim, opolskim, podlaskim, zachodniopomorskim, chirurgii plastycznej w opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim.

¹³⁷ Dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podlaskim, pomorskim, zachodniopomorskim OW NFZ.

¹³⁸ Kujawsko-pomorskim, opolskim, pomorskim, zachodniopomorskim.

¹³⁹ Podlaskim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim.

¹⁴⁰ Podlaskim i pomorskim (umowy na 2017 r. – stan na czerwiec 2017 r.).

¹⁴¹ Dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim (umowy na 2017 r. – stan na czerwiec 2017 r.).

oraz migracje pacjentów, różnice priorytetów i polityk lokalnych, wynikające z potrzeb zdrowotnych lub oczekiwań społeczności, różnice poziomu kosztów realizacji świadczeń w poszczególnych województwach (w tym wynagrodzenia personelu).

Na koniec 2017 r. wysokie wartości średniego rzeczywistego czasu oczekiwania (dla przypadków stabilnych) odnotowano m.in. w przypadku zabiegów operacji zaćmy – 512 dni, endoprotezoplastyki stawu kolanowego – 656 dni i biodrowego – 544 dni, na świadczenia z zakresu endokrynologii – 218 dni i kardiologii – 119 dni. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z danymi OECD za 2016 r., w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego czas oczekiwania na to świadczenie należał do najdłuższych spośród wszystkich analizowanych państw, a w przypadku zaćmy i endoprotezoplastyki stawu biodrowego czas oczekiwania w Polsce był najdłuższy.

3.3.2. Ograniczony zasięg koordynowanej opieki zdrowotnej, fragmentaryczność opieki

Brak koordynacji procesu leczniczego

Cechą charakterystyczną polskiego systemu ochrony zdrowia jest brak koordynacji leczenia i fragmentaryczność procesów terapeutycznych. Świadczy o tym odsyłanie pacjentów do innych podmiotów z powodu braku możliwości kompleksowego leczenia, co negatywnie wpływa na efekty leczenia.

Przykładem tego jest podsystem lecznictwa onkologicznego. Wprowadzenie pakietu onkologicznego nie doprowadziło do istotnej poprawy kompleksowości i jakości udzielanych świadczeń. Jedynie 1,9% podmiotów realizujących pakiet onkologiczny w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zapewniało jednoczesny dostęp w ramach własnej działalności do badań laboratoryjnych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych¹⁴². W leczeniu szpitalnym takich podmiotów było 27,5%¹⁴³.

Na koniec 2015 r. ponad połowa świadczeniodawców, którzy podpisali umowy na realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, nie miała zakładu patomorfologii¹⁴⁴.

W ocenie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego śródoperacyjne badanie patomorfologiczne, w przypadku niektórych rozpoznań jest niezbędnym warunkiem właściwego przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego, jak np. w raku trzustki, mięsakach, raku przełyku, żołądka¹⁴⁵.

¹⁴² Dotyczy podmiotów udzielających świadczeń tylko w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; według stanu na koniec II kwartału 2016 r.

¹⁴³ Dotyczy podmiotów udzielających świadczeń tylko w leczeniu szpitalnym; według stanu na koniec II kwartału 2016 r. Wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym było ich 22,33%. W pozostałych podmiotach leczniczych dostęp do badań diagnostycznych został zapewniony przez podwykonawców.

¹⁴⁴ Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”.

¹⁴⁵ Pismo Polskiego Towarzystwa Onkologicznego z dnia 19 maja 2016 r.

PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Nieskuteczne okazały się próby wprowadzenia opieki koordynowanej. Na koniec 2017 r. Fundusz nie wdrożył rozwiązań mających zapewnić pacjentom kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego w siedmiu województwach, kompleksową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną dla chorych na cukrzycę w pięciu województwach, zaś kompleksowe leczenie ran przewlekłych w 12 województwach¹⁴⁶.

Infografika nr 17

Dostęp do opieki koordynowanej

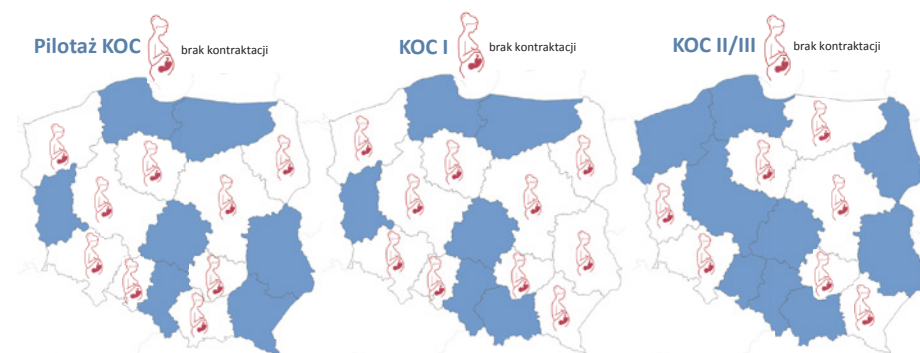


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W przypadku koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) także nie udało się zakontraktować świadczeń we wszystkich województwach. W ramach pilotażu zakontraktowano KOC – w dziewięciu województwach; na pierwszym poziomie opieki prenatalnej KOC I – w 10 województwach; na drugim lub trzecim poziomie opieki prenatalnej KOC II/III – w siedmiu województwach.

Infografika nr 18

Dostęp do opieki koordynowanej KOC (koordynowana opieka nad kobietą w ciąży)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Dopiero po kilkunastu latach od wprowadzenia instytucji lekarza rodzinnego podjęto próby koordynacji jego działań z innymi szczeblami systemu ochrony zdrowia. NFZ realizuje projekt pt.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordy-

Opieka koordynowana
w POZ

¹⁴⁶ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r.”.

nowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”. Celem projektu jest zaprojektowanie i wdrożenie trzech modeli opieki koordynowanej w Polsce, które mają być realizowane w ramach pilotaży¹⁴⁷.

W pierwszym etapie planowane jest wdrożenie modelu podstawowej opieki zdrowotnej, w kolejnym wdrażany będzie model dotyczący większej integracji POZ i opieki ambulatoryjnej, a w ostatnim model opieki koordynowanej skoncentrowany na osobach po hospitalizacji i powyżej 65. roku życia. W 2017 r. NFZ rozpoczął preselekcję podmiotów do realizacji OOK w POZ, jednakże warunkiem niezbędnym dla rozpoczęcia realizacji pilotażu była nowelizacja ustawy o świadczeniach, wprowadzająca podstawę prawną do opracowania i wdrożenia programów pilotażowych¹⁴⁸.

Opieka koordynowana po opuszczeniu szpitala

Przykładem ograniczonej koordynacji procesu leczenia jest również fakt, iż tylko niewielka część pacjentów, którzy przeżyli zawał serca, korzysta z rehabilitacji kardiologicznej. W latach 2012–2015 był to jedynie jeden na pięciu pacjentów. A brak rehabilitacji kardiologicznej po zawale serca utrudnia utrzymanie korzystnych wyników wcześniejszego leczenia, a także prowadzi do przedwczesnych zgonów.

W przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej, w okresie 30 dni od zawału serca, odsetek pacjentów żyjących co najmniej rok od dnia zakończenia hospitalizacji z powodu zawału serca był wyższy (95,79% pacjentów bez leczenia kardiochirurgicznego w przebiegu zawału serca i 98,44% w przypadku pacjentów po takiej interwencji) niż w przypadku pacjentów, którzy nie korzystali z rehabilitacji w związku z przebyłym zawałem serca (59,68% w przypadku pacjentów bez leczenia kardiochirurgicznego w przebiegu zawału oraz 81,30% w przypadku pacjentów po takiej interwencji¹⁴⁹).

3.3.3. Dostęp do wybranych świadczeń

Dostęp do lecznictwa geriatrycznego

Zmiany demograficzne, a zwłaszcza wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie, skutkować będzie potrzebą zapewnienia skoordynowanej opieki zdrowotnej dla takich pacjentów. Tymczasem ustalenia kontroli NIK wskazują¹⁵⁰, że dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca, brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Nie realizowane są Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej¹⁵¹, a przygotowanie lekarzy do opieki nad osobami w wieku podeszłym jest niedostateczne – brakuje lekarzy geriatrów.

¹⁴⁷ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku”.

¹⁴⁸ Ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2110) z dniem 30 listopada 2017 r. dodano do ustawy o świadczeniach art. 5 pkt 30a oraz art. 48e i 48f regulujące instytucję programu pilotażowego.

¹⁴⁹ Analizą objęto wszystkich pacjentów, którzy przeszli w latach 2012–2014 zawał mięśnia sercowego i przeżyli rok od dnia wyjścia ze szpitala.

¹⁵⁰ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”.

¹⁵¹ Rada Ministrów, zauważając istotność i złożoność problemów wynikających ze zmian demograficznych, podjęła Uchwałę Nr 238 z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* (M.P. z 2014 r. poz. 118).

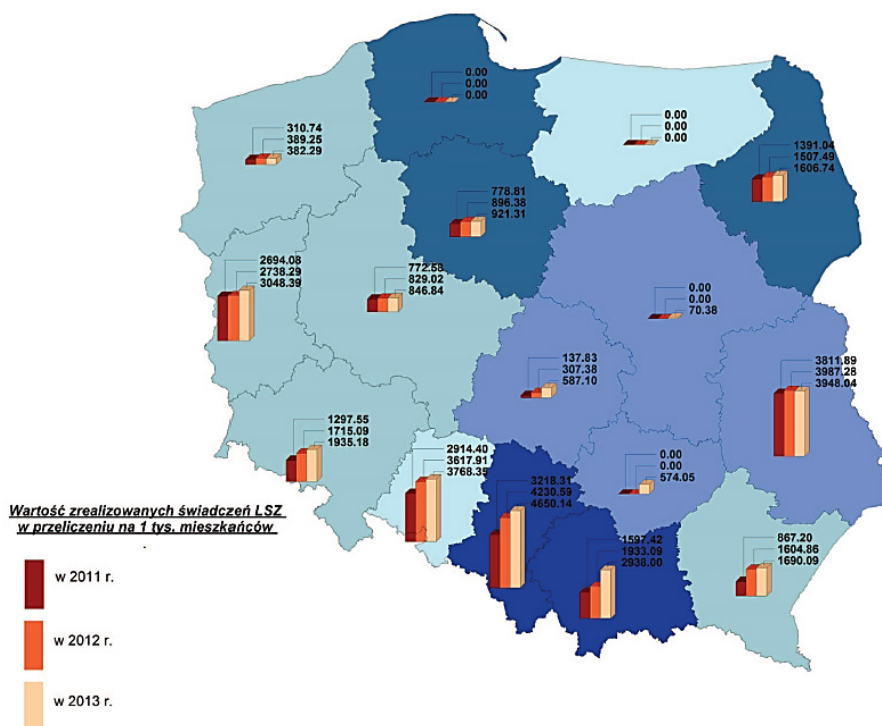
Dodatkowo, w latach 2012–2014, dostępność do opieki geriatrycznej pogorszyła się. Zmniejszyła się liczba poradni i oddziałów geriatrycznych, wzrosła liczba oczekujących i rzeczywisty czas oczekiwania na takie leczenie.

Dostęp do świadczeń geriatrycznych wykazywał duże zróżnicowanie terytorialne. W województwie warmińsko-mazurskim nie było ani jednego szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej, żaden lekarz geriatra nie udzielał świadczeń na podstawie umowy z NFZ, z kolei najwyższą wartość świadczeń zrealizowanych w lecznictwie szpitalnym zanotowano w województwie śląskim.

W 2013 r. różnice pomiędzy poszczególnymi województwami, dotyczące wartości zrealizowanych w AOS i LSZ świadczeń z zakresu geriatry w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców, sięgały kilku tysięcy procent. Na przykład, w 2013 r. wartość tych świadczeń w AOS w województwie podkarpackim wynosiła 2,61 zł, podczas gdy w województwie śląskim – 179,78 zł, czyli była o 6791,2% wyższa. Średnia wartość tych świadczeń dla całego kraju wynosiła 70,94 zł. W lecznictwie szpitalnym analogicznie: najniższa wartość zrealizowanych świadczeń była w województwie mazowieckim – 70,38 zł, najwyższa – w województwie śląskim i wynosiła 4650,14 zł, tj. o 6 507,2% więcej. Średnia wartość tych świadczeń dla całego kraju wyniosła 1712,44 zł. Wartości zrealizowanych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie geriatry, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach, w porównaniu do średnich wartości dla całej Polski ilustruje poniższa infografika.

Infografika nr 19

Wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie geriatry, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców (w zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ i GUS.

Liczba specjalistów geriatricy, stanowiących podstawę do tworzenia systemu opieki geriatricy – znacznie odbiegała od standardów europejskich. W Polsce, 31 sierpnia 2014 r., było 321 specjalistów w dziedzinie geriatricy (0,8/100 tys. mieszkańców) bardzo różnie rozmieszczonych na terytorium kraju (od 0,3/100 tys. mieszk. w woj. opolskim – do 1,46/100 tys. mieszk. w woj. małopolskim).

Brak rozwiniętej szpitalnej bazy geriatricy i jej bardzo nierównomierny rozkład na terenie kraju powodował, w niektórych województwach, brak podstawowych warunków do prowadzenia specjalizacji lekarzy w tym zakresie. Jednocześnie liczba miejsc szkoleniowych w jednostkach już uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w tej dziedzinie była wykorzystana w 80%.

Dostęp do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do godziny 8:00 dnia następnego.

Ustalenia kontroli NIK wskazywały¹⁵², że lokalizacja miejsc udzielania świadczeń (w przychodniach, szpitalach, stacjach pogotowia ratunkowego) nie stanowiła bariery dla 76% ankietowanych pacjentów. Trudności z dotarciem do nich dotyczyły głównie pory nocnej, kiedy w ogóle nie kursuje lub jest znacznie ograniczona komunikacja publiczna.

Niektórzy świadczeniodawcy (36% objętych kontrolą) nie zapewnili wymaganej dla danego obszaru liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich gotowych do udzielania świadczeń NiŚOZ w zgodnym z kontraktem miejscu lub nawet nie powołali w ogóle takich zespołów¹⁵³. Realizację świadczeń zapewniały wówczas osoby, które wykonywały w tym samym czasie inne rodzaje świadczeń, nawet w innej jednostce organizacyjnej świadczeniodawcy¹⁵⁴. W efekcie wydłużał się czas oczekiwania pacjenta na uzyskanie porady lekarskiej. Osoby te nie były również zgłoszone do OW NFZ jako uprawnione do udzielania świadczeń NiŚOZ. Część świadczeniodawców (20% objętych kontrolą) nie przestrzegała obowiązujących godzin udzielania świadczeń NiŚOZ¹⁵⁵. Stwierdzono również przypadki

¹⁵² Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”.

¹⁵³ Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

¹⁵⁴ Stanowiło to naruszenie § 7 ust. 3 zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ. Było również niezgodne z § 6 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz.484).

¹⁵⁵ Stanowiło to naruszenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – zał. Nr 5 cz. 1 pkt 2 (Dz. U. Nr 139, poz. 1139) oraz § 2 ust. 1 pkt 2 zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ (NFZ Nr 39 poz. 85, ze zm.).

pełnienia dyżurów „pod telefonem”, co było niezgodne z zarządzeniem Prezesa NFZ¹⁵⁶.

W obrębie niektórych obszarów zabezpieczenia w rzeczywistości mieszkało więcej osób była niż norma przewidziana dla danej kategorii. W efekcie na tych obszarach liczba zespołów dyżurujących była mniejsza od wymaganej przepisami (jeden zespół dyżurujący na każde rozpoczęte 50 tys. osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia). Nieprawidłowości w tym zakresie tłumaczono optymalizacją kosztów.

Spośród 454 świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ od 1 marca 2011 r., 308 (67,8%) zadeklarowało dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, a 293 (64,5%) do diagnostyki rtg. Natomiast według stanu na 30 września 2013 r., spośród 463 świadczeniodawców, również 308 (66,5%) zadeklarowało dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, a 323 (69,8%) – diagnostykę rtg.

Głównym wskaźnikiem efektywności systemu opieki zdrowotnej jest stan zdrowia populacji. Bardzo istotne znaczenie dla jego zachowania ma jakość opieki medycznej w okresie rozwoju człowieka, dlatego szczególną uwagę powinno się kierować na dzieci i młodzież. Sposób opieki nad ich zdrowiem przekłada się bowiem na kondycję zdrowotną przyszłego społeczeństwa.

W Polsce koncepcja i organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym zmieniła się na przestrzeni lat. Najpoważniejsza reorganizacja nastąpiła w 1999 r., gdy wprowadzono instytucję lekarza rodzinnego, sprawującego opiekę zdrowotną nad całą rodziną, w tym również nad dzieckiem. Przyjęte rozwiązanie miało zapewnić ciągłość opieki sprawowanej przez jednego lekarza. Zrezygnowano wówczas z opieki lekarskiej i dentystycznej w szkołach.

Ustalenia kontroli NIK wskazują¹⁵⁷, że nie zapewniono również całej populacji dzieci i młodzieży równego dostępu do świadczeń profilaktyczno-leczniczych oraz nie podejmowano skutecznych działań zapewniających pełen zakres świadczeń, których ona wymagała. Funkcjonujący model profilaktycznej opieki zdrowotnej nie gwarantuje dostępności świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do planu godzin lekcyjnych, odpowiedniego dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej oraz dostatecznych działań edukacyjnych ukierunkowanych na profilaktykę i promocję zdrowia. Opiekę zdrowotną nad uczniami sprawują różne podmioty, a brak opieki lekarskiej i dentystycznej w przeważającej większości szkół uniemożliwia kompleksową opiekę nad uczniami.

W trakcie kontroli stwierdzono ograniczony dostęp do gabinetów profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych, których nie było w większości szkół.

Dostęp do opieki
zdrowotnej nad dziećmi i
młodzieżą

¹⁵⁶ W § 8 ust. 3 zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ wskazano, że w celu zapewnienia dostępności świadczeń jedna z osób zespołu złożonego z lekarza i pielęgniarki pozostaje w gotowości do ich udzielania w miejscu udzielenia świadczeń podczas ewentualnego wyjazdu drugiego członka zespołu do domu chorego.

¹⁵⁷ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym”.

Występowały również duże dysproporcje w liczbie szkół posiadających gabinet profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej pomiędzy miastem a wsią. Działania zmierzające do poprawy tej sytuacji podjęto dopiero od 2016 r., dotychczas brak jest jednak ich efektów. Odsetek szkół podstawowych posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wynosił średnio 49,7%, gabinety posiadało 86,4% szkół w miastach oraz 31,6% szkół na wsi. W gimnazjach odsetek szkół posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wynosił średnio 46,0%, w miastach gabinety posiadało średnio 62,8% i 29,8% na wsi, natomiast w pozostałych rodzajach szkół¹⁵⁸ gabinet profilaktyki posiadało średnio 59,9% szkół (tj. od 44,1% do 70,3%), w miastach 62,0% (tj. od 45,7% do 73,3%) i 43,8% na wsi (tj. od 30,7% do 53,8%).

W szkołach znajdowało się 631 gabinetów stomatologicznych, 7,3% ogólnej liczby gabinetów (8,6 tys.) realizujących świadczenia dla dzieci i młodzieży, a najwyższy ich odsetek odnotowano w województwie lubelskim 22,5%. W szkołach w województwie lubuskim i podkarpackim nie było gabinetów stomatologicznych.

W siedmiu podmiotach leczniczych z 11 skontrolowanych (63,6%) stwierdzono brak dostępności pielęgniarki/higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką. Pomimo, że wymagana dostępność pielęgniarki/higienistki szkolnej w środowisku nauczania i wychowania została określona – w części III pkt 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, to w kontrolowanych podmiotach wymiar czasu był niższy od wymaganego w stosunku do liczby uczniów objętych opieką.

W trzech podmiotach z 11 (27,3%) skontrolowanych stwierdzono, że pielęgniarki/higienistka szkolna pracowała niezgodnie z harmonogramem czasu pracy, będącym załącznikiem do umowy z NFZ, co stanowiło naruszenie zawartej umowy. Świadczeniodawcy nie dokonywali bieżących zmian w tych harmonogramach.

W roku szkolnym 2014/2015, profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży (sprawozdane przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza POZ) wykonano u 88,9% uczniów spośród podlegających badaniu, u 88,6% w roku szkolnym 2015/2016 oraz u 88,3% uczniów w roku szkolnym 2016/2017.

Lekarze POZ, w ramach sprawozdanych w 2015 r. profilaktycznych badań lekarskich, zbadali 65,3% uczniów spośród podlegających badaniu, a w 2016 r. 65,2%. W tych latach lekarze zbadali najmniej uczniów z ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. r.ż odpowiednio: 51,1% i 51,9%, a najwięcej z I klasy gimnazjum odpowiednio: 73,2% i 74,1%. W 2015 r. na terenie szkoły zbadano 75,3 tys. uczniów

¹⁵⁸ Tj. liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa i szkoła specjalna.

(6,4%), a w 2016 r. 68,5 tys. uczniów (6,3%). W latach 2015–2016, w sześciu skontrolowanych podmiotach, 76,0% uczniów objęły badania bilansowe przeprowadzane i sprawozdawane przez lekarzy POZ.

W 2016 r. największym problemem zdrowotnym wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–18 lat były: zniekształcenia kręgosłupa – 219,7 tys., alergie (dychawica oskrzelowa) – 194,8 tys., zaburzenia refrakcji i akomodacji oka – 186,8 tys., otyłość – 93,2 tys., niedokrwistość – 52,4 tys., zaburzenia rozwoju – 50,7 tys., choroby tarczycy – 46,9 tys., alergie skórne – 35,7 tys. oraz choroby układu moczowego – 29,2 tys. W stosunku do roku poprzedniego najwyraźniej wzrosła liczba rozpoznanych chorób tarczycy o 2,3 tys. (o 5,3%), nowotworów o 2,2 tys. (o 14,7%), niedokrwistości o 1,8 tys. (o 3,6%). Natomiast liczba dzieci z cukrzycą wzrosła o 1,0%.

Sprawozdawane dane nie zapewniają pełnego i spójnego monitorowania oraz nadzoru nad sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, szczególnie opieka profilaktyczna, nie gwarantuje bezpieczeństwa zdrowotnego tej populacji, o czym świadczy zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi. Nie zapewnia on również spójnej i kompleksowej opieki zdrowotnej, zarówno z uwagi na niewystarczające współdziałanie podmiotów funkcjonujących w ochronie zdrowia, jak również niewystarczającą współpracę lekarza i pielęgniarki z rodzicami w trosce o zdrowie ich dzieci.

Minister Zdrowia prawidłowo dokonywał zakupu szczepionek służących do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych. Zadanie to, w okresie objętym kontrolą, realizowane było w pełnym zakresie zaledwie u około 40% dzieci, co stanowiło istotne odciążenie budżetu państwa w ponoszeniu jego kosztów. Sytuacja ta spowodowana była wyborem opiekunów dzieci, którzy zdecydowali się na zakup szczepionek wysoko-skojarzonych, zamiast szczepionek zakupywanych przez Ministra Zdrowia.

Dostęp do szczepień

Celem diagnostyki laboratoryjnej jest dostarczenie jak najbardziej wiarygodnej i wyczerpującej informacji medycznej o stanie zdrowia pacjenta na określonym etapie postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego. Badania laboratoryjne stanowią najtańsze źródło informacji diagnostycznej. Są podstawą około 60% decyzji lekarskich, generują około 10% kosztów opieki zdrowotnej, co przy właściwym doborze oraz należytej interpretacji wyników czyni je jednym z elementów decydujących o skuteczności i ekonomicznej efektywności ochrony zdrowia¹⁵⁹.

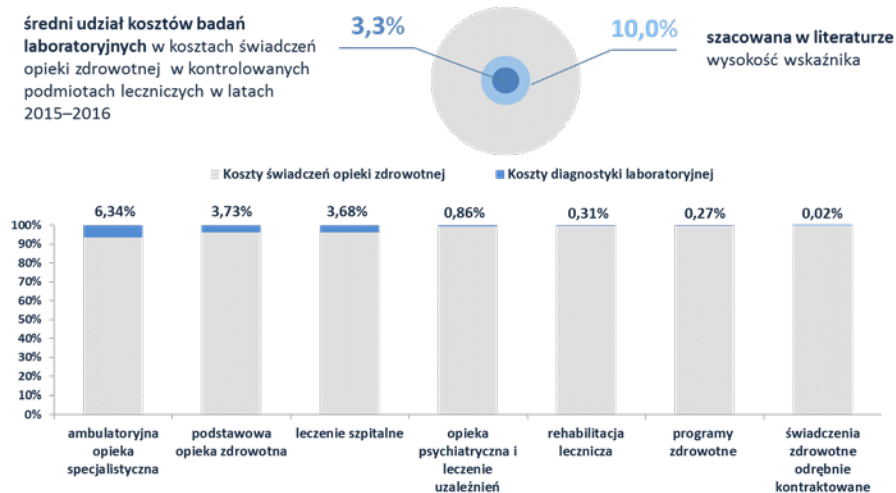
Dostęp do badań laboratoryjnych

W systemie ochrony zdrowia (poza badaniami genetycznymi) koszt badania diagnostycznego nie jest wydzielany i odrębnie opłacany przez płatnika publicznego. W konsekwencji, podmioty lecznicze dążąc do ograniczenia kosztów swojej działalności, ograniczają liczbę wykonywanych badań laboratoryjnych.

¹⁵⁹ Augustynowicz A., Owczarek H: *Miejsce diagnostyki laboratoryjnej w podstawowych aktach regulujących organizację i finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce*. Diagnostyka Laboratoryjna, 2012/48/4, 461–465.

Infografika nr 20

Udział kosztów badań laboratoryjnych w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej w kontrolowanych podmiotach leczniczych w latach 2015–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Ustalenia te potwierdzają wyniki kontroli NIK pn. „Zakażenia w podmiotach leczniczych”, które wskazują, że liczba wykonywanych badań mikrobiologicznych przypadających na łóżko szpitalne jest ok dwukrotnie niższa niż w krajach Europy Zachodniej.

Świadczenia w ramach programów polityki zdrowotnej

Najwyższa Izba Kontroli w 2016 r.¹⁶⁰ oceniła, że samorządowe programy polityki zdrowotnej, ze względu na ograniczony zakres, nie przyczyniły się w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia Polaków. Obok niewielkich nakładów finansowych przeznaczanych na ten cel, skuteczność działań obniżają także uwarunkowania prawne i organizacyjne. Brakuje m.in. precyzyjnych wskazówek dotyczących opracowywania, wdrażania i monitorowania programów.

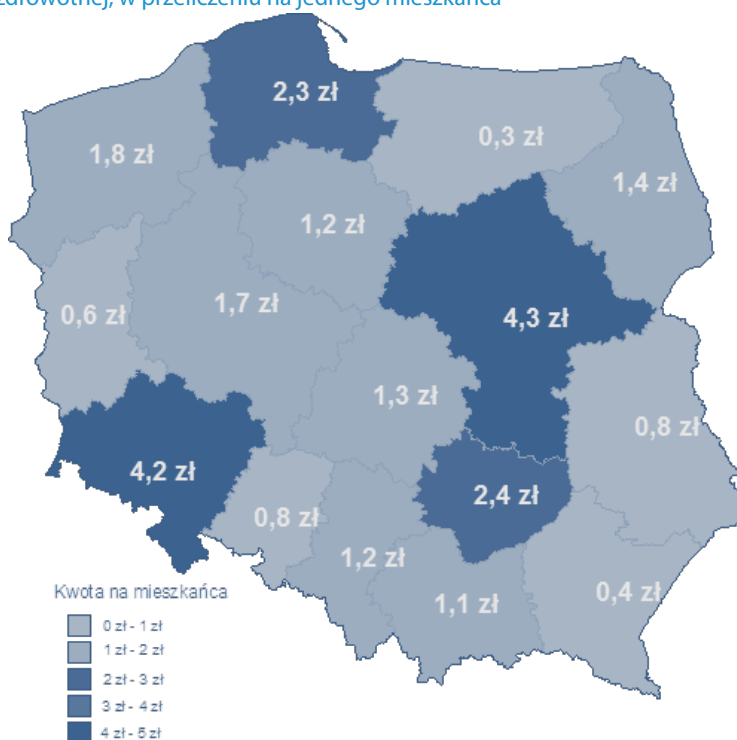
Opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej należy do zadań własnych gmin, powiatów i województw¹⁶¹. Mimo to niewiele samorządów decyduje się na wydatkowanie środków finansowych na programy polityki zdrowotnej. Powodem jest brak funduszy na ten cel. Udział wydatków poniesionych przez samorzady na programy polityki zdrowotnej był znikomy. W 2015 r. wyniósł tylko 0,04% ogółu wydatków samorządów. Oprócz niewielkich nakładów finansowych, na małą skuteczność samorządowych programów polityki zdrowotnych wpływ miały także wady systemowe. Przede wszystkim dostępność programów zależy od miejsca zamieszkania, co znacznie ogranicza dostępność mieszkańcom gmin o niskich dochodach, ponieważ liczba i zakres programów są uzależnione od statusu materialnego danego samorządu. Różnice pomiędzy bogatymi, zurbanizowanymi województwami, a regionami biedniejszymi są znaczne i mogą być nawet dziesięciokrotne.

¹⁶⁰ Informacja o wynikach kontroli „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”.

¹⁶¹ Art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

Infografika nr 21

Średnioroczne wydatki jednostek samorządu terytorialnego z lat 2010–2015 na programy polityki zdrowotnej, w przeliczeniu na jednego mieszkańca



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Finansów i Głównego Urzędu Statystycznego.

NIK wskazywała, że zasadne jest zwiększenie liczby i zakresu ogólnopolskich programów profilaktycznych realizowanych przez Ministra Zdrowia, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowotnych. Celem zwiększenia skuteczności realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej, NIK wniosła do Ministra Zdrowia o:

- stworzenie przez MZ¹⁶² zbioru dobrych praktyk dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej, wraz z wzorcowymi programami, których tematyka powinna odnosić się do najistotniejszych zidentyfikowanych problemów zdrowotnych Polaków. Jednostki samorządu terytorialnego, realizujące takie wzorcowe programy, powinny być zwolnione z obowiązku przekazywania projektów takich programów do zaopiniowania przez AOTMiT;
- poprawę koordynacji działań podejmowanych w ramach programów pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego a administracją rządową i NFZ, a także stworzenie mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywanych informacji o realizowanych programach;
- zapewnienie stałego i adekwatnego do potrzeb źródła finansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej;

¹⁶² We współpracy z NFZ, AOTMiT, środowiskiem eksperckim i samorządowym.

- zainicjowanie nowelizacji przepisów dotyczących programów polityki zdrowotnej¹⁶³, tak aby: zawierały upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wzorcowych programów polityki zdrowotnej wraz z wytycznymi co do treści tych programów¹⁶⁴. Takie rozwiązania prawne ułatwi wdrażanie programów, gwarantując zachowanie odpowiedniej jakości i uniezależniając datę rozpoczęcia ich realizacji od oczekiwania (często długotrwałego) na opinię Agencji, o której mowa w art. 48a ustawy o świadczeniach.

Od 30 listopada 2017 r. wprowadzono możliwość opracowania programu polityki zdrowotnej w oparciu o rekomendację Prezesa Agencji wydaną dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Prezes Agencji wydaje opinię tylko dla projektów programów polityki zdrowotnej, dla których nie zostały opublikowane odpowiednie rekomendacje¹⁶⁵.

Programy polityki zdrowotnej, finansowane ze środków NFZ

Od 1 stycznia 2017 r. NFZ może przekazywać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego i obejmujących udzielanie świadczeń zdrowotnych, innych niż wskazanych w wykazach świadczeń gwarantowanych¹⁶⁶.

Na koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej, na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach, zaplanowano na 2017 r. środki w wysokości 1 116 927,87 tys. zł, tj. w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶⁷. W pozycji „rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy” zaplanowano środki w wysokości 4 187 tys. zł, a wykorzystano w wysokości 2831,85 tys. zł, tj. 67,63%.

¹⁶³ Art. 48–48b ustawy o świadczeniach.

¹⁶⁴ I uchylenie obowiązku, o którym mowa w art. 48a ust. 1 zd. 2 ustawy o świadczeniach, w stosunku do projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego na podstawie wzorcowego programu przewidzianego do realizacji przez konkretną jednostkę samorządu terytorialnego.

¹⁶⁵ Art. 48a i następane ustawy o świadczeniach w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2110). W art. 48a ustawy o świadczeniach m.in. zmieniono brzmienie ust. 3 i stanowi on, że projekt programu polityki zdrowotnej jest opracowywany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16. Minister Zdrowia 22 grudnia 2017 r. na podstawie ww. art. 48a ust. 16 ustawy o świadczeniach, podpisał rozporządzenie w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476).

¹⁶⁶ Art. 48d ustawy o świadczeniach, dodany przez art. 22 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Z dniem 16 listopada 2017 r. art. 48d ust 1 zdanie wstępne ustawy o świadczeniach został zmieniony ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Według aktualnego brzmienia tego przepisu, NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d.

¹⁶⁷ Zgodnie z art. 117 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach znowelizowaną ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, obowiązującym na dzień 1 stycznia 2017 r. koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w planowanych kosztach świadczeń łącznie stanowiły 1,55% (w dwóch OW NFZ były one niższe niż 1,5%, tj. Lubelskim – 1,49% i Lubuskim – 1,45%). Z dniem 16 listopada 2017 r. obowiązek planowania kosztów promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej został zniesiony – zmieniono brzmienie art. 117 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach (ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw).

NFZ objął dofinansowaniem 116 programów polityki zdrowotnej z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.

Przyczynami niższych niż planowano kosztów realizacji tych programów były w szczególności: brak akceptacji OW NFZ na realizację wniosków składanych przez jednostki samorządu terytorialnego, które dotyczyły w 100% świadczeń objętych koszykiem świadczeń gwarantowanych oraz wniosków, które nie miały załączonej pozytywnej opinii AOTMiT lub nie miały pozytywnej opinii wojewody; a także opóźnienia w dostawach szczepionek i negatywne nastawienie rodziców do szczepień, ograniczona zgłaszalność mimo prowadzonej kampanii informacyjnej; niższe niż przewidywano zainteresowania świadczeniobiorców realizacją świadczeń w niektórych programach.

Z dniem 16 listopada 2017 r. zmieniono zasady dofinansowania przez Fundusz programów polityki zdrowotnej, realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego, określając, że dofinansowaniem może być objęte udzielanie świadczeń zdrowotnych, określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych¹⁶⁸.

Podstawowa opieka zdrowotna, mimo upływu kilkunastu lat od wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia¹⁶⁹, nadal nie spełnia roli wyznaczonej jej w pierwotnych założeniach. Zmieniające się w tym czasie rozwiązania prawne ograniczały rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jako koordynatora i przewodnika świadczeniobiorcy w dostępie do świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, m.in. przez tworzenie dodatkowych wejść do systemu z pominięciem poziomu podstawowego. NIK już w 2008 i 2015 r.¹⁷⁰ wykazywał niewystarczającą jakość świadczeń profilaktycznych udzielanych przez lekarzy POZ, a opublikowane w 2017 r. i 2018 r. ustalenia kontroli potwierdzają brak poprawy w tym zakresie¹⁷¹.

Przeprowadzona przez NIK analiza¹⁷² kart zdrowia pacjentów znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na choroby

Dostęp do świadczeń
AOS i POZ

¹⁶⁸ Patrz przypis 159.

¹⁶⁹ Zgodnie z założeniami reformy z 1999 r., podstawowa opieka zdrowotna miała opierać się głównie na sieci indywidualnych i grupowych praktyk lekarzy rodzinnych. Cechami tego szczebla systemu opieki zdrowotnej miało być priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, ciągłość opieki zdrowotnej i wszechstronna analiza wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta, a także odbiurokratyzowanie i podmiotowe traktowanie uprawnionych do świadczeń, co zapewnić miało „zbliżenie” lekarza do pacjenta (małe struktury organizacyjne) i większą elastyczność reagowania systemu na potrzeby populacji. Ponadto, lekarz POZ miał odgrywać rolę koordynatora całego procesu leczniczego oraz przewodnika pacjenta po systemie.

¹⁷⁰ Informacje o wynikach kontroli „Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)” oraz „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”.

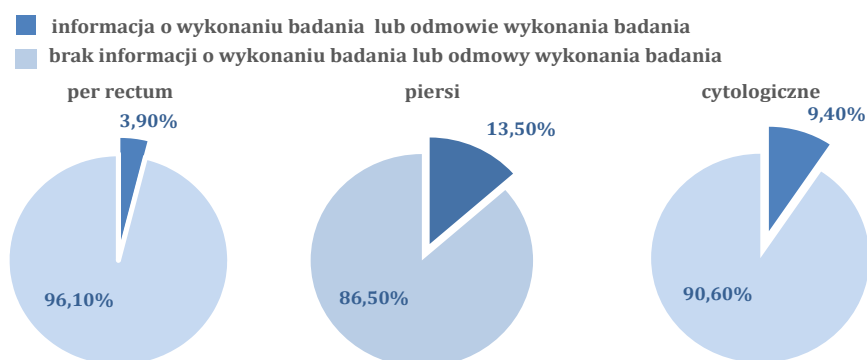
¹⁷¹ Informacje o wynikach kontroli „Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2” „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego” oraz „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”.

¹⁷² Analizą objęto 363 karty historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 45–55 lat, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ przed 1 stycznia 2012 r. i korzystali ze świadczeń lekarza POZ w miesiącach czerwiec oraz listopad w 2014 r. oraz 2015 r. Badaniem objęto wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej za lata 2012–2015. Informacja o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”.

cywilizacyjne (tj. 45–55 lat) obejmująca wpisy z lat 2012–2015 wykazała, że we wszystkich badanych placówkach lekarze udzielający świadczeń POZ, zadania profilaktyki zdrowotnej realizowali w ograniczonym stopniu.

Wykres nr 2

Procent kart zdrowia zawierających informację o wykonanych badaniach lub brak informacji o wykonaniu badań w latach 2012–2015



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli "Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego"

Zaniechanie przez lekarzy POZ wykonywania i dokumentowania badań lekarskich służących wczesnemu rozpoznaniu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych, stanowiło brak realizowania świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania. Takie postępowanie było niezgodne z obowiązującymi przepisami¹⁷³ i stanowiło odstępstwo od podstawowych celów i zadań medycyny rodzinnej, sformułowanych w założeniach reformy systemu ochrony zdrowia¹⁷⁴.

W 2014 r. w podstawowej opiece zdrowotnej świadczeniodawcy sprawozdali wykonanie 100 850,8 tys. badań diagnostycznych, a w 2015 r. liczba badań była niższa i wyniosła 97 483,53 tys. W 2016 r. było to już 108 356,96 tys., w tym m.in.:

- badania kału na krew utajoną (metodą immunochemiczną) wykonano u 0,99% pacjentów, którym udzielono porad;

¹⁷³ Por. art. 15 ust. 1 oraz art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach. Według art. 15 ust. 1, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Stosownie natomiast do art. 27 ust. 1 pkt 3, świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania choroby, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych.

¹⁷⁴ Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, listopad 1998 r. Między innymi określenie ram dla podstawowej opieki zdrowotnej uwzględniało priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, ciągłość opieki zdrowotnej i wszechstronną analizę wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta, a także odbiurokratyzowanie i podmiotowe traktowanie uprawnionych do świadczeń, co zapewnić miało „zbliżenie” lekarza do pacjenta i większą elastyczność reagowania systemu na potrzeby populacji.

- USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego wykonano u 5,77% pacjentów;
- USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego wykonano u 1,26% pacjentów;
- zdjęcie klatki piersiowej w projekcji PA i bocznej wykonano u 5,60% pacjentów.

Obserwowany w 2015 r. spadek liczby wykonanych badań, w porównaniu do 2014 r., miał bezpośredni związek z wprowadzeniem indywidualnej formy sprawozdawczości. Była ona dokładniejsza, a przekazane przez świadczeniodawców dane łatwiejsze do oceny przy kontroli realizacji umów. Jednakże, mimo że do końca 2015 r. 77% praktyk lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej sprawozdawało wykonane badania diagnostyczne¹⁷⁵ w sposób indywidualny (tj. ze szczegółowością co do pacjenta), Minister Zdrowia z dnia 26 kwietnia 2016 r. uchylił przepisy zobowiązujące do sprawozdawania badań z taką dokładnością¹⁷⁶. Tym samym zostały zniesione mechanizmy motywujące do wykonywania i sprawozdawania badań diagnostycznych¹⁷⁷.

W 15 podmiotach leczniczych realizujących świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, skontrolowanych w ramach kontroli „Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej”, stwierdzono, że w okresie 2015–2016¹⁷⁸ średni udział kosztów badań laboratoryjnych w kosztach ogółem w podstawowej opiece zdrowotnej w kontrolowanych podmiotach leczniczych kształtował się na poziomie 3,73%.

Mając na uwadze poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, NIK wniósł o przygotowanie przez Ministra Zdrowia rozwiązań systemowych dotyczących diagnostyki laboratoryjnej, zapewniających optymalne wykorzystanie dostępnych badań i ich właściwe finansowanie, w szczególności do celów profilaktycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Zwiększenie zakresu i liczby wykonywanych badań laboratoryjnych w profilaktyce zdrowotnej może przyczynić się do zmniejszenia wydatków w ochronie zdrowia zwiększając wykrywalność chorób w ich

¹⁷⁵ Badania znajdujące się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

¹⁷⁶ Zmiana §6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.), wprowadzona rozporządzeniem z dnia 30 marca 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 482).

¹⁷⁷ Zniesiona została zasada gradacji stawki kapitałowej w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawcę wskaźnika wykonania badań diagnostycznych. Zgodnie z załącznikiem nr 1a do zarządzenia Nr 86/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (NFZ poz. 86, ze zm.), w brzmieniu nadanym załącznikiem Nr 2 do zarządzenia Nr 3/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniającego zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (NFZ poz. 3). Informacja o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r.”.

¹⁷⁸ Od stycznia 2015 r. do października–listopada 2016 r.

Dostęp do leczenia w ramach pakietu onkologicznego

wczesnym stadium, co w efekcie zmniejszy liczbę pacjentów zdiagnozowanych w zaawansowanym etapie choroby, skróci czas leczenia oraz zmniejszy jego koszty.

Nowotwory złośliwe stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce, a przeżywalność pacjentów onkologicznych jest uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu złośliwego w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium. To z kolei w dużym stopniu zależy od dostępu do świadczeń.

Kontrole NIK wykazały, że dostęp do świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego był ograniczony i terytorialnie zróżnicowany¹⁷⁹. Spośród 1 935 świadczeniodawców, którzy podpisali w I kw. 2015 r. umowy o udzielanie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego¹⁸⁰ w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jedynie 301 z nich faktycznie udzielało świadczeń w ramach tego pakietu (15,6%). Podobna sytuacja miała miejsce wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń tylko w leczeniu szpitalnym. Spośród 129 takich świadczeniodawców¹⁸¹, jedynie 64 (49,6%) faktycznie udzielało tych świadczeń. Natomiast w grupie podmiotów udzielających świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, zarówno w AOS, jak i SZP, świadczeń takich udzielało 299 podmiotów na 43 924, które zawarły umowę, tj. 68,1%.

W okresie objętym kontrolą odsetek Kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ był zróżnicowany w poszczególnych województwach i wyniósł od 16% w woj. podkarpackim do 55% w woj. pomorskim (w całej Polsce – 33,4%). Wystąpiła też duża różnica liczby wydanych Kart DiLO przypadających na 10 tys. mieszkańców. O ile w woj. podlaskim, w latach 2015–2016 r. (I półrocze), wartość tego wskaźnika wynosiła 43,42, to w woj. kujawsko-pomorskim sięgała 120,40, przy średniej krajowej 94,64 oraz przy jednoczesnym braku korelacji tego wskaźnika z wartością wskaźnika zachorowalności na choroby nowotworowe. Świadczyć to może o niepodejmowaniu skutecznych działań mających na celu zapobieganie lub wczesne wykrycie zmiany nowotworowej oraz o niewykazywaniu przez lekarzy POZ wystarczającej czujności onkologicznej.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego skróciło wprawdzie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w przypadku zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe w porównaniu do pozostałych pacjentów przyjmowanych w trybie planowym, lecz nie wszyscy pacjenci kwalifikujący się do pakietu uzyskali świadczenia w jego ramach. W 2015 r. pacjentów, którzy nie uzyskali świadczeń w ramach pakietu było 105,9 tys., zaś do 31 maja 2016 r. – 44,3 tys., natomiast pacjentów, którym nie wystawiono Karty DiLO odpowiednio 51,8 tys. i 21,7 tys.¹⁸². Pacjenci ci formalnie zostali pozbawieni możliwości szybkiego wykonania badań diagnostycznych i podobnie jak pozostali pacjenci musieli czekać w kolejkach osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

¹⁷⁹ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”.

¹⁸⁰ Łącznie świadczeń onkologicznych tylko w AOS udzielało 2615 podmiotów.

¹⁸¹ Łącznie świadczeń onkologicznych tylko w SZP udzielało 195 podmiotów.

¹⁸² Analiza Ministerstwa Zdrowia, dotycząca umów typu 03 Leczenie szpitalne.

Ustalenia kontroli NIK dostępności i profilaktyki leczenia chorób układu oddechowego¹⁸³ wskazują, iż w okresie objętym kontrolą dostęp do profilaktyki oraz wczesnego diagnozowania i leczenia chorób układu oddechowego był niewystarczający i stopniowo się pogarszał. Świadczą o tym wydłużające się kolejki oczekujących na takie świadczenia.

W 23,5% podmiotów leczniczych nie zapewniono pełnej obsady lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób układu oddechowego. Z tego powodu świadczenia były udzielane niezgodnie z harmonogramem pracy, tj. w czasie krótszym od przedstawionego w ofertach i w umowach z NFZ lub nawet zaprzestano ich udzielania, co ograniczało dostęp pacjentów do tych świadczeń.

Pacjentom z rozpoznaniem gruźlicy płuc, wymagającym z przyczyn medycznych leczenia lekami innymi niż powszechnie stosowane, nie zapewniono bezpłatnego dostępu do tych leków, czym naruszono art. 38 ust. 1 pkt 1–2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*¹⁸⁴. Dla niektórych chorych leki sprowadzano w ramach importu docelowego, z częściową ich odpłatnością. Mogło to prowadzić do przerwania leczenia z przyczyn finansowych i idącym za tym nawrotem choroby.

O ograniczonym dostępie do świadczeń świadczy również wydłużający się czas oczekiwania na ich udzielenie. Najdłuższy czas oczekiwania na poradę specjalistyczną odnotowano w podmiotach leczniczych zapewniających udzielanie kompleksowych świadczeń w zakresie gruźlicy i chorób płuc. Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczeń w kontrolowanych poradniach chorób gruźlicy i chorób płuc (dla dorosłych) wzrosła z 2 372 osób na koniec 2012 r. do 4 820 osób na koniec czerwca 2015 r., tj. o 103,2%. W porównaniu z 2012 r., średni czas oczekiwania na poradę specjalistyczną wydłużył się z 53,75 dni do 59 dni dla przypadków stabilnych, tj. o 9,8%. Tworzenie się kolejek w podmiotach wynikało m.in. ze zbyt niskich kontraktów z NFZ w porównaniu do potrzeb zdrowotnych mieszkańców.

Na utrudniony dostęp do ambulatoryjnych świadczeń z zakresu chorób płuc wskazują dane przedstawione przez NFZ w informacji dla NIK, z których wynika, że na koniec czerwca 2015 r. do poradni gruźlicy i chorób płuc oczekiwało łącznie 27 425 osób, w tym 479 osób zakwalifikowanych jako przypadek pilny ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania cztery dni i 26 946 osób, zakwalifikowanych jako przypadek stabilny, ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania 39 dni.

Najdłużej na poradę specjalistyczną pacjenci¹⁸⁵ musieli czekać w województwie kujawsko-pomorskim – 101 dni, a najkrócej w województwie lubelskim – 14 dni.

¹⁸³ Informacja o wynikach kontroli dostępności i profilaktyki leczenia chorób układu oddechowego, Warszawa, lipiec 2016 r. Kontrola objęła lata 2012–2015.

¹⁸⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 151, ze zm.

¹⁸⁵ Zakwalifikowani jako „przypadek stabilny”.

Dostęp do świadczeń związanych z leczeniem cukrzycy

Spadek liczby porad profilaktycznych dotyczących gruźlicy o 14,5% oraz chorób odtytoniowych o 23,4%, odnotowany w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)¹⁸⁶, wskazuje na utrudniony dostęp do świadczeń z zakresu chorób płuc w całym systemie opieki zdrowotnej.

Według danych NFZ, na koniec 2016 r., liczba pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 wynosiła 1657,7 tys. osób (wzrost o 1,14% w stosunku do roku 2015).

Dane te są zaniżone bowiem część osób cierpiących na tę chorobę pozostaje niezdiagnozowanych, nie wie, że choruje.

Minister Zdrowia nie rozpoznał, w tym zakresie wystarczająco, potrzeb zdrowotnych ludności i nie określił liczby lekarzy diabetologów niezbędnych do sprawowania opieki nad populacją pacjentów chorych na cukrzycę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podejmował działania zmierzające do poprawy leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 i ograniczenia jej powikłań. W szczególności:

- wprowadzono nowy rodzaj świadczenia dla pacjentów diabetologicznych, którego celem jest kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP);
- zapewniono kompleksową, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (tzw. „KAOS – cukrzyca”);
- zwiększono środki finansowe na leczenie powikłań cukrzycy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (o 17,5%).

Działania te nie doprowadziły jednak do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów diabetologicznych. Świadczy o tym wzrost liczby pacjentów oczekujących na wizytę w poradni diabetologicznej i na hospitalizację, wydłużający się czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także zmniejszająca się liczba świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ.

Świadczenia w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i kompleksowego leczenia ran przewlekłych finansowane były tylko przez niektóre OW NFZ. Tym samym nie zapewniono wszystkim pacjentom na terenie kraju równego dostępu do tego typu świadczeń.

W okresie objętym kontrolą nie nastąpiła poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pacjentom chorym na cukrzycę typu 2, mimo iż opieka nad nimi była realizowana także w formie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS)¹⁸⁷.

W szczególności świadczenia w ramach KAOS (która została wprowadzona w celu poprawy koordynacji, a tym samym skuteczności leczenia)

¹⁸⁶ Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych” Warszawa, listopad 2015 r.

¹⁸⁷ Świadczenia dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 udzielane były również w innych poradniach niż diabetologiczne, a łączna wartość udzielonych w nich świadczeń stanowiła – odpowiednio 4,5%, 5,1% i 5,2% – wartości świadczeń udzielonych w poradniach diabetologicznych.

realizowano tylko na terenie 11 OW NFZ (odpowiednio w badanych latach – 38, 35 i 34 świadczeniodawców). Nie zapewniono dostępu do tego zakresu świadczeń chorym na cukrzycę na terenie pięciu OW NFZ.

Również świadczenia „kompleksowego leczenia ran przewlekłych” (dalej KLRP), realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych (w zależności od ich stanu klinicznego), udzielane były pacjentom z zespołem stopy cukrzycowej (będącej powikłaniem cukrzycy typu 2) tylko na terenie czterech województw. W efekcie, w roku 2015 udzielono świadczeń KLRP tylko 106 pacjentom (wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 177,9 tys. zł), w 2016 r. – odpowiednio – 117 pacjentom (171,5 tys. zł), a w I półroczu 2017 r. – 75 pacjentom (66,9 tys. zł).

Zróznicowana była również wartość świadczeń rozliczonych przez NFZ i udzielonych pacjentom z cukrzycą, w przeliczeniu na jednego pacjenta. W 2015 r. była ona najniższa w woj. świętokrzyskim (90,6 zł) i kujawsko-pomorskim (95,3 zł), a najwyższa – w woj. śląskim (129,7 zł) i lubelskim (125,8 zł). Natomiast w 2016 r. najniższa wartość tych świadczeń była w woj. świętokrzyskim (88,2 zł) i warmińsko-mazurskim (92,4 zł), a najwyższa – w woj. śląskim (126,7 zł) i podkarpackim (123,5 zł).

W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów chorych na cukrzycę, oczekujących na świadczenia w poradni diabetologicznej, sukcesywnie zwiększała się i w przypadkach pilnych wynosiła – odpowiednio – 476, 563 i 777 osób, a w przypadkach stabilnych na świadczenia oczekiwało odpowiednio – 23,0 tys., 24,2 tys. i 26,0 tys. osób.

Liczba świadczeniodawców stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitali) udzielających świadczeń pacjentom z rozpoznaniem głównym „cukrzyca” sukcesywnie zmniejszała się (z 564 – w 2015 r. do 562 – w 2016 r. oraz do 552 – w I półroczu 2017 r.; tj. o 2,2%). Natomiast OW NFZ zakontraktowały świadczenia diabetologii tylko z 28 szpitalami (żadnego kontraktu nie zawarto w trzech województwach). Oddziały diabetologiczne (ogółem 15) funkcjonowały tylko na terenie siedmiu spośród 16 OW NFZ.

Wartość świadczeń udzielonych pacjentom z cukrzycą typu 2 (łącznie na wszystkich oddziałach) wzrosła o 3,4% w 2016 r. w porównaniu z rokiem 2015, przy czym na oddziałach diabetologicznych – utrzymał się prawie na tym samym poziomie (spadek o 0,3%), a na pozostałych oddziałach – była większa o 3,7% (w 2016 r. w porównaniu z 2015 r.). Fundusz nie przygotował rozwiązań zachęcających świadczeniodawców do tworzenia oddziałów diabetologicznych, pomimo przewidywanego wzrostu liczby chorych na cukrzycę typu 2.

Wyniki kontroli wskazały, że rosła zarówno liczba osób oczekujących, jak i wydłużał się czas oczekiwania na hospitalizację (w przypadkach pilnych liczba pacjentów wzrosła z 58 w 2015 r. do 105 w 2016 r. i 122 osób – w I połowie 2017 r., a czas oczekiwania – z ośmiu do 15 dni, natomiast w trybie planowym, liczba osób oczekujących i czas oczekiwania wynosił, w badanym okresie, odpowiednio – 1591, 1689 i 1555 osób oraz z 74, 83 i 73 dni).

Dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych

W latach 2010–2018 zmniejszyła się dostępność świadczeń rehabilitacyjnych i to pomimo systematycznego wzrostu nakładów finansowych na rehabilitację leczniczą.

Rosła liczba osób oczekujących na te świadczenia, np. w przypadku pracowni fizjoterapii, na koniec 2011 r. oczekiwało 412 768 osób, a na koniec 2013 było to już 612 988 osób, na oddziałach rehabilitacyjnych odpowiednio: 113 957 i 150 143 osób, a w przypadku ośrodków rehabilitacji dziennej: 31 242 i 49 524 osób.

Spadała liczba komórek organizacyjnych podmiotów leczniczych, w których świadczenia rehabilitacyjne realizowane były bez konieczności oczekiwania, np. w przypadku pracowni fizjoterapii, na koniec 2011 r. ich udział wyniósł 19%, a na koniec 2013 jedynie 10%, na oddziałach rehabilitacyjnych odpowiednio: 8% i 4%, a w przypadku ośrodków rehabilitacji dziennej: 33% i 21%.

Wydłużał się również rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, np. w przypadku pracowni fizjoterapii mediana oczekiwania na koniec 2011 r. wynosiła 41 dni, a na koniec 2013 było to już 61 dni, na oddziałach rehabilitacyjnych odpowiednio: 174 i 251 dni, a w przypadku ośrodków rehabilitacji dziennej: 27 i 46 dni.

Występowało duże zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych.

Różnice liczby jednostek rozliczeniowych w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosiły nawet blisko 90%, np. w przypadku lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej wskaźnik ten w województwach wielkopolskim i lubuskim był o 87% niższy niż w województwie mazowieckim (2011 r.). Analogiczny wskaźnik w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej w województwie zachodniopomorskim był o 53,7% niższy niż w województwie mazowieckim. Podobne zróżnicowanie występowało w innych zakresach rehabilitacji leczniczej.

Zauważalne jest przy tym zjawisko terytorialnego zróżnicowania liczby lekarzy rehabilitacji. W województwie łódzkim, podlaskim i mazowieckim było blisko dwukrotnie więcej specjalistów wykonujących zawód w dziedzinie rehabilitacji medycznej, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, niż w dolnośląskim, lubuskim i wielkopolskim (w latach 2011–2012).

Ministerstwo Zdrowia nie określiło wskaźników dotyczących pożądanej liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny (także rehabilitacji) w odniesieniu do liczby mieszkańców. Minister nie był więc w stanie ocenić czy liczba lekarzy poszczególnych specjalności jest odpowiednia w stosunku do potrzeb i liczby świadczeniobiorców, a tym samym nie mógł zapewnić odpowiedniej liczby specjalistów i równego dostępu pacjentów do świadczeń medycznych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Leczenie uzdrowiskowe ma na celu zapobieganie rozwojowi choroby, jak również utrzymanie wyników dotychczasowego leczenia. Leczenie uzdrowiskowe w połączeniu z rehabilitacją, podjęte niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, utrwała jego pozytywne efekty, co w konsekwencji ogranicza przyszłe koszty systemu ochrony zdrowia spowodowane nawrotem choroby. Tymczasem liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń w rodzaju leczenia uzdrowiskowe w sanatorium uzdrowiskowym wydłuża się nieprzerwanie od 2010 r. (do 2017 r. o 72,2%)¹⁸⁸. Nakłady na leczenie uzdrowiskowe w latach 2010–2017 wzrosły o 18,42%, z kwoty 536 614,01 tys. zł w 2010 r. do 635 442,28 tys. zł w 2017 r., przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 34,79%. Poprawę odnotowano w przypadku oczekujących na szpital uzdrowiskowy, gdzie liczba osób oczekujących od 2010 r. zmniejszyła się o 42,36%¹⁸⁹.

Średnia liczba oczekujących w 2016 r. na potwierdzenie skierowań na leczenie sanatoryjne dorosłych z poszczególnych województw, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wynosiła 262, w tym w Dolnośląskim – 422, a w Podkarpackim – 154¹⁹⁰. Czas oczekiwania pacjentów na świadczenia w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe jest również zróżnicowany dla poszczególnych OW NFZ. W przypadku świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego nie ma możliwości składania skierowań na leczenie uzdrowiskowe, o których mowa w art. 33 ustawy *o świadczeniach* do innego województwa, niż to, w którym mieszka pacjent. Ma to wpływ na istniejące znaczne różnice liczby oczekujących na świadczenia leczenia uzdrowiskowego między poszczególnymi województwami. Plan pierwotny NFZ na 2016 r. przewidywał wykonanie kosztów w leczeniu uzdrowiskowym w wysokości 639,02 mln zł, co stanowiło 0,92% kosztów świadczeń ogółem, a zgodnie z priorytetami ogólnopolskimi Funduszu oraz wytycznymi Prezesa NFZ, udział kosztów leczenia uzdrowiskowego w kosztach ogółem w 2016 r. miał być nie niższy niż 1%, co zostało osiągnięte jedynie w pięciu oddziałach wojewódzkich NFZ.

3.3.4. Brak dostępu do innowacyjnych leków i metod leczenia

O jakości systemu opieki zdrowotnej i efektach leczenia decyduje również dostęp pacjentów do nowoczesnych technologii i procedur medycznych. Decyzję o wpisaniu określonej procedury medycznej, zastosowaniu nowej technologii, podejmuje każdorazowo Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ta z kolei wydając opinie bada m.in. efekty terapii oraz jej koszty.

¹⁸⁸ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku”. Na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego, na koniec 2017 r., oczekiwało 765 168 osób i w porównaniu do stanu na koniec 2016 r. liczba oczekujących na potwierdzenie skierowania ogółem wzrosła o 39 868 os., w tym oczekujących do 12 miesięcy zmniejszyła się o 16 957 os., a oczekujących powyżej 12 miesięcy wzrosła o 56 824 osób. W 2010 r. na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 444 425 os.

¹⁸⁹ Na koniec 2017 r. liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego wynosiła 9904 osób i była niższa niż na koniec 2016 r. o 1819 osób. W 2010 r. na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego oczekiwało 17 182 os.

¹⁹⁰ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku”.

W Polsce, w porównaniu do wielu innych krajów UE¹⁹¹, występują opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, przede wszystkim chorób nowotworowych (czas oczekiwania na ich wdrożenie liczony jest w latach), mimo dwukrotnego wzrostu liczby refundowanych substancji czynnych w latach 2012–2018.

Ograniczony dostęp do innowacyjnych leków

Negatywnie wpływ na dostęp do leków ma tzw. „odwrócony łańcuch dystrybucji”, tj. nielegalna praktyka polegająca na eksporcie, głównie leków oryginalnych. Proceder wykorzystuje różne mechanizmy, jak na przykład niezgodne ze stanem faktycznym zgłaszanie potrzeby użycia leków, nieprawdziwe błędy w zamówieniach prowadzące do zwrotu leków do hurtowni, czy też tworzenie podmiotów leczniczych, których celem jest wystawianie zapotrzebowania na produkty lecznicze (szerzej na ten temat w dalszej części Informacji).

W raporcie „Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych w Polsce na tle aktualnej wiedzy medycznej” z marca 2017 r., dotyczącym leczenia polskich pacjentów onkologicznych i dostępu do nowoczesnych terapii w odniesieniu do potencjału współczesnej medycyny i światowych standardów opracowywanych przez *The National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) i *European Society for Medical Oncology* (ESMO), wskazano:

- tylko w przypadku jednego nowotworu, spośród tych 19, które są najczęstszą przyczyną zgonów pacjenci mogą mieć pewność, że ich leczenie będzie prowadzone z użyciem najnowszych leków i metod terapeutycznych¹⁹²;
- do 70% leków występujących w standardach europejskich polscy pacjenci nie mają dostępu lub jest on znacznie ograniczony;
- ponad połowa (53% z 94 substancji) nowoczesnych leków onkologicznych zarejestrowanych w Europie w ciągu ostatnich 12 lat (od 2004 r.) nie jest dostępna dla polskich pacjentów;
- stopniowo zwiększa się udział pacjentów w kosztach leczenia – w 2016 r. pacjenci dopłacili do refundowanych leków onkologicznych 49 mln zł, co stanowiło wzrost o 15 mln zł, tj. o 44% w stosunku do 2014 r., kiedy pacjenci dopłacili 34 mln zł;
- okres pomiędzy wydaniem rekomendacji Prezesa AOTMiT dla oceny leku, a jego pojawieniem się na liście refundacyjnej w 2016 r., wynosił średnio 362 dni. Ten czas dla leków onkologicznych był jeszcze dłuższy – okres pomiędzy rekomendacją a obwieszczeniem dla leku onkologicznego w 2016 r. wynosił 460 dni¹⁹³.

¹⁹¹ Raport „Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych w Polsce na tle aktualnej wiedzy medycznej” zlecony przez Alivia Fundacja Onkologiczna Osób Młodych, przygotowany przez firmę PEX PharmaSequence – marzec 2017 r. <https://www.alivia.org.pl/raport2017/>.

¹⁹² Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów spośród 19 guzów litych oraz chorób hematologicznych, które są najczęstszą przyczyną zgonów tylko pacjentki z rakiem jajnika mogą mieć pewność, że są leczone z użyciem najnowszych terapii i leków.

¹⁹³ Na długi okres trwania procedury objęcia refundacją miało wpływ objęcie refundacją w II połowie 2016 r. oraz od stycznia 2017 r. kilku leków, dla których wnioski były złożone jeszcze w roku 2013 i 2014.

Ograniczeniem we wprowadzaniu nowoczesnych terapii jest limit kosztów, zgodnie z którym refundacją nie powinny być objęte leki, jeśli koszt terapii związany z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego przekracza trzykrotność PKB przypadającego *per capita*.

Bariery w dostępie do nowych terapii

Kolejnym ograniczeniem jest sposób wykorzystania środków zaoszczędzonych na refundacji leków m.in. w związku z wykorzystaniem instrumentów dzielenia ryzyka. Środki pochodzące z tego tytułu nie są włączane do całkowitego budżetu przeznaczanego na refundację leków, lecz przeznaczane na inne świadczenia finansowane przez NFZ. Tym samym uzyskane środki nie pozwalają na poprawę dostępności leków, w tym wprowadzanie nowych substancji czynnych.

Jednym z narzędzi, które miało uzupełnić brak w dostępie do nowoczesnych leków miało być wprowadzone w połowie 2017 r. nowe rozwiązanie ustawowe, tj. tzw. „Ratunkowy dostęp do technologii lekowej”.

Ratunkowy dostęp do technologii lekowej

Wprowadzenie tego mechanizmu nie doprowadziło jednak do poprawy dostępu pacjentów do nowoczesnych terapii. W 2017 r., w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej, o którym mowa w art. 47d ustawy o świadczeniach, NFZ sfinansował jedynie 21 świadczeń o łącznej wartości 146,65 tys. zł, obejmując 12 pacjentów. W 2017 r. Minister Zdrowia otrzymał ogółem 209 wniosków o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach tej procedury, z tego 51 postępowań zakończyło się wydaniem zgody¹⁹⁴, natomiast w przypadku 102 postępowań Minister Zdrowia odmówił wydania zgody na pokrycie kosztów leku w ramach RDTL, 54 wnioski zostały nierozpatrzone ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych, a dwa postępowania zostały umorzone¹⁹⁵. Do 10 maja 2018 r. liczba złożonych wniosków na sfinansowanie leku w ramach RDTL wzrosła do 443, liczba pozytywnie rozpatrzonych wyniosła 126, natomiast NFZ rozliczył leczenie 38 pacjentom¹⁹⁶.

Od początku wprowadzenia RDTL, tj. od 23 lipca 2017 r. do 30 września 2018 r., takie leczenie sfinansowano 114 pacjentom, a jego wartość wyniosła ponad 7 mln zł. W tym okresie do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 760 wniosków, zgoda została wydana w stosunku do 361.

Jedną z przyczyn małej liczby złożonych wniosków przez świadczeniodawców oraz znikomej liczby pacjentów objętych RDTL, był fakt, że finansowanie ratunkowego dostępu do technologii lekowej odbywa się w ramach rozliczenia realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W przypadku szpitala znajdującego się w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, rozliczenie następuje w ramach ryczału i w efekcie zakup przez szpitale leków w ramach omawianej technologii, często bardzo drogich, odbywa się kosztem pozostałych świadczeń¹⁹⁷.

¹⁹⁴ W tym w 2017 r. zostało wydanych 39.

¹⁹⁵ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku”.

¹⁹⁶ <https://www.alivia.org.pl/ratunkowy-dostep-technologii-lekowych-nie-dziala/>

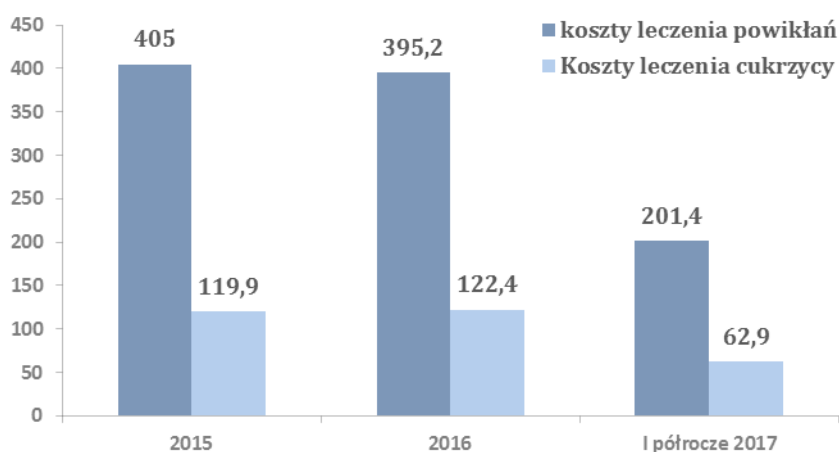
¹⁹⁷ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku”.

Dostęp do nowych leków w leczeniu cukrzycy

Minister Zdrowia nie wprowadził na listy leków refundowanych ani jednego leku z grupy leków inkretynowych i grupy flozyn (spośród 10, które uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). W efekcie polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. Refundacja niektórych z tych leków może wpłynąć na poprawę efektów leczenia, a tym samym zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań. Nadmienić należy, że leki z tych grup są refundowane, w różnym stopniu, w krajach UE¹⁹⁸. Podstawową ich rolą jest zapobieganie powstawaniu powikłań, a koszty leczenia tych powikłań są wyższe niż koszty leczenia samej cukrzycy.

Infografika nr 22

Koszty leczenia cukrzycy typu 2, wyłącznie w lecznictwie szpitalnym, oraz koszty leczenia jej powikłań (mln zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Przewlekły proces wpisywania nowych procedur do wykazu świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Przykładem opóźnienia w umieszczaniu nowych terapii na listę świadczeń gwarantowanych są świadczenia protonoterapii (lokalizacje inne niż oczy) oraz z wykorzystaniem urządzenia typu „CyberKnife”. Okres jaki upłynął od wystąpienia Ministra Zdrowia o wydanie opinii do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych do czasu wejścia w życie przepisów wprowadzających przedmiotowe świadczenia wyniósł odpowiednio rok i ponad cztery lata¹⁹⁹.

Pomimo, że Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych wydał 30 września i 17 grudnia 2013 r. pozytywną opinię²⁰⁰ w sprawie wpisania na listę świadczeń gwarantowanych świadczenia wykorzystującego urządzenia

¹⁹⁸ Patrz kontrola NIK „Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2”.

¹⁹⁹ M.in. w kontrolach: „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.” oraz „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”.

²⁰⁰ Rekomendacje w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego: nr 134/2013, z dnia 30 września 2013 r. w populacji pacjentów z nowotworami pierwotnymi przerzutowymi głowy i kręgosłupa (na podstawie wystąpienia Ministra Zdrowia do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 29 listopada 2012 r.) oraz nr 179/2013, z dnia 17 grudnia 2013 r., w populacji pacjentów z ogniskami nowotworowymi w kościach innych niż kręgosłup i czaszka oraz guzami tkanek miękkich (na podstawie wystąpienia Ministra Zdrowia do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z 1 marca 2011 r.).

typu „CyberKnife”, Minister Zdrowia wprowadził przedmiotowe świadczenie w wykazie świadczeń gwarantowanych od 1 kwietnia 2015 r.²⁰¹. Urządzenie to służy do tzw. radiochirurgii stereotaktycznej, wykorzystywanej np. w leczeniu onkologicznym i pozwala na ograniczenie skutków ubocznych promieniowania jonizującego²⁰². W efekcie przed 1 kwietnia 2015 r. Fundusz nie mógł kontraktować świadczeń monitorowanej obrazowo stereotaktycznej i cybernetycznej mikroradioterapii, chociaż dwie publiczne placówki ochrony zdrowia miały to urządzenie już w 2013 r. zakupione za ponad 40 mln zł²⁰³.

Terapia protonowa jest formą radioterapii wykorzystującą protony. W przeciwieństwie do radioterapii, która wykorzystuje elektrony do napromieniowania, zaletą nowego rozwiązania jest mniejsza szkodliwość tego promieniowania, poprzez wykorzystanie zjawiska tzw. *Piku Bragga* (deponowanie energii protonów na końcu biegu cząsteczki). W związku z tym można zwiększyć tolerowaną przez pacjenta dawkę promieniowania i zwiększyć prawdopodobieństwo zniszczenia guza. Ma to szczególne znaczenie przy leczeniu dzieci, a także osób ze zmianami zlokalizowanymi np. w ośrodkowym układzie nerwowym.

W dniu 15 października 2015 r. otwarto w Krakowie ośrodek innowacyjnego leczenia nowotworów Narodowe Centrum Terapii Hadronowej, którego koszt budowy wyniósł około 250 mln zł. Natomiast Minister Zdrowia wprowadził przedmiotowe świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych dopiero 30 czerwca 2016 r.²⁰⁴ Stało się tak, mimo że Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji już osiem miesięcy wcześniej, tj. 29 października 2015 r.²⁰⁵, wydał pozytywną opinię w sprawie zakwalifikowania „Radioterapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego.

²⁰¹ Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 31a ust. 1 (art. 31b ust. 1 ustawy o świadczeniach). Minister Zdrowia świadczenie, identyfikowane procedurą medyczną 92.312 „obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia (OMSCMRT)”, zaimplementował do katalogu świadczeń gwarantowanych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającym *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. poz. 1441, ze zm.) z datą wejścia w życie przedmiotowych zapisów z dniem 1 kwietnia 2015 r.

²⁰² „CyberKnife” (Nóż Cybernetyczny) jest nowoczesnym, w pełni zautomatyzowanym urządzeniem do radiochirurgii – nieinwazyjnego usuwania guzów nowotworowych w obrębie głowy oraz całego ciała. Zabieg polega na napromienianiu guza wiązkami promieniowania X o wysokiej energii wysyłanych z różnych kierunków tak, by zdrowe tkanki w sąsiedztwie guza zaabsorbowały jak najmniejszą dawkę energii jonizującej.

²⁰³ Informacja NIK o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.”

²⁰⁴ Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2016 r. zmieniającym *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. poz. 855).

²⁰⁵ Rekomendacja nr 85/2015. Jeszcze przed otwarciem Centrum, tj. 30 czerwca 2015 r. Minister Zdrowia wystąpił do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Radioterapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku” jako świadczenia gwarantowanego, załączając Kartę problemu zdrowotnego w sprawie zakwalifikowania ww. świadczenia oraz „Raport Zespołu Konsultanta Krajowego do Spraw Radioterapii Protonowej” z dnia 27 maja 2015 r.

W 2014 r. NFZ nie refundował również innych technologii medycznych o potwierdzonej w badaniach skuteczności terapeutycznej, pomimo pozytywnej oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych, ponieważ nie zostały one wpisane do wykazu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Spowodowała to negatywna ocena NFZ, wynikająca z prognozowanej wysokości nakładów na koszty świadczeń. Przykładem takich technologii były:

1. izolowana chemioterapia perfuzyjna kończynowa w hipertermii do leczenia rozległych przerzutów in-transit w lokalizacji kończynowej w czerniaku skóry, dostępna jako standardowa w krajach UE (rekomendacja AOTM z dnia 25 marca 2013 r.);
2. perfuzja kończynowa z melfalanem i TNFalfa do leczenia rozległych mięsaków, granicznie resekcyjnych w lokalizacji kończynowej, choć metoda ta została rekomendowana w 2013 r. przez AOTM i już wtedy była standardem postępowania w krajach UE (rekomendacja AOTM z dnia 29 kwietnia 2013 r.).

Zlecenie przygotowania oceny obu wyżej wskazanych technologii zostało przekazane przez Ministra Zdrowia do Agencji w maju 2011 r. Szczególnie istotne znaczenie może mieć „Chemioterapia perfuzyjna kończynowa w hipertermii”, gdyż jak wynika z rekomendacji Agencji, daje szansę na uniknięcie amputacji kończyny, w przypadku wystąpienia nieresekcyjnych guzów (mięsaków, czerniaków). W przypadku wystąpienia takiej zmiany, dotychczasowym standardem postępowania w polskiej praktyce klinicznej jest amputacja kończyny.

3.3.5. Rekomendacje

Rekomendacje NIK

Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest głównym czynnikiem decydującym o satysfakcji pacjenta z działania opieki zdrowotnej. **Zależy on od szeregu czynników związanych przede wszystkim z organizacją i finansowaniem systemu ochrony zdrowia.** Zmiany dokonane w tych obszarach wpływają na skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, który jest zasadniczą miarą dostępu pacjentów do leczenia.

Poza zmianami w organizacji finansowania systemu ochrony zdrowia należy:

- 1) **Preferować w systemie finansowania te podmioty, które udzielają świadczeń w sposób ciągły i kompleksowy.**

Efekty leczenia pacjentów w systemie ochrony zdrowia są często zaprzeczane z powodu niezapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia, głównie poprzez odsyłanie pacjentów do innych podmiotów, często odległych od ich miejsca zamieszkania.

- 2) **Ustalić listę badań profilaktycznych, w tym populacyjnych, kierowanych do określonych grup osób wraz z określeniem interwałów czasowych ich wykonywania oraz stworzenie systemu zachęt (np. podatkowych) do ich realizacji.**

Badania powinny dotyczyć kluczowych problemów zdrowotnych ludności (chorób cywilizacyjnych). Wprowadzeniu tego rozwiązania musi towarzyszyć stworzenie baz danych, które pozwolą ocenić faktyczne uczestnictwo obywateli w badaniach profilaktycznych.

3) **Wdrożyć system zachęt sprzyjający powstawaniu podmiotów leczniczych na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów.**

Rozmieszczenie podmiotów leczniczych na terenie kraju nie odpowiada potrzebom zdrowotnym ludności. Proces przebudowy struktury terytorialnej systemu będzie długotrwały. Istotną rolę powinno odegrać państwo, które poprzez system zachęt (w tym fiskalnych) powinno stymulować tworzenie nowych podmiotów, tam gdzie występuje deficyt świadczeń określonego rodzaju.

4) **Rozwijać i upowszechniać stosowanie telemedycyny.**

Telemedycyna to najnowocześniejsza forma świadczenia usług medycznych wykorzystująca zaawansowane osiągnięcia informatyki i telekomunikacji do monitorowania pacjentów na odległość

Zdaniem NIK oraz części zewnętrznych ekspertów zaproszonych przez Izbę do udziału w panelach dyskusyjnych, niewystarczające zasoby personelu medycznego, liczne przypadki występowania u pacjentów wielu chorób jednocześnie, wskazują na potrzebę dokonywania wielopoziomowych konsultacji między lekarzami różnych specjalizacji. Odsyłaniu części pacjentów na konsultacje do odległych ośrodków mogą zapobiegać rozwiązania z zakresu telemedycyny. W nieodległej przyszłości systemy telemedyczne będą odgrywały także coraz większą rolę w monitorowaniu podstawowych parametrów zdrowia pacjentów przewlekle chorych, ograniczą potrzebę częstych wizyt w gabinecie lekarza, a także pozwolą na szybką interwencję w stanach nagłych u takich pacjentów. Dlatego już dzisiaj należy planować ich rozwój na terenie całego kraju.

3.4. Prawa i bezpieczeństwo pacjentów

Jednym z praw osobistych, jakie zostały zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., jest prawo do ochrony zdrowia. Odpowiada temu obowiązek nałożony na władze publiczne, aby zapewniły obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2).

Specyficzne sytuacje życiowe człowieka, jak np. pojawienie się choroby, wymagają dodatkowych uregulowań prawnych „wzmacniających” lub „osłabiających” ustalone standardy uniwersalne zapisane również w Konstytucji RP. Tak jest w wypadku praw pacjenta. Wprowadzają one dodatkowy standard ochronny, z uwagi na szczególną relację pacjenta i określonej instytucji medycznej oraz jej personelu. Z tej racji uchwalono ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Jak pokazują kontrole NIK, w wielu przypadkach prawa te nie

Podstawy prawne
praw pacjenta

są jednak przestrzegane, a ogólne sformułowania, odnoszące się do tych praw, zawarte także w wielu innych aktach prawnych, wymagają często doprecyzowania.

W systemie ochrony zdrowia najczęściej dochodzi do naruszenia dwóch podstawowych praw pacjenta, tj. zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz prawa do leczenia zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Pierwsze z wymienionych naruszeń pozostaje aktualne pomimo upływu kilkunastu lat. Nierównomierne rozmieszczenie zasobów materialnych i kadrowych oraz organizacja systemu ochrony zdrowia powodują, że ów dostęp jest różny w poszczególnych rejonach kraju. Zagadnienie to zostało już szerzej zaprezentowane w poprzednim rozdziale niniejszego Raportu.

Ustalenia kontroli NIK wskazują, że prawo pacjenta do leczenia zgodnie z wiedzą medyczną nie jest w pełni respektowane. Dotyczy to zarówno podejścia personelu medycznego do pacjenta, jak również jakości stosowanych terapii medycznych.

3.4.1. Nieposzanowanie godności i intymności pacjentów oraz prawa do leczenia bólu

Prawo do zachowania intymności i godności

Prywatność pacjenta w szpitalu to w szczególności poszanowanie jego sfery czysto osobistej, a temu służy przestrzeganie jego praw do intymności i godności. Prawa te w obszarze ochrony zdrowia zagwarantowane zostały przede wszystkim w ustawie o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, poprzez nakaz poszanowania prawa do intymności i godności pacjenta, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych²⁰⁶. Prawo to jest w praktyce jednym z trudniejszych do przestrzegania, ponieważ dotyczy pojęć nieostrych jak „intymność” i „godność”. Przyjmuje się, że intymność pacjenta należy odnieść do wszelkich uczuć i działań towarzyszących leczeniu. Składa się na nią dbanie o dobro pacjenta, szacunek dla pacjenta, zrozumienie jego sytuacji²⁰⁷. Prawo do godności wzmacnia obowiązek podmiotowego traktowania pacjenta, zapewniającego mu poczucie wartości i szacunku. Osoba wykonująca zawód medyczny musi szanować intymność i godność pacjenta²⁰⁸.

Jednym z warunków poszanowania prywatności pacjenta jest obecność w trakcie wykonywania świadczeń jedynie osób wykonujących zawód medyczny, niezbędnych ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego – uczestnictwo innych osób wymaga zgody pacjenta.

Prawo pacjenta do prywatności oznacza również, że wszystkie informacje o stanie zdrowia pacjenta, diagnozach, rokowaniu, przeprowadzonym leczeniu, rehabilitacji muszą być traktowane jako poufne i nie mogą być ujawnione przez osoby wykonujące zawód medyczny osobom nieupoważnionym²⁰⁹.

²⁰⁶ Art. 20 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta*.

²⁰⁷ Dorota Karkowska Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Wolters Kluwer Polska, rok wydania 2016, wydanie trzecie, str. 430.

²⁰⁸ Art. 22 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta*.

²⁰⁹ Art. 13 i 14 ustawy o *prawach pacjenta*.

Szpital, szanując prawa pacjenta do intymności i godności, musi mu stworzyć właściwe warunki pobytu. Pacjent ma prawo oczekiwać, aby świadczenie zdrowotne było udzielane w osobnym pomieszczeniu lub w miejscu osłoniętym.

W skontrolowanych szpitalach²¹⁰ warunki udzielania świadczeń zdrowotnych nie zapewniały pacjentom pełnej ochrony ich intymności i godności. Przyczynami tego była przestarzała infrastruktura szpitali, nieprawidłowe zachowanie personelu medycznego wobec pacjentów oraz niewłaściwa organizacja systemu monitoringu wizyjnego.

Większość skontrolowanych szpitali dysponowała wieloosobowymi salami chorych, w których – w obecności innych pacjentów – odbywały się obchody i wywiady lekarskie, udzielano świadczeń zdrowotnych oraz wykonywano zabiegi pielęgnacyjne. Przedmiotem wielu skarg pacjentów było naruszające ich godność niegrzeczne, aroganckie i lekceważące zachowanie personelu medycznego.

W skontrolowanych szpitalach naruszanie praw pacjentów do prywatności w czasie leczenia potwierdziły wyniki ankiet przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli wśród pacjentów szpitali. Z 1104 ankietowanych pacjentów:

- 127 (12%) zwracało uwagę na udzielanie im świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów;
- 143 (13%) stwierdziło, że udzielano im informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu;
- 55 (5%) było badanych w gabinetach zabiegowych niezabezpieczonych przed dostępem osób trzecich;
- 55 (5%) skarżyło się na aroganckie, nieuprzejme traktowanie przez personel medyczny i obsługowy;
- 52 (5%) stwierdziło że przeprowadzano z nimi wywiad lekarski w obecności innych pacjentów;
- 95 (9%) skarżyło się na brak właściwych warunków sanitarno-higienicznych.

Wobec braku ustawowych uregulowań dotyczących funkcjonowania monitoringu w miejscach publicznych, szpitale w sposób uznaniowy rozmieszczały kamery w pomieszczeniach szpitalnych. Monitoringiem wizyjnym objęte były również pomieszczenia²¹¹, w których obowiązujące przepisy nie przewidują obecności kamer²¹². Żaden ze skontrolowanych szpitali nie dokonał analizy wdrożenia i funkcjonowania monitoringu pod kątem poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

²¹⁰ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach”.

²¹¹ Np.: w salach chorych, izolatkach lub gabinetach szpitalnego oddziału ratunkowego, pomieszczeniu rezonansu magnetycznego lub salach nadzoru innych niż sale nadzoru oddziałów anestezjologii/intensywnej terapii, a nawet w pokoju odwiedzin.

²¹² Rozporządzenia Ministra Zdrowia: z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2218, ze zm.).

W większości badanych szpitali, wbrew przepisom obowiązującej wówczas ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych*²¹³, nie zagwarantowano pełnej ochrony przetwarzania danych uzyskanych z monitoringu wizyjnego. Wynikało to głównie z nieuznawania przez szpitale zbiorów obrazów pochodzących z monitoringu wizyjnego za zbiory danych osobowych.

Bez radykalnej poprawy infrastruktury szpitali i uwrażliwienia personelu medycznego na potrzeby i uczucia hospitalizowanych osób, intymność i godność pacjenta pozostanie tylko formalną deklaracją. NIK zauważa również, że brak kompleksowych uregulowań dotyczących funkcjonowania monitoringu w podmiotach leczniczych stwarza wysokie ryzyko nadmiernej ingerencji w prywatność pacjentów i niedostatecznej ochrony ich danych osobowych.

Analogiczne ustalenia przyniosła kontrola NIK dotycząca dostępności świadczeń ginekologicznych²¹⁴. Gabinety ginekologiczne w sześciu (22,2%) podmiotach leczniczych (z 27 skontrolowanych) zorganizowano w taki sposób, że nie zapewniały pacjentkom poszanowania prawa do intymności i godności podczas udzielania świadczeń, co wynika z art. 20 ust. 1 i art. 22 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta* oraz art. 36 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*²¹⁵, a także z ust. 2 pkt 3 części V *standardów opieki okołoporodowej*²¹⁶. Miejsca udzielania świadczeń nie były bowiem należycie zasłonięte przed osobami postronnymi w przypadku otwarcia drzwi do gabinetu.

Powszechność nieprawidłowości stwierdzanych w tym obszarze daje podstawę do stwierdzenia, że nadal jest aktualny wniosek NIK, skierowany po kontroli *Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych*, o wprowadzenie w rozporządzeniu z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, uregulowań gwarantujących zapewnienie pacjentkom prawa do intymności i godności na oddziałach położniczych i w gabinetach badań.

Dostępność terapii przeciwbólowej

Zapewnienie optymalnej terapii przeciwbólowej ma szczególnie istotne znaczenie z punktu widzenia praw pacjenta. Przewlekły ból stanowi czynnik obniżający znacząco jakość życia człowieka. Doznania bólowe tracą swój ostrzegawczo-ochronny charakter, a ból przewlekły staje się chorobą samą w sobie, wpływającą negatywnie na emocjonalne, fizyczne i socjalne funkcjonowanie człowieka.

²¹³ Dz. U. z 2016 r. poz. 922, ze zm.

²¹⁴ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich”.

²¹⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 617, ze zm.

²¹⁶ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132).

Obowiązkiem każdego lekarza, pielęgniarki i położnej jest wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej²¹⁷, co oznacza także obowiązek postępowania zgodnie ze standardami medycznymi, ujmowanymi jako wskazówki, wytyczne, ścieżki postępowania odnoszące się do danej specjalności medycznej, tworzonymi przez wyspecjalizowane podmioty, głównie stowarzyszenia naukowe. Obowiązek ten odnosi się również do postępowania zgodnego ze standardami dotyczącymi leczenia bólu.

W większości skontrolowanych szpitali nie opracowano i nie wdrożono zasad postępowania zapewniających leczenie i monitorowanie skuteczności leczenia bólu u wszystkich pacjentów, którzy odczuwają ból, bez względu na charakter tego bólu, co stanowiło naruszenie obowiązku określonego przez Ministra Zdrowia w § 5a rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Personel medyczny szpitali podejmował działania uśmierzające ból pacjentom, jednak pacjenci nie zawsze mieli zapewniony dostęp do leczenia bólu, który byłby adekwatny do stopnia jego natężenia.

Personel medyczny wszystkich skontrolowanych szpitali podejmował działania uśmierzające ból, z tym że:

- w 94% skontrolowanych szpitali, w objętej analizą dokumentacji medycznej pacjentów odczuwających ból, nie odnotowano informacji potwierdzających systematyczne pomiary natężenia bólu oraz regularną ocenę skuteczności leczenia bólu zarówno u wszystkich pacjentów operowanych, jak i u wszystkich pacjentów nieoperowanych;
- w 69% szpitali nie opracowano i nie wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu u wszystkich, operowanych i nieoperowanych, pacjentów odczuwających ból;
- w 59% szpitali nie utworzono zespołu ds. leczenia bólu;
- w 34% szpitali personel medyczny nie szkolił się w sferze stosowania zasad i monitorowania skuteczności leczenia bólu, bądź w takich szkoleniach uczestniczyła niewielka część personelu;
- w 69% szpitali pacjentom przekazywano jedynie słowną informację o bólu i metodach jego leczenia.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła także uwagę na ograniczony dostęp pacjentów do świadczeń udzielanych w poradniach leczenia bólu. Mieszkańcy jedynie 1/3 powiatów (114 z 380) mieli możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u specjalisty w poradni leczenia bólu na obszarze własnego powiatu. Jednocześnie podkreślono, że liczba pacjentów oczekujących na specjalistyczną poradę dotyczącą leczenia bólu wzrosła w okresie pięciu miesięcy o 15% i w skrajnym przypadku czas oczekiwania na wizytę wynosił cztery miesiące.

W oparciu o ustalenia kontroli, NIK wystąpił do Ministra Zdrowia o rozważenie wprowadzenia obowiązku dokumentowania pomiarów natężenia bólu we wszystkich podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych

²¹⁷ Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty i art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, ze zm.).

(nie tylko w szpitalach). Ponadto NIK wskazał na konieczność zwrócenia większej uwagi, w procesie nauczania przyszłych lekarzy i pozostałej kadry medycznej, na leczenie bólu i stałe podnoszenie kwalifikacji w tym zakresie. Zasygnalizowano potrzebę przeanalizowania przez Prezesa NFZ dostępności świadczeń zdrowotnych w poradniach leczenia bólu i dostosowanie nakładów finansowych na te świadczenia, adekwatnie do zdiagnozowanych potrzeb.

Z satysfakcją należy j odnotować, że począwszy od 11 maja 2017 r., w art. 20a ustawy o *prawach pacjenta* wprowadzono regulację dotyczącą prawa każdego pacjenta do leczenia bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej bez względu na źródło pochodzenia tego bólu, wiek pacjenta oraz miejsce jego pobytu. Obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jest zatem podejmowanie działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. Do tej pory prawo takie przysługiwało jedynie pacjentom znajdującym się w stanie terminalnym (skreślono zdanie drugie w ust. 2 art. 20). Regulacja ta jest zbieżna z wnioskami NIK.

3.4.2. Nierespektowanie praw pacjentów w przypadku żywienia i warunków pobytu w szpitalach

Znaczenie diety
w procesie leczniczym

Posiłki wydawane pacjentom w szpitalach powinny być nie tylko odpowiednio zbilansowane i dostosowane do jednostki chorobowej, ale także o właściwej jakości sensorycznej oraz bezpieczne dla zdrowia konsumenta. Zgodnie z *Zasadami prawidłowego żywienia chorych w szpitalach*²¹⁸, żywienie szpitalne to nie tylko dostarczanie przebywającym pacjentom żywności zabezpieczającej ich całodobowe zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze, lecz także wspomaganie leczenia.

Przez prawidłowe żywienie pacjentów należy rozumieć rzetelne rozpoznanie zapotrzebowania poszczególnych pacjentów i takie zorganizowanie całego systemu żywienia, które zapewni posiłki adekwatne do stanu zdrowia, przygotowane z surowców wysokiej jakości i z zachowaniem wymogów sanitarno-higienicznych zarówno w procesie produkcji, jak i w transporcie oraz dystrybucji posiłków. Prawidłowe żywienie to także zapewnienie właściwych wartości energetycznych i odżywczych posiłków, a także ich regularności oraz dostosowanie organizacji żywienia do potrzeb chorych niesamodzielnych lub o ograniczonej samodzielności. To również zapewnienie warunków do fachowej pomocy dietetycznej pacjentom wymagającym zmiany nawyków żywieniowych i trybu życia w związku z przebytą chorobą.

Obowiązujące w Polsce przepisy nie określają norm żywieniowych w szpitalach. Nie ma też określonych średnich stawek żywieniowych na jednego pacjenta, które powinny obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych.

²¹⁸ M. Jarosz (red.), *Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2011, zwane dalej „Zasadami prawidłowego żywienia chorych w szpitalach”.

Od 2006 r., tj. od wejścia w życie ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o *bezpieczeństwie żywności i żywienia*²¹⁹, minister właściwy do spraw zdrowia miał możliwość prawnego uregulowania wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia zbiorowego w szpitalach, jaką dawał art. 72 ust. 6 ustawy o *bżż*. Do chwili obecnej jednak z tej możliwości nie skorzystał, uznając że przywołana delegacja ma charakter fakultatywny, a przepisy ustawy o *bżż* w wystarczającym zakresie regulują te kwestie i nie budzą istotnych wątpliwości w praktyce ich stosowania. Trudno jednak zgodzić się z takim stanowiskiem. Organy odpowiedzialne za nadzór nad żywnością zbiorową pacjentów szpitali nie dysponują żadnymi instrumentami prawnymi ani metodami oceny jakości posiłków pod kątem m.in. składu surowcowego, urozmaicenia, zawartości składników mineralnych i odżywczych oraz zasad kontroli tych usług. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące jakości żywienia przekazywane są w formie pism intencyjnych, tak więc wdrożenie przez władze szpitali zaleceń z oceny stanu żywienia ma wyłącznie charakter dobrowolny i – jak wykazała kontrola NIK – nie zawsze było realizowane.

Dzienną stawkę żywieniową w szpitalu ustala kierownik podmiotu leczniczego. Żywnienie pacjentów w szpitalu jest finansowane w ramach kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia na leczenie szpitalne, które obejmują zarówno świadczenia medyczne, jak i towarzyszące²²⁰. Koszty leczenia wraz ze świadczeniami towarzyszącymi są jednak niejednokrotnie wyższe niż wartość kontraktu. Zmusza to świadczeniodawców do ograniczenia kosztów, w szczególności kosztów wyżywienia pacjentów. Tymczasem o skuteczności leczenia pacjentów w szpitalach decyduje nie tylko właściwie prowadzony przez personel medyczny proces leczniczy, ale także prawidłowe żywienie chorych oraz edukacja żywieniowa.

Takie luki w systemie, ale także nierzetelny nadzór nad żywnością pacjentów oraz niskie nakłady finansowe przeznaczane na żywienie pacjentów powodowały, że w większości skontrolowanych szpitali pacjent otrzymywał posiłki nieadekwatne do stanu zdrowia, przygotowane z surowców niskiej jakości, o zaniżonych bądź zawyżonych wartościach energetycznych, pozbawione odpowiednich wartości odżywczych. Dostarczana żywność nie spełniała zasadniczej funkcji – wspomagania procesu leczenia i powrotu do zdrowia, a czasami wręcz stanowiła czynnik szkodliwy. Szpitale nie kontrolowały jakości żywienia pod względem zawartości składników odżywczych, określonych właściwymi normami.

Badania przeprowadzone w szpitalach na zlecenie NIK przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykazały, że w dziesięciu szpitalach (na 15, w których to badano) wartość kaloryczna posiłków była niższa (nawet o 26%) bądź wyższa (nawet o 46%) od zalecanej.

²¹⁹ Dz. U. z 2018 r. poz. 1541, ze zm., dalej „ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia” lub „ustawa o bżż”. Ustawa weszła w życie z dniem 28 października 2006 r.

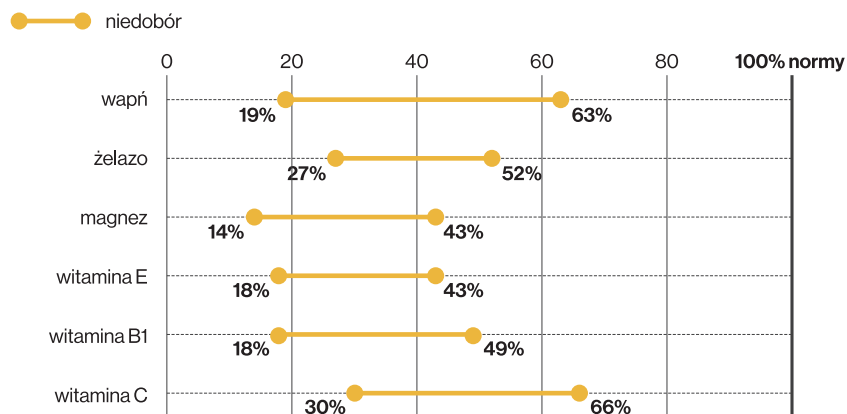
²²⁰ Świadczenie towarzyszące to m.in. adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej – zgodnie z art. 5 pkt 38 ustawy o *świadczeniach*.

PROBLEMY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Stwierdzono też niewłaściwą wartość odżywczą badanych posiłków. Zastrzeżenia takie wniesiono do zbilansowania posiłków podawanych w 11 szpitalach (100% badanych). W ocenianych jadłospisach stwierdzono niedobory istotnych dla zdrowia składników odżywczych²²¹.

Infografika nr 24

Stwierdzone w posiłkach niedobory składników istotnych dla zdrowia pacjentów



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Niedoborom tych składników towarzyszyła zwiększona podaż np. witaminy A, której źródłem są głównie produkty wytworzone z podrobów, a zbyt wysokie spożycie tej witaminy, ze względu na gromadzenie się jej w wątrobie, jest toksyczne. W większości szpitali stwierdzono także nadmiar soli w posiłkach (od 142% do 374% normy).

W 18 szpitalach (90%) oceniane jadłospisy nie spełniały zaleceń organów Inspekcji Sanitarnej dotyczących jakości żywienia pacjentów. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły zbyt małego udziału warzyw i owoców w dziennej racji pokarmowej, dużej podaży mięsa czerwonego, tłustych przetworów mięsnych, tłustych wędlin, w tym gorszej jakości, serwowania potraw trudnostrawnych i bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe, zbyt małej podaży produktów zbożowych z pełnego przemiału, niepodawania pacjentom jogurtu lub mleka acidofilnego, serwowania pacjentom ryb konserwowych lub ryb zawierających niewiele cennych i odżywczych substancji, hodowanych w rejonach zanieczyszczonych, a także zbyt małej podaży ryb morskich.

Badania laboratoryjne wykazały, że rzeczywista dzienna wartość kaloryczna posiłków przygotowywanych dla dziewięciu szpitali, w których posiłki zapewniały firmy zewnętrzne (90% kontrolowanych) była niższa (od 3% do 28%) lub wyższa (o 13% i 50%) od wartości określonej w umowach. Dwie firmy cateringowe, spośród kontrolowanych, zaserwowały pacjentom szpitali inne niż wskazane w jadłospisie składniki posiłków, co ważniejsze – gorszej jakości. Zamiast deklarowanego w jadłospisie „masła” pacjenci otrzymali „tłuszcz mleczny do smarowania”, zamiast „sera” – suszony hydrolizat białkowy o smaku sera i aromacie sera. Bada-

²²¹ Informacja o wynikach kontroli NIK Nr P/17/084 „Żywienie pacjentów w szpitalach”, Warszawa 2018 r.

nie laboratoryjne próbki kiełbasy szynkowej z indyka wykazało zaś, że produkt ten był niezgodny z deklaracją zawartości soli. Stwierdzono przekroczenie wartości soli o 50% w stosunku do deklarowanej na etykiecie produktu.

Potrzeby żywieniowe pacjentów nie były realizowane zgodnie z wymaganiami poszczególnych diet. Wyliczenia wartości odżywczych i energetycznych przygotowywanych jadłospisów dokonywane były w sposób teoretyczny, odbiegający od wartości rzeczywistych. Jadłospisy diety podstawowej w wielu przypadkach były układane i bilansowane z wykorzystaniem danych o składzie poszczególnych artykułów spożywczych znacznie odbiegających od informacji zamieszczanych przez producentów na etykietach tych produktów.

Nieunormowanie zasad oceny jakości żywienia oraz sankcji karnych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości powodowało, że organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazywały zalecenia szpitalom i firmom cateringowym w formie pism intencyjnych, a wdrażanie przez te podmioty zaleceń z ocen żywienia miało charakter dobrowolny i – jak wykazała niniejsza kontrola – nie zawsze było realizowane.

Brak regulacji prawnych obejmujących zasady zatrudniania dietetyków dawał pełną swobodę kierownikom szpitali przy planowaniu zatrudnienia. Część szpitali nie widziała potrzeby udziału dietetyka w procesie żywienia pacjentów. Brak było zatem w szpitalach fachowej opieki żywieniowej nad pacjentem. Zatrudnienie dietetyka też nie zawsze oznaczało, że każdy pacjent otrzymywał właściwą opiekę dietetyczną. Nadmiar pracy (czasem niezwiązanej zupełnie z zadaniami przypisanymi dietetykowi) powodował, że nie zawsze rzetelnie realizowali oni należące do nich obowiązki. Gdy na jednego dietetyka przypada nawet 740 pacjentów, trudno sprawować nad nimi właściwą opiekę dietetyczną.

Nie we wszystkich szpitalach i firmach cateringowych, przygotowujących posiłki dla skontrolowanych szpitali, zachowano odpowiednie warunki sanitarno-higieniczne pomieszczeń kuchni oraz przygotowania i dystrybucji posiłków. Stwierdzono przypadki złego stanu technicznego i braku bieżącej czystości części pomieszczeń i sprzętu produkcyjnego. W dwóch szpitalach stwierdzono obecność insektów.

Nie w pełni rzetelny i skuteczny był nadzór szpitali nad firmami cateringowymi. Część szpitali nie zabezpieczyła w umowach prawa do przeprowadzania kontroli u wykonawcy usługi. Nie wszystkie szpitale, które dokonały takiego zabezpieczenia, korzystały z takiej możliwości. Nie zawsze też przeprowadzane kontrole były skuteczne (te same nieprawidłowości powtarzały się kilka razy z rzędu).

Pozytywnie oceniono wywiązywanie się szpitali z obowiązku dokonywania przesiewowej oceny stanu żywienia chorych przyjmowanych do szpitala oraz dostosowanie organizacji żywienia w kontrolowanych szpitalach do potrzeb pacjentów niesamodzielnych lub o ograniczonej samodzielności.

Na jakość posiłków szpitalnych niewątpliwym wpływ miały niskie nakłady finansowe przeznaczane przez kierowników szpitali na żywienie pacjentów. Średni dzienny koszt wyżywienia w skontrolowanych szpitalach, w latach 2015–2017, kształtował się na następującym poziomie:

Infografika nr 25

Średnie koszty żywienia pacjentów kontrolowanych szpitali w latach 2015–2017 (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Znaczenie dokumentowania czynności związanych z procesem leczniczym

3.4.3. Niewystarczające zabezpieczenie danych pacjentów

Właściwe dokumentowanie wszystkich istotnych informacji w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, związanych z jego leczeniem, jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa. Ma to istotne znaczenie, ponieważ nie tylko odzwierciedla czynności podejmowane wobec pacjenta przez personel medyczny, ale stanowi także formę wzajemnego przekazywania informacji o jego stanie zdrowia w trakcie diagnostyki i leczenia pacjenta. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej stosownie do art. 6. ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta*. Zapewnieniu tego prawa służy także rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, która jest źródłem informacji o pacjencie. Nieprzestrzeganie obowiązku dokonywania wymaganych wpisów, szczególnie w sytuacji, gdy z dokumentacji korzysta więcej niż jeden lekarz, utrudnia rzetelną analizę problemów zdrowotnych pacjenta, a także zwiększa ryzyko nierozpoznania wczesnych stanów chorobowych. W kolejnym etapie leczenia może utrudnić ocenę progresji choroby lub efektów leczenia, którą dokonuje się porównując stan zdrowia pacjenta z wynikiem wcześniejszych badań.

Udostępnianie dokumentacji medycznej w świetle wyników kontroli NIK

Większość podmiotów leczniczych skontrolowanych przez NIK (91,7%) miała różnej szczegółowości regulaminy udostępniania DM²²².

W strukturze ponad połowy podmiotów leczniczych (53%) wyznaczono jednostkę organizacyjną do realizacji zadań związanych z udostępnieniem DM, a w pozostałych – upoważniono do tej czynności poszczególnych pracowników. W skrajnym przypadku upoważniono nawet 65 osób.

Świadczeniodawcy udostępniali dokumentację medyczną pacjentom i osobom upoważnionym na podstawie ich pisemnych wniosków lub ustnych prośb. W przypadku 41,7% podmiotów nie było rejestrów wniosków lub

²²² Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej”.

prowadzone były nierzetelnie. W efekcie nie można było jednoznacznie określić liczby wniosków, które wpłynęły, ile spośród nich zostało zrealizowanych, a także kto, kiedy i komu udostępnił wnioskowaną dokumentację. Udostępnienie dokumentacji odbywało się najczęściej w terminach ustalonych przez świadczeniodawcę, bez zbędnej zwłoki lub w terminie uzgodnionym z wnioskodawcą.

Większość świadczeniodawców (58,3%) nie podawała informacji dotyczących zasad udostępniania DM i odpłatności z tego tytułu w miejscach ogólnie dostępnych dla pacjentów, natomiast informowali o tym dopiero na ich prośbę.

W przypadku blisko połowy podmiotów leczniczych (45,8%), nie zapewniono odpowiednich warunków przechowywania dokumentacji medycznej, zabezpieczających ją przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą, a także przed dostępem osób nieuprawnionych. Na przykład u jednego z kontrolowanych świadczeniodawców dokumentacja składowana była w kartonach na podłodze lub luzem, a u innego – przechowywano ją w drewnianych, niezamykanych szafach ustawionych na korytarzu, do których dostęp miały także osoby postronne (pacjenci, interesanci).

Nie stwierdzono natomiast istotnych nieprawidłowości w zabezpieczeniu i przechowywaniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

3.4.4. Brak standardów organizacyjnych dla większości rodzajów świadczeń

Jedną z podstawowych wad obecnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia jest brak zdefiniowania pojęcia „procedura medyczna” oraz odniesienia jakie czynności terapeutyczne należy wykonać w przypadku wystąpienia danego przypadku chorobowego, jego odmian lub powikłań. Oznacza to, że opisu każdej procedury (jej zdefiniowania) dokonuje każdorazowo kierownik zakładu opieki zdrowotnej. W efekcie przedmiot kalkulacji kosztów w każdym zakładzie opieki zdrowotnej pomimo formalnej tożsamości (to samo nazewnictwo opisujące dane świadczenie zdrowotne) może być odmienny. Pomimo wagi standaryzacji świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych umożliwiających m.in.:

1. określenie przedmiotu kalkulacji jego kosztów, a także;
2. wyznaczających zakres uprawnień pacjenta;
3. wskazujących na niezbędny poziom jakości usług medycznych.

obecnie każdy świadczeniodawca (poza nielicznymi wyjątkami opisanymi w dalszej części) określa je samodzielnie.

Zgodnie z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

W obecnym stanie prawnym, minister właściwy do spraw zdrowia wydał jedynie trzy rozporządzenia dotyczące standardów organizacji udzielania

wybranych rodzajów świadczeń²²³. Ponadto do końca 2018 r. obowiązywało jedno rozporządzenie dotyczące standardów postępowania medycznego²²⁴.

Standardy opieki okołoporodowej

Wprowadzone przez Polskę – jako jedno z trzech państw w Europie – standardy opieki okołoporodowej nie były w pełni przestrzegane przez personel medyczny skontrolowanych podmiotów leczniczych. Jedynie 22 pacjentkom (z 1132), których dokumentacja medyczna została przez NIK przeanalizowana, wykonano i udokumentowano wykonanie wszystkich 42 świadczeń zdrowotnych zalecanych standardami opieki okołoporodowej. W 19 poradniach (70,4% skontrolowanych) żadnej pacjentce nie wykonano kompletu takich świadczeń, a w trzech kolejnych nie było dowodów potwierdzających ich wykonanie. Według wyjaśnień lekarzy, wynikało to z przeoczenia lub nadmiaru zalecanych świadczeń w stosunku do potrzeb wynikających z przebiegu ciąży. Pakiet zalecanych standardami opieki okołoporodowej świadczeń jest niezbędnym minimum, które powinno być wykonane podczas ciąży i nie odbiega on od rekomendowanych w innych krajach europejskich.

Jedynie 22 pacjentkom (z 1132), tj. 1,9% których dokumentacja medyczna była analizowana przez NIK, wykonano i udokumentowano wykonanie wszystkich 42 świadczeń zdrowotnych zalecanych w tych standardach. Niewykonywanie zalecanych świadczeń stanowiło naruszenie jednego z podstawowych praw pacjenta – prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i udzielanych z należytą starannością²²⁵. W województwach o małej liczbie poradni wiejskich w 2016 r. odnotowano największy wskaźnik zgonów okołoporodowych – 33,64/100 tys. urodzeń w woj. opolskim i 23,28/100 tys. urodzeń w woj. podlaskim. Zdecydowanie lepiej przedstawiała się sytuacja w województwach o większej liczbie poradni. W woj. podkarpackim relacja było to 5,41 zgonów okołoporodowych na 100 tys. urodzeń, a w woj. wielkopolskim 3,36 na 100 tys. urodzeń.

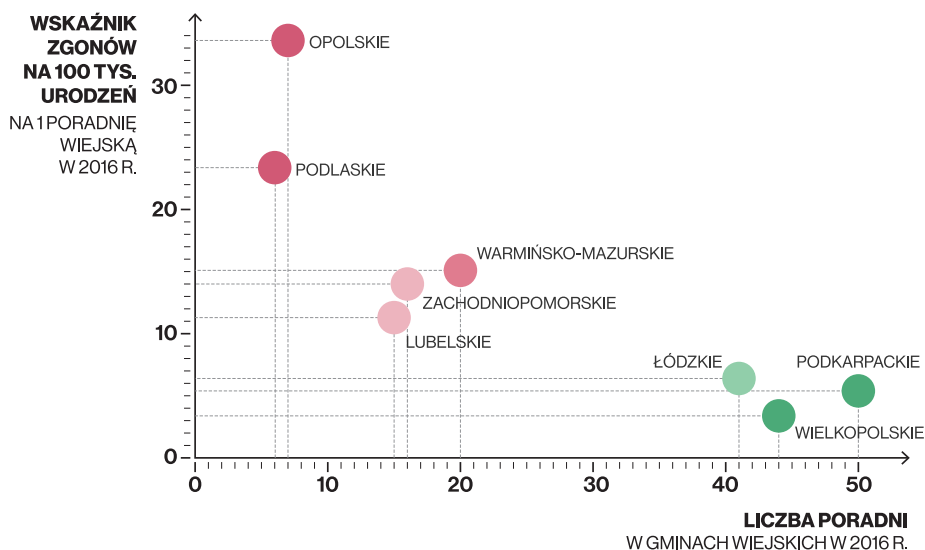
²²³ Tj.: *Standard organizacji opieki okołoporodowej*, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz. U. poz. 1756), *Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii*, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. (Dz. U. poz. 2435), *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. (Dz. U. poz. 2218, ze zm.),

²²⁴ Tj. *Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego*, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz. U. poz. 1997). Uchylone z dniem 31 grudnia 2018 r.

²²⁵ Prawa te określa, odpowiednio art. 6 ust. 1 i art. 8 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta*.

Infografika nr 25

Liczba zgonów okołoporodowych, w zależności od liczby poradni na terenach wiejskich, w województwach objętych kontrolą NIK



Źródło: Opracowanie własne NIK danych GUS oraz kontroli w OW NFZ.

Jak ustaliła Najwyższa Izba Kontroli, w 2014 r., w Polsce nie wprowadzono prawnych standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, co stanowi istotną barierę w rozwoju nowoczesnej rehabilitacji, charakteryzującej się wysoką jakością i efektywnością leczenia pacjentów ocenianą przy użyciu mierzalnych czynników, skal i testów. Minister Zdrowia miał podstawy prawne do określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania i procedur wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych²²⁶.

Brak standardów w rehabilitacji leczniczej

Zarządzeniem z 10 sierpnia 2011 r. Minister Zdrowia powołał *Zespół opiniodawczo-doradczy ds. opracowania standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej*. Zespół odbył łącznie 13 posiedzeń (ostatnie 27 lipca 2012 r.). W jego pracach, obok ekspertów z różnych dziedzin medycyny, brali udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ. Zespół opracował tylko propozycje nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które przekazał Ministrowi Zdrowia 2 października 2012 r. razem z podsumowaniem prac Zespołu.

W Ministerstwie Zdrowia nie wykonywano oraz nie zlecano analiz i opracowań eksperckich dotyczących rehabilitacji leczniczej, które mogłyby ułatwić stworzenie takich standardów. Nie powstały również strategie i programy dotyczące rehabilitacji leczniczej.

Z uwagi na istotne znaczenie rehabilitacji leczniczej, opracowanie standardów postępowania powinno sprzyjać poprawie jakości i efektywności leczenia pacjentów. Zauważyć należy, że standaryzacja usług medycznych zwiększa prawdopodobieństwo, że w danym procesie postępowania

²²⁶ At. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym przed 15 lipca 2016 r.

zostanie zastosowany najlepszy z możliwych wariantów, zgodny z aktualną wiedzą medyczną. W praktyce wykorzystywanie standaryzacji stanowi dowód działania zgodnie z najnowszą wiedzą. Także koszty funkcjonowania stają się czytelniejsze (i dla usługodawcy, i dla płatnika), co jest szczególnie istotne w Polsce, gdzie występuje stały deficyt środków finansowych w ochronie zdrowia.

Należy zauważyć, że Najwyższa Izba Kontroli już w 2013 r. wnioskuje do Ministra Zdrowia o określenie standardów opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustalenie na tej podstawie wyceny świadczeń zdrowotnych²²⁷.

3.4.5. Niska jakość udzielanych świadczeń

Bezpieczeństwo i jakość
w procesie leczniczym

Problem bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń ma charakter wielowymiarowy i uzależniony jest od spełnienia następujących warunków:

- 1) udzielania świadczeń przez wykwalifikowany personel, przy wykorzystaniu sprawnego, nowoczesnego sprzętu i leków;
- 2) zapewnienia ciągłości i koordynacji leczenia;
- 3) zapewnienia optymalnej higieny i bezpieczeństwa mikrobiologicznego;
- 4) skuteczności działalności organów i inspekcji;
- 5) ewaluacji procesu leczniczego, ukierunkowanej na poprawę wyników leczenia z wykorzystaniem danych zgromadzonych w systemach informacyjnych.

W każdym tych obszarów systemu ochrony zdrowia kontrole NIK wykazały szereg nieprawidłowości.

Z uwagi na fakt, iż zagadnienia wskazane w większości wymienionych punktów zostały zaprezentowane w rozdziale dotyczącym organizacji systemu ochrony zdrowia, w niniejszym podrozdziale przedstawiono ustalenia kontroli NIK dotyczące samej jakości procesu terapeutycznego. Ocenę skuteczności organów nadzoru oraz zagadnienia związane z obiegiem informacji zaprezentowano w następnych rozdziałach.

Leczenie nowotworów
bez pełnej diagnostyki

Jakość udzielanych świadczeń onkologicznych jest zróżnicowana na terenie kraju i nie zawsze odpowiada światowym standardom. Świadczą o tym na przykład przypadki podejmowania leczenia pacjentów z nowotworem złośliwym bez przeprowadzania kompletnych badań patomorfologicznych. Na przestrzeni ostatnich lat dokonał się istotny postęp nie tylko w tej dziedzinie. Dotyczył zarówno profilaktyki, tj. badania genetycznych predyspozycji do zachorowania na dany typ nowotworu, jak również etapu leczenia, w tym postawienia diagnozy. Pogłębione badania, w szczególności molekularne, pozwalają odpowiedzieć na pytanie czy możliwe jest zastosowanie zindywidualizowanego podejścia i nowych generacji leków. W nieodległej przyszłości leczenie, w coraz większym stopniu, opierać się więc będzie na selektywnym i spersonalizowanym doborze terapii, która nie będzie musiała mieć zastosowania do innego pacjenta.

²²⁷ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Wykonanie w 2012 roku planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia”, str. 10.

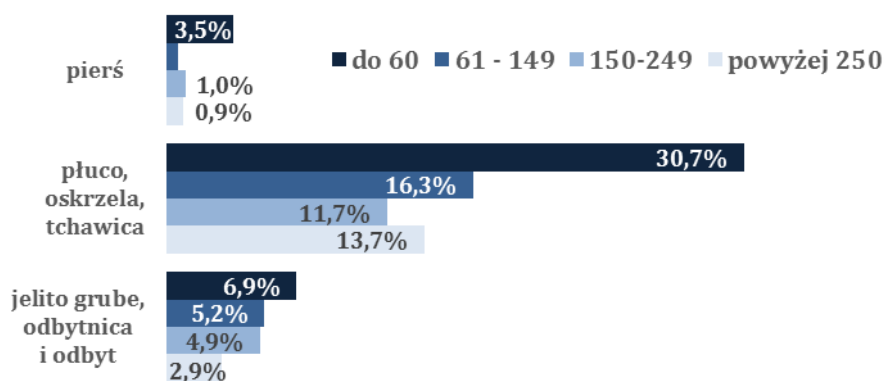
Warunkiem skutecznej selekcji chorych do nowoczesnego leczenia spersonalizowanego jest potwierdzenie w komórkach nowotworowych obecności markera będącego molekularnym celem leczenia. Polskie Towarzystwo Onkologiczne wskazuje na konieczność przeprowadzania badań immunohistochemicznych i molekularnych każdemu pacjentowi, któremu zdiagnozowano typ raka zawierający zmianę molekularną, mogącą stanowić podstawę leczenia celowanego, choć zalecenia te nie mają charakteru normatywnego. Ponad 26% kontrolowanych szpitali nie przeprowadzało wszystkich niezbędnych badań immunohistochemicznych i/lub molekularnych umożliwiających postawienie precyzyjnej diagnozy i zakwalifikowanie do zastosowania tzw. terapii spersonalizowanej, realizowanej w ramach programów terapeutycznych i lekowych, pomimo sformułowania takiego zalecenia przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, do którego stosowania w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. zobowiązywał przepis § 4a ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²²⁸. W konsekwencji pacjenci byli pozbawieni możliwości zastosowania części dostępnych procedur terapeutycznych, a jak wynika z danych przekazanych przez Konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej, ma to negatywny wpływ na skuteczność leczenia. Podstawową przyczyną było niewykonywanie tego typu badań w ramach własnej działalności oraz, jak wyjaśniano, niestosowanie terapii spersonalizowanej. Pacjenci byli leczeni za pomocą metod standardowych lub odsyłani do innych podmiotów leczniczych.

Brak odpowiedniego doświadczenia negatywnie wpływa na skuteczność leczenia, co obrazują również wskaźniki zgonów pooperacyjnych. Najwyższa Izba Kontroli w 2017 r.²²⁹ wskazała na niską jakość takiego leczenia, skutkującą m.in. zwiększoną śmiertelnością pooperacyjną pacjentów w podmiotach, które nie miały dużego doświadczenia w wykonywaniu takich zabiegów.

Zgony pooperacyjne

Infografika nr 26

Odsetek pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, którzy zmarli w ciągu 30 dni po wykonaniu zabiegu operacyjnego, w zależności od liczby przeprowadzanych zabiegów w podmiocie leczniczym



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

²²⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

²²⁹ Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”.

Zakażenia szpitalne i zgony nimi spowodowane

Kontakt pacjenta z placówką ochrony zdrowia ma pomóc w poprawie stanu zdrowia. Aby tak się stało należy także minimalizować ryzyko zakażenia pacjenta szczepami bakterii występujących w środowisku szpitalnym. Ustalenia kontroli NIK wskazują natomiast na to, iż szpitale w niewystarczającym stopniu dbają o stan higieny, a w przypadku wystąpienia zakażenia, w sposób nie zawsze zasadny stosują antybiotyki. W konsekwencji rośnie liczba szczepów lekoopornych oraz liczba zgonów z powodu takich zakażeń. Przy tym ma miejsce ograniczone wykorzystywanie laboratoryjnych badań diagnostycznych²³⁰ (patrz również str. 152–153 niniejszej Informacji).

Jakość badań diagnostycznych będących podstawą decyzji lekarskich

Celem diagnostyki laboratoryjnej jest dostarczenie jak najbardziej wiarygodnej i wyczerpującej informacji medycznej o stanie zdrowia pacjenta na określonym etapie postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego. Badania laboratoryjne stanowią najtańsze źródło informacji diagnostycznej. Są podstawą około 60% decyzji lekarskich, generują około 10% kosztów opieki zdrowotnej, co przy właściwym doborze oraz należytej interpretacji wyników czyni je jednym z elementów decydujących o skuteczności i ekonomicznej efektywności ochrony zdrowia²³¹.

Sposób organizacji i finansowania czynności diagnostyki laboratoryjnej ogranicza jej pełne wykorzystanie w profilaktyce i leczeniu. Przyjęte w Polsce rozwiązania systemowe nie gwarantują także pożądanej jakości wykonywanych badań oraz dostępu do tych świadczeń, co w konsekwencji może stwarzać ryzyko opóźnień w wykrywaniu chorób i powoduje wyższe koszty ich leczenia.

System finansowania pozwala na rozliczanie wykonanego świadczenia bez wymogu uwzględnienia informacji diagnostycznej przy podejmowaniu decyzji medycznej oraz stwarza ryzyko ograniczania zlecania badań przez lekarzy w celu minimalizowania kosztów. Nie ma również skutecznego nadzoru publicznego nad jakością zlecanych badań diagnostycznych. Obowiązujące przepisy prawne określają wprawdzie wymagania i standardy obowiązujące w medycznych laboratoriach diagnostycznych²³², jednak przestrzeganie tych standardów w praktyce nie podlega kontroli, a ich naruszenie nie pociąga za sobą żadnych konsekwencji. Prowadzi to do pogorszenia jakości tych świadczeń i stwarza ryzyko dla bezpieczeństwa obywateli.

Przeglądy i naprawy urządzeń diagnostycznych

W przypadku 15,5% objętej badaniem aparatury i sprzętu medycznego, wykorzystywanego w medycznych laboratoriach diagnostycznych, nie prowadzono badań i kontroli parametrów pracy z częstotliwością zalecaną przez producentów i autoryzowane serwisy. W konsekwencji czyn-

²³⁰ Patrz kontrola NIK Nr P/16/056 „Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej”, Warszawa czerwiec 2017 r.

²³¹ Augustynowicz A., Owczarek H: *Miejsce diagnostyki laboratoryjnej w podstawowych aktach regulujących organizację i finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce*. Diagnostyka Laboratoryjna, 2012/48/4, 461–465.

²³² Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 2245, ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1665, ze zm.).

ności diagnostyki laboratoryjnej wykonywane były przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego stwarzającego ryzyko uzyskania niewiarygodnych wyników badań.

Na podstawie kontroli 401 urządzeń, których okres eksploatacji wynosił od 1 do 32 lat, stwierdzono nieterminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych 62 urządzeń w 13 skontrolowanych podmiotach, a opóźnienia wynosiły od czterech dni do nawet trzech lat. Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. *o wyrobach medycznych*²³³ zabrania się używania wyrobów, dla których upłynął czas bezpiecznego używania określony przez wytwórcę.

Niektóre badania diagnostyki laboratoryjnej wykonywane były w czasie stwarzającym ryzyko uzyskania niewiarygodnych wyników. Stwierdzono bowiem przekraczanie czasu poszczególnych faz procesu diagnostycznego, w tym czasu przechowywania materiału do badań od pobrania do dostarczenia i zarejestrowania w laboratorium lub od pobrania do wykonania zleconych badań, jak również przekraczanie dopuszczalnego czasu wykonania badania, określonego w zawartej umowie pomiędzy udzielającym zamówienie a jej realizatorem (podwykonawcą). Sytuacja ta wystąpiła w 172 przypadkach, co stanowiło 10,3% wszystkich ocenianych, dla których było możliwe określenie czasu realizacji badania, a więc kiedy formularze zleceń i sprawozdań z wykonania badania zawierały wszystkie wymagane informacje. Przekroczenia dopuszczalnego czasu wykonania badania wystąpiły w 10 medycznych laboratoriach diagnostycznych skontrolowanych jednostek²³⁴.

Terminowość wykonywania badań diagnostycznych

Niewystarczający był nadzór nad transportem materiału biologicznego do laboratoriów zewnętrznych znajdujących się poza lokalizacją szpitala, co nie gwarantowało uzyskania wiarygodnych wyników badań. Kontrolowane laboratoria miały wprowadzić opracowane i wdrożone procedury transportu materiału do badań, jednak nie określały dopuszczalnego czasu transportu materiału do badań zleconych podwykonawcom, który powinien uwzględniać rodzaj materiału, co było niezgodne z pkt 3.3 załączników nr 1, 2 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. *w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych*.

Warunki transportu

Proces leczenia w sposób nierozzerwalny związany jest z koniecznością zapewnienia pacjentom produktów leczniczych. Pacjenci zaś powinni mieć gwarancję, że leki im ordynowane w toku hospitalizacji spełniają określone wymagania jakościowe oraz były przygotowywane w odpowiednich warunkach przez osoby do tego uprawnione. Po kontroli funkcjonowania aptek i działów farmacji szpitalnej stwierdzono jednak, iż żadna placówka z 24 skontrolowanych nie prowadziła działalności w sposób zapewniający pełne bezpieczeństwo farmakoterapii we wszystkich kontrolowanych obszarach²³⁵.

Farmakoterapia w szpitalach

²³³ Dz. U. z 2019 r. poz. 175, ze zm.

²³⁴ W tym w sześciu medycznych laboratoriach podwykonawców.

²³⁵ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej”.

W ponad połowie szpitali NIK stwierdziła nieprawidłowości odnoszące się do przechowywania produktów leczniczych, przy czym w 10 placówkach odnosiły się one do dekompletowania zestawów przeciwwstrząsowych. Stwierdzono także przypadki przechowywania leków przeterminowanych oraz o nieustalonym pochodzeniu, a także niewłaściwego postępowania z lekami wycofanymi z obrotu na podstawie decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Zdarzało się również, iż niewłaściwie zabezpieczano środki odurzające i substancje psychotropowe przed dostępem osób nieuprawnionych, a także przechowywano leki ze środkami dezynfekcyjnymi lub artykułami spożywczymi.

W niemal wszystkich szpitalach, bo w 22 jednostkach spośród 24 skontrolowanych, dane ewidencyjne obrotu lekami wydanymi z apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej, nie pozwalały na pełną identyfikację posiadanych zasobów leków, z uwagi na brak zgodności pomiędzy rejestrami a stanem rzeczywistym lub niewłaściwe dokumentowanie przekazania leków do utylizacji. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji, gdy istnieje konieczność wycofania lub wstrzymania w obrocie leku o konkretnej nazwie, oznaczeniu, serii i dacie ważności, objętego decyzją służb inspekcji farmaceutycznej. Nieprawidłowości w ewidencji mogą spowodować, że nie zostanie on zidentyfikowany jako produkt znajdujący się w zasobie szpitala i w konsekwencji zastosowany w leczeniu.

3.4.6. Nieefektywny system nadzoru nad podmiotami funkcjonującymi w systemie ochrony zdrowia

Rozproszony
i nieefektywny system
nadzoru

Nadzór nad systemem ochrony zdrowia jest rozproszony pomiędzy różne podmioty. W odniesieniu do zagadnień związanych z rozliczeniami wykonania świadczeń oraz standardami udzielania świadczeń, kluczową rolę odgrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Z kolei nadzór merytoryczny sprawuje m.in. Główny Inspektor Farmaceutyczny, Główny Inspektor Sanitarny i ich odpowiedniki terenowe. Krajowi i wojewódzcy konsultanci dokonują z kolei oceny realizacji leczenia. Za całość systemu nadzoru odpowiada z kolei Minister Zdrowia.

Przy ogromnej liczbie zdarzeń medycznych, jakie mają miejsce każdego dnia, bez automatyzacji procesów związanych z nadzorem, a taka sytuacja ma miejsce w systemie ochrony zdrowia, nie jest możliwe skuteczne prowadzenie kontroli i eliminowanie nieprawidłowości. Nie jest również możliwe dokonywanie ewaluacji i modyfikacji systemu, gdyż nadzór nie dostarcza w pełni wiarygodnych danych.

Problemem instytucji nadzoru są także braki kadrowe i niskie wynagrodzenia pracowników. W połączeniu z ograniczoną koordynacją działań pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi za nadzór powoduje to jego ograniczoną skuteczność.

Wywóz leków

Poważnym problemem ostatnich lat, który pojawił się w niektórych państwach UE, był brak odpowiednich i ciągłych dostaw do aptek produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Ma to poważny wpływ na leczenie

pacjentów. Komisja Europejska przyznała, że handel równoległy lekami jest jednym z powodów wystąpienia niedoborów wielu produktów leczniczych stosowanych u ludzi²³⁶.

Najwyższa Izba Kontroli w Informacji o wynikach kontroli z kwietnia 2016 r.²³⁷ oceniła, że organy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej nie dysponowały wystarczająco skutecznymi instrumentami przeciwdziałania nielegalnym praktykom uczestników rynku farmaceutycznego wskutek braku odpowiednich regulacji prawnych bądź ich niejednoznaczności. Sytuacja ta dotyczyła zwłaszcza niekontrolowanego wywozu leków za granicę w ramach odwróconego łańcucha dystrybucji²³⁸. Łączna wartość produktów leczniczych sprzedawanych do krajów UE wynosi 3,5 mld zł, a według szacunkowych danych 57% tych leków jest wyprawdzanych z kraju nielegalnie²³⁹.

Monitorowanie dostępności leków na polskim rynku nie było rzetelne i nie dostarczało właściwych informacji na temat faktycznej skali niedoborów leków ani precyzyjnej oceny przyczyn tej sytuacji, w odniesieniu do poszczególnych etapów całego łańcucha dostaw.

Ministerstwo Zdrowia pomimo licznych i wieloletnich sygnałów o wadze i skali problemu, czy utrudnionym dostępie do leków, opieszale prowadziło prace legislacyjne, stąd dopiero w 2015 r. wprowadzono ustawowe mechanizmy mające przeciwdziałać niekontrolowanemu wywozowi leków za granicę, jednoznacznie zakazujące także obrotu w ramach odwróconego łańcucha dystrybucji. Poza kontrolą pozostawały podmioty lecznicze, które zamawiały nadmierne ilości leków w stosunku do zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych, które z kolei poprzez hurtownie farmaceutyczne sprzedawano poza granice kraju²⁴⁰.

Kolejna kontrola NIK w tym obszarze również wykazała nieprawidłowości²⁴¹.

Podjęte przez Ministra Zdrowia oraz Inspekcję Farmaceutyczną działania na rzecz poprawy dostępności leków nie były skuteczne, w konsekwencji czego pacjentom nie zagwarantowano pełnego i nieprzerwanego dostępu do leków ratujących zdrowie lub życie.

Pomimo wdrażania od 2015 r. ustawowych mechanizmów mających przeciwdziałać niekontrolowanemu wywozowi deficytowych leków za granicę, zjawiska tego nie wyeliminowano. Minister Zdrowia opieszale prowadził prace legislacyjne na rzecz wdrożenia dodatkowych rozwiązań zapobiegających nielegalnemu wywożeniu leków, w tym nad nowelizacją Prawa far-

²³⁶ https://ec.europa.eu/poland/news/180517_drugs_pl

²³⁷ Informacja o wynikach kontroli P/15/109 Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne. <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/109/>

²³⁸ <https://www.gif.gov.pl/pl/aktualnosci/731,Odwrocony-lancuch-pytania-i-odpowiedzi.html>

²³⁹ <https://www.polskieradio.pl/130/6313/Artykul/2069670,Odwrocony-lancuch-dystrybucji-Jak-walczy-z-tzw-mafia-lekowa>

²⁴⁰ <https://mgr.farm/content/leki-coraz-czesciej-eksportuja-nzoz-y>

²⁴¹ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych”.

maceutycznego²⁴². Procedowane od sierpnia 2016 r. zmiany w przepisach Prawa farmaceutycznego, dopiero w dniu 27 marca 2018 r. skierowano do Sejmu, a następnie do pierwszego czytania w komisjach.

Aby zahamować wywóz produktów leczniczych poza granice Rzeczypospolitej Polskiej przez przedsiębiorców, którzy jednocześnie prowadzą hurtownię farmaceutyczną i są wpisani do rejestru podmiotów leczniczych, przewidziano przepis uniemożliwiający prowadzenie przez jednego przedsiębiorcę kilku rodzajów działalności gospodarczej, w obrębie których może on nabywać produkty lecznicze.

Minister Zdrowia nie zapewnił także – wbrew obowiązującym przepisom prawa – w pełni funkcjonalnego systemu monitorowania obrotu produktami leczniczymi na terytorium RP – ZSMOPL. Termin rozpoczęcia pełnego raportowania do ZSMOPL po raz czwarty wydłużono – do dnia 1 kwietnia 2019 r.²⁴³. Według stanu na dzień 31 stycznia 2018 r. do systemu podłączonych zostało 48,3% podmiotów raportujących oraz 100% podmiotów instytucjonalnych. Brak uruchomienia ZSMOPL spowodował, iż podmioty i placówki zobowiązane do raportowania od dnia 1 stycznia 2017 r. nie mogły realizować dodatkowych obowiązków nałożonych na nich nowelizacją Prawa farmaceutycznego.

W konsekwencji tych zaniedbań nie poprawiła się dostępność leków, a skontrolowane organy nie dysponowały pełnymi i wiarygodnymi danymi o skali i zakresie brakujących leków ani przyczynach niedoborów, co utrudniało szybkie i skuteczne przeciwdziałanie nielegalnym praktykom w obrocie produktami leczniczymi. W wykazie leków zagrożonych brakiem dostępności, publikowanym przez Ministra Zdrowia, nadal w 2017 r. znajdowało się od 173 (w styczniu) do 197 (w listopadzie) produktów leczniczych. Według stanu na dzień 15 września 2018 r. wykazem objętych było 266 pozycji leków²⁴⁴.

Krytycznie należy ocenić również wieloletnie zaniedbania dotyczące opracowania strategicznego dokumentu Polityki Lekowej Państwa²⁴⁵, który ma określić długofalowe i skoordynowane przedsięwzięcia na rzecz poprawy dostępności do leków i eliminowania negatywnych zjawisk w tym obszarze. Dopiero w toku kontroli NIK Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw opracowania tego dokumentu²⁴⁶.

Skontrolowane organy nierzetelnie sprawowały nadzór nad obrotem produktami leczniczymi. GIF nie zrealizował ustawowego nakazu sprawdzenia spełniania przez przedsiębiorców prowadzących hurtownie farma-

²⁴² Dotyczące wprowadzenia zakazu jednoczesnego prowadzenia działalności leczniczej i obrotu hurtowego produktami leczniczymi.

²⁴³ Art. 8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515, ze zm.).

²⁴⁴ Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 93.

²⁴⁵ Dokument *Polityka Lekowa Państwa na lata 2004–2008* datowany na dzień 18 marca 2004 r., obowiązywał w ww. latach i w kolejnych nie był aktualizowany.

²⁴⁶ Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania założeń polityki lekowej państwa (Dz. Urz. MZ, poz. 122). Dokument został przyjęty przez Radę Ministrów we wrześniu 2018 r.

ceutyczne obowiązków ustawowych²⁴⁷, a część WIF²⁴⁸ nie zrealizowało planów kontroli. Średniorocznie GIF kontrolował tylko około 10–12% hurtowni farmaceutycznych funkcjonujących na rynku²⁴⁹. Co więcej, nawet pełne wykonanie planów kontroli nie gwarantowało realizacji ustawowego obowiązku, gdyż mogło zapewnić kontrolę 23–24% tych podmiotów. Objęcie kontrolą ich niewielkiego odsetka uniemożliwiło skuteczny nadzór nad hurtowniami farmaceutycznymi. Przyczyną tego były niewystarczające zasoby kadrowe GIF.

Działania nadzorcze GIF dotyczące ujawniania odwróconego łańcucha dystrybucji okazały się nieskuteczne. W okresie objętym kontrolą liczba inspekcji, podczas których GIF stwierdził odwrócony łańcuch dystrybucji obejmowała: 16 przypadków w 2016 r. oraz pięć do końca III kw. 2017 r. Łącznie od 2015 r. (również przypadki stwierdzone w latach wcześniejszych) wszczęto 39 postępowań administracyjnych, jednakże w przypadku żadnego z nich stwierdzone transakcje nie spowodowały cofnięcia zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, a jedynie w czterech przypadkach skierowano zawiadomienia do organów ścigania.

Mimo stwierdzonych naruszeń prawa GIF bezpodstawnie nie nakładał kar pieniężnych określonych w art. 127d Prawa farmaceutycznego, w związku z prowadzeniem apteki ogólnodostępnej bez wymaganego zezwolenia oraz zbyciem deficytowych leków bez wymaganego zgłoszenia do GIF zamiaru ich zbycia. Niewątpliwym wpływ na zakres i sposób sprawowania nadzoru miały ograniczone zasoby kadrowe Inspekcji Farmaceutycznej, niejednoznaczne przepisy prawa²⁵⁰ oraz orzecznictwo sądów administracyjnych²⁵¹.

Współpraca z organami administracji skarbowej, wojewodami oraz organami ścigania była nieskuteczna, nie wyeliminowano bowiem nieprawidłowości w obrocie lekami. Postępowania prokuratorskie z zawiadomienia organów Inspekcji Farmaceutycznej w większości przypadków były umarzane albo odmawiano ich wszczynania.

Inspekcja Farmaceutyczna, nie mając możliwości stwierdzenia czy nabywane przez podmioty prowadzące działalność leczniczą, duże ilości leków deficytowych, wykorzystywane były do udzielania świadczeń zdrowotnych, informowała o takich transakcjach wojewodów, jako właściwy organ nadzoru. Jednakże dwóch, spośród sześciu wojewodów²⁵², kierując się literal-

²⁴⁷ Sprawdzenia dokonuje się w odstępach nieprzekraczających łącznie trzech lat zgodnie z art. 76b ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499).

²⁴⁸ WIF w Poznaniu i Opolu.

²⁴⁹ W 2016 r. funkcjonowało 550 hurtowni farmaceutycznych, zaś w 2017 r. (koniec III kwartału) – 543 hurtownie farmaceutyczne.

²⁵⁰ Obejmujące stosowanie przepisu art. 87 ust. 6 *Prawa farmaceutycznego*. Według tego przepisu, w przypadku powzięcia informacji o zbywaniu przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wbrew zakazowi określonemu w ust. 5, organy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej informują o tym właściwy organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*.

²⁵¹ Sądy administracyjne uchylały decyzje GIF w sprawie cofnięcia zezwolenia w związku ze sprzedażą leków w odwróconym łańcuchu dystrybucji, z uwagi na nieodwracalną szkodę dla przedsiębiorcy.

²⁵² Wojewoda Łódzki i Śląski.

nym brzmieniem art. 87 ust. 6 *Prawa farmaceutycznego*, odmówiła podjęcia czynności nadzorczych.

NIK w styczniu 2018 r. skierowała do Ministra Zdrowia wnioski o zintensyfikowanie prac legislacyjnych w zakresie prawa farmaceutycznego oraz zmiany ustawy o refundacji. W dwóch aktach prawnych wprowadzono zmiany przepisów w celu zapewnienia dostępności produktów leczniczych.

W wyniku nowelizacji ustawy o monitorowaniu przewozu drogowego towarów²⁵³, z dnia 14 czerwca 2018 r., produkty lecznicze zagrożone brakiem dostępności zostały objęte obowiązkiem monitorowania ich przewozu. Poza przedsiębiorcami prowadzącymi działalność obrotu hurtowego, obowiązkiem zgłaszania Głównemu Inspektorowi zamiaru wywozu leków poza terytorium RP, objęto wszystkich pozostałych uczestników obrotu produktami leczniczymi. Wprowadzone zmiany mogą odegrać znaczącą rolę w wykrywaniu i ograniczaniu nielegalnego wywozu z kraju leków deficytowych.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa również zmiany *Prawa farmaceutycznego* wprowadzone 18 kwietnia 2018 r. odnoszące się do wprowadzenia obowiązku weryfikacji przez farmaceutów zapotrzebowania na produkty lecznicze oraz prawa wglądu Inspekcji Farmaceutycznej do ewidencji zapotrzebowania lub żądania ich kopii²⁵⁴. Wymierne efekty wprowadzonych rozwiązań mogą pojawić się w dłuższej perspektywie czasu. Do tego niezbędne jest jednak wydanie przez Ministra Zdrowia stosownych aktów wykonawczych.

W dniu 12 marca 2019 r. wpłynął do Sejmu RP Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy – *Prawo farmaceutyczne* oraz ustawy o działalności leczniczej (druk nr 3303). Jak wynika z uzasadnienia do projektu, celem nowelizacji jest w szczególności wprowadzenie instrumentów prawnych, dzięki którym możliwe będzie skuteczne przeciwdziałanie procederowi odwróconego łańcucha dystrybucji produktów leczniczych oraz nielegalnego wywozu produktów leczniczych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Nowelizacja prowadzi do penalizacji zachowań związanych zarówno z prowadzeniem aptek i hurtowni, biorących udział w odwróconym łańcuchu dystrybucji produktów leczniczych, jak i działaniem podmiotów wykorzystujących produkty lecznicze pozyskane w ten sposób. Przewiduje ponadto odpowiedzialność karną za zachowania, w tym nabywanie leków, powiązane z nakazami i zakazami określonymi w Prawie farmaceutycznym. Projekt wprowadza także uregulowania umożliwiające sprawne przeprowadzenie inspekcji albo kontroli działalności gospodarczej z zakresu dystrybucji produktów leczniczych przez zapewnienie przez jednostki Policji i Straży Granicznej pomocy osobie uprawnionej do przeprowadzenia kontroli lub inspekcji w celu umożliwienia niezakłóconego jej przebiegu.

²⁵³ Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o systemie monitorowania drogowego i kolejowego przewozu towarów (Dz. U. poz. 708, ze zm.), nowelizacja ukazała się w Dz. U. z 2018 r. poz. 1039, tj. po okresie objętym kontrolą NIK. Aktualnie Dz. U. z 2018 r. poz. 2332, ze zm.

²⁵⁴ Znowelizowany art. 96 *Prawa farmaceutycznego*. Ponadto dodano art. 127ca określający wysokość kar pieniężnych za utrudnianie Inspekcji prawa wglądu do ewidencji zapotrzebowania oraz żądania przekazania ich kopii. Zmiany weszły w życie po okresie objętym kontrolą NIK.

Projekt doprecyzowuje również uregulowania umożliwiające sprzedaż wysyłkową przez apteki ogólnodostępne i punkty apteczne oraz określa zasady dostarczania produktów leczniczych osobom niepełnosprawnym i zasady dostarczania wyrobów medycznych przez apteki ogólnodostępne lub punkty apteczne.

Rynek dopalaczy w Polsce rozwijał się dynamicznie już od 2007 r. Na terenie kraju funkcjonowało około 50 sklepów oferujących dopalacze, a w kolejnych latach 2009–2010 ich liczba wzrosła do blisko 1400. Nagły wzrost liczby zatruczeń wynikających z używania dopalaczy, szczególnie w okresie wakacji 2010 r., spowodował reakcję władz państwowych²⁵⁵. Na podstawie decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 2 października 2010 r.²⁵⁶, państwowi inspektorzy sanitarni w całym kraju zamknęli 1378 sklepów z tego typu produktami.

Dopalacze

W wyniku działań tej inspekcji, w latach 2011–2016 przeprowadzono 4756 kontroli, w wyniku których dokonano zabezpieczenia nieco ponad 200 tys. produktów²⁵⁷. Widoczne, lecz – jak się okazało – nietrwałe efekty w walce z dopalaczami, przyniosły doraźne akcyjne działania prowadzone z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego²⁵⁸. Inspektorzy sanitarni objęci kontrolą NIK²⁵⁹ nałożyli kary w wysokości 13,1 mln zł, a zapłacono bądź wyegzekwowano jedynie 4,6% tej kwoty (0,6 mln zł)²⁶⁰. Zgodnie z przepisami działania egzekucyjne prowadzone były przez właściwych naczelników urzędów skarbowych, którzy okazywali się w tym względzie nieskuteczni, przede wszystkim z powodu braku możliwości ustalenia majątku, czy miejsca pobytu zobowiązanych.

Jednocześnie, 8 października 2010 r. Sejm RP uchwalił zmiany prawa, nadając państwowym inspektorom sanitarnym uprawnienia do zwalczania, wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Ustawodawca uznał, że łamanie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych jest deliktem administracyjnym, w przeciwieństwie

²⁵⁵ Liczba zarejestrowanych przypadków osób zatrutych bądź podejrzewanych o zatrucie środkami zastępczymi w latach 2010–2016 wynosiła łącznie 16 068. O ile w 2011 r. liczba ta w stosunku do 2010 r. spadła z 562 do 176, to w kolejnych latach, pomimo przeprowadzania kontroli sanitarnych mających na celu przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy, systematycznie rosła do 2015 r., w którym odnotowano rekordową liczbę 7358 takich zgłoszeń. Natomiast w 2016 r. liczba ta spadła do 4304 przypadków. Podkreślić przy tym należy, że wskazana liczba była szacunkowa i zaniżona, gdyż funkcjonujący system diagnozowania, a następnie informowania o takich przypadkach, nie został uregulowany prawnie, a w konsekwencji nie wszystkie takie przypadki były zgłaszane i rejestrowane.

²⁵⁶ Znak: GIS-BI-073-239/RS/10.

²⁵⁷ Dane na podstawie informacji pozyskanych w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz. U z 2019 r. poz. 489), dalej „ustawa o NIK”, od wszystkich państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych oraz danych Głównego Inspektora Sanitarnego.

²⁵⁸ W szczególności na podstawie decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 2 października 2010 r. nakazującej wycofanie z obrotu wyrobu o nazwie „Tajfun” oraz wszelkich podobnych wyrobów, mogących mieć wpływ na zagrożenie życia lub zdrowia. Realizując tę decyzję przeprowadzono łącznie 7225 kontroli, w wyniku których pobrano do badań 16 658 próbek, z ok. 68 tys. opakowań zakwestionowanych produktów.

²⁵⁹ PPIS w: Elblągu, Gliwicach, Jaworznie, Łodzi, Mielcu, Opolu, Pabianicach, Wałbrzychu i Wrocławiu.

²⁶⁰ W latach 2010–2016 w całym kraju organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wymierzyły łącznie 64,8 mln zł kar, a do budżetu państwa wpłynęło zaledwie 2,8% tej kwoty, tj. 1,8 mln zł.

do czynów związanych z substancjami zakazanymi, których posiadanie jest ściągane przy użyciu instrumentów prawa karnego.

W przypadku dopalaczy nie stworzono opisu przestępstwa, którego znamiona obejmowałyby środki zastępcze, z uwagi na ich specyfikę i różnorodny, zmieniający się skład produktów oferowanych jako wyroby kolekcjonerskie, nawóz do kwiatów, sól do kąpieli, ozdoby choinkowe z umieszczonymi na opakowaniach informacjami, że produkt nie jest przeznaczony dla ludzi lub może być szkodliwy w przypadku spożycia.

Ustawodawca przyjął, iż osiągnięcie oczekiwanych rezultatów w postaci szybkiej eliminacji niepożądanego zjawiska społecznego, jest możliwe na drodze administracyjnej, a nie karnej.

Podjęte działania ograniczyły w pewnym zakresie rynek dopalaczy, ale nie wyeliminowały ich dostępności. Sklepy z dopalaczami zaczęły działać jako „sklepy kolekcjonerskie”, a same dopalacze można było kupić w Internecie lub za granicą. Skład dopalaczy, nazywanych obecnie „nowymi narkotykami” czy designer drugs (narkotyki zmodyfikowane), może być szybko zmieniony przez producentów, w związku z czym każda substancja może łatwo „wymknąć się” spod zakazu sprzedaży. Kolejna fala zatruc tymi substancjami, która miała miejsce w lipcu 2015 r., spowodowała intensyfikację działań powołanych organów w celu ograniczenia dostępności do tych środków. Między innymi w związku z potrzebą wprowadzenia zmian zmierzających do poprawy skuteczności działań ograniczania i dystrybucji nowych substancji psychoaktywnych, z dniem 1 lipca 2015 r. weszła w życie kolejna zmiana prawa²⁶¹, którą wprowadzono także nową definicję środków zastępczych, a także niewystępujące wcześniej pojęcie „nowej substancji psychoaktywnej”.

Ustalenia kontroli NIK wskazują²⁶², że pomimo podejmowanych w latach 2016–2017, przez organy państwa, działań, skala zjawiska dostępności dopalaczy w Polsce oraz zatruc tymi środkami wykazywała generalnie tendencję wzrostową. Dane statystyczne nie odzwierciedlały rzeczywistej skali zjawiska, z powodu braku wiarygodnego i kompleksowego systemu identyfikowania, monitorowania i rejestrowania takich przypadków. Przeprowadzone w grudniu 2016 r. badania ankietowe²⁶³ wykazały, że spośród uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, a także studentów, którzy kiedykolwiek mieli dopalacze, aż 68% zdobyło je w ciągu roku poprzedzającego badanie. Rozwiązania prawne, nakładające głównie na Państwową Inspekcję Sanitarną²⁶⁴ obowiązek przeciwdziałania wytwarzaniu i wprowadzaniu do obrotu dopalaczy, przy zastosowaniu norm prawa

²⁶¹ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 875, ze zm.).

²⁶² Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy”.

²⁶³ Przeprowadzone w listopadzie i grudniu 2016 r. na zlecenie Najwyższej Izby Kontroli przez Instytut Badawczy IPC sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu. W badaniu wzięło udział: 3787 respondentów, w tym jedną grupę objętą badaniem ankietowym stanowiło 2720 młodych Polaków – uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz studentów szkół wyższych (z województw: dolnośląskiego, łódzkiego, podkarpackiego, śląskiego i warmińsko-mazurskiego), a drugą grupę objętą badaniem telefonicznym stanowiło 1067 dorosłych respondentów.

²⁶⁴ Od dnia 1 lipca 2015 r. Służba Celna została zobligowana do kontroli produktów mogących być środkami zastępczymi w aspekcie ich przywozu na teren Unii Europejskiej.

administracyjnego²⁶⁵, nie przełożyły się na trwałe zapobieganie temu zjawisku. Procedura budowania katalogu substancji kontrolowanych²⁶⁶, polegająca na dopisywaniu do listy substancji zabronionych, którymi obrót jest sankcjonowany karnie, kolejnych szkodliwych związków wykrytych w dopalaczach²⁶⁷, okazała się długotrwała i nieskuteczna w obliczu możliwości szybkiej modyfikacji ich składu chemicznego. Ograniczeniu rynku dopalaczy w Polsce nie sprzyjała także opieszałość w opracowywaniu przez Ministra Zdrowia projektów niezbędnych nowelizacji aktów prawnych²⁶⁸. Pomimo informowania Ministra Zdrowia przez podmioty prowadzące badania dopalaczy o substancjach mających udowodniony negatywny wpływ na organizm ludzki, przez ponad cztery lata²⁶⁹ nie rozszerzono listy substancji kontrolowanych. Ponadto, podawanie do publicznej wiadomości rekomendacji²⁷⁰ Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi, związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, istotnych z punktu widzenia profilaktyki, umożliwiło opracowywanie z wyprzedzeniem i wprowadzanie na rynek nowych produktów zawierających kolejne generacje zmodyfikowanych substancji aktywnych, nieobjętych sankcjami karnymi. Problematyka uregulowań prawnych, mogących przyczynić się do skutecznego przeciwdziałania sprzedaży dopalaczy, była w kolejnych latach przedmiotem analiz prowadzonych w skontrolowanych ministerstwach. Jednymi z najczęściej proponowanych rozwiązań były zmiana sankcji administracyjnej na karną, a także wprowadzenie tzw. analogowego²⁷¹ lub generycznego²⁷² systemu definiowania substancji zabronionych.

Wprowadzenie takich regulacji skutkowałoby odpowiedzialnością karną za dokonywanie obrotu substancjami definiowanymi jako środki zastęp-

²⁶⁵ W tym nakładania administracyjnych kar pieniężnych na podstawie art. 52a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2018 r. poz. 1030, ze zm.), dalej „ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii”.

²⁶⁶ Tj. ujmowania ich w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jako środki odurzające lub substancje psychotropowe.

²⁶⁷ Skutkująca odpowiedzialnością karną m.in. za wprowadzanie do obrotu takich substancji.

²⁶⁸ Skutkująca brakiem nowych wpisów na listę substancji kontrolowanych na mocy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także niedopisywaniem nowych substancji psychoaktywnych do grupy zakazanych, wykazywanych w rozporządzeniu w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych.

²⁶⁹ Od 16 kwietnia 2011 r. do 23 kwietnia 2015 r. W dniu 24 kwietnia 2015 r. została przyjęta ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie w dniu 1 lipca 2015 r.

²⁷⁰ Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zmian w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (wykazie środków odurzających i substancji psychotropowych) i przepisach wydanych na podstawie art. 44b ust. 2 tej ustawy (wykazie nowych substancji psychoaktywnych). Załączniki do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o których mowa, zostały uchylone z dniem 21 sierpnia 2018 r. przez ustawę z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. poz. 1490).

²⁷¹ Prawo analogowe – kontrolą prawną obejmuje się substancje mające podobne (do pierwotnej substancji już objętej kontrolą) właściwości chemiczne. Bierze się pod uwagę także rodzaj efektów, jakie dane substancja wywołuje lub może wywołać. Jeżeli efekty są zbliżone lub mogą być zbliżone do skutków wywołanych przez wyjściową substancję psychoaktywną związek taki jest obejmowany kontrolą prawną.

²⁷² Prawo generyczne – przewiduje obejmowanie kontrolą prawną nie tylko konkretną substancję i jej sole, estry lub izomery, ale szerszą grupę substancji. Do grupy takiej włączane są związki strukturalne podobne do interesującej nas substancji, ale w których pierścieniach podmieniony został jakiś podstawnik.

cze. Żadna z tych propozycji nie została jednak wprowadzona do porządku prawnego, gdyż wątpliwości budziło niezachowanie wystarczającej określoności przepisów, istotnych w przypadku regulacji wprowadzających sankcje karne.

Uprawnienia organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej były nieadekwatne w stosunku do podmiotów prowadzących nielegalną działalność, np. nie dysponowano instrumentami prawnymi przysługującymi organom ścigania, takimi jak możliwość prowadzenia postępowań na kształt dochodzenia, dokonywania rewizji, przeszukiwania pomieszczeń niedostępnych podczas kontroli sanitarnych. Zasoby kadrowe i środki finansowe przeznaczone do realizacji zadań związanych z dopalaczami były ograniczone, a obowiązujące przepisy nie nadążały za dynamicznymi zmianami na rynku tych produktów. Państwowa Inspekcja Sanitarna nie dysponowała też narzędziami pozwalającymi skutecznie przeciwdziałać niestacjonarnym kanałom dystrybucji, szczególnie w sytuacji, gdy rozwijała się sprzedaż tych środków za pośrednictwem polskojęzycznych domen internetowych zarejestrowanych poza granicami kraju. Realizowane przez państwowych inspektorów sanitarnych, w asyście funkcjonariuszy Policji, kontrole sanitarne przynosiły efekty w postaci zabezpieczenia znacznych ilości środków zastępczych, niemniej znacząca część zabezpieczonych substancji, z powodu przewlekłości prowadzonych postępowań, braku środków na ich przebadanie, jak również wątpliwości prawnych związanych z możliwością zniszczenia tych produktów, zalegała latami w magazynach Policji bądź siedzibach stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Wymierzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kary pieniężne²⁷³ nie spełniały swej roli, gdyż na ogół nie były uiszczane, także pomimo dochodzenia tych należności. W latach 2010–2016 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wymierzyły w całym kraju łącznie 64,8 mln zł kar, a do budżetu państwa wpłynęło zaledwie 2,8% tej kwoty, tj. 1,8 mln zł. Takie okoliczności powodowały rzeczywistą bezkarność podmiotów zajmujących się tym nielegalnym procederem.

Sprzedaży dopalaczy przeciwdziałały objęte kontrolą jednostki podległe ministrom właściwym do spraw: zdrowia, spraw wewnętrznych oraz finansów. NIK zauważa jednakże, że jedynym dokumentem określającym zasady współpracy organów w walce z dopalaczami było *Porozumienie* z dnia 26 października 2011 r.²⁷⁴, którego postanowienia nie miały jednak charakteru prawa powszechnie obowiązującego. W ocenie Izby było to rozwiązanie niewystarczające dla zapewnienia skutecznej walki z dopalaczami. Uregulowania tego dokumentu nie były także w pełni znane i realizowane w części jednostek podległych jego sygnatariuszom. Nie dokonywano przy tym systematycznej i formalnej oceny współpracy opartej na *Porozumieniu*,

²⁷³ Zgodnie z art. 52a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogą nałożyć kary pieniężne w wysokości od 20 tys. zł do 1 mln zł, a decyzje te podlegają natychmiastowemu wykonaniu.

²⁷⁴ Zawarte pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Szefem Służby Celnej, Komendantem Głównym Policji i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym o współpracy w zakresie przeciwdziałania wprowadzaniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych.

jak również nie aktualizowano jego postanowień, pomimo zmieniających się uwarunkowań wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

Zarówno Główny Inspektor Sanitarny, Komendant Główny Policji oraz Szef Służby Celnej podejmowali, adekwatnie do zdefiniowanego ryzyka, działania nadzorcze nad podległymi jednostkami. Wskazać przy tym należy, iż nie zawsze w sposób pełny realizowane były zalecenia i wnioski kierowane przez Głównego Inspektora Sanitarnego do nadzorowanych jednostek, co powodowało ich niewystarczającą aktywność, niejednolitość postępowania, a także brak systemowej koordynacji działań na rzecz przeciwdziałania sprzedaży dopalaczy.

W dniu 21 sierpnia 2018 r. weszła w życie ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej²⁷⁵, która wprowadziła kolejne zmiany prawa w zakresie „walki” z dopalaczami²⁷⁶. Zasadnicza zmiana polega na tym, że nowa substancja psychoaktywna została poddana kontroli i sankcjom karnym takim samym, jak przewidziane w prawie dla substancji psychotropowych (narkotyków)²⁷⁷. Jednocześnie nadzór nad środkami zastępczymi odbywa się na zasadach dotychczasowych²⁷⁸. W konsekwencji, zmieniła się zarówno definicja nowej substancji psychoaktywnej, jak i definicja środka zastępczego. Wprowadzono zakaz reklamy i promocji środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Określono zasady zgłaszania zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną. Uregulowano kwestię wydawania przez Inspektora do spraw Substancji Chemicznych zezwoleń na prowadzenie działalności w zakresie m.in. wytwarzania, przetwarzania, przerabiania, przywozu, wywozu, wprowadzania do obrotu nowej substancji psychoaktywnej. Nadzór nad nowymi substancjami psychoaktywnymi, realizowany w ramach kontroli spełniania obowiązków wynikających z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, powierzono organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Minister właściwy do spraw zdrowia został upoważniony do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu nowych substancji psychoaktywnych²⁷⁹.

Suplementy diety, w myśl obowiązujących przepisów prawa żywnościowego, definiowane są jako środki spożywcze²⁸⁰. Stąd też wynika ich powszechna dostępność, a prowadzone w ostatnim okresie na szeroką skalę kampanie reklamowe tych produktów, powodują wzrost zainteresowania nimi konsumentów. Rynek suplementów diety rozwija się w Polsce bardzo dynamicznie. W pierwszej połowie 2015 r. Polacy wydali na suplementy

Suplementy diety

²⁷⁵ Dz. U. poz. 1490.

²⁷⁶ W wyniku nowelizacji dokonanej ustawą z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 875, ze zm.), od dnia 1 lipca 2015 r. stosowane są dwie definicje do określenia „dopalaczy” – środka zastępczego oraz nowej substancji psychoaktywnej.

²⁷⁷ Patrz: art. 53 i następane ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, określające czyny podlegające odpowiedzialności karnej, w których treści uwzględniono nową substancję psychoaktywną.

²⁷⁸ Art. 52a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w nowym brzmieniu, określa zasadę objęcia karami pieniężnymi tylko środków zastępczych (wyłączono nowe substancje psychoaktywne).

²⁷⁹ Art. 4 pkt 11a i pkt 27, art. 20, art. 30a, art. 40a, art. 40d ust. 1, art. 44f pkt 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

²⁸⁰ Art. 3 ust. 3 pkt 39 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

diety 1,54 mld zł. Tymczasem wiedza Polaków na temat suplementów diety oraz świadomość różnic między lekami bez recepty a suplementami diety jest na niskim poziomie. Przeprowadzone przez TNS Polska w 2014 r. badanie²⁸¹ wykazało, że co czwarty Polak nie potrafił zdefiniować pojęcia „suplement diety”, a tylko 27% pytanych trafnie określiło suplementy jako dodatek, uzupełnienie diety. Wiele osób mylnie uznało suplementy za „witaminy” (31%), czy „minerały” (8%), a aż 41% badanych przypisało suplementom diety właściwości lecznicze, których produkty te nie mają. Ponadto 37% pytanych uważało, że suplementy są sprawdzane pod względem skuteczności, a 50% – że suplementy są tak samo kontrolowane jak leki.

Pierwszorazowe wprowadzenie suplementu diety do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wymaga od podmiotu jedynie złożenia powiadomienia do Głównego Inspektora Sanitarnego, w którym podaje się nazwę i postać produktu, proponowaną kwalifikację, skład jakościowy i ilościowy oraz wzór oznakowania w języku polskim²⁸². Od 2007 r. do prowadzonego przez Głównego Inspektora Sanitarnego rejestru produktów objętych powiadomieniem o pierwszym wprowadzeniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wpisano łącznie ponad 29 tys. produktów, zakwalifikowanych przez wprowadzających do obrotu jako suplementy diety. Na dynamiczny rozwój rynku suplementów diety niewątpliwym wpływ ma ich reklama²⁸³. Według danych Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji²⁸⁴ wynika natomiast, iż od 1997 r. do 2015 r.²⁸⁵ liczba reklam z sektora obejmującego produkty zdrowotne i leki wzrosła blisko 20 razy (1998%), podczas gdy ogólna liczba reklam wzrosła trzykrotnie. Raport KRRiTv surowo ocenił jakościowe aspekty reklam suplementów diety, wskazując głównie na ich nierzetelność.

Wprowadzenie na rynek suplementu diety wymaga ze strony przedsiębiorcy jedynie prawidłowego złożenia powiadomienia do organu nadzoru, którym jest Główny Inspektor Sanitarny. Spełnienie tego warunku formalnego umożliwia sprzedaż zgłoszonego produktu. Procedura weryfikacji powiadomienia ani ewentualne wszczęcie postępowania wyjaśniającego nie wstrzymują jego dystrybucji.

²⁸¹ Raport „Świadome samoleczenie w Polsce”. <http://www.lekiczysuplementy.pl> 2014” z badania przeprowadzonego na zlecenie platformy edukacyjno-informacyjnej <http://www.lekiczysuplementy.pl>

²⁸² Art. 29 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

²⁸³ Zgodnie z art. 4 pkt 16 ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2019 r. poz. 361) przekazem handlowym jest każdy przekaz, w tym obrazy z dźwiękiem lub bez dźwięku albo tylko dźwięki, mający służyć bezpośrednio lub pośrednio promocji towarów, usług lub renomy podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą lub zawodową, towarzyszący audycji lub włączony do niej, w zamian za opłatę lub podobne wynagrodzenie, albo w celach autopromocji, w szczególności reklama, sponsorowanie, telesprzedaż i lokowanie produktu. Zgodnie zaś z art. 4 pkt 17 ww. ustawy reklamą jest przekaz handlowy, pochodzący od podmiotu publicznego lub prywatnego, w związku z jego działalnością gospodarczą lub zawodową, zmierzający do promocji sprzedaży lub odpłatnego korzystania z towarów lub usług; reklamą jest także autopromocja.

²⁸⁴ Raport pt. „Emisja przekazów handlowych produktów zdrowotnych i leków w programach telewizyjnych”.

²⁸⁵ Dane z 2015 r. dotyczą okresu 1 stycznia–30 września.

Dopóki odpowiedni organ nadzoru nie wyda decyzji o wycofaniu z obrotu lub o zakazie wprowadzania do obrotu, co – jak wykazała kontrola NIK – trwa niekiedy wiele lat, konsumenci narażeni są na spożywanie produktów zawierających składniki, które mogą zagrozić ich zdrowiu²⁸⁶.

Nierzetelna realizacja zadań dotyczących pierwszorazowego wprowadzania do obrotu suplementów diety, nieskuteczny nadzór nad ich jakością zdrowotną, a także w niedostatecznym stopniu prowadzona edukacja nie zapewniają odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa suplementów diety. Przyczyny takiego stanu należy upatrywać głównie w niedostatecznie chroniących konsumentów regulacjach prawnych dotyczących wprowadzania suplementów do obrotu, ich reklamy oraz nadzoru nad bezpieczeństwem tych produktów znajdujących się w obrocie.

W Głównym Inspektoracie Sanitarnym nie dostosowano warunków organizacyjnych do wielkości rynku suplementów diety. Liczba pracowników wykonujących zadania związane z przyjmowaniem i rozpatrywaniem powiadomień o wprowadzeniu lub zamiarze wprowadzenia suplementu diety po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz prowadzeniem postępowań wyjaśniających, była zdecydowanie niewystarczająca do rzetelnego wykonywania powierzonych obowiązków. W efekcie, ze znacznym opóźnieniem rozpoczynano weryfikację powiadomień, a także przez rażąco długi czas prowadzono zarówno proces weryfikacji, jak i postępowania wyjaśniające. Wobec blisko połowy ogólnej liczby powiadomień, które wpłynęły do GIS w latach 2014–2016 (dotyczących ok. 6 tys. produktów), w ogóle nie rozpoczęto procesu weryfikacji. Oznacza to, że w stosunku do tak wielkiej liczby wprowadzanych na rynek suplementów diety nie podjęto nawet próby ustalenia, czy produkty te są bezpieczne dla konsumentów.

Nie oznacza to także, iż w odniesieniu do produktów, wobec których rozpoczęto proces weryfikacji, zapewniono konsumentom bezpieczeństwo. Czas realizacji zadań, które powinny to bezpieczeństwo zapewnić był niebywale długi. Od momentu złożenia prawidłowego powiadomienia do GIS do chwili rozpoczęcia jego weryfikacji upływało średnio 240 dni (a maksymalnie nawet 516 dni), zaś średni czas trwania samej weryfikacji wynosił 455 dni (maksymalnie 817 dni). Należy przy tym podkreślić, że nadal toczą się postępowania wyjaśniające wszczęte we wcześniejszym okresie, tj. w latach 2009–2010. Średni czas ich trwania wyniósł 2256 dni, czyli ponad sześć lat, a najdłuższe z tych postępowań trwało ponad 3100 dni (ok. 8,5 roku).

W tym kontekście szczególnie uderzające w interes konsumentów jest pozostawanie w obrocie przez wiele lat niezeweryfikowanego produktu – jak stwierdzono w toku kontroli niejednokrotnie zawierającego niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia składniki. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, obowiązujący system notyfikacji, pozwalający na wprowadzenie do obrotu suplementu diety natychmiast po złożeniu powiadomienia, stwarza możliwość wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia konsumenta.

²⁸⁶ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Dopuszczanie do obrotu suplementów diety”.

W związku z brakiem obowiązku prawnego przeprowadzania badań potwierdzających jakość i skład suplementu diety przed wprowadzeniem tego produktu do obrotu, podlegają one badaniom w ramach urzędowych kontroli żywności, ale dopiero po wprowadzeniu ich do obrotu i tylko w wybranym zakresie. Należy również zauważyć, że liczba przebadanych próbek suplementów w stosunku do ogólnej liczby tych produktów ujętych w rejestrze GIS jest przy tym bardzo mała – w okresie objętym kontrolą wyniosła zaledwie ok. 8%²⁸⁷. Uznając, że stosowane zgodnie z zaleceniem zamieszczonym na opakowaniu suplementy diety nie stanowią zagrożenia dla zdrowia i życia, organy Inspekcji Sanitarnej nie wykonywały kompleksowych badań próbek suplementów pod kątem zgodności ich faktycznego składu z umieszczonym na opakowaniu. Tymczasem takie badania zlecone przez Najwyższą Izbę Kontroli wykazały ich niewłaściwą jakość. Na jedenaście badanych próbek²⁸⁸, w czterech próbkach suplementów diety z grupy probiotyków (36% badanych) stwierdzono obecność nieokreślonych szczepów drobnoustrojów. Również w czterech próbkach suplementów diety (67% próbek badanych ilościowo) stwierdzono niższą niż deklarowana na opakowaniu, liczbę bakterii probiotycznych. Co więcej, w jednej próbce wykryto zanieczyszczenie produktu – obecność bakterii chorobotwórczych. Podkreślić należy, że nawet przy stosunkowo niewielkiej skali badań zleconych przez NIK, odsetek produktów zawierających niekorzystne dla zdrowia składniki jest bardzo wysoki.

Kwestia zapewnienia bezpieczeństwa w stosowaniu suplementów diety, z uwagi na wielkość tego rynku i liczbę dostępnych substancji, jest także problemem ogólnoeuropejskim. W niektórych państwach²⁸⁹ w ogóle nie wymaga się notyfikowania suplementów diety przed ich wprowadzeniem do obrotu ani nikt nie sprawdza notyfikowanych suplementów diety. W efekcie jest bardzo prawdopodobne, że wiele z suplementów diety znajdujących się na jednolitym rynku europejskim nigdy nie było przez nikogo, poza ich wytwórcami, weryfikowanych pod kątem spełniania wymagań określonych w przepisach prawa.

²⁸⁷ Ponad 70% z pobranych próbek suplementów diety zbadano w kierunku znakowania oraz ponad 50% pod kątem właściwości organoleptycznych. Badaniom laboratoryjnym na zawartość zanieczyszczeń mikrobiologicznych poddano ok. 22% pobranych próbek, metali szkodliwych dla zdrowia – ok. 9%, inne parametry stanowiły podstawę do zbadania ok. 34% pobranych próbek.

²⁸⁸ Wszystkie próbki zbadano pod kątem potwierdzenia obecności składników deklarowanych przez producenta na opakowaniu (badanie jakościowe), a sześć próbek zbadano w kierunku potwierdzenia zgodności faktycznej liczby bakterii probiotycznych z podaną na opakowaniu (badanie ilościowe).

²⁸⁹ Zgodnie z postanowieniami art. 10 Dyrektywy 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów żywnościowych (Dz. Urz. UE L 183 z 12.07.2002, s. 51, ze zm.), aby ułatwić skuteczne monitorowanie suplementów żywnościowych, państwa członkowskie mogą zażądać, by producent lub osoba wprowadzająca dany produkt na rynek na ich terytorium informowała o tym właściwy organ poprzez przesłanie do tego organu wzoru modelu etykiety używanej dla tego produktu. Wskutek tego zapisu powstały trzy schematy postępowania w państwach członkowskich. Jedne z nich (takie jak np. Austria, Wielka Brytania, Holandia) nie wdrożyły żadnego systemu monitorowania suplementów diety będących na rynku. Kolejne państwa (jak np. Niemcy) wdrożyły system polegający jedynie na zarejestrowaniu informacji o wprowadzeniu do obrotu, jednakże bez dokonywania jakiegokolwiek oceny tych produktów. Ostatnia grupa to państwa członkowskie, (takie jak np. Polska, Belgia, Węgry, Francja), które wdrożyły system monitoringu polegający na ocenie merytorycznej tych produktów pod względem zarówno właściwej kwalifikacji, jak i składników w nich zawartych.

Obowiązujący system prawny nie pozwala na podjęcie adekwatnych działań zapobiegających zagrożeniom w sferze sprzedaży internetowej suplementów diety. Tymczasem ten kanał dystrybucji osiągnął znaczący udział w rynku i nadal się rozwija, oferując konsumentom niejednokrotnie niebezpieczne produkty. Utrudniony jest jednocześnie nadzór nad produktami oferowanymi przez podmioty prowadzące sprzedaż zagranicą, szczególnie poza obszarem Unii Europejskiej, a także w przypadku przedsiębiorców prowadzących sprzedaż internetową, korzystających z serwerów znajdujących się poza granicami Polski. Nadzór Głównego Inspektora Sanitarnego nad działalnością organów Inspekcji Sanitarnej dotyczący eliminowania z obrotu niebezpiecznych produktów był nieskuteczny. Dopiero po ok. czterech miesiącach zareagowano na przekazane wyniki badań laboratoryjnych jednego z suplementów diety, wskazujące na zafałszowanie produktu stymulantami, podobnymi strukturalnie do amfetaminy. Zaś z wybranych do kontroli 45 suplementów diety, które nie powinny być wprowadzone do obrotu z uwagi na zawartość niedozwolonych składników, aż 38 (84%) w toku kontroli NIK znajdowało się w sprzedaży internetowej. Produkty te zawierały składniki kwestionowane przez GIS, stwarzające niebezpieczeństwo dla konsumentów, gdyż – jak wskazywał Główny Inspektor Sanitarny w pismach kierowanych do podmiotów wprowadzających te produkty do obrotu – suplementy te mogły wykazywać właściwości alergenne i rakotwórcze, powodować zakażenia dróg oddechowych i moczowych, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, przyczyniać się do powstawania ropni, zapalenia wsierdza, osierdza oraz zatruc pokarmowych.

W Głównym Inspektoracie Sanitarnym nie monitorowano interakcji i działań niepożądanych wynikających ze stosowania suplementów diety, chociaż zadanie to przypisane zostało Zespołowi do spraw Suplementów Diety – organowi opiniodawczo-doradczemu Głównego Inspektora Sanitarnego działającemu w ramach Rady Sanitarno-Epidemiologicznej. Zauważyć należy, że Zespół nie wywiązywał się również z realizacji dwóch innych zadań, kluczowych dla bezpieczeństwa suplementów diety, określonych w art. 9 ust. 2b pkt 3 i 4 ustawy *o Inspekcji Sanitarnej*²⁹⁰. Realizował więc tylko jedno z czterech zadań określonych w tej ustawie.

Również Minister Zdrowia nierzetelnie nadzorował przestrzeganie prawa żywnościowego w odniesieniu do suplementów diety. Nie dokonywał oceny ryzyka, nie analizował prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń niepożądanych, niebezpiecznych lub wyrządzających szkodę²⁹¹. W Ministerstwie Zdrowia nie zapewniono warunków organizacyjno-finansowych do realizacji przez Radę do Spraw Monitoringu Żywności i Żywienia zadań związanych z funkcjonowaniem programu monitoringu na potrzeby oceny ryzyka. Co najmniej od 2011 r. Rada nie realizowała przypisanych jej zadań, a Minister Zdrowia nie zapewniając Radzie odpowiedniego finansowania, również nie mógł egzekwować od niej przygotowywania stosownych opracowań i uznawał tym samym, że brak aktywności Rady

²⁹⁰ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 59).

²⁹¹ Zadania wynikające z art. 2, art. 3 ust. 1 i art. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492).

nie miał wpływu na efektywność prowadzenia monitoringu bezpieczeństwa żywności i żywienia. W ten sposób przewidziany w ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia organ opiniodawczy okazał się organem fasadowym, który nie ma żadnego wpływu na zapewnienie bezpieczeństwa konsumentom suplementów diety.

Nadzór nad reklamą suplementów diety sprawowany przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz organy Inspekcji Sanitarnej był nierzetelny. Natomiast Minister Zdrowia w ogóle nie podejmował takich działań. Wszczęte przez Prezesa UOKiK postępowania dotyczące reklam suplementów diety stanowiły jedynie 0,6% wszystkich prowadzonych w okresie objętym kontrolą postępowań wyjaśniających oraz postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Główny Inspektor Sanitarny nie monitorował reklam suplementów diety w mediach, a organy Inspekcji Sanitarnej szczebla wojewódzkiego i powiatowego tylko sporadycznie kontrolowały internetowy rynek tych produktów. W obowiązującym stanie prawnym kary, które może nałożyć organ Inspekcji Sanitarnej ocenić należy – biorąc pod uwagę wielkość przychodów uzyskiwanych ze sprzedaży suplementów diety – jako symboliczne²⁹². Nie spełniają one również warunków określonych w art. 17 ust. 2 rozporządzenia (WE) Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r., w którym ustanowiono ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołano Europejski Urząd do Spraw Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanowiono procedury w sprawie bezpieczeństwa żywności²⁹³. Zgodnie z tymi zapisami nakładane kary powinny być skuteczne, proporcjonalne i odstrasżające. Wykorzystując tę sytuację, przedsiębiorcy zachęcają do kupowania produktów, stosując przy tym często informacje wprowadzające w błąd, sugerujące, że reklamowane produkty mają właściwości produktów leczniczych.

Jak pokazują statystyki, reklama suplementów diety jest przy tym bardzo skuteczna, biorąc pod uwagę stały wzrost sprzedaży tych produktów. Przy braku adekwatnych i wystarczających informacji zwiększających świadomość społeczną na temat suplementów diety, ich nieuzasadnione i często nadmierne spożywanie może powodować niekorzystne dla zdrowia konsekwencje. Istotne jest przede wszystkim to, iż suplementy diety powinny być stosowane tylko w celu zmniejszenia ryzyka niedoboru składników odżywczych w organizmie człowieka wówczas, gdy niemożliwe jest zapewnienie diety zaspokajającej jego wszystkie potrzeby żywieniowe.

Rynek suplementów diety w Polsce ocenić należy jako obszar wysokiego ryzyka, niedostatecznie zdiagnozowany i nadzorowany przez służby państwowe odpowiedzialne za bezpieczeństwo żywnościowe. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje zatem na konieczność objęcia tego obszaru przez

²⁹² Przykładowo: w przypadku wprowadzenia do obrotu handlowego suplementu diety zafałszowanego analogiem strukturalnym substancji farmaceutycznej o potwierdzonej aktywności farmakologicznej niedozwoloną do stosowania jako składnik żywności PWIS nałożył na podmiot wprowadzający karę w wysokości 3 tys. zł, w przypadku suplementu zawierającego substancję niedozwoloną (johimbine) – 4 tys. zł. Wysokość kar za nieprawidłową prezentację i reklamę wynosiła zaś od 200 zł do 30 tys. zł.

²⁹³ Dz. Urz. WE L 31 z 1.02.2002, s. 1, ze zm.

Ministra Zdrowia szczególnym nadzorem, aby wyegzekwować od organów sprawujących nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety realizacji wszystkich obowiązków określonych w prawie polskim i Unii Europejskiej. Ponadto Najwyższa Izba Kontroli widzi potrzebę podjęcia działań legislacyjnych, zmierzających do wprowadzenia nowych kompleksowych rozwiązań prawnych rangi ustawowej, dotyczących suplementów diety.

Minister Zdrowia nie sprawował właściwego nadzoru nad sektorem diagnostyki laboratoryjnej. Nie realizował wniosków Kierownictwa Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej, przekazywanych od 2010 r. w rocznych sprawozdaniach z działalności jednostki. Dotyczyły one oceny wiarygodności wyników badań laboratoryjnych, działalności Ośrodka, a w szczególności jego roli w poprawie wiarygodności wyników badań, zasad prowadzenia sprawdzianów, konsekwencji niespełniania podstawowych wymogów jakościowych, zwiększenia budżetu na rozbudowę działalności merytorycznej oraz uregulowania sankcji za nieprzestrzeganie wymogu uczestnictwa w programach zewnętrznej oceny jakości i uzyskiwanie negatywnych wyników w programach. Centralne Ośrodki Jakości Badań nie zostały wyposażone w kompetencje niezbędne do wzmocnienia nadzoru nad jakością wykonywanych badań. Nie ma regulacji dotyczących sankcji prawnych za nieprzestrzeganie wymogu uczestnictwa w programach zewnętrznej oceny jakości i uzyskanie negatywnych wyników w sprawdzianach. Ogranicza to skuteczność nadzoru nad jakością wykonywanych czynności diagnostyki laboratoryjnej. Obowiązujące przepisy określają wprawdzie wymagania i standardy dla medycznych laboratoriów diagnostycznych, jednak ich przestrzeganie w praktyce nie podlega kontroli tych Ośrodków. Stwarza to poważne ryzyko pogorszenia jakości świadczeń opieki zdrowotnej.

Diagnostyka

Minister Zdrowia nie wykorzystał możliwości kontroli medycznych laboratoriów diagnostycznych by identyfikować nieprawidłowości i zapobiec ich występowaniu, pomimo że w art. 118–120 i 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* zostały uregulowane kompetencje kontrolne Ministra Zdrowia oraz działających w jego imieniu wojewodów, konsultantów i podległych lub nadzorowanych jednostek organizacyjnych. W 10 podmiotach (29% kontrolowanych) osoby pełniące funkcje kierownika medycznego laboratorium diagnostycznego nie posiadały wymaganych kwalifikacji, co było niezgodne z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. *w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne*²⁹⁴. W trzech pracowniach serologii, dwóch pracowniach serologii transfuzjologicznej, jednej pracowni immunologii transfuzjologicznej, dwóch pracowniach diagnostyki laboratoryjnej, pracowni mikrobiologii oraz pracowni diagnostyki prątka gruźlicy brakowało osób z wymaganymi kwalifikacjami.

Ograniczona skuteczność działań organów państwa została dostrzeżona przez Ministra Zdrowia. Wskazał on m.in. na problemy w funkcjonowaniu

²⁹⁴ Dz. U. Nr 43 poz. 408, ze zm.

systemu nadzoru nad systemem ochrony zdrowia, w tym nadzoru nad rynkiem farmaceutycznym.

Inspekcja farmaceutyczna realizuje swoje działania w modelu mieszanym przez dwa organy:

- Głównego Inspektora Farmaceutycznego, jako centralny organ administracji rządowej;
- Wojewódzkich Inspektorów Farmaceutycznych jako kierowników wojewódzkiej inspekcji farmaceutycznej, wchodzącej w skład zespolonej administracji wojewódzkiej.

Dualizm podporządkowania WIF-ów prowadzi do poważnego obniżenia skuteczności funkcjonowania nadzoru farmaceutycznego. GIF, który wskazuje kierunki działań, nie ma podstawowych narzędzi zarządczych i kontrolnych w stosunku do WIF-ów. Podział na 16 niezależnych od siebie inspekcji wojewódzkich obniża możliwość koordynacji działań. Obecny model funkcjonowania WIF-ów nie przewiduje mechanizmów efektywnej wymiany informacji, co powoduje różny sposób interpretowania prawa lub odmienne rozstrzyganie analogicznych spraw. W rezultacie przedsiębiorcy mogą być traktowani w nierówny sposób.

Do skutecznego sprawowania nadzoru niewystarczająca była również liczba inspektorów ds. obrotu hurtowego (8) oraz inspektorów farmaceutycznych (134).

Braki i niedociągnięcia występują także w innych kwestiach:

- Inspekcja nie dysponuje wystarczającymi uprawnieniami do zwalczania zjawisk kryminalnych związanych z nielegalnym obrotem produktami leczniczymi.
- Brak jest skoordynowanych działań służb państwa skierowanych na walkę z przestępczością farmaceutyczną oraz przepisów karnych stanowiących realną sankcję za tego typu przestępstwa.
- Poprawy wymaga współpraca z organami ścigania i wymiarem sprawiedliwości zarówno w kwestii zapewnienia bezpieczeństwa osobistego inspektorów farmaceutycznych, jak i sprawności orzekania w sprawach o naruszenie przepisów prawa farmaceutycznego.
- Widoczny jest również brak skutecznego nadzoru nad rynkiem z produktami z pogranicza, czyli produktami spełniającymi jednocześnie kryteria różnych grup produktów, np. leku i wyrobu medycznego, leku i środka specjalnego przeznaczenia żywieniowego, leku i kosmetyku.

Wprowadzenie wymogów zawartych w Rozporządzeniu 2016/161²⁹⁵, które określa szczegółowe zasady zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi, mające zastosowanie od 9 lutego 2019 r., stanowi wyzwanie dla całego rynku farmaceutycznego w Polsce, zarówno dla podmiotów gospodarczych jak i organów państwowych. Krajowa Organizacja Weryfikacji Autentyczności Leków jest odpowiedzialna za stworzenie i wdrożenie systemu informatycznego. Sprawna

²⁹⁵ Rozporządzenie Delegowane Komisji (EU) 2016/161 z dnia 2 października 2015 r. uzupełniające Dyrektywę 2011/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady przez określenie szczegółowych zasad dotyczących zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi mają zastosowanie od 9 lutego 2019 r. (Dz. Urz. UE L 32 z 9.02.2016, s. 1).

implementacja tego rozwiązania wymaga przygotowania wszystkich podmiotów z łańcucha dystrybucji do realizacji obowiązku weryfikacji autentyczności produktów leczniczych i ich zabezpieczeń. Konieczne jest również przygotowanie PIF do podjęcia nadzoru nad systemem baz, w którym przechowywane będą dane produktów leczniczych objętych zabezpieczeniami „safety features”.

Laboratoria Kontroli Jakości Leków (LKJL) funkcjonujące przy Wojewódzkich Inspektoratach Farmaceutycznych, wymagają stworzenia właściwych warunków do prowadzenia działalności²⁹⁶.

3.4.7. Nieskuteczny system pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów

Pozasądowy system kompensacyjny orzekania o zdarzeniach medycznych przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych został wprowadzony ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych*²⁹⁷. Celem wprowadzenia tego szczególnego, alternatywnego dla drogi sądowej, trybu postępowania miało być usprawnienie i uproszczenie dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych z tzw. zdarzeń medycznych, których doznali w następstwie udzielania im świadczeń zdrowotnych w szpitalach. Przed wejściem w życie przywołanej ustawy, w przypadku wystąpienia błędu medycznego, jedyną możliwą drogą dochodzenia roszczeń był proces sądowy z powództwa cywilnego o odszkodowanie i/lub zadośćuczynienie. Od chwili wejścia w życie ustawy można dochodzić roszczeń z tytułu szkód medycznych w procesie cywilnym przed sądami powszechnymi bądź w postępowaniu prowadzonym przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Wybór należy do poszkodowanego.

W ostatnich latach nastąpił wzrost liczby prowadzonych spraw dotyczących błędów medycznych. W 2016 r. prokuratury w całym kraju prowadziły 4963 postępowania, tj. o blisko 46% więcej postępowań niż w 2015 r. (3394 postępowania), a o ponad 23% wzrosła liczba wszczętych postępowań o tego typu przestępstwa (tj. o 408 postępowań).

Funkcjonujący obecnie, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia²⁹⁸. Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszyła się, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest niezadowalający, a końcowe efekty wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonują pacjentów.

Zasady pozasądowego dochodzenia odszkodowań z tytułu zdarzenia medycznego

²⁹⁶ Za Polityka lekowa państwa 2018–2020, Ministerstwo Zdrowia.

²⁹⁷ Dz. U. Nr 113, poz. 660.

²⁹⁸ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów”.

Działania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie zapewniły pacjentom możliwości szybkiego uzyskiwania odszkodowań lub zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego. Ponad połowa rozstrzygnięć w sprawach zgłoszonych przez wnioskodawców kończyła się z naruszeniem ustawowego czteromiesięcznego terminu²⁹⁹. W skrajnych przypadkach rozstrzygnięcia zapadały nawet po 22 miesiącach. Nie zostało zatem zrealizowane podstawowe założenie wprowadzonych w 2011 r. zmian ustawowych, których celem miało być usprawnienie dochodzenia roszczeń.

Dochodziło do licznych przypadków naruszania obowiązujących regulacji dotyczących powoływania składów orzekających; składania przez członków komisji oświadczeń o braku konfliktu interesów po powołaniu ich do składu orzekającego – a nie przed powołaniem; nieprzestrzegania terminów sporządzenia uzasadnień do wydanych orzeczeń oraz terminów doręczeń stronom orzeczeń, a także nieuzasadnionego przedłużania poszczególnych etapów rozpatrywania wniosków, co miało istotny wpływ na termin wydania orzeczenia o ustalenie zdarzenia medycznego. Nie przestrzegano również przepisów ustawy *o prawach pacjenta* przy rozpatrywaniu skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczeń komisji.

Nie sprawdziło się założenie ustawodawcy, że wiedza członków komisji, którzy posiadają wykształcenie i doświadczenie medyczne, pozwoli w dużej mierze na samodzielne rozwiązywanie przez nich zagadnień natury medycznej, a w szczególności istotnie ograniczy konieczność zasięgania w trakcie prowadzonych postępowań opinii biegłych.

Większość komisji często korzystała bowiem z opinii biegłych, w skrajnym przypadku przy wydaniu 85% orzeczeń. Biorąc pod uwagę trudności z uzyskaniem takich opinii i długi czas oczekiwania na ich sporządzenie, wydłużał się czas wydania orzeczenia przez komisję.

Przewidziana w ustawie o prawach pacjenta procedura dochodzenia określonej kwoty odszkodowania nie zapewniała pacjentowi uzyskania tego świadczenia. Odbywa się ona poza komisją i jest realizowana przez pacjenta i szpital w drodze negocjacji. Komisje nie posiadają nawet pełnych informacji, czy doszło do porozumienia w kwestii wysokości odszkodowania i czy pacjent ją otrzymał. Brak ściśle określonych regulacji w tym zakresie powoduje, że wielu pacjentów jest nieusatysfakcjonowanych propozycjami szpitali.

Szpitala nie były zainteresowane wypłatą świadczeń adekwatnych do poniesionych przez pacjentów szkód. Wykorzystywały przy tym fakt, że *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego*³⁰⁰ nie określa minimalnych kwot świadczenia, a jedynie ich górne limity. Stwierdzono również przypadki nieprzestrzegania ustawowego obowiązku przedstawienia pacjentowi propozycji odszkodowania/zadośćuczynienia³⁰¹.

²⁹⁹ Art. 67j ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta*.

³⁰⁰ Dz. U. poz. 750.

³⁰¹ Art. 67k ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta*.

3.4.8. Rekomendacje

Jakość i bezpieczeństwo, poza pewnością i szybkością dostępu do świadczeń, są dla pacjentów kluczowymi elementami tworzącymi zaufanie do systemu. Podstawowym problemem systemu ochrony zdrowia jest fakt, że „wszyscy mogą wykonywać wszystko”, jeśli tylko spełniają normy określone w przepisach. Są to jednak głównie normy dotyczące wyposażenia lub kadry medycznej. Tymczasem jakość udzielonych świadczeń zależy głównie od umiejętności wykonywania procedur medycznych, a ta z kolei od doświadczenia kadry medycznej (liczby wykonanych dotychczas zabiegów). Dodatkowymi czynnikami pozytywnie wpływającymi na jakość świadczeń jest skuteczny system przeciwdziałania zakażeniom, wyposażenie w nowoczesny sprzęt i wykonanie pełnej diagnostyki.

Przestrzeganie praw pacjentów oraz zapewnienie im bezpieczeństwa przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych jest jednym z największych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia. W związku z czym należy:

1) Ustalić standardy organizacyjne udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Minister Zdrowia powinien, w większym niż do tej pory stopniu, wykorzystać delegację ustawową pozwalającą na ustalenie standardów organizacyjnych udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dotychczas standardy takie ustalono jedynie w kilku obszarach.

Standaryzacja zwiększa prawdopodobieństwo, że w procesie leczenia zostanie zastosowany najlepszy z możliwych wariantów. W praktyce wykorzystywanie standaryzacji stanowi dowód działania zgodnie z najnowszą wiedzą, a ponadto ma wpływ na czytelność kosztów funkcjonowania (dla usługodawcy i płatnika), co jest szczególnie istotne w sytuacji występowania stałego deficytu środków finansowych w ochronie zdrowia.

Bez wprowadzenia standardów nie da się zapewnić równego traktowania pacjentów. Nie będzie również możliwe ustalenie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń oraz dokonywanie ich porównań pomiędzy poszczególnymi podmiotami leczniczymi. Standardy pozytywnie oddziałują również na jakość udzielanych świadczeń, a także stanowią formę ochrony kadry medycznej przed nieuzasadnionymi roszczeniami pacjentów.

Wprowadzenie standardów organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych musi obejmować możliwie najszerszy zakres usług medycznych finansowanych ze środków publicznych.

2) Wprowadzić skuteczne mechanizmy zwalczania zakażeń szpitalnych.

Skuteczność obecnego systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym jest niewystarczająca. W sytuacji pojawienia się szczepów bakterii lekoopornych może to stanowić zagrożenie dla pacjentów (szczególnie tych po zabiegach i z osłabioną odpornością). System monitorowania i raportowania takich zdarzeń, jak wykazała kontrola NIK, nie jest kompletny.

3) **Stworzyć system informacji dla pacjenta.**

System oparty o autoryzowany, nowoczesny i przyjazny dla użytkownika zasób wiedzy o zdrowiu i leczeniu np. w postaci portalu internetowego.

4) **Wzmocnić i koordynować działania podmiotów realizujących zewnętrzny nadzór instytucjonalny.**

W obecnym stanie prawnym nadzór nad systemem ochrony zdrowia jest rozproszony pomiędzy różne instytucje, które w ograniczonym stopniu współpracują ze sobą.

5) **Poprawić funkcjonowanie pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów.**

Obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny orzekania o zdarzeniach medycznych nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszyła się, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest niezadowolający, a końcowe efekty wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonują pacjentów.

3.5. Zasoby informacyjne systemu

Znaczenie zasobów
informacyjnych
w systemie ochrony
zdrowia

Istotnym czynnikiem wpływającym na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są nowoczesne systemy informacyjne.

Narzędzia i usługi wykorzystujące technologie informacyjne i komunikacyjne powinny służyć ulepszeniu dostępu do usług zdrowotnych, poprawie ich jakości oraz zwiększeniu efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Nowoczesne systemy informacyjne mają umożliwić władzom publicznym oraz płatnikowi przede wszystkim kontrolę przestrzegania prawa, przeprowadzanie analiz efektywności wykorzystania środków oraz podejmowanie strategicznych decyzji wpływających na stan zdrowia całej populacji. Z kolei systemy budowane na rzecz jednostek opieki zdrowotnej służą głównie celom zarządczym oraz medycznym (wspomaganie procesu leczniczego).

Infografika nr 28

Negatywne konsekwencje braku systemu informacyjnego dla poszczególnych podmiotów systemu ochrony zdrowia



Źródło: W. Karliński: „Modelowe rozwiązania systemu informacyjnego w ochronie zdrowia”, CSIOZ, Warszawa 2001 r., str. 18.

3.5.1. Brak spójnej koncepcji rozwoju systemów informacyjnych ochrony zdrowia

Jednymi z najważniejszych projektów informacyjnych w obszarze zdrowia, które podejmowano w ostatnich latach, są: „Projekt Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (dalej Projekt P1) realizowany przez CSIOZ oraz Rejestr Usług Medycznych (RUM) realizowany przez NFZ. Żaden z nich do chwili obecnej nie został ukończony, choć są niezbędne do poprawy organizacji systemu ochrony zdrowia

Brak koncepcji realizacji kluczowych projektów: CSIOZ –Projekt P1 NFZ – RUM

Fundusz nie wdrożył przewidzianego w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia³⁰² Rejestru Usług Medycznych (RUM), zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia. Od 2006 r. NFZ prowadził prace nad systemem RUM II, który miał stanowić rozwinięcie systemu RUM pozwalające na zbieranie oraz analizowanie danych związanych z udzielanymi świadczeniami medycznymi, finansowanymi ze środków NFZ, m.in. wprowadzenie mechanizmów identyfikacji i uwierzytelniania. Jednym z kluczowych komponentów tego systemu miała być Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ). Ministerstwo Cyfryzacji 20 października 2016 r. oraz 10 lutego 2017 r. przedstawiło „Koncepcję wdrożenia polskiego dowodu osobistego z warstwą elektroniczną

³⁰² Dz. U. z 2019 r. poz. 408, ze zm.

ną”³⁰³, zgodnie z którą w okresie 10 lat (wariant naturalnej wymiany) odbędzie się wydawanie nowych dowodów, które będą służyły także do uwierzytelnienia informacji w e-usługach administracji publicznej, elektronicznego podpisywania dokumentów i potwierdzania obecności w placówkach służby zdrowia (KUZ).

W listopadzie 2017 r. i lutym 2018 r. Prezes NFZ wskazał Ministrowi Zdrowia, że zasadnym jest wpisanie do projektu ustawy o dokumentach publicznych karty KUZ, jako dokumentu kategorii pierwszej, co umożliwi Funduszowi podjęcie współpracy z PWPW w celu wydania karty KUZ tzw. szybkiej ścieżki, bez narażania się na ryzyko przeciągających się w czasie postępowań o zamówienie publiczne³⁰⁴. Minister Zdrowia, w maju 2018 r., przekazał do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji wniosek o wpisanie KUZ do pierwszej grupy dokumentów w ramach procedowanej ustawy o dokumentach publicznych.

Przeciągające się prace nad koncepcją informatyzacji systemu ochrony zdrowia, utrudniają budowę nowych systemów dla Narodowego Funduszu Zdrowia. NIK zauważa, że od sprawności ich działania zależy skuteczność weryfikacji rozliczeń, co stanowi jedno z kluczowych zadań płatnika publicznego³⁰⁵.

Systemy informacyjne SIWDz

NFZ wykorzystuje System Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDz), który został dostarczony przez dwóch dostawców³⁰⁶ i bazuje na rozwiązaniach architektonicznych stosowanych w 1999 r., a w niektórych przypadkach opiera się na niszowych systemach operacyjnych (tj. IBM i/OS), co powoduje wzrost kosztów utrzymania i rozwoju oprogramowania. Równocześnie Fundusz nie posiada autorskich praw majątkowych, dostępu do kodów źródłowych ani licencji do modyfikacji systemu SIWDz, a umowy na konserwację i subskrypcję systemu zawierane są z właścicielami praw majątkowych i kodów źródłowych w trybie z wolnej ręki³⁰⁷.

³⁰³ Dokument był efektem prac ekspertów Ministerstwa Cyfryzacji, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Zdrowia, realizowanych na podstawie Porozumienia w sprawie wdrożenia dowodu osobistego z warstwą elektroniczną 27 czerwca 2016 r. <https://mc.gov.pl/konsultacje/koncepcja-wdrozenia-polskiego-dowodu-osobistego-z-warstwa-elektroniczna-zapraszamy-do>, <https://mc.gov.pl/aktualnosci/nowa-koncepcja-wdrozenia-polskiego-dowodu-osobistego-z-warstwa-elektroniczna>

³⁰⁴ Fundusz wskazał, że wykorzystanie kart płatniczych oraz e-dowodu nie zapewni w krótkim czasie wyposażenia 100% dorosłej populacji w narzędzie do potwierdzenia obecności, niezbędne więc będzie wydanie przez NFZ osobnego narzędzia – karty KUZ, przeznaczonego dla osób, które nie posiadają jeszcze e-dowodu i nie posiadają lub nie chcą używać karty płatniczej.

³⁰⁵ Z szacunków przeprowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe działające w systemie publicznej ochrony zdrowia wynika, że poziom nieprawidłowości wynosi od 2% do 5% rocznego budżetu tych instytucji. Fundusz w latach 2014–2015 przyjął średni budżet roczny z 2013 r. w wysokości 65 mld zł, a poziom nieprawidłowości, których zatrzymanie będzie możliwe przy użyciu kart generujących podpis elektroniczny określono na 1% tego przychodu, co oznacza, że wartość tak oszacowanego strumienia nieprawidłowości rocznie może wynosić 650 mln zł. Ze względu na brak podstaw do określenia wzajemnego stosunku wartości nieprawidłowości możliwych do wyeliminowania z użyciem kart KUZ i KSM przyjęto stosunek 50% na 50%.

³⁰⁶ Pierwotnie systemy informatyczne zostały stworzone dla Kas Chorych, a następnie zostały przejęte i skonsolidowane przez NFZ.

³⁰⁷ Na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1986, ze zm.).

Na okres od 1 kwietnia 2016 r. do 30 marca 2019 r. zawarto umowy o łącznej wartości 166 846,52 tys. zł. W 2017 r., z tytułu realizacji umów wsparcia SIWDz, NFZ poniósł koszty z tego tytułu w łącznej wysokości 55 615,51 tys. zł³⁰⁸.

W 2013 r. Fundusz rozpoczął prace związane z projektem „Przygotowanie i budowa Otwartej Platformy Ubezpieczeń Zdrowotnych przez NFZ”, tzw. OPUZ. Projekt zakładał uzyskanie, w postępowaniu otwartym, pełni praw do nowo wytworzonych funkcjonalności, tak aby umożliwić późniejsze utrzymanie i rozwój oprogramowania w otwartych konkurencyjnych postępowaniach przetargowych. Projekt OPUZ w założeniach miał być komplementarny z projektami RUM II oraz P1, przy czym jego realizacja nie byłaby zależna od wyników i produktów projektu P1.

System Informacyjny
OPUZ

W marcu 2016 r. Minister Zdrowia zaakceptował przygotowany przez NFZ wniosek o dofinansowanie, w ramach funduszy europejskich, projektu OPUZ, zakładającego koszty w wysokości 118 836 tys. zł. Fundusz 20 września 2016 r. został poinformowany, że projekt nie został zatwierdzony do realizacji. NFZ złożył protest 4 października 2016 r., a 16 grudnia 2016 r. otrzymał informację o jego nieuwzględnieniu. NFZ nie odwoływał się w kolejnej instancji, rozpatrując możliwość wzięcia udziału w nowym naborze projektów (nabór 4 dla działania 2.1 POPC) w styczniu 2017 r. Jednakże, w związku z wyznaczeniem przez Ministra Zdrowia terminu na składanie kompletu dokumentów w tym naborze do 4 stycznia 2017 r. Fundusz musiał odstąpić od złożenia wniosku o dofinansowanie projektu OPUZ, wskazując na niemożność wykonania niezbędnych prac w wyznaczonym terminie.

Natomiast 21 grudnia 2016 r. Minister Zdrowia przekazał do wiadomości Prezesa NFZ pismo skierowane do Dyrektora CSIOZ, informujące, że Minister Zdrowia podjął decyzję o przejęciu systemów teleinformatycznych NFZ przez CSIOZ (w tym przejęcia zadań, pracowników oraz majątku informacyjnego NFZ) oraz rozpoczęcia przez CSIOZ, prac nad budową nowego systemu teleinformatycznego służącego do kontraktowania i rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Narodowej Służby Zdrowia.

Przejęcie systemów
przez CSIOZ

Minister Zdrowia 19 kwietnia 2017 r. powołał *Zespół do spraw przygotowania integracji zadań z zakresu administrowania systemami teleinformatycznymi CSIOZ oraz NFZ*³⁰⁹. Przedstawiciele NFZ uczestniczyli w spotkaniach ww. Zespołu.

³⁰⁸ Z tytułu realizacji umów wsparcia SIWDz w 2016 r. NFZ poniósł koszt w łącznej wysokości 55 276,39 tys. zł, w tym z tytułu umów przejściowych w okresie styczeń–marzec 2016 r. w wysokości 13 564,76 tys. zł oraz z tytułu umów trzyletnich w okresie od kwietnia do grudnia 2016 r. w wysokości 41 711,63 tys. zł.

³⁰⁹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2017 r. w sprawie powołania *Zespołu do spraw przygotowania integracji zadań z zakresu administrowania systemami teleinformatycznymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia* (Dz. Urz. MZ poz. 49).
<http://dziennikmz.mz.gov.pl/compatible/Details/2017/49>

Minister Zdrowia poinformował w lipcu 2017 r. NIK, iż budowa nowego systemu informatycznego, który ma zastąpić systemy informatyczne użytkowane przez NFZ i obejmie część funkcjonalności obecnych systemów informatycznych płatnika, została przekazana do CSIOZ. Zespół od grudnia 2017 r. nie odbył żadnego spotkania.

System Informatyczny SINP

Dnia 31 października 2017 r. Minister Zdrowia powołał *Zespół do spraw opracowania dokumentacji aplikacyjnej projektu budowy nowego systemu informatycznego narodowego płatnika*³¹⁰. Budowa nowego systemu informatycznego (SINP) została zlecona NFZ.

Minister Zdrowia 9 listopada 2017 r. zwrócił się do Ministra Rozwoju i Finansów o rozważenie możliwości zmiany finansowania projektu SINP ze środków UE (Działanie 2.1. PO Polska Cyfrowa) na środki NFZ³¹¹, powołując się m.in. na stanowisko CBA w tej sprawie. Poinformował także o ustaleniach ze spotkania z dnia 6 listopada 2017 r., które dotyczyły sposobu realizacji i źródła finansowania budowy systemu informatycznego SINP³¹². Wskazał, że wszyscy uczestnicy spotkania (wśród nich, przedstawiciel NFZ), z wyjątkiem przedstawiciela Ministerstwa Finansów, opowiedzieli się za realizacją projektu SINP ze środków krajowych i poprosił o ponowną analizę stanowiska Ministerstwa Finansów z uwzględnieniem argumentacji przytaczanej w czasie tego spotkania, m.in.: że system informatyczny NFZ jest jednym z kluczowych systemów teleinformatycznych Państwa i ma wpływ na bezpieczeństwo ekonomiczne Polski, a tego rodzaju systemy powinny być finansowane w ramach publicznych środków krajowych, a NFZ jest gotowy sfinansować projekt SINP z własnych środków, a więc jego realizacja nie będzie stanowiła obciążenia dla budżetu państwa.

Dodatkowo Minister podniósł, że realizacja tak ważnego (infrastruktura krytyczna Państwa) i złożonego projektu (wielość interesariuszy, konieczność migracji danych z działającego systemu, złożoność i wielość procesów biznesowych niezbędnych do objęcia nowym systemem, dynamiczne otoczenie), przy obostrzeniach wynikających z reżimu projektu UE (trzyletni

³¹⁰ Zarządzenie z dnia 27 października 2017 r. w sprawie powołania *Zespołu do spraw opracowania dokumentacji aplikacyjnej projektu dotyczącego budowy nowego systemu informatycznego narodowego płatnika* (Dz. Urz. MZ poz. 109).

http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2017/109/journal/4175.

Zespół ten został rozwiązany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie rozwiązania Zespołu do spraw opracowania dokumentacji aplikacyjnej projektu dotyczącego budowy nowego systemu informatycznego narodowego płatnika (Dz. Urz. MZ poz. 25).

http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2018/25/journal/4551.

Minister Zdrowia 11 kwietnia 2018 r. zapowiedział stworzenie dedykowanego Zespołu, który opracuje założenia związane z architekturą informacyjno-informatyczną ochrony zdrowia. W dniu 1 czerwca 2018 r. na pierwszym posiedzeniu Rady Informatyzacji powołanej przez Ministra Zdrowia odbyła się m.in. dyskusja i ustalenia na temat utworzenia „Grupy roboczej do spraw koncepcji architektury informacyjnej sektora ochrony zdrowia”, a 18 czerwca 2018 r. odbyło się pierwsze posiedzenie Grupy z udziałem oddelegowanych do jej prac przez Prezesa NFZ trzech pracowników Funduszu.

³¹¹ Co związane jest z wydaniem kierunkowej zgody MF na odpowiednią strukturę wydatków w planie finansowym NFZ w latach realizacji projektu SINP, tj. zabezpieczając finansowanie projektu, w tym wyższe wydatki osobowe wynikające z konieczności zbudowania zespołu projektowego.

³¹² W spotkaniu, które odbyło w Ministerstwie Zdrowia uczestniczyli przedstawiciele Ministerstwa Cyfryzacji, Ministerstwa Finansów, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, NFZ, CSIOZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

okres realizacji, ukierunkowanie na udostępnianie e-usług, brak elastyczności we wprowadzaniu zmian, prawdopodobne naciski ze strony firm IT na odbieranie produktów niskiej jakości) generuje istotne ryzyko fiaska projektu SINP w przypadku decyzji o finansowaniu go w ramach PO Polska Cyfrowa. W efekcie, projekt i tak będzie musiał być zrealizowany ze środków krajowych, a dodatkowo zostanie utracony cenny czas. Może to mieć również istotne konsekwencje finansowe chociażby z powodu konieczności wydłużenia okresu utrzymania obecnego systemu IT NFZ. Podkreślił również, że NFZ nie oczekuje dodatkowych środków z budżetu państwa na budowę SINP, a jedynie niezbędna jest kierunkowa zgoda Ministerstwa Finansów na zmianę struktury wydatków w planie finansowym NFZ, w latach realizacji projektu SINP, tj. zabezpieczającą finansowanie projektu, w tym wyższe wydatki osobowe wynikające z konieczności zbudowania zespołu projektowego.

Minister Zdrowia 5 lutego 2018 r. poinformował NFZ o zmianie źródła finansowania SINP ze środków europejskich na krajowe.

Zespół wypracował, w pierwszym etapie prac, listę obszarów funkcjonalnych projektu informatycznego SINP. Fundusz pismami z 9 lutego oraz 4 kwietnia 2018 r. poinformował Ministra Zdrowia, że aby określić strategiczny zakres ww. projektu, niezbędne jest rozstrzygnięcie kluczowych kwestii wpływających istotnie na zakres projektu SINP. Należy m.in. określić ramową architekturę systemu oraz podział kompetencji pomiędzy poszczególnymi podmiotami w ochronie zdrowia, w tym wskazać ich odpowiedzialność za utworzenie i utrzymanie poszczególnych elementów tej architektury, w stosunku do: portalu pacjenta, rejestrów medycznych, korelacji zdarzenia medycznego przewidzianego w ramach projektu P1, szeroko rozumianej obsługi procesów związanych z tzw. opieką koordynowaną³¹³.

Dyrektor Departamentu Informatyki NFZ wyjaśnił, że Fundusz wnioskował o zmianę sposobu finansowania, ponieważ w tak strategicznym i krytycznym projekcie sposób finansowania ma ogromne znaczenie dla powodzenia projektu. Prace koncepcyjne dotyczące zakresu, terminu i budżetu przyszłego projektu SINP potrwać przynajmniej do października 2018 r., a po określeniu zakresu i budżetu projektu SINP zostanie wykonana analiza posiadanych środków i zostaną podjęte decyzje co do ewentualnego zwiększenia planu inwestycyjnego ponad planowane koszty odpisów amortyzacyjnych danego roku.

³¹³ A w szczególności w stosunku do Portalu pacjenta – czy NFZ ma budować portal do komunikacji z pacjentem, czy będzie istniał jeden referencyjny w ochronie zdrowia, kto i w jakim zakresie będzie za niego ponosił odpowiedzialność i czy funkcjonalności niezbędne dla NFZ będą w nim uwzględnione. Rejestrów medycznych – czy system NFZ ma przewidywać taką funkcjonalność, a jeżeli tak, to w jakim zakresie, czy przewiduje się powiązanie rejestrów z systemem rozliczeniowym płatnika i w jakim zakresie?; Korelacji zdarzenia medycznego przewidzianego w ramach projektu P1 i powiązanych informacji o elektronicznej dokumentacji medycznej z trybem, częstotliwością i zakresem sprawozdawczości o udzielonych świadczeniach przekazywanej do płatnika publicznego; Szeroko rozumianej obsługi procesów związanych z tzw. opieką koordynowaną – kto i w jakim zakresie będzie je wspierał i jaka będzie rola Funduszu w tym procesie?

Regionalne systemy informacyjne e-Zdrowie

W sytuacji braku zdefiniowanej polityki informatyzacji systemu ochrony zdrowia, zaczęły powstawać oddolne inicjatywy, które w ograniczonym zakresie były koordynowane z działaniami organów centralnych.

Żeby upowszechnić stosowane technologie informacyjno-komunikacyjne oraz zwiększać dostęp do usług elektronicznych poprzez rozbudowę infrastruktury teleinformatycznej zakładów opieki zdrowotnej oraz poprawę jakości i dostępności do publicznej służby zdrowia tworzono regionalne projekty obejmujące procesy informatyzacji zakładów opieki zdrowotnej oraz stworzono usługi elektroniczne związane z e-Zdrowiem.

W 2013 r. NIK negatywnie oceniła realizację „Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia” bez uwzględnienia stanu informatyzacji świadczeniodawców oraz oszacowania kosztów ich dostosowania do wymogów ustawy *o systemie informacji w ochronie zdrowia*³¹⁴. Minister Zdrowia oraz CSIOZ nie mieli pełnej wiedzy na ten temat, pozwalającej na skuteczną koordynację procesu informatyzacji ochrony zdrowia, co było konsekwencją braku systemu pozwalającego na pozyskiwanie aktualnych i kompleksowych danych o realizowanych projektach informatycznych. Tworzenie spójnego systemu informacji w ochronie zdrowia komplikowały również trudności w realizacji Projektu P1 przez CSIOZ, a także w określeniu tak kluczowych zagadnień jak na przykład zasad interoperacyjności systemów budowanych przez CSIOZ z systemami świadczeniodawców.

Podlaski system informacyjny e-Zdrowie

Po przeprowadzonej w 2017 r. kontroli funkcjonowania projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie³¹⁵, NIK oceniła, że chociaż wdrażanie projektu przebiega z przeszkodami (zdalna rejestracja jest utrudniona, elektroniczna dokumentacja niekompletna i jedynie promil wizyt odbywa się po elektronicznej rejestracji) to należy podkreślić nowoczesność i użyteczność Systemu. W przyszłości Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie może stać się częścią składową ogólnopolskiego systemu Projektu P1.

Z powodu ograniczeń finansowych projekt zaplanowano i zrealizowano jednak tylko w 26 wybranych podmiotach leczniczych, w których w 2016 r. udzielono świadczeń jedynie co trzeciemu pacjentowi korzystającemu z publicznej opieki zdrowotnej w województwie podlaskim. W konsekwencji, wyłącznie pacjenci korzystający ze świadczeń w tych podmiotach i personel w nich zatrudniony mógł korzystać z wdrożonych rozwiązań³¹⁶.

³¹⁴ Informacja o wynikach kontroli „Informatyzacji szpitali”.

³¹⁵ Informacja o wynikach kontroli „Podlaski system informacyjny E-Zdrowie”. Celem głównym (bezpośrednim) Projektu było stworzenie pakietu usług elektronicznych dla pacjentów, podmiotów leczniczych oraz ich organów założycielskich. Projekt realizowany w województwie podlaskim był jednym z pierwszych tego typu w kraju. Założenia Projektu konsultowane były głównie z CSIOZ, który w czasie tworzenia programu funkcjonalno-użytkowego i studium wykonalności PSieZ pracował nad platformą P1. Wykonawca platformy regionalnej zobowiązany był do zapewnienia współpracy z platformą krajową. W rezultacie uzyskano taką integralność, a dokumenty medyczne wytwarzane w wyniku realizacji Projektu spełniają wymogi określone w „Regułach biznesowych i walidacjach określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na Platformie P1”.

³¹⁶ W roku 2016 w województwie podlaskim funkcjonowały 773 podmioty (publiczne i niepubliczne). Z tego samego powodu nie zainformatyzowano wszystkich oddziałów szpitalnych w jednostkach uczestniczących w Projekcie (np. bloku operacyjnego, rehabilitacji).

Pomimo upływu 16 miesięcy od rzeczowego zakończenia realizacji Projektu i wyposażenia partnerów w pełni funkcjonalne narzędzia informatyczne (poza systemem raportowo-analitycznym), nie osiągnięto wszystkich zakładanych korzyści tego przedsięwzięcia. Z powodu niewykorzystywania funkcjonalności systemów informatycznych nie zapewniono pacjentom, lekarzom oraz innym podmiotom leczniczym szybkiego i bezpiecznego dostępu do dokumentów medycznych.

3.5.2. Brak wymiany danych pomiędzy rozproszonymi rejestrami

Kluczowe znaczenie dla dokonywania ocen skuteczności diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, analiz epidemiologicznych i działań profilaktycznych mają systemy informacyjne, takie jak: Krajowy Rejestr Nowotworów oraz System Informatyczny NFZ, w tym System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Żaden z tych systemów nie zapewniał dostępu do spójnych, porównywalnych i kompletnych danych obrazujących realizację profilaktyki i leczenia pacjentów z chorobami onkologicznymi³¹⁷.

Brak wymiany danych pomiędzy Krajowym Rejestrem Nowotworów a systemami NFZ

Krajowy Rejestr Nowotworów, którego obsługę zapewniało Centrum Onkologii, gromadził i opracowywał dane dotyczące zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych³¹⁸. Zgłoszenia do Rejestru przekazywały placówki publicznej i niepublicznej służby zdrowia na terenie całego kraju za pomocą Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego³¹⁹.

Zgłoszenie do KRN powinno nastąpić przy pierwszym rozpoznaniu lub podejrzeniu nowotworu oraz przy każdej wizycie kontrolnej, w czasie której zostały stwierdzone istotne dane mające związek z diagnozą, leczeniem lub postępowaniem choroby³²⁰. Każde zgłoszenie zarejestrowane w bazie KRN otrzymuje unikalny numer i podlega analizie pracowników KRN.

Z kolei system SIMP jest narzędziem NFZ do wykonywania zadań związanych głównie z rozliczaniem świadczeń udzielanych w ramach programów profilaktycznych zakwalifikowanym do nich pacjentom, realizowanych ze środków Funduszu. W konsekwencji w SIMP nie jest rejestrowana znaczna część świadczeń profilaktycznych udzielanych poza programami.

³¹⁷ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”.

³¹⁸ Zbieranie danych przez KRN stanowiło element programu badań statystyki publicznej, w ramach badania „Zachorowania i leczeni na wybrane choroby”. Patrz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 lipca 2015 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. poz. 1304, ze zm.).

³¹⁹ Formularz MZ/N-1a, którego wzór został określony w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 marca 2016 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. poz. 460, ze zm.).

³²⁰ Zakres przekazywanych danych obejmował m.in.: dane identyfikacyjne placówki dokonującej zgłoszenia, dane identyfikacyjne pacjenta, informacje o zgonie, informacje związane z rozpoznaniem klinicznym (kod ICD-10, opis i lokalizację nowotworu, obecność przerzutów, kod zaawansowania choroby wg klasyfikacji TNM), informacje związane z rozpoznaniem histopatologicznym (kod histopatologiczny, wynik badania, typ histologiczny), informacje o leczeniu.

System Informatyczny NFZ służy zaś rejestrowaniu, kontroli i rozliczaniu wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielonych przez świadczeniodawców na podstawie umowy zawartej z Funduszem. W odniesieniu do świadczeń onkologicznych systemy informatyczne NFZ pozwalają na wyliczenie przeżyć 5-letnich, a także pośrednie potwierdzenie wystąpienia nowotworu na podstawie zdarzeń związanych z pacjentem takich, jak np. rozliczanie świadczeń z zakresu radioterapii, chemioterapii. Nie zawierają natomiast informacji o stopniu zaawansowania nowotworu, czy wyniku badania histopatologicznego.

Systemy informatyczne NFZ, w tym System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) oraz Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), nie zapewniały możliwości uzupełniania KRN danymi uzyskiwanymi w ramach sprawozdawczości przekazywanej przez świadczeniodawców do NFZ lub pozyskiwanej przez Fundusz od innych podmiotów. Z kolei system SIMP nie zawierał m.in. danych o wszystkich badaniach cytologicznych wykonywanych przez kobiety objęte programem profilaktycznym, które mogły być finansowane zarówno w ramach profilaktycznych badań przesiewowych, jak również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

3.5.3. Nieporównywalność danych zawartych w rozproszonych rejestrach

Porównanie danych Krajowego Rejestru Nowotworów oraz innych systemów informatycznych NFZ

Porównanie zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, zawierających dane o pacjentach z rozpoznaniem pierwszy raz w latach 2010–2011 rakiem piersi, szyjki macicy i jelita grubego wykazało, że w przypadku raka szyjki macicy jedynie 11,6% pacjentek występuje w obu bazach.

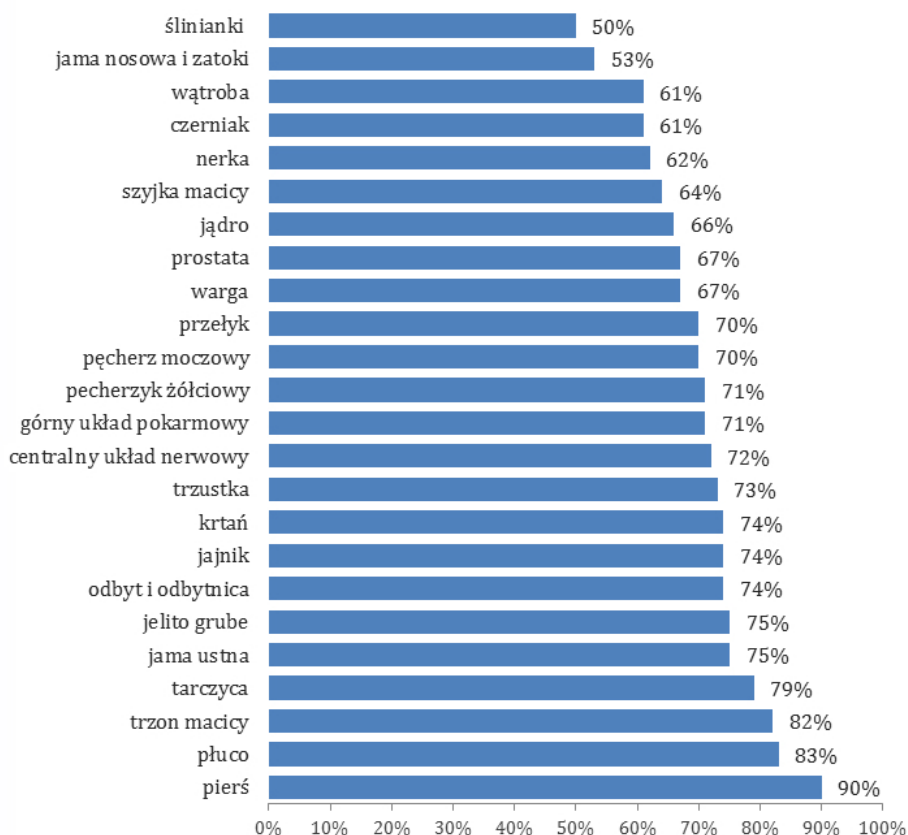
W przypadku pacjentek z rozpoznaniem w tym okresie rakiem piersi było to 42,2%, zaś w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego 38,9%³²¹. Ustalenia NIK potwierdzają również raporty podmiotów trzecich, które wskazują na znaczne, sięgające nawet 50% w niektórych typach nowotworów, rozbieżności pomiędzy bazami danych KRN i NFZ, polegające na wykazywaniu większej liczby zachorowań oraz pacjentów objętych leczeniem przez płatnika niż wynika to z liczby zgłoszeń do KRN³²².

³²¹ Analiza zbiorów danych NFZ i KRN dotyczących raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego za lata 2009–2012, przeprowadzona przez NIK na potrzeby kontroli P/16/054 „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”. Wyszukano pacjentów, którzy są w obu zbiorach. Dane o stopniu zaawansowania nowotworu pochodzą z KRN. Informacja o pacjentach biorących udział w badaniach przesiewowych pochodzi z NFZ. Rok rozpoznania nowotworu oraz datę zgonu pacjenta otrzymano z NFZ.

³²² Patrz Raport Fundacji My Pacjenci pt. „Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce”, Warszawa, listopad 2016 r.

Infografika nr 29

Porównywalność danych pomiędzy rejestrami medycznymi



Źródło: Raport Fundacji My Pacjenci pt. „Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce”, Warszawa, listopad 2016 r.

3.5.4. Nierzetelność danych zawartych w rozproszonych rejestrach. Niedocenianie roli i znaczenia rejestrów medycznych.

Rejestry epidemiologiczne wykorzystywane do analiz, podejmowania decyzji zarządczych w skali całego systemu ochrony zdrowia, a także oceny skuteczności podejmowanych działań zawierały nierzetelne i nieaktualne dane.

Krajowy Rejestr Nowotworów nie zawierał również, w przypadku znacznej liczby pacjentów z rozpoznaniem pierwszy raz w latach 2010–2011 nowotworem, informacji o stopniu zaawansowania choroby – w przypadku raka szyjki macicy, takich pacjentów było 9,5%, w przypadku raka piersi 19,8%, zaś w przypadku raka jelita grubego 21,7%³²³.

Jedną z przyczyn tego stanu było nieprzekazywanie przez świadczeniodawców kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (MZ/N-1a), co było niezgodne z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia *Krajowego Rejestru Nowotworów*³²⁴.

Niekompletność danych w Krajowym Rejestrze Nowotworów

³²³ Tamże.

³²⁴ Dz. U. poz. 1497, ze zm.

W latach 2015–2016 (do 31 sierpnia) do bazy Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wprowadzono łącznie 994,8 tysięcy Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (KZNN)169. Karty dotyczyły łącznie 178,9 tysięcy przypadków zachorowań na nowotwory rozpoznane w latach 2015–2016. Wprowadzenie za sprawą art. 32a ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach wymogu dokonywania zgłoszenia zachorowań na nowotwory złośliwe spowodowało znaczny wzrost liczby przesyłanych KZNN – dla porównania w 2014 r. do rejestru wpłynęło 370,3 tysięcy kart, tj. o 255,7% mniej niż w 2015 r. Liczba kart zgłoszonych elektronicznie przez lekarzy wynosiła w 2014 r. – 0,3 tys., tj. 0,1% kart, w 2015 r. – 149,8 tys., tj. 23,9% kart oraz w 2016 r. (do 31 sierpnia) – 88,7 tys., tj. 24,1% kart.

Jak wynikało z wyjaśnień KRN, nie ma możliwości stwierdzenia ile KZNN zostało zgłoszonych w związku z realizacją pakietu onkologicznego. Z tego samego powodu niemożliwe jest również określenie wpływu pakietu na jakość i kompletność danych.

W okresie objętym kontrolą pojawiła się duża liczba kart o statusie „szkic”, tj. 140,3 tysięcy (14,1% wszystkich kart), jak również duża liczba kart o statusie „anulowane” – 53,3 tysiące, w tym 41,6 tysięcy w 2015 r. i 10,3 tysięcy w 2016 r. Żeby zwiększyć liczbę kart zweryfikowanych, Wojewódzkie Biura Rejestracji, na prośbę KRN, wysłały pisma do podmiotów leczniczych zgłaszających KZNN, z prośbą o zakończenie procedury wysyłania karty do bazy KRN. W przypadku błędów pracownicy rejestru odsyłają KZNN do lekarza z prośbą o korektę. Liczba kart skorygowanych z lat 2015–2016 (do 31 sierpnia) wyniosła 52,0 tysięcy, a 2,8 tysiąca kart miało status „do korekty” (0,3% wszystkich kart).

W latach 2013–2016 (do 31 sierpnia) odsetek KZNN zawierających histopatologiczne potwierdzenie nowotworu wyniósł 84,9%, a w poszczególnych latach zmniejszał się i wynosił: 86,7% w 2013 r., 87,3% w 2014 r., 80,5% w 2015 r. oraz 77,9% w 2016 r. Podobnie zmniejszał się odsetek kart z informacjami zawierającymi klasyfikację TNM:

- odsetek KZNN z informacją o stadium zaawansowania nowotworu (pole 35) wyniósł: 71% w 2013 r., 68% w 2014 r., 53% w 2015 r. oraz 47% w 2016 r.;
- odsetek KZNN z określeniem stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu wg klasyfikacji TNM (pole 32) wyniósł: 29% w 2013 r., 32% w 2014 r., 38% w 2015 r. oraz 33% w 2016 r. Jednakże jednocześnie zwiększyła się liczba przesłanych KZNN na przypadek zachorowania z 2,1 kart w 2013 i 2014 r. do 4,1 w 2015 r. i 6,9 w 2016 r. (do 31 sierpnia).

Niekompletność danych zawartych w KRN nie pozwala na przeprowadzanie analiz realizowanych programów profilaktycznych, w tym ich efektywności i skuteczności, co utrudnia ocenę ich wpływu na stan zdrowia ludności. Należy przy tym zaznaczyć, że rzetelność danych zawartych w bazach NFZ również jest ograniczona z uwagi na zakres danych oraz sposób sprawozdawania świadczeń.

Ekspert w zakresie onkologii zwracał uwagę na pilną potrzebę poprawy jakości danych w KRN³²⁵. Informacje o wynikach leczenia gromadzone i udostępniane przez KRN są jedynie danymi podstawowymi (5-letnich przeżyć) dotyczącymi całego kraju i poszczególnych województw. Natomiast należy dążyć do rozwijania możliwości uwzględniania w systemie informatycznym ochrony zdrowia wyników badania nowych wskaźników, m.in. dotyczących jakości i efektywności leczenia. Szacowana przez zespół KRN średnia kompletność rejestracji nowych zachorowań wynosi ok. 94%, ale utrzymują się istotne różnice regionalne pomiędzy poszczególnymi województwami. Na znacznie niższym poziomie zgłaszane są dane dotyczące stopnia zaawansowania nowotworów w momencie rozpoznania (60%–80% w zależności od lokalizacji).

Natomiast zdaniem autorów map potrzeb zdrowotnych, kompletność danych KRN jest faktycznie znacznie niższa i wynosi średnio 72%. Dodatkowo połączenie sprawozdawczości KRN z tzw. kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) spowodowało obniżenie jakości danych KRN, ponieważ karta zgłoszenia nowotworu nie była wypełniana u części chorych leczonych poza „pakietem onkologicznym”.

Systemy pozwalające na zbieranie i analizę rzetelnych i bieżących danych są szczególnie istotne w przypadku zakażeń szpitalnych. Od ich sprawności zależy w dużej mierze życie pacjentów. Zakażenia szpitalne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowią aktualnie poważny problem wszystkich szpitali, nawet tych z krajów o najwyższych standardach opieki zdrowotnej i dotyczą od 5% do 10% osób leczonych w szpitalu. Zakładając, że ok. 5% pacjentów hospitalizowanych ulega zakażeniom szpitalnym, daje to roczną liczbę zakażeń szpitalnych w naszym kraju na poziomie ok. 400 tys.

Zakażenia szpitalne powodują powikłania choroby podstawowej prowadzące często do niepełnosprawności, są przyczyną wydłużenia pobytu w szpitalu i zwiększają koszty świadczonych usług. Dodatkowym czynnikiem generującym koszty są roszczenia pacjentów, którzy ulegli zakażeniu i potrafią udokumentować, że stało się to z winy szpitala.

Monitorowanie, zgodnie ze standardami akredytacyjnymi Kontroli Zakażeń³²⁶, jest pierwszym etapem działań zmierzających do redukcji ryzyka zakażeń w szpitalu. Polega ono na wyszukiwaniu, rejestracji oraz analizie danych, stanowiących podstawę do podejmowania dalszych działań. Monitorowanie powinno dotyczyć w szczególności zakażeń: miejsca operowanego, dróg moczowych, dróg oddechowych, w tym zapalenia płuc u pacjentów leczonych z wykorzystaniem respiratora, łożyska naczyniowego (sepsa pierwotna, sepsa odcewnikowa).

Funkcjonujące w skontrolowanych szpitalach systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach szpitalnych nie dostarczały rzetelnych danych o skali zjawiska. W ponad 10% skontrolowanych szpitali w ogóle nie prowadzono rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych,

Rejestry związane
z zakażeniami szpitalnymi

³²⁵ „Strategia walki z rakiem”.

³²⁶ KZ 2. pn. „W szpitalu wprowadzono program monitorowania zakażeń”.

mimo ustawowego obowiązku. Nierzetelnie, z pominięciem wielu danych, sporządzane były przez lekarzy karty rejestracji zakażenia szpitalnego, stanowiące podstawę wpisu do rejestru zakażeń szpitalnych.

W 18% skontrolowanych przez NIK kartach nie opisano czynników ryzyka, w 23% nie podano zastosowanego leczenia antybiotykowego, w 15,1% nie odnotowano wykonania badania mikrobiologicznego, w 4% nie określono postaci klinicznej zakażenia, a w 3% kart nawet nie podano danych pacjenta.

Ponad 1/3 kart wypełniono z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 288 dni, co nie pozwalało na bieżące prowadzenie rejestru zakażeń szpitalnych.

W 11,1% szpitali w ogóle nie prowadzono rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, co było niezgodne z art. 14 ust. 2 ustawy *o zwalczaniu zakażeń*.

Konsekwencją nieskutecznych systemów monitorowania i raportowania o zakażeniach w większości szpitali był brak wiedzy o skali tego zjawiska. W rocznych „Sprawozdaniach o działalności szpitala ogólnego” za 2016 r. ponad 56% szpitali nie ujawniło danych o liczbie pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zakażenia wewnątrzszpitalnego i liczbie zgonów z tego powodu.

O braku wiarygodnych danych krajowych dotyczących zakażeń szpitalnych świadczą również prowadzone, poza oficjalną sprawozdawczością, wyniki tzw. badań punktowych³²⁷. Na ich podstawie można ocenić, że liczba zakażeń szpitalnych jest nawet 5-krotnie wyższa niż wynika to z danych Ministerstwa Zdrowia prezentowanych w mapach potrzeb zdrowotnych.

Sepsa W okresie objętym kontrolą nierzetelny system monitorowania i raportowania o zakażeniach na poziomie szpitali powodował, że nie było precyzyjnych danych o sytuacji epidemiologicznej kraju, w tym dotyczących sepsy. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (dalej „NIZP – PZH”) został upoważniony przez Głównego Inspektora Sanitarnego do prowadzenia Rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej i ich podejrzeń. Według Raportów Epidemiologicznych sporządzonych przez NIZP-PZH, w okresie objętym kontrolą zarejestrowano łącznie 2460 przypadków posocznicy w trzech jednostkach chorobowych, w tym: 954 w 2015 r., 872 w 2016 r. i 634 w I półroczu 2017 r. Zgodnie z informacją przekazaną przez Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) z dnia 29 stycznia 2018 r.³²⁸, Zakład nie dysponuje danymi o zachorowaniach na sepsę.

W związku z tym, że w Polsce nie jest prowadzony rejestr obejmujący wszystkie rozpoznane przypadki sepsy, w grudniu 2016 r. Rzecznik Praw

³²⁷ Badania Punktowe Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną i Stosowania Antybiotyków w latach 2012–2014, prowadzone w polskich szpitalach.

³²⁸ Informacja dla NIK przekazana przez Kierownika Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) z 29 stycznia 2018 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy *o NIK*.

Pacjenta zwrócił się do Ministra Zdrowia w sprawie utworzenia takiego rejestru. W uzasadnieniu Rzecznik stwierdził, że wprowadzenie takiego rejestru pozwoli na stworzenie narodowego programu leczenia ciężkich zakażeń ogólnoustrojowych na wzór programu kardiologicznego, co w konsekwencji poprawi skuteczność leczenia sepsy. Dotychczas nie został utworzony taki rejestr.

Minister Zdrowia poinformował, że Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, pismem z dnia 2 stycznia 2017 r., zwrócił się do Rzecznika Praw Pacjenta z prośbą o przekazanie danych dotyczących przypadków ciężkiej sepsy, które pozwolą m.in. na podjęcie decyzji o utworzeniu rejestru w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia³²⁹.

Tymczasem z informacji otrzymanej z NFZ³³⁰ wynika, że w okresie objętym kontrolą liczba pacjentów (dorosłych) hospitalizowanych z powodu sepsy w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wyniosła łącznie 51 537 pacjentów. W 2016 r., w porównaniu do 2015 r., odnotowano wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem sepsy o 13%, tj. z 19 053 w 2015 r. do 21 522 pacjentów w 2016 r. W I półroczu 2017 r. z powodu sepsy leczono w szpitalach 10 962 pacjentów. Wartość udzielonych świadczeń tym pacjentom w okresie objętym kontrolą wyniosła 449 770,1 tys. zł, w tym: 164 210,2 tys. zł w 2015 r., 190 356,5 tys. zł w 2016 r., 95 203,4 tys. zł w I półroczu 2017 r.

O niekompletności danych dotyczących zakażeń związanych z pobytem w szpitalu świadczy również fakt, że statystyka nie obejmuje tzw. zakażeń poszpitalnych, gdy zakażenie rozwija się po wyjściu ze szpitala, chociaż doszło do niego w trakcie pobytu pacjenta w podmiocie leczniczym.

W systemie ochrony zdrowia, w ograniczonym zakresie monitoruje się również zużycie antybiotyków. Dane zużycia tych leków uzyskiwane są z Narodowego Funduszu Zdrowia i obejmują informacje o wykupionych przez pacjentach receptach refundowanych ze środków Funduszu jedynie w odniesieniu do opieki ambulatoryjnej. Oznacza to, że Minister Zdrowia, podmiot odpowiedzialny za kreowanie polityki państwa w sferze ochrony zdrowia, nie ma wiedzy na temat całkowitego zużycia antybiotyków, co jest istotne z uwagi na zjawisko tzw. lekooporności patogenów.

Tymczasem w 2016 r., w porównaniu do 2015 r., w skali kraju nastąpił wzrost liczby pacjentów zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii *Klebsiella Pneumoniae* NDM (+), o 278,7%. W 2016 r. odnotowano także wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem sepsy, o 13%, w porównaniu do roku wcześniejszego.

Monitorowanie zużycia antybiotyków

³²⁹ Informacja dla NIK przekazana przez Ministra Zdrowia 15 lutego 2018 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

³³⁰ Informacja otrzymana 17 listopada 2017 r. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Zasoby informacyjne systemu a mapy potrzeb zdrowotnych

Nierzetelne dane znajdujące się w rejestrach systemu ochrony zdrowia stanowią również poważny problem w procesie ustalenia potrzeb zdrowotnych ludności, a w konsekwencji określenia niezbędnych zasobów kadrowych i materialnych systemu, koniecznych do zaspokojenia tych potrzeb.

W przypadku danych zamieszczonych w Krajowym Rejestrze Nowotworów, powodowało to konieczność dokonywania szacunków; niska jakość danych w MPZ została potwierdzona również przez niektórych wojewodów. Z kolei ze względu na niekompletność danych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostkich Zespołów Wieńcowych PL-ACS oraz w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, przy opracowywaniu MPZ w ogóle nie wykorzystano informacji z tych źródeł.

Pomimo nierzetelności części danych zamieszczonych w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych lub braku wymaganych prawem prognoz, co negatywnie wpłynęło na proces ustalania przez wojewodów regionalnych priorytetów zdrowotnych, wdrożono system IOWISZ służący ocenie wniosków inwestycyjnych podmiotów leczniczych³³¹. Stwarza to ryzyko przebudowy systemu i wydatkowania środków publicznych w sposób nieadekwatny do potrzeb zdrowotnych ludności.

Ograniczona sprawozdawczość w POZ

W 2016 r. nastąpił wzrost kosztów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (9 461 494,89 tys. zł), w stosunku do 2015 r. o 7,50% (8 801 281,43 tys. zł), a w stosunku do 2014 r. – o 22,85% (7 701 361,75 tys. zł). Miało to miejsce przy jednoczesnym ograniczeniu przez Ministra Zdrowia sprawozdawczości badań diagnostycznych w POZ z indywidualnej na zbiorczą. Mimo, że do końca 2015 r. sprawozdania z wykonania badań diagnostycznych³³², z 77% praktyk lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej były wykonywane ze szczególną starannością co do pacjenta, Minister Zdrowia 26 kwietnia 2016 r. uchylił przepisy zobowiązujące do sprawozdawania badań z taką dokładnością³³³. W ocenie NFZ, tym samym odebrano płatnikowi narzędzie dostarczające wiarygodnych danych, umożliwiających m.in. na analizę jakości udzielanych świadczeń i kontrolę realizacji zadań lekarza POZ.

³³¹ Minister Zdrowia, na podstawie art. 95h ustawy o świadczeniach, wydał rozporządzenie z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ); Dz. U. poz. 1539; rozporządzenie uchylone z dniem 13 lipca 2018 r. Od tego dnia (po zmianie brzmienia art. 95h ustawy o świadczeniach) obowiązują dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. – wydane na podstawie art. 95h ust. 1 ustawy o świadczeniach rozporządzenie w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1347) oraz wydane na podstawie art. 95h ust. 2 ustawy o świadczeniach rozporządzenie w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1348).

³³² Badania znajdujące się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

³³³ Zmiana § 6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.), wprowadzona rozporządzeniem z dnia 30 marca 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 482).

Zmiany w zasadach realizacji sprawozdawczości wpłynęły na zmianę zasad finansowania świadczeń lekarza POZ. W rozliczaniu świadczeń zniesiona została zasada gradacji stawki kapitacyjnej w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawcę wskaźnika wykonania badań diagnostycznych³³⁴. Zdaniem Funduszu, mechanizmy motywujące w zasadach finansowania świadczeń lekarza POZ na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, pozytywnie wpływały na jakość realizowanej sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych. Obserwowany spadek liczby wykonanych badań w 2015 r., w porównaniu do 2014 r., miał bezpośredni związek z indywidualną formą sprawozdawczości³³⁵. Jest ona dokładniejsza, a przekazane dane łatwiejsze do oceny w procesie kontroli realizacji umów. Sprawozdawczość szczegółowa była tym bardziej istotnym narzędziem, w sytuacji niskiej jakości świadczeń profilaktycznych udzielanych przez niektórych lekarzy POZ, co było już kilkakrotnie wskazywane przez NIK, a jak wynika z kontroli przeprowadzonych przez NIK w podstawowej opiece zdrowotnej³³⁶, w ostatnich 10 latach nie nastąpiła poprawa w tym zakresie. Pracownicy POZ stanowią często pierwszy kontakt pacjenta z systemem opieki zdrowotnej i odgrywają kluczową rolę w promocji zdrowia oraz we wczesnym wykrywaniu chorób.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że zmiany te stanowiły realizację jednego z ustaleń uzgodnionych przez Ministra Zdrowia z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej.

3.5.5. Nierzetelność danych zawartych w dokumentacji medycznej

Podstawowym nośnikiem informacji o stanie zdrowia pacjenta jest jego dokumentacja medyczna. Kontrole NIK wykazały, że w wielu przypadkach była ona prowadzona nierzetelnie i nie zawiera kluczowych informacji. Ich uwzględnienie warunkuje skuteczność prowadzonych terapii, a nawet bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta (dotyczy to np. wiedzy o różnych zażywanych lekach i zachodzących pomiędzy nimi interakcjach).

³³⁴ Zgodnie z załącznikiem Nr 1a do zarządzenia Nr 86/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (NFZ poz. 86), w brzmieniu nadanym załącznikiem Nr 2 do zarządzenia nr 3/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniającego zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (NFZ poz. 3).

³³⁵ W ramach umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ w 2014 r. sprawozdanych zostało 100,85 tys. badań diagnostycznych, w 2015 r. – 97,48 badań, w 2016 r. – 108,36 badań.

³³⁶ NIK wskazywała m.in. na zaniechanie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wykonywania i dokumentowania badań lekarskich (w tym profilaktycznych), w celu wczesnego rozpoznania chorób cywilizacyjnych, u osób zaliczanych do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, nowotworowych i dietozależnych (w tym cukrzycy). Informacja o wynikach kontroli Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze) (Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KZD), Informacja o wynikach kontroli Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych (Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD), a także Informacja o wynikach kontroli Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego (Nr. ewid. 43/2017/P/16/057/KZD).

Nierzetelne dane w dokumentacji medycznej

Kontrole NIK prowadzone w ostatnich latach nieodmiennie wskazują, na problemy z rzetelnym prowadzeniem dokumentacji medycznej³³⁷. Ponad 87% kontrolowanych podmiotów leczniczych prowadziło dokumentację medyczną z naruszeniem wymogów określonych w przepisach prawnych³³⁸. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nie tylko kwestii formalnych, ale w części przypadków świadczyły o braku należytej staranności w dokumentowaniu procesu diagnozowania i leczenia pacjentów (co mogło wpływać negatywnie na leczenie pacjenta).

Najwięcej nieprawidłowości odnotowano w dokumentacji prowadzonej w lecznictwie ambulatoryjnym, gdzie w 924 – spośród 930 badanych dokumentacji (99,4%) – stwierdzono przypadki naruszenia przepisów rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej (zwanej dalej DM).

Stwierdzono m.in. brak wpisów dokumentujących przeprowadzenie wywiadu z pacjentem. W dokumentacji prowadzonej przez lekarzy POZ brakowało informacji o przebytych chorobach (w 62,5% DM), pobytach w szpitalu (w 65,4% DM), zabiegach lub operacjach (w 78,8% DM), o chorobach przewlekłych (w 29,2% DM)³³⁹. Natomiast w dokumentacji prowadzonej przez lekarzy specjalistów wspomniane nieprawidłowości stwierdzono – odpowiednio – w 72%, 70,7%, 84,9%, 50% badanej dokumentacji³⁴⁰.

W dokumentacji medycznej prowadzonej w lecznictwie stacjonarnym, uchybienia stwierdzono w 47,5% przypadków. W 12,3% badanej dokumentacji wpisy lekarzy nie były autoryzowane, a w 20,2% DM nie podano specjalizacji lekarzy dokonujących wpisów i udzielających świadczeń zdrowotnych. Brak prawidłowej autoryzacji wpisów lub niekompletne dane, identyfikujące personel medyczny, uniemożliwiają przypisanie odpowiedzialności za leczenie pacjenta.

Szczególnie niepokojące wydają się zaniedbania w prowadzeniu dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy POZ. To właśnie ta grupa ma najczęstszy kontakt z pacjentami oraz warunkuje skuteczne działania profilaktyczne. Tymczasem niska jakość świadczeń profilaktycznych udzielanych przez niektórych lekarzy POZ oraz nierzetelność prowadzonej dokumentacji medycznej w tym zakresie była już dwukrotnie wskazywana przez NIK³⁴¹. Ustalenia tych kontroli wskazują, że w ostatnich 10 latach nie nastąpiła poprawa.

³³⁷ Patrz informacja o wynikach kontroli NIK „Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej”, a także Informacja o wynikach kontroli Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze) oraz Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”.

³³⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.) zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

³³⁹ Lub informacji, iż takie zdarzenia nie miały miejsca.

³⁴⁰ Obowiązek dokonania tych wpisów wynikał z § 42 ust. 3 pkt 1–4 uchylonego rozporządzenia w sprawie DM.

³⁴¹ Informacja o wynikach kontroli „Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)” (Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KZD) oraz Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych” (Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD).

W dokumentacji pacjentów³⁴² brakowało wpisów wymaganych § 42 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz § 41 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w tym m.in.:

- w 28% kart zdrowia nie zamieszczono wpisów o istotnych informacjach dotyczących przebytych poważnych chorób (lub ich braku),
- w 13% kart zdrowia nie zamieszczono informacji dotyczących chorób przewlekłych (lub ich braku),
- 23% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących pobytów w szpitalu (lub ich braku),
- w 36% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących zabiegów chirurgicznych (lub ich braku),
- w 63% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących szczepień i o stosowanych surowicach (lub ich braku),
- w 61% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących uczuleń (lub ich braku),
- w 60% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących obciążeń dziedzicznych (lub ich braku),
- w 55% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących wzrostu i masy ciała (BMI).

Analiza dokumentacji medycznej tych pacjentów wykazała, że nie u wszystkich pacjentów były wykonywane badania diagnostyczne:

- u 24% pacjentów nie wykonano badań diagnostycznych, w związku z podejrzeniem nowotworu złośliwego oraz z wydaniem Karty DiLO. Dotyczyło to w szczególności pacjentów, którzy zgłosili się po ich wystawienie w związku z podejrzeniem nowotworu w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub leczeniu szpitalnym, lub z badaniami wykonanymi we własnym zakresie;
- w 80% kart nie zawarto adnotacji o przeprowadzonych rozmowach dotyczących profilaktyki chorób nowotworowych;
- u 91% pacjentów nie wykonano badania per rectum (lub brakowało informacji o odmowie pacjenta poddania się temu badaniu);
- u 57% pacjentek w dokumentacji nie zawarto informacji o wykonaniu badania gruczołu piersiowego (USG, mammografia) i/lub instruktażu samobadania piersi;
- u 61% pacjentek w dokumentacji nie zawarto informacji o wykonanych badaniach cytologicznych;
- w dokumentacji 84% pacjentów nie zawarto informacji o wykonaniu kolonoskopii, a u 81% pacjentów o wykonaniu gastrokopii;
- w dokumentacji 43% pacjentów nie zawarto adnotacji o wykonaniu RTG płuc.

³⁴² Kontrola NIK Nr P/16/057 „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”, Warszawa czerwiec 2017 r. Analizą objęto 150 kart historii zdrowia i choroby pacjentów pięciu kontrolowanych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w rodzaju podstawowej opieka zdrowotna, z wystawioną kartą DiLO, w wieku 23–97 lat, którzy pozostawali pod opieką lekarzy POZ średnio przez 15 lat (min. 0, maks. 54 lata). Badaniem objęto wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej za lata 2012–2016.

Należy zauważyć, że rak gruczołu krokowego jest schorzeniem, którego znaczenie w ostatnim dziesięcioleciu ogromnie wzrosło ze względu na wzrastającą zachorowalność, a także na wydłużenie czasu życia mężczyzn. Nowotwór ten można rozpoznać obecnie w znacznie wcześniejszym stadium zaawansowania, co daje możliwość skuteczniejszego leczenia. Z tych względów wiedza dotycząca tego schorzenia powinna być ciągle uaktualniana wśród lekarzy mających najczęstszy kontakt z pacjentem³⁴³. W 1/3 kontrolowanych podmiotów leczniczych ustalone zostały ograniczenia w zlecaniu badań przez lekarzy POZ, co mogło negatywnie wpływać na liczbę zlecanych badań diagnostycznych.

Stwierdzone w toku kontroli liczne przykłady nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej wskazują na niską świadomość personelu medycznego znaczenia poprawnego jej prowadzenia. W wyjaśnieniach składanych w toku kontroli świadczeniodawcy wskazywali, iż „jest to przykry, biurokratyczny obowiązek, zajmujący zbyt wiele czasu”. NIK zauważa, iż w naszym kraju nie funkcjonuje jeszcze model organizacyjny, w którym istotną część obowiązków związanych z prowadzeniem dokumentacji przejmują pracownicy niemedyczni.

Celowe jest zatem podejmowanie działań zmierzających do wykorzystania personelu medycznego, głównie lekarskiego, zgodnie z jego kwalifikacjami, przy jednoczesnym „przekazaniu” spraw związanych z dokumentacją medyczną, czy statystyką wyspecjalizowanemu personelowi niemedycznemu.

Warty odnotowania jest również fakt, iż w podmiotach, które prowadziły część dokumentacji w formie elektronicznej, udało się wyeliminować szereg uchybień związanych z jej prowadzeniem (dotyczących czytelności, kompletności, czy częstości wpisów)³⁴⁴. Obowiązek prowadzenia całości dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej został wprowadzono w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

Dokumentacja medyczna a wprowadzenie nowoczesnych instrumentów dzielenia ryzyka

Brak elektronicznej dokumentacji medycznej ogranicza również możliwości pełnego wprowadzenia procedur medycznych opartych na udowodnionej efektywności, a także nowoczesnych instrumentów tzw. dzielenia ryzyka w przypadku refundacji najnowszych leków. Instrumenty dzielenia ryzyka uzależniające decyzje refundacyjne od odpowiedzi klinicznej pacjentów, tj. systemy oparte na wynikach zdrowotnych, możliwe są do wdrożenia jedynie w przypadku funkcjonowania efektywnych systemów

³⁴³ Por. „Rak stercza” red. Romuald Zdrojowy. Wydawnictwo Termedia 2014 r. ISBN : 978-83-7988-297-7.

³⁴⁴ Kwestie związane z ucyfrowieniem dokumentacji medycznej zawierają: Ustawa o prawach pacjenta, Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zakłada obowiązkowe prowadzenie od 1 stycznia 2019 r. m.in. historii choroby), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej. Ostatnie z wymienionych rozporządzeń przewiduje, że wymóg prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej od 1 stycznia 2019 r. będzie obejmował: informację m.in. o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań i innych udzielonych w placówce świadczeniach, a także o przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, informację dla lekarza kierującego pacjenta do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

zbierania i analizowania danych medycznych. Bez zbierania danych jednostkowych i bez ich analizy wprowadzenie takich instrumentów jest utrudnione.

3.5.6. Rekomendacje

Powodzenie każdej reformy systemu ochrony zdrowia zależy w dużej mierze od jakości, w tym aktualności, danych zawartych w systemach informacyjnych.

Rekomendacje NIK

Nowe systemy informacyjne powinny pozwolić również na **uszczelnienie weryfikacji świadczeń przedstawianych do rozliczeń z NFZ**. Przypadki przedstawiania przez podmioty lecznicze świadczeń, które w rzeczywistości nie zostały wykonane, wskazują na potrzebę wprowadzenia systemu, który zmniejszy ryzyko wystąpienia takich nieprawidłowości.

Należy w pierwszej kolejności wdrożyć system obiegu informacji, a w szczególności:

1) **Zakończyć budowę tzw. systemu P1³⁴⁵ i wdrożyć go do użytku.**

Konieczne jest również jak najszybsze pełne wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Wybrane dane pochodzące z tej dokumentacji (np. wyniki wybranych badań, których konieczność wykonania powinna wynikać ze standardów organizacji udzielania świadczeń) muszą na bieżąco zasilać epidemiologiczne rejestry medyczne, żeby można było oceniać np. efekty leczenia. To z kolei pozwoli Ministrowi Zdrowia na włączenie do tzw. „koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych”, przy uwzględnieniu rachunku kosztów, tylko tych procedur medycznych, których skuteczność będzie udowodniona.

2) **Objąć obowiązkiem sprawozdawczym zjawisk epidemiologicznych również podmioty prywatne.**

Coraz większa część środków wydatkowana jest poza systemem publicznym, a tak szerokie korzystanie z usług prywatnych świadczeniodawców ogranicza wiedzę organizatorów systemu na temat zjawisk epidemiologicznych. Zasadnym jest rozszerzenie źródeł uzyskiwania danych. Niepełna informacja o zachodzących w systemie zjawiskach utrudnia organom państwa planowanie i podejmowanie decyzji organizacyjnych w skali całego systemu.

³⁴⁵ W wyniku realizacji projektu P1 miała powstać „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. Jego realizacja pozwoli na usprawnienie procesów związanych z planowaniem i realizacją świadczeń zdrowotnych, monitorowaniem i sprawozdawczością z ich realizacji, dostępem do informacji o udzielanych świadczeniach oraz publikowaniem informacji w obszarze ochrony zdrowia. Wdrażane rozwiązania umożliwią tworzenie, gromadzenie i analizę informacji o zdarzeniach medycznych. Tzw. funkcjonalności „Elektronicznej Platformy...” będą wdrażane stopniowo. Od 1 stycznia 2020 roku recepty będą wystawiane obowiązkowo w postaci elektronicznej. Od października 2018 r. do czerwca 2019 r. trwa pilotaż tzw. e-skierowania.
<https://www.csioz.gov.pl/projekty/realizowane/projekt-p1/>

3) Opracować jednolite słowniki i formaty przekazywania danych.

Brak jednolitości w tym obszarze może powodować szereg negatywnych skutków, takich jak np. nieporównywalność danych o kosztach udzielonych świadczeń, czy brak możliwości oceny ich jakości, co uniemożliwia porównanie efektów stosowanych procedur terapeutycznych.

4) Poprawić jakość danych wprowadzanych do systemu informacyjnego ochrony zdrowia.

Występuje istotny problem z rzetelnym prowadzeniem dokumentacji medycznej. Niektóre podmioty lecznicze prowadzą dokumentację medyczną z naruszeniem wymogów określonych w przepisach prawnych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą nie tylko kwestii formalnych, ale w części przypadków świadczą o braku należytej staranności w dokumentowaniu procesu diagnozowania i leczenia pacjentów (co może powodować nieprawidłowy ich przebieg).

W podmiotach, w których wprowadzono prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej, udało się wyeliminować szereg uchybień związanych z jej prowadzeniem.

4. ZAŁĄCZNIKI

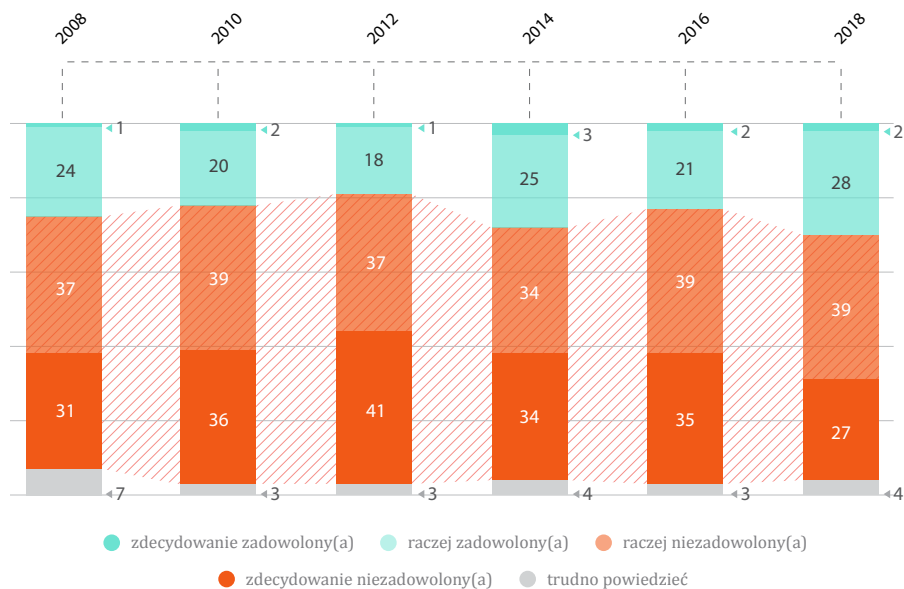
4.1. Badania opinii publicznej – ocena systemu ochrony zdrowia

Według opublikowanych w 2018 roku badań opinii publicznej 66% dorosłych Polaków negatywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce, w tym aż 27% – zdecydowanie negatywnie. Przeciwnego zdania jest 30% respondentów³⁴⁶. Równocześnie ponad 57% Polaków uważa, że zachowanie dobrego zdrowia obok szczęścia rodzinnego należy do najważniejszych wartości w ich życiu³⁴⁷.

Infografika nr 30

Udzielone odpowiedzi na pytanie ankietowe:

Czy ogólnie rzecz biorąc, jest Pan(i) zadowolony(a) czy też niezadowolony(a) z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna w naszym kraju?



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

Najwyższy odsetek niezadowolonych z funkcjonowania służby zdrowia (ponad 70%) jest wśród osób zamieszkałych w miastach od 20 do 500 tysięcy mieszkańców. Do bardzo niezadowolonych należą też osoby pracujące na własny rachunek (80%) oraz menedżerowie, specjaliści i pracownicy z wyższym wykształceniem (ponad 70%). Jest to równocześnie grupa, która najczęściej decyduje korzystać się z usług medycznych także poza systemem gwarantowanym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Najbardziej zadowoleni są zaś ankietowani w wieku powyżej 65 lat (45% zadowolonych). Choć i w tej grupie wiekowej większość respondentów negatywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia.

³⁴⁶ CBOS – badanie przeprowadzone w dniach 7–14 czerwca 2018 r. na liczącej 989 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

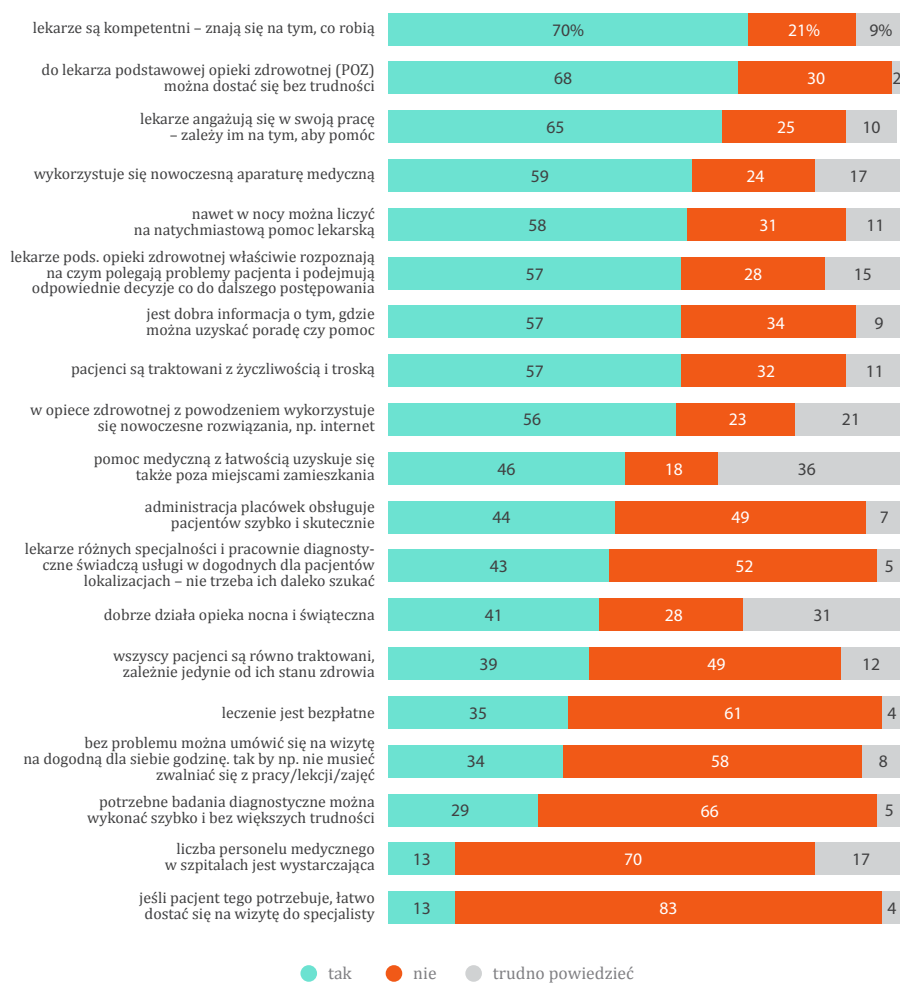
³⁴⁷ CBOS – badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (316) przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (*face-to-face*) wspomaganych komputerowo (CAPI) w dniach 8–15 września 2016 r. na liczącej 981 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Oceniając lekarzy, dorośli Polacy zauważają ich kompetencje, zaangażowanie, dobry dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ale irytują się na problemy związane z wykonywaniem badań diagnostycznych, zbyt małą liczbą personelu w szpitalach oraz trudnościami z umówieniem wizyty u lekarza specjalisty.

Infografika nr 31

Odpowiedzi udzielone na pytanie ankietowe:

Czy Pana(i) zdaniem można powiedzieć, że



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

Co ciekawe jednak odsetek osób, które twierdzą, że do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej można się dostać bez trudności zdecydowanie zmniejszył się na przestrzeni ostatnich 11 lat z 85% w 2007 r. do 68% w roku 2018.

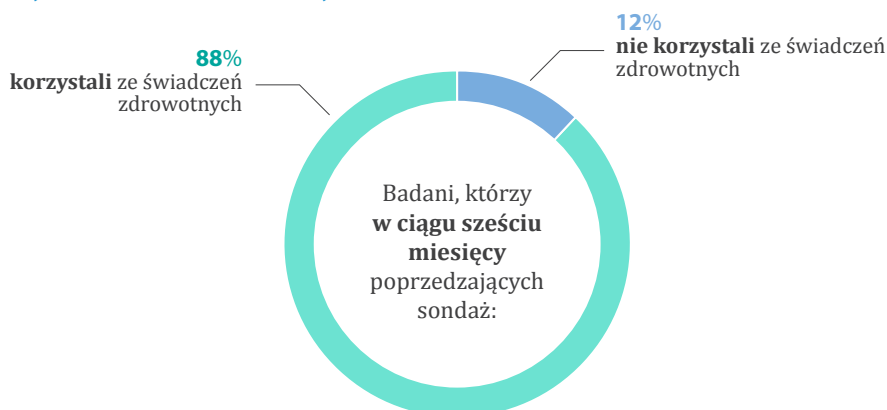
Dorośli Polacy pytani o przyczyny niezadowolenia z funkcjonowania służby zdrowia wskazują na przede wszystkim na **równoczesny brak odpowiednich nakładów i towarzyszące temu złe wykorzystanie środków przeznaczanych na służbę zdrowia**. Uważa tak blisko połowa badanych (49%).

Choć trzeba przyznać, że odsetek osób upatrujących złej kondycji służby zdrowia wyłącznie w niewłaściwym wykorzystywaniu środków zmalał z 37% w roku 2012 do 24% w roku 2018.

Niemal wszyscy dorośli Polacy korzystają każdego roku ze świadczeń i usług zdrowotnych.

Infografika nr 32

Procent badanych, którzy w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż korzystali/nie korzystali ze świadczeń zdrowotnych



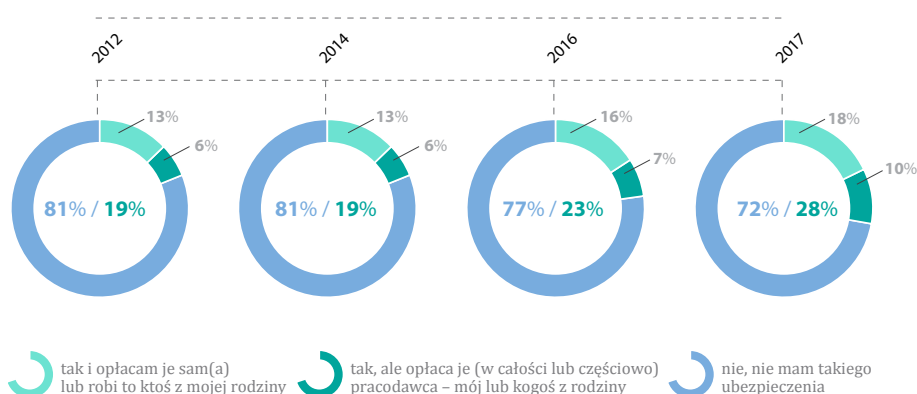
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

Najwięcej osób skorzystało z usług lekarza ogólnego (ponad 75%). Ponad połowa była w ciągu ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających sondaż u lekarza specjalisty (55%) oraz u stomatologa (53%), a także skorzystała z usług laboratorium analitycznego lub pracowni diagnostycznej (60%)³⁴⁸.

Od 2014 r. sukcesywnie rośnie liczba Polaków korzystających z dobrowolnie wykupionych abonamentów, polis, pakietów umożliwiających dostęp do usług świadczonych poza systemem finansowanym z pieniędzy NFZ. O ile w roku 2012 z tego rodzaju dobrowolnie wykupionych abonamentów, polis i pakietów korzystało 13% respondentów, to w roku 2018 odsetek ten zwiększył się o 5 punktów procentowych do 18%.

Infografika nr 33

Procent badanych, korzystających z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

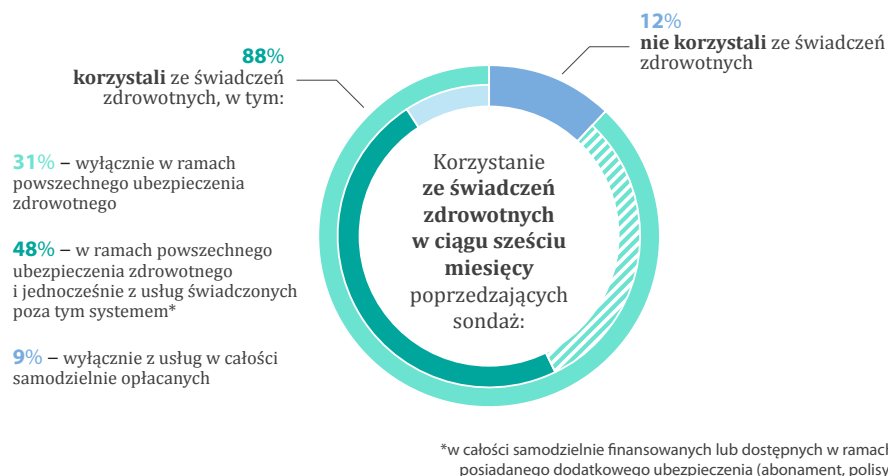
³⁴⁸ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (337) opublikowane przez CBOS w lipcu 2018 r.

ZAŁĄCZNIKI

Warto jednak dodać, że osoby, które mają wykupione abonamenty, polisy czy pakiety nie rezygnowały ze świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a jedynie uzupełniały o dostęp do usług samodzielnie opłacanych lub dostępnych w ramach wykupionych polis, abonamentów lub pakietów.

Infografika nr 34

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych³⁴⁹ w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

Podstawowym motywem skłaniającym dorosłych Polaków do skorzystania z usług finansowanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego była szansa na uzyskanie szybszych terminów wizyt, dalej dostęp do lepszych, zdaniem respondentów, specjalistów i spodziewane ich większe zaangażowanie.

Dla badanych ważna jest też możliwość kompleksowego załatwienia wielu problemów przy jednej wizycie oraz dogodniejsze godziny przyjęć.

Mniej osób zwraca przy takim wyborze uwagę na większy komfort leczenia, dogodniejszą lokalizację, czy większą życzliwość w czasie wizyty.

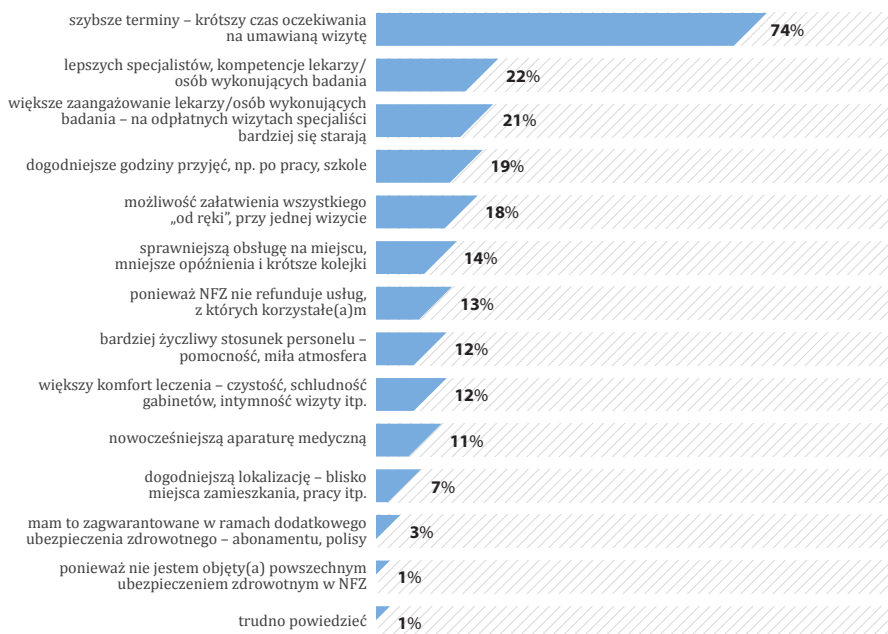
³⁴⁹ Dentysty (stomatologa) lub pracowni protetycznej, lekarza ogólnego, lekarza specjalisty bądź laboratorium analitycznego lub innej pracowni diagnostycznej, z powodu choroby albo stanu zdrowia swojego dziecka.

Infografika nr 35

Odpowiedzi udzielone na pytanie ankietowe:

Dlaczego wybrał(a) Pan(i) usługę/usługi finansowane i świadczone poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego?

Czy ze względu na:



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

Osoby korzystające ze służby zdrowia poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach wykupionych abonamentów polis czy pakietów najczęściej mieszkają w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (49%) i mają wyższe wykształcenie (49%).

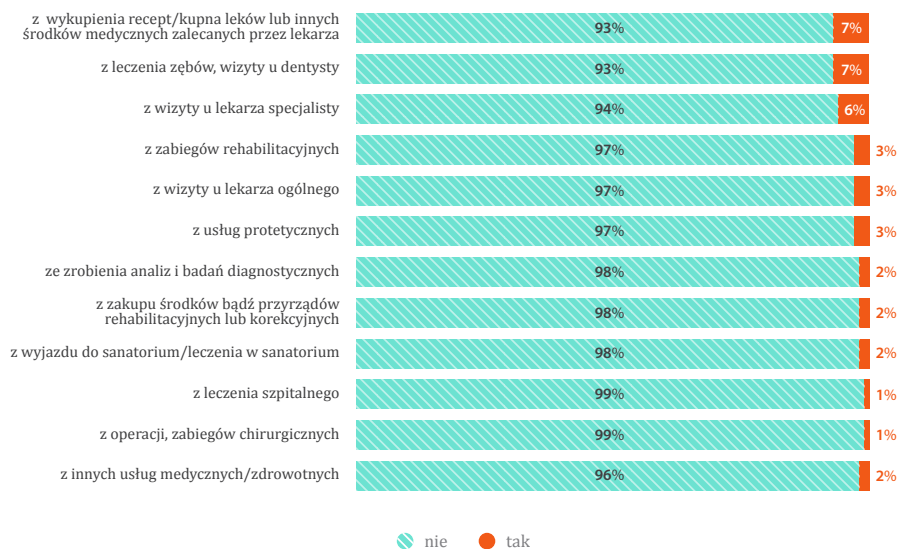
W świetle odpowiedzi respondentów nie znajduje uzasadnienia teza o niepodejmowaniu leczenia przez chorych z powodu braku środków³⁵⁰. Zdecydowana większość (ponad 90% dorosłych Polaków nie wskazuje w badaniach na tego rodzaju ograniczenie). Tylko 6% respondentów nie stać było na wizytę u specjalisty, 2% na wykonanie niezbędnych badań i 7% na wykupienie recept oraz na leczenie zębów.

³⁵⁰ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (313) przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (*face-to-face*) wspomaganych komputerowo (CAPI) w dniach 2–9 czerwca 2016 r. na liczącej 1002 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Infografika nr 36

Odpowiedzi udzielone na pytanie ankietowe:

Czy w ciągu półrocza poprzedzającego sondaż Pan(i) lub ktoś z Pana(i) gospodarstwa domowego był zmuszony z braku pieniędzy zrezygnować:



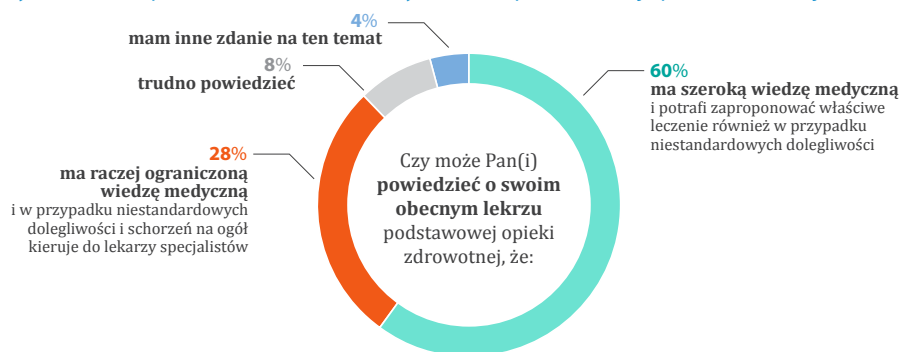
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

W 2017 r. CBOS bardzo dokładnie przyjrzał się ocenom Polaków jakie wystawiają lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej³⁵¹. Z badań wynika, że 97% respondentów wybrało przychodnię, w której korzysta ze świadczeń wchodzących w zakres podstawowej opieki zdrowotnej, w tym z wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zdecydowana większość respondentów (92%) zna z widzenia lub z nazwiska swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Problem z tym mają mieszkańcy dużych miast, gdzie odsetek niezorientowanych w tej sprawie sięga 15%. Respondenci, którzy znają swego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej mają do niego zaufanie (92%) i wysoko oceniają jego kompetencje.

Infografika nr 37

Odpowiedzi udzielone na pytanie ankietowe:

Czy może Pan(i) powiedzieć o swoim obecnym lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej, że:



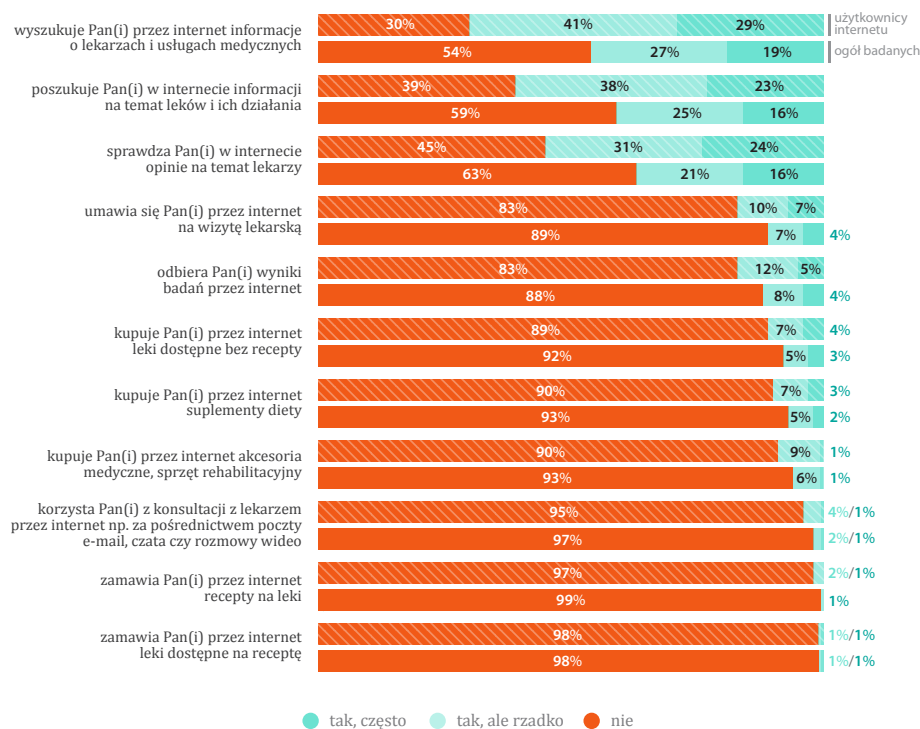
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

³⁵¹ Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (330) opublikowane przez CBOS w listopadzie 2017 r.

Rośnie w ostatnich latach liczba Polaków korzystających z Internetu przy wyszukiwaniu usług i świadczeń medycznych. 17% użytkowników Internetu umawia tą drogą wizytę u lekarza i odbiera wyniki badań.

Infografika nr 38

Odpowiedzi udzielone na pytanie ankietowe: *Czy zdarza się, że:*



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CBOS.

4.2. Wykaz paneli organizowanych przez NIK wraz z uczestnikami

Najwyższa Izba Kontroli zorganizowała pięć paneli mających na celu określenie najlepszych rekomendacji służących poprawie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W panelach tych uczestniczyli: zarządzający placówkami ochrony zdrowia, przedstawiciele właścicieli podmiotów leczniczych (głównie samorządu terytorialnego), przedstawiciele placówek udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a także eksperci zajmujący się problematyką zdrowia publicznego.

Panel zorganizowany
w Katowicach,
w dniu 5 grudnia 2018 r.

Uczestnicy panelu, który odbył się w dniu 5 grudnia 2018 r. w Katowicach, w którym uczestniczyli zarządzający podmiotami leczniczymi:

1. Piotr Pusty – Doradca Dyrektora Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
2. dr n. med. Marcin Maruszewski – Dyrektor CSK MSWiA w Warszawie;
3. Klaudia Rogowska – Dyrektor Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
4. dr n. med. Monika Domarecka – Dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
5. dr n. med. Przemysław Daroszewski – Dyrektor Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
6. dr n. med. Józef Kurek – Dyrektor Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Jaworznie;
7. Włodzimierz Migacz – Dyrektor Katowickiego Centrum Onkologii;
8. Wojciech Szrajber – Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi;
9. Krzysztof Grzesik – Dyrektor Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. E. Wojtyły w Jaroszowcu;
10. dr n. med. Renata Godyń-Swędzioł – Dyrektor Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie;
11. Paweł Lorek – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Miejskiego Szpitala nr 2 w Mysłowicach;
12. Grzegorz Nowak – Dyrektor Miejskiego Szpitala nr 2 w Mysłowicach;
13. Janusz Boniecki – Prezes Zarządu Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostródzie – Spółka Akcyjna, Wiceprezes Polskiej Federacji Szpitali;
14. Andrzej Prochot – Dyrektor Szpitala Powiatowego w Oleśnie Śląskim;
15. Urszula Łapińska – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łapach;
16. Janusz Atłachowicz – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu;
17. prof. dr hab. n. med. Jan Krakowiak – Prezes Zarządu Poddębickiego Centrum Zdrowia sp. z o.o.;
18. dr n.med. Konrad Jarosz – Dyrektor SPSK nr 1 w Szczecinie;
19. Tomasz Walasek – Dyrektor Szpitala Powiatowego w Sławnie;
20. Marcin Sygut – Dyrektor Samodzielnego Publicznego szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie;
21. Wojciech Kosiń – Główny księgowy w Krakowskim Szpitalu specjalistycznym im. Jana Pawła II.

Uczestnicy panelu, który odbył się w dniu 9 stycznia 2019 r. w Krakowie, w którym brali udział eksperci z zakresu zdrowia publicznego:

Panel zorganizowany w Krakowie, w dniu 9 stycznia 2019 r.

1. Ewa Borek – Prezes Fundacji „My Pacjenci”;
2. dr hab. Monika Dobska – prof. nadzw. EUP Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Wydział Zarządzania, Katedra Badań Rynku i Usług;
3. dr hab. Jacek Klich – prof. UE Uniwersytet Ekonomiczny, Wydział Gospodarki i Administracji Publicznej, Katedra Administracji Publicznej;
4. Wojciech Kosiń – Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II;
5. Izabela Kowalczyk-Sakwa – Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II;
6. Andrzej Kulig – I Zastępcy Prezydenta Miasta Krakowa;
7. dr n. med. Marcin Mikos – Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Dietla w Krakowie;
8. Agnieszka Pachciarz – Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu;
9. Agnieszka Pietraszewska-Macheta – Zastępca Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie ds. Mundurowych;
10. dr n. med. Anna Prokop-Staszecka – Dyrektor Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II;
11. Jakub Przybył – Dyrektor Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Kujawskim;
12. Piotr Pusty – Doradca Dyrektora Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki
13. dr Ekaterina Kissimova-Skarbek – Uniwersytet Jagielloński, Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Ekonomiki i Zabezpieczenia;
14. Andrzej Sośnierz – Poseł na Sejm RP;
15. dr hab. Christoph Sowada – Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Uczestnicy panelu, który odbył się w dniu 17 stycznia 2019 r. w Łodzi, w którym brali udział zarządzający podmiotami leczniczymi:

Panel zorganizowany w Łodzi, w dniu 17 stycznia 2019 r.

1. prof. dr hab. n. med. Maciej Banach – Dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
2. prof. dr hab. n. med. Radziśław Kordek – Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
3. Zbigniew Ziemba – Wicemarszałek Województwa Łódzkiego;
4. Waldemar Malinowski – Prezes Zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
5. Anna Aniśkiewicz – Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Powiecie Sokólskim;
6. Maria Wolska – Przedstawiciel Rady Powiatu Grodzkiego;
7. Eunika Adamus – Prezes Powiatowego Centrum Medycznego w Wieruszowie;
8. Krystyna Płukis – Dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim;
9. Jarosław Kycia – Dyrektor SP ZOZ w Bochni;
10. Szymon Kostrzewski – Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Łodzi.

Panel zorganizowany
w Poznaniu, w dniu
24 stycznia 2019 r.

Uczestnicy panelu, który odbył się w dniu 24 stycznia 2019 r. w Poznaniu, w którym brali udział przedstawiciele podmiotów udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej:

1. Prof. dr hab. n. med. Jarosław Drobnik – Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej;
2. Ewa Malewska – Zespół Lekarza Rodzinnego Pro Familia sp. z o.o. s.k.;
3. Ewa Gnalicka – Zespół Lekarza Rodzinnego Pro Familia sp. z o.o. s.k.;
4. Bożena Janicka – Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
5. Jarosław Król – Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
6. Dawid Dombek – ekspert Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
7. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk – konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
8. Marek Twardowski – Wiceprezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
9. Anna Machyna-Dybała – Poradnia Lekarska ŁAZARZ sp. z o.o.;
10. Joanna Ratajczak – Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu;
11. prof. dr hab. med. Tomasz Tomasik – Prezes Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
12. prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis – Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Panel „podsumowujący”,
zorganizowany w Centrali
NIK w Warszawie,
w dniu 21 lutego 2019 r.

Panel ekspertów zorganizowany w dniu 21 lutego 2019 r., w Centrali NIK w Warszawie, w celu wypracowania rekomendacji do informacji pn. „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”:

1. Piotr Pusty – Doradca Dyrektora Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
2. dr n. med. Przemysław Daroszewski – Dyrektor Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
3. prof. dr hab. Monika Dobska – Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu;
4. dr Jerzy Gryglewicz – Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego;
5. Bożena Janicka – Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
6. Dawid Dombek – Ekspert Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
7. dr hab. Jacek Klich – Profesor Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie;
8. Anna Warczyńska – Wiceprzewodnicząca Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali;
9. Waldemar Malinowski – Prezes Zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
10. Włodzimierz Migacz – Dyrektor Katowickiego Centrum Onkologii;
11. Agnieszka Pachciarz – Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu;
12. Piotr Rećko – Starosta Sokólski;
13. Anna M. Aniśkiewicz – Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Sokółce;
14. dr Andrzej Sokołowski – Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych;

ZAŁĄCZNIKI

15. Andrzej Mądrała – Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych;
16. Adam Struzik – Marszałek Województwa Mazowieckiego;
17. Marcin Sygut – Dyrektor Samodzielnego Publicznego szpitala Klinicznego nr2 PUM w Szczecinie;
18. Wojciech Szrajber – Dyrektor Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii w Łodzi;
19. dr Marek Balicki – Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
20. Joanna Kalinowska-Morka – Dyrektor Biura Głównego Inspektora Sanitarnego;
21. dr Krzysztof Kuszewski – Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego;
22. Wojciech Wiśniewski – Dyrektor ds. Relacji Zewnętrznych Fundacji Onkologicznej Alivia;
23. dr n. med. Konstanty Radziwiłł – Senator RP;
24. Paweł Maryniak – Zastępca Dyrektora Departamentu Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia;
25. Marek Wieźbicki – Starosta Powiatu Grodziskiego;
26. Krystyna Płukis – Dyrektor Szpitala Zachodniego im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim;
27. Roman Kolek – Wicemarszałek Województwa Opolskiego;
28. Marzanna Bieńkowska – Dyrektor Departamentu Postępowań Wyjaśniających Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

4.3. Wykaz kontroli NIK uwzględnionych przy opracowywaniu Informacji

Lp.	Numer informacji	Rok rejestracji informacji	Numer kontroli	Tytuł Informacji
1.	143/2008/P/07/101/ KPZ	2008	P/07/101	Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego
2.	147/2009/P/08/098/ KPZ	2009	P/08/09	Realizacja wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006–2008 (I półrocze)
3.	3/2013/P/12/123/ KZD	2013	P/12/123	Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych
4.	131/2013/P/12/124/ KZD	2013	P/12/124	Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych
5.	20/2013/P/12/125/ KZD	2013	P/12/125	Informatyzacja szpitali
6.	165/2013/P/13/128/ KZD	2013	P/13/128	Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 roku
7.	145/2013/P/12/137/ LKA	2013	P/12/137	Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych
8.	15/2014/P/12/145/ LKR	2014	P/12/145	Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia
9.	1/2014/P/13/129/ KZD	2014	P/13/129	Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
10.	16/2014/P/13/130/ KZD	2014	P/13/130	Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”
11.	37/2014/P/13/131/ KZD	2014	P/13/131	Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej
12.	151a/2014/P/13/132/ KZD	2014	P/13/132	Programy terapeutyczne i lekowe finansowane ze środków publicznych
13.	28/2014/P/13/146/ LKA	2014	P/13/146	Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego, finansowanych przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
14.	167/2014/P/13/166/ LOP	2014	P/13/166	Funkcjonowanie systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa
15.	165/2014/P/14/060/ KZD	2014	P/14/060	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 roku
16.	196/2014/P/14/061/ KZD	2014	P/14/061	Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe
17.	155/2014/P/14/085/ LKR	2014	P/14/085	Zapewnienie medycznych działań ratowniczych w województwie małopolskim

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Numer informacji	Rok rejestracji informacji	Numer kontroli	Tytuł Informacji
18.	155a/2014/P/14/096/ LOL	2014	P/14/096	Warunki leczenia na oddziałach pediatrycznych w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2011-2014
19.	173/2014/P/14/099/ LOP	2014	P/14/099	Wykonywanie przez wybrane gminy województwa opolskiego zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia
20.	204/2014/P/14/118/ LWR	2014	P/14/118	Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012-2014 (I półrocze)
21.	2/2015/P/14/062/ KZD	2015	P/14/062	Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym
22.	173/2015/P/14/063/ KZD	2015	P/14/063	Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych
23.	3/2015/P/14/064/ KZD	2015	P/14/064	Funkcjonowanie szpitali klinicznych
24.	41/2015/P/14/065/ KZD	2015	P/14/065	Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej
25.	157/2015/P/14/091/ LLU	2015	P/14/091	Restrukturyzacja szpitali prowadzony przez samorządy województw lubelskiego i śląskiego poprzez łączenie szpitali lub oddziałów szpitalnych w latach 2010-2014
26.	148/2015/P/14/123/ LZG	2015	P/14/123	Zapewnienie stabilności finansowej i warunków wykonywania działalności leczniczej Szpitala w Gorzowie Wlkp.
27.	192/2015/P/15/059/ KZD	2015	P/15/059	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku
28.	220/2015/P/15/060/ KZD	2015	P/15/060	Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych
29.	199/2015/P/15/061/ KZD	2015	P/15/061	Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej
30.	203/2015/P/15/065/ LBI	2015	P/15/065	Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych
31.	206/2015/P/15/068/ LBY	2015	P/15/068	Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne
32.	209/2015/P/15/080/ LKR	2015	P/15/080	System szczepień ochronnych dzieci
33.	1/2016/P/14/078/ LKA	2016	P/14/078	Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze
34.	19/2016/P/15/062/ KZD	2016	P/15/062	Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego
35.	10/2016/P/15/063/ KZD	2016	P/15/063	Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego
36.	43/2016/P/15/072/ LKA	2016	P/15/072	Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu
37.	149/2016/P/15/085/ LLU	2016	P/15/085	Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Numer informacji	Rok rejestracji informacji	Numer kontroli	Tytuł Informacji
38.	171/2016/P/16/053/ KZD	2016	P/16/053	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku
39.	211/2016/P/16/054/ KZD	2016	P/16/054	Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia
40.	186/2016/P/16/055/ KZD	2016	P/16/055	Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
41.	189/2016/P/16/067/ LKA	2016	P/16/067	Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin
42.	195/2016/P/16/078/ LLO	2016	P/16/078	Dopuszczanie do obrotu suplementów diety
43.	179/2016/P/16/091/ LSZ	2016	P/16/091	Spełnianie wymogów określonych dla uzdrowisk
44.	18/2016/P/15/092/ LOP	2016	P/15/092	Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych
45.	14/2016/P/15/095/ LPO	2016	P/15/095	Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe
46.	17/2016/P/15/109/ LZG	2016	P/15/109	Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne
47.	42/2017/P/16/056/ KZD	2017	P/16/056	Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej
48.	43/2017/P/16/057/ KZD	2017	P/16/057	Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego
49.	152/2017/P/16/059/ LBI	2017	P/16/059	Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie
50.	10/2017/P/16/073/ LKR	2017	P/16/073	Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych
51.	64/2017/P/16/077/ LLU	2017	P/16/077	Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim
52.	45/2017/P/16/084/ LOP	2017	P/16/084	Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej
53.	6/2017/P/16/088/ LPO	2017	P/16/088	Dostępność terapii przeciwbólowej
54.	5/2017/P/16/098/ LWR	2017	P/16/098	Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy
55.	157/2017/P/17/056/ KZD	2017	P/17/056	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku
56.	193/2017/P/17/057/ KZD	2017	P/17/057	Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2
57.	191/2017/P/17/059/ KZD	2017	P/17/059	Tworzenie mapy potrzeb zdrowotnych
58.	17/2017/P/17/072/ LKI	2017	P/17/072	Diagnostyka nowotworów w badaniach patomorfologicznych
59.	195/2017/P/17/084/ LLO	2017	P/17/084	Żywienie pacjentów w szpitalach
60.	177/2017/P/17/093/ LPO	2017	P/17/093	Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Numer informacji	Rok rejestracji informacji	Numer kontroli	Tytuł Informacji
61.	175/2017/megainfo/ KZD	2017	megainformacja KZD 2017	Dostępność i efekty leczenia nowotworów
62.	12/2018/P/17/058/ KZD	2018	P/17/058	Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym
63.	13/2018/P/17/060/ KZD	2018	P/17/060	Zakażenia w podmiotach leczniczych
64.	1/2018/P/17/061/LBI	2018	P/17/061	Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich
65.	19/2018/P/17/102/ LWA	2018	P/17/102	Bezpieczeństwo badań genetycznych
66.	14/2018/P/17/103/ LWA	2018	P/17/103	Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach
67.	7/2018/P/17/105/ LWR	2018	P/17/105	Zapobieganie i leczenie depresji
68.	139/2018/P/17/110/ LZG	2018	P/17/110	Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych
69.	17/2018/D/17/501/ LKA	2018	D/17/501	Wydzierżawianie mienia komunalnego powiatów, obejmującego składniki majątkowe szpitali w Pszczynie, Białogardzie, Opatowie oraz Łasku na rzecz Centrum Dializa sp. z o.o. z siedzibą w Sosnowcu
70.	156/2018/P/18/055/ KZD	2018	P/18/055	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku
71.	163/2018/P/18/057/ KZD	2018	P/18/057	Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów

4.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).
3. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.).
4. Ustawa z dnia z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 890, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869).
11. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1458, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości Dz. U. z 2019 r. poz. 351).
13. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z. 2018, poz. 1986, ze zm.).
14. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2019 r. poz. 489).
15. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/45/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, s. 1).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163)
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.)
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225, ze zm.)

ZAŁĄCZNIKI

19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie *szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1372 ze zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie *zakresu treści map potrzeb zdrowotnych* (Dz. U. poz. 458).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz. U. 2018 r. poz. 465, ze zm.).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Dz. U. 2018 r. poz. 742, ze zm.).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie *ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie *zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
28. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie *szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1935, ze zm.).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie *rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw* (Dz. U. poz. 923).
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie *szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych* (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie *sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy* (Dz. U. 2018 r. poz. 1897).
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. poz. 1386, ze zm.).

33. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004, s. 1, ze zm.).
34. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) Nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, s. 1, ze zm.).
35. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) Nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) Nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE. L 344 z 29.12.2010, s. 1).
36. Zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ poz. 18, ze zm.).
37. Zarządzenie Nr 122/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (NFZ poz. 122, ze zm.). Zarządzenie obowiązywało do dnia 29 listopada 2018 r.
38. Zarządzeniem Nr 127/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (NFZ poz. 127, ze zm.).
39. Zarządzenie Nr 119/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zarządzenie obowiązywało do dnia 30 czerwca 2018 r. (NFZ poz. 119, ze zm.).
40. Zarządzenie Nr 66/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (NFZ poz. 66, ze zm.).
41. Zarządzenie Nr 41/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (NFZ poz. 41, ze zm.).
42. Zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ poz. 69, ze zm.). Zarządzenie obowiązywało do dnia 30 czerwca 2018 r.
43. Zarządzenie Nr 65/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ poz. 65, ze zm.). Zarządzenie obowiązuje od dnia 1 lipca 2018 r.
44. Zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (NFZ poz. 62, ze zm.). Zarządzenie obowiązywało do dnia 13 marca 2018 r.

ZAŁĄCZNIKI

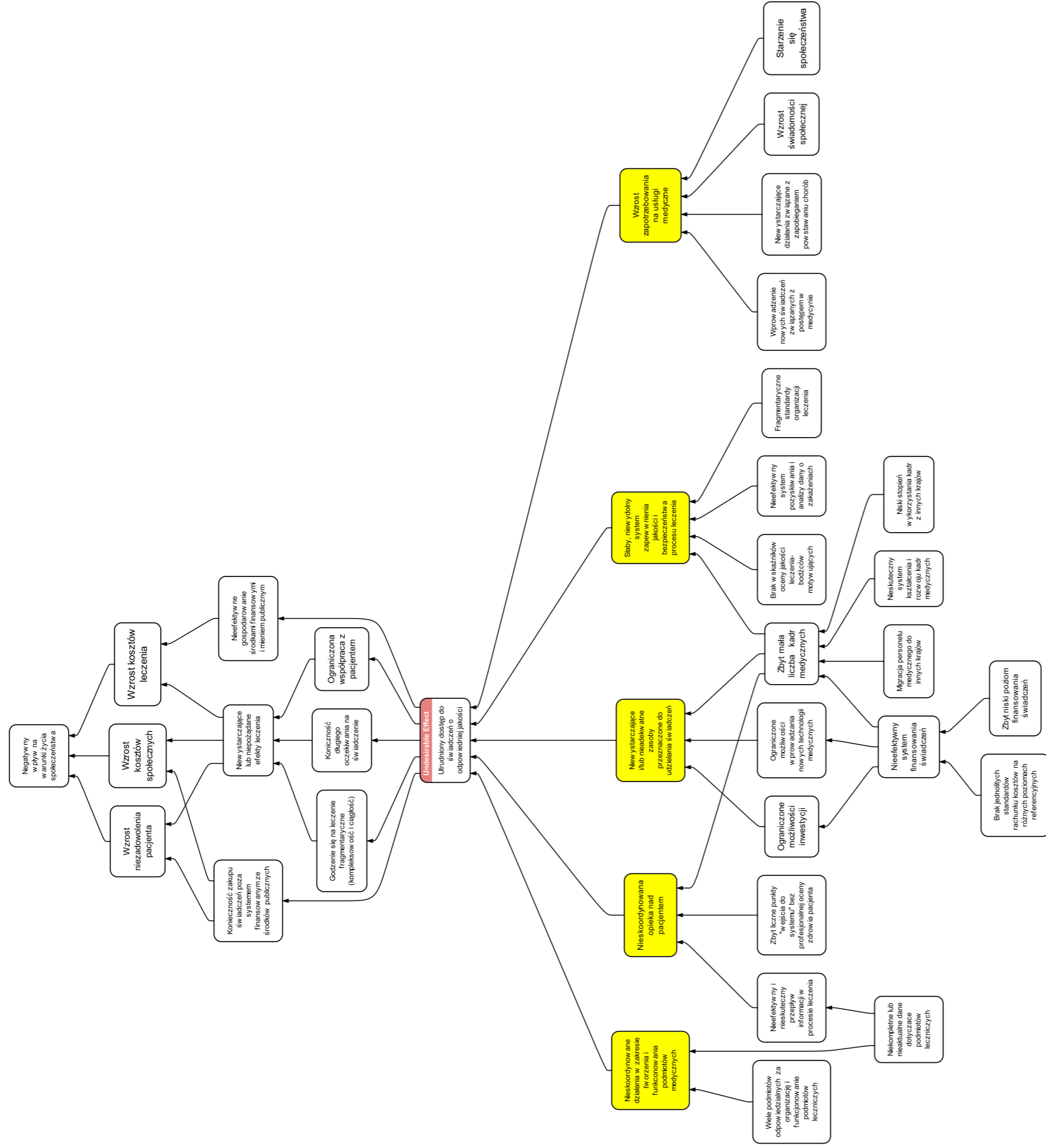
45. Zarządzenie Nr 22/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2018 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna* (NFZ poz. 22, ze zm.). Zarządzenie obowiązuje od dnia 14 marca 2018 r.
46. Zarządzenie Nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie* (NFZ poz. 73, ze zm.). Zarządzenie obowiązywało do dnia 18 stycznia 2018 r.
47. Zarządzenie Nr 127/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2017 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie* (NFZ poz. 127, ze zm.). Zarządzenie obowiązuje od dnia 19 stycznia 2018 r.
48. Zarządzenie Nr 76/2009/BK Prezesa NFZ z dnia 26 listopada 2009 r. *w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia* (NFZ Nr 13 poz. 76, ze zm.).

4.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

Zgodnie z obowiązującym rozdzielnikiem do Informacji o wynikach kontroli, zamieszczonym na portalu wewnętrznym NIK (Strona główna-NiezbędNIK-KontrolNIK-Wzór rozdzielnika do Informacji).

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
8. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
9. Sejmowa Komisja Zdrowia
10. Senacka Komisja Zdrowia
11. Minister Zdrowia
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjenta

4.6. Wybrane, główne przyczyny utrudnionego dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz jego skutki



Źródło: opracowanie własne NIK.

4.7. Wybrane narzędzia poprawy dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz cele proponowanych zmian w systemie ochrony zdrowia

