



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

LKR.430.5.2024

Nr ewid. 131/2024/P/24/068/LKR

Informacja o wynikach kontroli

DIAGNOSTYKA I ZAPEWNIENIE OPIEKI NAD PACJENTAMI Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBAŁ NEREK

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Dyrektor Delegatury NIK w Krakowie

Janusz Klimek

/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Jacek Kozłowski

/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

/podpisano elektronicznie/

Warszawa, czerwiec 2025 r.

Najwyższa Izba Kontroli

ul. Filtrowa 57

02-056 Warszawa

+48 22 444 50 00

nik@nik.gov.pl

www.nik.gov.pl

Spis treści

Wykaz skrótów, skrótowców i pojęć	4
1. Wprowadzenie	6
2. Ocena ogólna	10
3. Synteza	13
4. Wnioski	17
5. Ważniejsze wyniki kontroli	18
5.1. Działania organizacyjne w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki PChN i zapewnienia opieki nad pacjentami z tą chorobą	18
5.2. Działania promocyjne i edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN.....	55
6. Załączniki	57
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	57
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	64
6.3. Spis infografik	69
6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	70
6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	72

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BPOK	Budżet powierzony opieki koordynowanej
Chorobowość rejestrowana	Oznacza liczbę przypadków danego problemu medycznego, które pojawiły się przynajmniej raz w publicznym systemie ochrony zdrowia od 2009 r. i nie zmarły do 31 grudnia analizowanego roku. Chorobowość rejestrowaną wyznacza się na 31 grudnia.
Leczenie nerkozastępcze	Formy leczenia zastępujące funkcję nerek i podtrzymujące życie w niewydolności nerek
NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia
Mapa Potrzeb Zdrowotnych, MPZ	Dokumenty obejmujące analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego oraz wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.
OW NFZ lub Oddział	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
Procedura medyczna	Postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych
PChN	Przewlekła choroba nerek
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna – najczęściej miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia
Program lekowy	Program zdrowotny obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna w danym wskazaniu oraz dla danej populacji nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych
Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”	Program pilotażowy, którego celem jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniodawców od 40 roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych

Świadczenie zdrowotne Działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania

Zapadalność rejestrowana Liczba chorych, u których zgodnie z przyjętą metodyką rozpoznano i sprawozdano chorobę w ramach systemu ochrony zdrowia finansowanego ze środków publicznych w danym roku kalendarzowym

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy funkcjonujący w Polsce system opieki nefrologicznej zapewnia wczesne wykrywanie przewlekłej choroby nerek i należytą opiekę nad pacjentami?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy podjęte działania organizacyjne przyczyniły się do zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek i zapewnienia opieki nad pacjentami?
2. Czy działania promocyjne i edukacyjne, dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek były prowadzone prawidłowo i rzetelnie?

Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia

Centrala NFZ

Łódzki, Mazowiecki, Śląski i Wielkopolski OW NFZ

Jednostki objęte badaniem kwestionariuszowym

Podmioty wykonujące działalność leczniczą

Okres objęty kontrolą

2022–2024

(do 13 grudnia, tj. dnia zakończenia kontroli)

Przewlekła choroba nerek jest drugą po nadciśnieniu tętniczym najczęściej występującą przewlekłą chorobą w Polsce.² Jest ona łatwa do zdiagnozowania i stosunkowo prosta do leczenia. W początkowej fazie przebiega bezobjawowo, dlatego wymaga regularnych badań profilaktycznych, gdyż nieleczona ostatecznie doprowadza do całkowitej niewydolności nerek i wynikających z niej powikłań lub do przedwczesnej śmierci. Przewlekłą chorobą nerek nazywane jest każde uszkodzenie nerek, które utrzymuje się dłużej niż 3 miesiące. Uszkodzenie nerek można stwierdzić albo na podstawie szacunkowo wyliczanego wskaźnika (przesączania kłębuszkowego w oparciu o stężenie kreatyniny w surowicy krwi – GFR), który może wskazać na upośledzenie czynności nerek, albo badania moczu, lub badania obrazowego. Prawidłowe GFR wynosi powyżej 90 mililitrów na minutę. Obniżenie przesączania kłębuszkowego, może świadczyć o przewlekłej niewydolności nerek. Wyróżnia się pięć stadiów przewlekłej choroby nerek, w zależności od wartości wskaźnika przesączania kłębuszkowego:

stadium 1 - gdy mimo prawidłowego GFR, powyżej 90 ml/min, u pacjenta występuje choroba nerek,

stadium 2 - gdy wartość GFR zawiera się w zakresie od 60–89 ml/min – określane jako wczesna przewlekła niewydolność nerek,

stadium 3 - gdy wartość GFR zawiera się w zakresie od 30–59 ml/min – określane jako umiarkowana przewlekła niewydolność nerek,

stadium 4 - gdy wartość GFR zawiera się w zakresie od 15–29 ml/min – określane jako ciężka przewlekła niewydolność nerek,

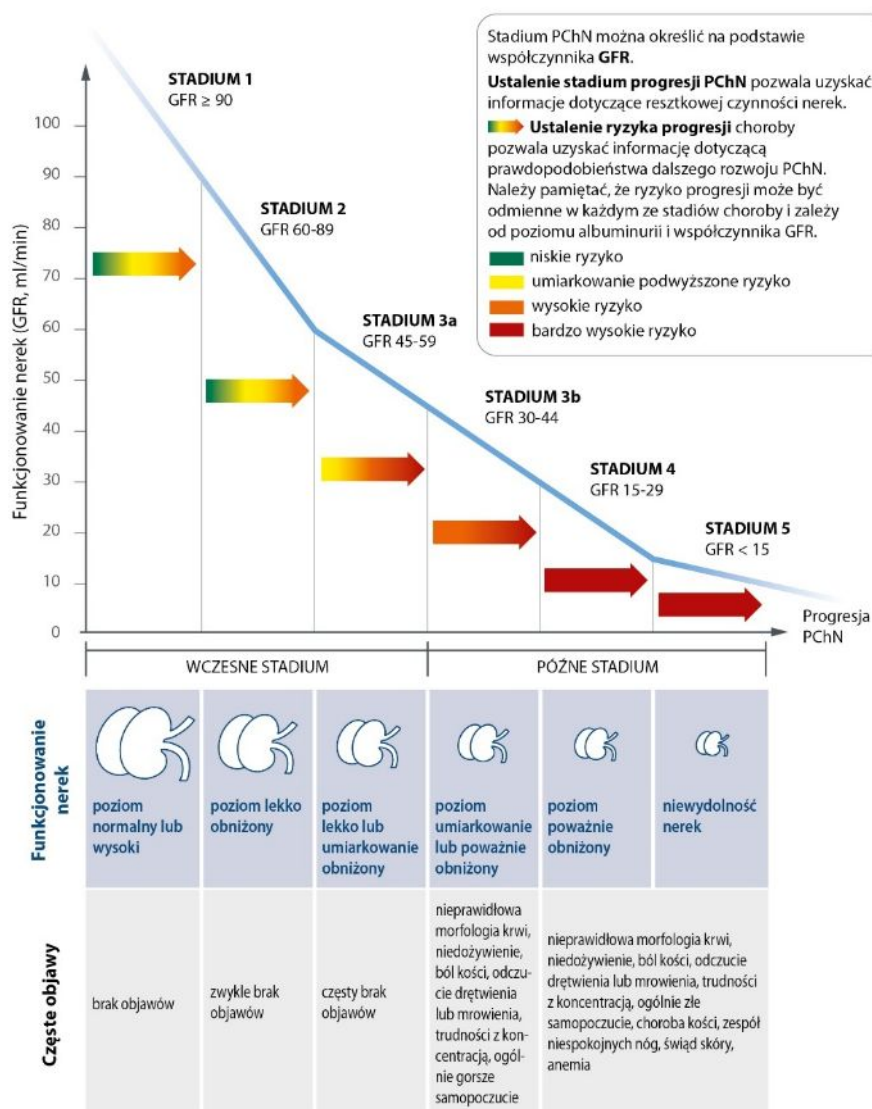
stadium 5 - gdy wartość GFR jest poniżej 15 ml/min – określane jako schyłkowa przewlekła niewydolność nerek.

¹ Z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą.

² „Opieka koordynowana nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek”, praca zbiorowa pod redakcją prof. dr. hab. n. med. Ryszarda Gellerta, grudzień 2018 r., Nefron Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska, str. 5. (http://www.izbamedpol.pl/wp-content/uploads/2019/03/opieka_koordynowana_raport_2019.pdf, dostęp 19 marca 2025 r.).

Infografika nr 1

Stadia przewlekłej choroby nerek



Źródło: <https://www.nephrocare.pl/dla-pacjentow-strona-glowna/nerki-i-choroby-nerek>.

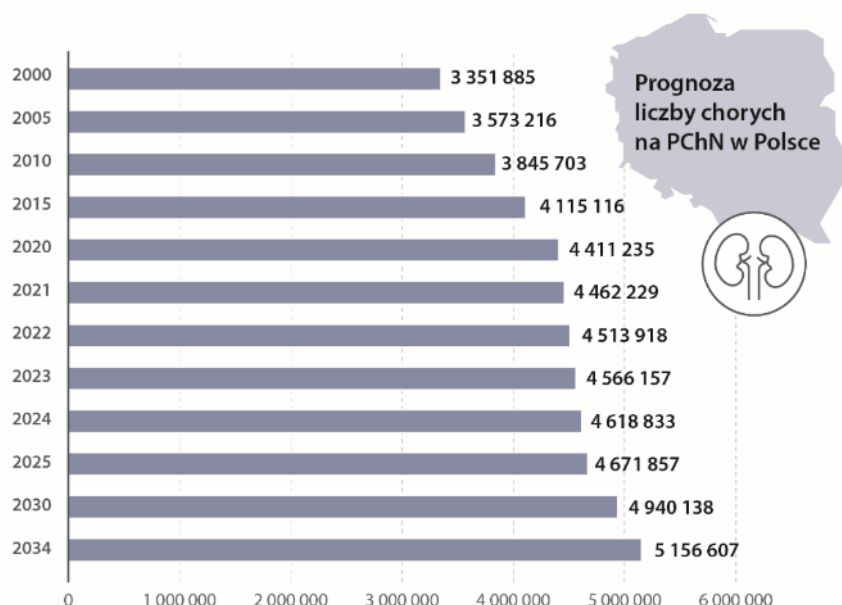
Szacuje się, że PChN rozpoznano jedynie u 5 % chorych. W przypadku osób, u których nie rozpoznano choroby w początkowym stadium i nie wdrożono leczenia, będą się rozwijać powikłania sercowo-naczyniowe, wymagające leczenia nerkozastępczego, tj. dializoterapii lub przeszczepienia nerki, a nawet prowadzące do zgonu. Eksperci szacują, że w Polsce co roku z powodu niewykrycia tej choroby umiera przedwcześnie około 80 000 osób, co skraca średnią długość życia w Polsce o ponad 2 lata³. Wczesne rozpoznanie PChN pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego i dietetycznego, które może znacznie spowolnić postęp choroby. Według danych zawartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych, szacuje się, że liczba osób

³ Ibidem.

dotkniętych PChN, która w roku 2023 wyniosła ponad 4,5 mln, wzrośnie do 5,2 mln w 2034 r. W prognozie epidemiologicznej zawartej w MPZ wskazano, że chorobowość w przypadku PChN w latach 2021–2028 wzrośnie o 6,6 %.

Infografika nr 2

Prognoza liczby chorych na PChN w Polsce



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych zawartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych.

W Polsce nie funkcjonowały programy ukierunkowane na wczesne wykrywanie przewlekłej choroby nerek. Jednakże wczesna diagnostyka w kierunku PChN mogła być realizowana w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”⁴ oraz świadczeń opieki koordynowanej w zakresie diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek (dalej: grupa dziedziczna nefrologia) realizowanej w ramach BPOK, która skierowana była do pacjentów z rozpoznaną przewlekłą chorobą nerek.

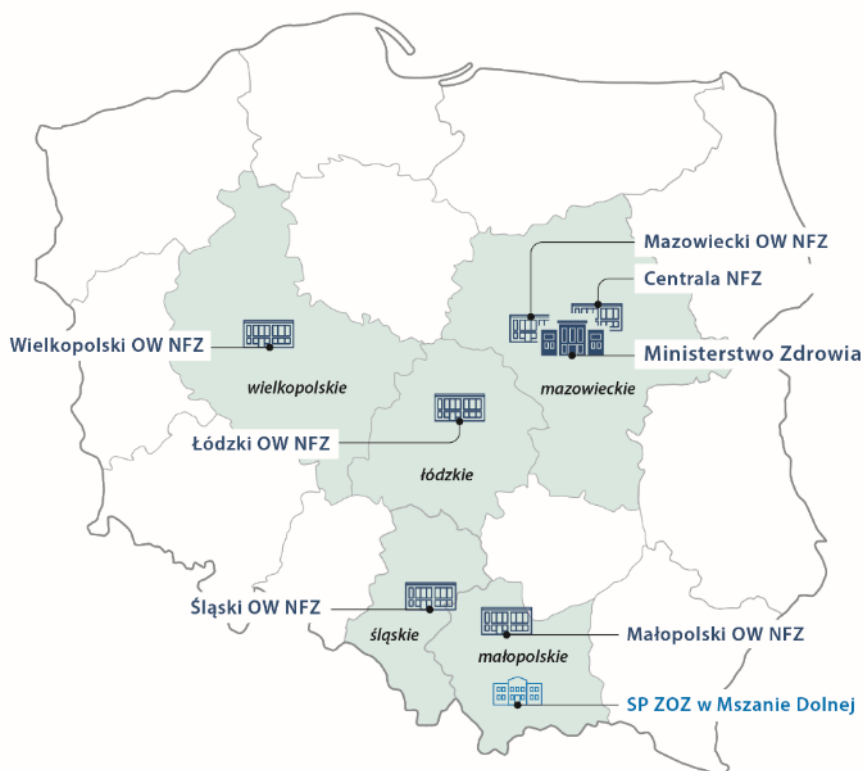
Kontrolę przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, które jest kluczową jednostką w zakresie kreowania polityki państwa w systemie ochrony zdrowia, ustalania koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej i programów pilotażowych oraz koordynowania działań, ponadto współuczestniczy w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób. Kontrolą objęto również Narodowy Fundusz Zdrowia (Centralę oraz cztery oddziały wojewódzkie), który jest instytucją odpowiedzialną za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W niniejszej informacji o wynikach kontroli wykorzystano także ustalenia

⁴ Program pilotażowy został wdrożony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2024 r. poz. 549, ze zm.).

kontroli rozpoznawczej R/24/002 *Działania realizowane przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na rzecz diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek.* Została ona przeprowadzona w Małopolskim OW NFZ w Krakowie oraz Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mszanie Dolnej.

Infografika nr 3

Lokalizacja jednostek objętych kontrolą



Źródło: opracowanie własne NIK.

2. OCENA OGÓLNA

**System opieki
nefrologicznej nie
zapewniał
w wystarczający
sposób wczesnego
wykrywania PChN
i należytej opieki nad
pacjentami**

**Niewystarczające
działania na rzecz
zwiększenia
dostępności wczesnej
diagnostyki PChN
i zapewnienia opieki
nad pacjentami**

W ocenie NIK działania podejmowane przez Ministra Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia na rzecz zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek i zapewnienia opieki nad pacjentami z tą chorobą były niewystarczające. Przejawiało się to m.in. brakiem uwzględnienia części postulatów środowiska medycznego dotyczących diagnostyki PChN w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” a także późnego wdrożenia BPOK.

Podejmowane działania miały ograniczony charakter i były nieskuteczne, co jest szczególnie niepokojące wobec danych zawartych w MPZ wskazujących, że w 2024 r. nawet 4,6 mln osób mogło być dotkniętych tym schorzeniem. Również przedsięwzięcia o charakterze promocyjnym i edukacyjnym, dotyczące potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek realizowane były w ograniczonym i niewystarczającym zakresie.

Chorobowość rejestrowana PChN wzrosła w latach 2015–2022 o 76,6 % (z 391,7 tys. osób do 691,6 tys. osób), a zapadalność rejestrowana wzrosła w tym okresie o 8,6 % (z 114 tys. osób do 123,8 tys. osób). Liczba pacjentów, u których rozpoznano przewlekłą niewydolność nerek (ICD⁵-10 N18) oraz nieokreśloną niewydolność nerek (ICD-10 N19) wzrosła o 14,6 % pomiędzy 2021 r. a 2023 r. Świadczy to o narastającym problemie zdrowotnym wśród pacjentów i może negatywnie oddziaływać w przyszłości na jakość opieki.

Zwiększenie liczby pacjentów miało negatywne skutki, ponieważ było jedną z przyczyn prawie dwukrotnego wydłużenia się czasu oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych (w tym dziecięcych) w latach 2022–2024. Dostęp do leczenia nefrologicznego nie był równomierny w skali kraju, gdyż połowa oddziałów nefrologicznych znajdowała się w zaledwie czterech województwach. Ponadto między województwami występowały znaczne różnice w liczbie lekarzy nefrologów i liczbie pacjentów przypadających na jednego lekarza. Mogło to ograniczać dostępność opieki nefrologicznej dla pacjentów. Podejmowane działania mające na celu zapobieganie postępującemu starzeniu się kadry specjalistów w dziedzinie nefrologii nie przynosiły oczekiwanych efektów.

Wyniki przeprowadzonych analiz dotyczących diagnostyki i leczenia PChN nie zostały w pełni wykorzystane. Pomimo identyfikacji problemu utrudnionej dostępności wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN w Mapie Potrzeb Zdrowotnych, w ograniczonym

⁵ ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

stopniu znalazł on odzwierciedlenie w dokumentach strategicznych Ministerstwa Zdrowia, a także Minister Zdrowia nie skorzystał z możliwości wprowadzenia standardów organizacyjnych związanych z opieką nad pacjentami z PChN. Minister Zdrowia wskazała na ogólny charakter Krajowego Planu Transformacji w obszarze czynników ryzyka i profilaktyki.

Chociaż w MPZ prognozowano, że choroby nerek będą wśród chorób cechujących się największym wzrostem chorobowości w Polsce w ciągu 9 lat (od 2019 r. do 2028 r.), to jednak koncentrowano się przede wszystkim na aspektach związanych z opieką paliatywną i hospicyjną osób z PChN i nie uwzględniano w wystarczającym stopniu działań profilaktycznych. W ocenie NIK, skuteczna profilaktyka wpływa na obniżenie kosztów opieki nad pacjentami z PChN. Należy podkreślić, iż koszty leczenia nerkozastępczego za pomocą dializ i hemodializ wzrosły w latach 2021–2023 rocznie od 1281,2 mln zł do 1874,2 mln zł, pomimo zaledwie 3 % wzrostu liczby pacjentów dializowanych. Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii wielokrotnie zwracał uwagę, m.in. w swoich raportach, na niedostateczne wykrywanie PChN przez lekarzy rodzinnych, diabetologów i kardiologów, braki kadrowe wśród lekarzy i pielęgniarek specjalizacji nefrologicznej oraz niewystarczającą liczbę osób realizujących specjalizację nefrologiczną.

Działania na rzecz wdrożenia i zapewnienia dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN realizowane były jedynie poprzez Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” (który obejmował elementy ułatwiające diagnostykę chorób nerek) oraz świadczenia opieki koordynowanej w zakresie diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

NIK negatywnie oceniła proces wdrożenia Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” z uwagi na nieopracowanie jego formalnych założeń, błędne oszacowanie jego kosztów, brak międzyokresowych analiz jego wskaźników. Ponadto w 2024 r. Ministerstwo Zdrowia przekazało do NFZ środki finansowe pochodzące z Funduszu Medycznego w wysokości 25,3 mln zł na finansowanie współczynników korygujących świadczeniodawcom, którzy realizowali ten Program pilotażowy, co było niezgodne z art. 28 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 28 ust. 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym⁶.

⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 889.

NIK zwróciła również uwagę, na brak powiązania tego Programu z obowiązkowymi, dla większości osób⁷, badaniami medycyny pracy, co sprzyałoby zwiększeniu liczby osób nim objętych. Zdaniem NIK takie powiązanie mogłoby zwiększyć wykrywanie PChN u pacjentów w jej wczesnych stadiach.

W ocenie NIK ewaluacja Programu została przeprowadzona przedwcześnie z uwagi na niepełne dane, a jego monitoring był prowadzony w sposób nierzetelny, ponieważ nie określono docelowych wartości jego wskaźników oraz nie prowadzono międzyokresowych analiz jego realizacji.

NIK pozytywnie oceniła wdrożenie świadczeń opieki koordynowanej w zakresie diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w ramach BPOK. Liczba placówek podstawowej opieki zdrowotnej udzielających tych świadczeń oraz osób objętych poszczególnymi świadczeniami opieki koordynowanej BPOK systematycznie rosła. Na 30 czerwca 2024 r. 34,6 % (2096) podmiotów realizujących świadczenia w rodzaju lekarz POZ realizowało świadczenia w ramach BPOK. NIK zwróciła przy tym uwagę, że zakres informacji sprawozdawanych do NFZ przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach BPOK był ograniczony i nie pozwalał na monitoring wykorzystania świadczeń w ramach poszczególnych świadczeń opieki koordynowanej, w tym grupy dziedzinowej nefrologia.

NIK oceniła jako niewystarczające podejmowane działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN. Działania w tym zakresie ograniczone były do zorganizowania przez Ministerstwo Zdrowia loterii i zakupu czasu antenowego dotyczących Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Okazały się one nieskuteczne, ponieważ do 31 sierpnia 2024 r. z Programu skorzystało jedynie 19,6 % uprawnionych⁸.

⁷ Na ostatni dzień września 2024 r. w gospodarce narodowej było 15138,7 tys. pracujących. (Źródło <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/pracujacy-w-gospodarce-narodowej-w-polsce-we-wrzesniu-2024-r-;27,22.html>, dostęp 24 kwietnia 2025 r.)

⁸ Dane uzyskane z Ministerstwa Zdrowia.

3. SYNTEZA

Nieuwzględnienie problemów dotyczących PChN w dokumentach strategicznych	Problem dostępności wczesnej diagnostyki PChN i opieki nad pacjentami z tą chorobą dostrzeżono w Mapie Potrzeb Zdrowotnych⁹ (MPZ). Prognozowano w niej, że choroby nerek, w okresie dziewięciu lat odnotują największy wzrost chorobowości, obok cukrzycy i chorób narządów zmysłu. W prognozie epidemiologicznej zawartej w MPZ wskazano, że chorobowość w przypadku PChN w latach 2020–2028 wzrośnie o 9,5 %, tj. do poziomu 4,8 mln osób, a zapadalność na PChN o 10,6 %, tj. ponad 154 tys. osób rocznie. Pomimo tego, choroby nerek nie zostały ujęte w MPZ wśród problemów zdrowotnych, które najbardziej obciążają społeczeństwo, a rozwiązań dotyczących wczesnej diagnostyki oraz opieki nad pacjentami z PChN nie uwzględniono w dokumentach strategicznych. Ponadto Minister Zdrowia nie skorzystał z uprawnienia i nie ustalił standardów organizacyjnych związanych z opieką nad pacjentami z tą chorobą, do czego był uprawniony na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰. [str. 18–19]
Częściowe uwzględnienie opinii i analiz dotyczących postępowania diagnostycznego i leczniczego w odniesieniu do PChN	Ministerstwo Zdrowia tylko częściowo uwzględniło w swoich działaniach rozwiązania proponowane w opracowaniach sporządzanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i raportach konsultantów krajowych dotyczące postępowania diagnostycznego i leczniczego w zakresie wczesnego wykrywania PChN oraz doraźnej opieki nad pacjentami dializowanymi. W wyniku otrzymania ich rekomendacji Minister Zdrowia zakwalifikował świadczenia budżetu powierzonego opieki koordynowanej z zakresu leczenia PChN jako gwarantowane. Ponadto poszerzono wykaz badań zlecanych przez lekarza POZ, w ramach pozostałych grup dziedzinowych (kardiologia, diabetologia i nefrologia) BPOK, o albuminę i kreatyninę w moczu/wskaźnik ACR, a wskaźnik albumina/kreatynina w moczu znalazł się w zakresie świadczeń BPOK. [str. 19–21]
Rosnąca liczba pacjentów z PChN	Według danych zawartych w MPZ chorobowość rejestrowana PChN wzrosła z 391,7 tys. osób w 2015 r. do 691,6 tys. osób w 2022 r., a zapadalność rejestrowana wzrosła w tym okresie z 114 tys. osób do 123,8 tys. osób. Pomiędzy 2021 r. a 2023 r. Liczba pacjentów, u których rozpoznano przewlekłą lub nieokreśloną niewydolność nerek (ICD-10 N18 lub ICD-10 N19) wzrosła o 14,6 % (ze 105,6 tys. osób do 121 tys. osób). Wzrosła również liczba pacjentów objętych ambulatoryjną opieką specjalistyczną w poradniach nefrologicznych – wzrost o 21,5 % (w 2023 r. w porównaniu do 2021 r. – z 190,6 tys. do 231,6 tys.), a także liczba

⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ poz. 69).

¹⁰ Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

udzielonych porad – o 17,7 % (z 403,1 tys. do 474,5 tys.). W analogicznym okresie wzrosła także liczba pacjentów objętych leczeniem szpitalnym w oddziałach nefrologicznych (o 21 % – z 29,5 tys. do 35,1 tys.) oraz nieznacznie zwiększyła się liczba pacjentów dializowanych w stacjach dializ (o 3,7 %, z 33,4 tys. do 35,1 tys.). Zdaniem NIK, świadczy to o narastającym problemie zdrowotnym wśród pacjentów i może negatywnie oddziaływać na jakość opieki w przyszłości. Całkowita wartość kosztów diagnostyki i leczenia pacjentów z PChN w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wyniosła łącznie 6,2 mld zł, w tym 92 % stanowiły koszty leczenia nerkozastępczego za pomocą dializ i hemodializ.

[str. 18–19, 24, 26, 27, 28, 29]

**Wydłużenie czasu
oczekiwania na wizytę
w poradni**

Zwiększenie liczby pacjentów z PChN miało negatywne skutki, ponieważ było jedną z przyczyn prawie dwukrotnie wydłużenia się średniego czasu oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych (w tym dziecięcych) w latach 2022–2024. Przykładowo dla przypadków pilnych wzrósł on z 27 do 55 dni dla dorosłych oraz z 40 do 70 dni w przypadku poradni dziecięcych.

[str. 23]

**Ograniczona
dostępność opieki
nefrologicznej
w części regionów**

Dostęp do leczenia nefrologicznego nie był równomierny w skali kraju. Połowa oddziałów nefrologicznych i niemal połowa poradni nefrologicznych AOS znajdowała się w zaledwie czterech województwach. Ponadto między województwami występowały znaczne różnice w liczbie lekarzy nefrologów i liczbie pacjentów przypadających na jednego lekarza. Mogło to ograniczać dostępność opieki nefrologicznej dla pacjentów.

[str. 23, 26, 30]

**Malejąca liczba
specjalistów
zajmujących się
wczesną diagnostyką
i opieką
nad pacjentami
z PChN**

Poważnym problemem w dostępie do świadczeń z zakresu nefrologii jest starzejąca się kadra specjalistów. Dostępne dane wskazywały, że liczba lekarzy nefrologów, którzy w 2024 r. osiągną wiek emerytalny, wyniesie 241, podczas gdy liczba lekarzy, którzy uzyskają tytuł specjalisty wyniesie w tym roku tylko 176. Świadczy to o braku zastępowalności lekarzy osiagających wiek emerytalny. Ponadto blisko 30 % nefrologów i nefrologów dziecięcych znajdowała się w przedziale wiekowym 56–65 lat, co oznacza, że odsetek lekarzy powyżej 65 r. życia będzie znacząco wzrastał w najbliższych latach. Podejmowane działania mające na celu zapobieganie postępującemu starzeniu się kadry specjalistów w dziedzinie nefrologii nie przynosiły jednak oczekiwanych efektów.

[str. 32–34]

Programy lekowe

Dla pacjentów z PChN stworzono pięć programów lekowych. Objętych nimi było 6–7 tys. pacjentów rocznie w okresie 2022–2024 (I półrocze), a świadczenia realizowane były przez od 259 do 281 świadczeniodawców w skali kraju. Koszty tych programów stanowiły 2 % ogółu kosztów diagnostyki i leczenia pacjentów z PChN. Wyniki kontroli NIK nie wykazały problemów z dostępnością pacjentów do programów lekowych.

[str. 28, 29]

**Program pilotażowy
„Profilaktyka 40 PLUS”**

Od 1 lipca 2021 r. wprowadzono Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”. Jego celem była ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40 roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. [str. 34]

**Negatywna ocena
procesu wdrożenia
Programu
pilotażowego
„Profilaktyka 40 PLUS”**

NIK negatywnie oceniła proces wdrożenia Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Wynikało to przede wszystkim z nieopracowania formalnych założeń tego Programu, błędnego oszacowania jego kosztów, nierzetelnego monitoringu Programu i jego niewystarczającej promocji. Ponadto w 2024 r. Ministerstwo Zdrowia przekazało do NFZ środki finansowe pochodzące z Funduszu Medycznego w wysokości 25,3 mln zł na finansowanie współczynników korygujących świadczeniodawcom, którzy realizowali ten Program pilotażowy, co było niezgodne z art. 28 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 28 ust. 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym. Z Programu pilotażowego skorzystało, do 31 sierpnia 2024 r., tylko 19,6 % uprawnionych osób, a ponownemu badaniu poddało się niespełna 3 % uprawnionych. Pozyskane od świadczeniodawców informacje¹¹ wskazywały na utrudnienia w realizacji Programu, m.in.: na konieczność zakupu dodatkowego oprogramowania i dostosowania własnych systemów informatycznych; rozliczanie procedur w kilku systemach informatycznych; nikłe zainteresowanie ze strony świadczeniobiorców oraz niewystarczającą promocję Programu; nieuwzględnienie w Programie badań TSH i elektrolitów; brak ciągłości finansowania, zaniżanie budżetów oraz niską wycenę procedur. [str. 35, 38, 40, 41, 42, 43, 45]

**Brak powiązania
programu
pilotażowego
„Profilaktyka 40 PLUS”
z medycyną pracy**

Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” nie powiązano z obowiązkowymi, dla większości objętych nim osób, badaniami realizowanymi w ramach medycyny pracy. Takie powiązanie sprzyałoby zwiększeniu liczby osób objętych tym Programem, ponieważ poddanie się takim badaniom jest obowiązkowe dla osób zatrudnionych, a wykonywane są one okresowo. [str. 35–36]

**Pozytywna ocena
wdrożenia świadczeń
w zakresie diagnostyki
i leczenia PChN
w ramach BPOK**

NIK pozytywnie oceniła wdrożenie świadczeń opieki koordynowanej w zakresie diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w ramach BPOK. Liczba placówek podstawowej opieki zdrowotnej udzielających tych świadczeń oraz osób objętych poszczególnymi świadczeniami opieki koordynowanej BPOK systematycznie rosła (na koniec I półrocza 2024 r. wyniosła odpowiednio 2096 POZ oraz 815 tys. osób). NIK zwróciła przy tym uwagę, że zakres informacji przekazywanych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach BPOK był ograniczony i nie pozwalał na

¹¹ NIK wystąpiła do 50 świadczeniodawców, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, z prośbą o udzielenie informacji dotyczących Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”

monitoring wykorzystania świadczeń w ramach poszczególnych świadczeń opieki koordynowanej, w tym grupy dziedzinowej nefrologia.

[str. 47, 51]

Badania kwestionariuszowe, przeprowadzone na podstawie odpowiedzi od 144 świadczeniodawców, wskazały m.in., że większość respondentów (84,7 %) uznała, że świadczenia w ramach BPOK poprawiają jakość opieki i dostępność do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów cierpiących na PChN. Niemniej jednak 41,7 % świadczeniodawców wskazało, że wycena świadczeń w ramach BPOK jest nieadekwatna.

[str. 52]

**Niewystarczające
działania promocyjne
i edukacyjne**

NIK oceniła jako niewystarczające podejmowane działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN. Działania w tym zakresie ograniczone były do zorganizowania przez Ministerstwo Zdrowia loterii i zakupu czasu antenowego dotyczących Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Należy jednak podkreślić, że loterię tę zorganizowano w formie nagrody dla uczestników Programu, nie zaś jako zachętę i promocję przystąpienia do niego. Zrealizowane działania okazały się nieskuteczne, ponieważ z Programu skorzystało, do 31 sierpnia 2024 r., jedynie 19,6 % uprawnionych. Również działania realizowane przez Centralę NFZ podejmowano jedynie w ramach akcji promocyjno-edukacyjnych dotyczących opieki koordynowanej w POZ oraz Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” i miały one charakter incydentalny. W latach 2022–2024 w odniesieniu do PChN Centrala NFZ zrealizowała jedynie trzy działania za łącznie 28,5 tys. zł, na co składała się organizacja edukacyjnego warsztatu internetowego, publikacja artykułu o tematyce profilaktycznej i produkcja filmu edukacyjnego.

[str. 55]

4. WNIOSKI

Mając na względzie wyniki niniejszej kontroli oraz szacowaną liczbę osób dotkniętych przewlekłą chorobą nerek Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

Minister Zdrowia

1. Podjęcie działań mających na celu zwiększenie dostępności wczesnej diagnostyki PChN i opieki nad pacjentami z tą chorobą, w szczególności poprzez powiązanie programów profilaktycznych z badaniami medycyny pracy.
2. Podjęcie działań w celu zwiększenia w przyszłości liczby lekarzy specjalizacji nefrologia i nefrologia dziecięca, w tym rozważenie ujęcia tych specjalizacji w rozporządzeniu w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny.
3. Stworzenie mechanizmów, zapewniających kontraktowanie świadczeń z zakresu nefrologia i nefrologia dziecięca z uwzględnieniem w pierwszej kolejności regionów o niskiej dostępności tych świadczeń.
4. Przeprowadzenie działań promocyjno-edukacyjnych w celu poprawy świadomości na temat przyczyn i skutków PChN oraz zwiększenia liczby pacjentów objętych wczesną diagnostyką umożliwiającą wykrycie tej choroby.
5. Wykorzystanie doświadczeń zdobytych podczas realizacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” przy realizacji świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” w celu dotarcia do możliwie najszerzego grona potencjalnych świadczeniobiorców, przy aktywnym udziale POZ w działaniach inicjujących skorzystanie ze świadczenia.

Prezes NFZ

Przeprowadzenie przez NFZ działań promocyjno-edukacyjnych, skorelowanych z aktywnością Ministerstwa Zdrowia, w celu poprawy świadomości na temat przyczyn i skutków PChN oraz zwiększenia liczby pacjentów objętych wczesną diagnostyką umożliwiającą wykrycie tej choroby.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. DZIAŁANIA ORGANIZACYJNE W CELU ZWIĘKSZENIA DOSTĘPNOŚCI WCZESNEJ DIAGNOSTYKI PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NEREK I ZAPEWNIENIA OPIEKI NAD PACJENTAMI Z TĄ CHOROBA

Identyfikacja problemów i ograniczeń wczesnej diagnostyki PChN oraz opieki nad pacjentami z tą chorobą	W Polsce nie funkcjonowały programy oraz nie opracowano standardów organizacyjnych dotyczących opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek, ukierunkowane szczególnie na wczesne wykrywanie tej choroby. Diagnostyka i leczenie pacjentów dotkniętych PChN prowadzone było w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, dializoterapii oraz transplantologii. Do pacjentów dotkniętych PChN kierowanych było również pięć programów lekowych. Wczesna diagnostyka PChN mogła jednakże być realizowana w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz grupy dziedzinowej nefrologia realizowanej w ramach BPOK, która skierowana była do pacjentów z rozpoznaną przewlekłą chorobą nerek. Problem dostępności wczesnej diagnostyki PChN i opieki nad pacjentami z tą chorobą dostrzeżono w Mapie Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Prognozowano w niej, że w ciągu dziewięciu lat największy wzrost chorobowości odnotują, obok cukrzycy i narządów zmysłu, także choroby nerek. W MPZ, w odniesieniu do nefrologii i nefrologii dziecięcej, wskazano, że wg stanu na 2019 r., odsetek pacjentów powyżej 65 roku życia w poradniach nefrologicznych wyniósł 64,1 %. Pomimo tego, choroby nerek nie zostały ujęte wśród problemów zdrowotnych, które najbardziej obciążają społeczeństwo. W ramach MPZ opracowano analizę poświęconą przewlekłej chorobie nerek, którą opublikowano w formie aplikacji na platformie projektu. W analizie¹² ujęto szersze dane dotyczące wskaźników za lata 2020–2022. W MPZ wskazano, że chorobowość rejestrowana¹³ w wartościach bezwzględnych PChN wyniosła 391,1 tys. osób w 2015 r., 619,3 tys. osób w 2020 r., 646,7 tys. osób w 2021 r., 691,6 tys. osób w 2022 r., a w 2023 r. 751,5 tys. osób¹⁴. W MPZ wskazano zapadalność rejestrowaną w wartościach bezwzględnych, tj. 114 tys. osób w 2015 r., 91,9 tys. osób w 2020 r.,
--	---

¹² Opublikowanej w ramach aplikacji na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia: <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/przewlekla-choroba-nerek/> (dostęp: 28 października 2024 r.).

¹³ Chorobowość bezwzględna odnosi się do liczby osób zdiagnozowanych.

¹⁴ Dane Ministerstwa Zdrowia.

116,1 tys. osób., w 2021 r., 123,8 tys. osób w 2022 r. W 2023 r. wyniosła ona już 141,3 tys. osób¹⁵.

W prognozie epidemiologicznej zawartej w MPZ wskazano, że chorobowość w przypadku PChN w latach 2021–2028 wzrośnie o 6,6 %, tj. z 4454,3 tys. osób do 4746,3 tys. osób, a zapadalność na PChN o 10,8 %, tj. z 142,8 tys. osób do 158,2 tys. osób.

W MPZ szacowano, iż liczba zgonów w związku z PChN będzie wynosić w latach 2022–2024 4,9 tys. osób rocznie, podczas gdy zgony rejestrowane w wartościach bezwzględnych w 2022 r. wyniosły 78,5 tys. osób, a w 2023 r. 76 tys. osób.

Wskaźnik chorobowości rejestrowanej¹⁶ pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18 oraz N19 wzrósł z 201 tys. w 2021 r. do 235,1 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (do 30 czerwca) wyniósł 185,3 tys. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej¹⁷ wyniósł 79 tys. w 2021 r., 84,5 tys. w 2022 r., 90,8 tys. w 2023 r. i 55 tys. w 2024 r. (do 30 czerwca)¹⁸. Dane te wskazują na istotny problem związany z PChN, który może dotyczyć znacznej części społeczeństwa.

Nieuwzględnienie problemów i ograniczeń wczesnej diagnostyki oraz opieki nad pacjentami z PChN w dokumentach strategicznych

Pomimo zdiagnozowania w MPZ problemu w zakresie wczesnej diagnostyki PChN i opieki nad pacjentami z tą chorobą, zagadnienia tego nie ujęto w dokumentach strategicznych o zasięgu ogólnokrajowym sporządzanych na podstawie tej Mapy oraz nie wprowadzono standardów organizacyjnych związanych z opieką nad pacjentami z PChN. W Krajowym Planie Transformacji na lata 2022–2026¹⁹, kwestie chorób nerek zostały ujęte jedynie w kontekście opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdzie wskazano, iż zakres jednostek chorobowych uprawniających do leczenia w tym zakresie powinien zostać w pierwszej kolejności rozszerzony o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek. Nie uwzględniano w nim jednak w wystarczającym stopniu działań profilaktycznych, mających na celu wykrywanie tej choroby w jej wczesnych stadiach. Ponadto zagadnienie chorób nerek zostało ujęte w dokumencie „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu

¹⁵ Dane Ministerstwa Zdrowia.

¹⁶ Chorobowość to liczba pacjentów, którzy mieli udzielone minimum jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym ICD10 N18 lub N19 w POZ, AOS lub w leczeniu szpitalnym na zakresie nefrologicznym w danym roku.

¹⁷ Zapadalność to liczba pacjentów, którzy mieli udzielone minimum jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym ICD10 N18 lub N19 w POZ, AOS lub w leczeniu szpitalnym na zakresie nefrologicznym w danym roku i nie mieli udzielonego świadczenia z tym rozpoznaniem pięć lat wstecz.

¹⁸ Dane liczbowe podane według stanu na 30 czerwca 2024 r., pozyskane z Centrali NFZ, chyba że zaznaczono inaczej.

¹⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ poz. 80).

ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030” w kategorii innych chorób istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego²⁰.

Minister Zdrowia wyjaśniła, że w planie transformacji nie ujęto działań profilaktycznych w odniesieniu do PChN, a kwestie chorób nerek zostały ujęte jedynie w kontekście opieki paliatywnej i hospicyjnej ze względu na ogólny charakter tego dokumentu w obszarze czynników ryzyka i profilaktyki.

**Organizacja
diagnostyki
oraz opieki
nad pacjentami
z PChN
w innych krajach**

W opracowaniu analitycznym *Model organizacji opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek*²¹ AOTMiT oceniła, że liczba osób dotkniętych PChN może sięgać 10 % populacji na świecie, co w przypadku Polski może oznaczać nawet 3,8–4,2 mln osób dotkniętych tą chorobą. W opracowaniu tym AOTMiT przeprowadziła przegląd interwencji oraz zaleceń wg wytycznych praktyki klinicznej w obszarze organizacji opieki nad pacjentami z PChN w wybranych krajach. Wskazano w nim, że Portugalia jako pierwszy kraj na świecie opracował i wdrożył ogólnokrajowy program leczenia PChN. Od 2008 r. wprowadzono model refundacji na podstawie stawki kapitałowej, w którym prywatni świadczeniodawcy otrzymują stałą opłatę za tydzień opieki nad pacjentem. W Australii w 2019 r. opracowano narodowy program strategicznych działań w chorobach nerek. Pracami kierowała organizacja Kidney Health Australia, a całość projektu finansowana była przez australijskie ministerstwo zdrowia. Postępowanie z pacjentem z PChN opiera się głównie na międzynarodowych wytycznych KDIGO²² i wskazuje dokładnie populację, która powinna zostać objęta badaniami przesiewowymi, tzn. osoby z odpowiednimi czynnikami ryzyka (m.in. cukrzyca, nadciśnienie, choroby sercowo-naczyniowe, choroby nerek w rodzinie). W Nowej Zelandii w 2015 r. opracowano przewodnik dla klinicystów i menedżerów zarówno w organizacjach finansujących, jak i świadczących usługi medyczne, którego celem było przedstawienie najlepszych praktyk w rozpoznawaniu i leczeniu PChN. W opracowaniu omówiono planowane działania. W USA w 2006 r. Kongres Stanów Zjednoczonych przeznaczył fundusze umożliwiające rządowej organizacji *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) rozwój inicjatywy „*Chronic Kidney Disease Initiative*”. Obecne działania nakierowane są na nadzór choroby, zbieranie i analizę danych epidemiologicznych oraz wyników zdrowotnych pacjentów, a także prowadzenie badań ekonomicznych. Inicjatywa jest realizowana we współpracy z innymi działami CDC, innymi agencjami rządowymi, uniwersytetami i organizacjami krajowymi.

²⁰ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

²¹ Nr: WS.4220.13.2022 z dnia 2 grudnia 2022 r.

²² *Kidney Disease Improving Global Outcomes* - międzynarodowa organizacja non-profit, która w oparciu o dowody naukowe opracowuje i wdraża wytyczne dotyczące praktyki klinicznej w chorobach nerek.

Inicjatywa ma na celu dostarczanie podstawowych i aktualnych informacji na temat PChN do wiadomości publicznej oraz na potrzeby profesjonalistów zajmujących się tym schorzeniem. Ponadto w opracowaniu AOTMiT wskazano przegląd rekomendowanych interwencji wynikający z opracowań organizacji oraz uczelni zagranicznych w przedmiocie wskazań medycznych i procedur. AOTMiT proponowała zmiany w opiece nad pacjentami z PChN polegające m.in. na:

- zwiększeniu wykrywalności i poprawie leczenia PChN poprzez:
 - dodanie do zakresu świadczeń, realizowanych w koordynowanej opiece POZ, możliwości diagnostyki PChN oraz monitorowanie i leczenie PChN, jako powikłania choroby podstawowej (tj. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i choroby sercowo-naczyniowej);
 - rozszerzenie wykazu badań zlecanych przez lekarza POZ (o albuminę i kreatyninę w moczu/wskaźnik ACR, fosfor nieorganiczny i parathormon);
 - wprowadzenie świadczenia gwarantowanego w POZ „Diagnostyka PChN w grupach ryzyka”, analogicznie do świadczeń związanych z profilaktyką Chorób Układu Krążenia;
 - wykorzystanie i rozszerzenie funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta.
- umożliwieniu monitorowania i leczenia wczesnych stadiów PChN, jako powikłania choroby podstawowej,
- wprowadzeniu do rozporządzenia POZ²³ kryteriów kierowania pacjentów z POZ do opieki specjalistycznej,
- wprowadzeniu w leczeniu PChN standardu postępowania organizacyjnego przekazywania pacjentów na wyższy poziom opieki, w którym dzieci i dorośli z PChN od określonego stadium choroby powinni być przekazywani pod opiekę poradni nefrologicznych lub do planowania i wyboru leczenia nerkozastępczego,
- poprawie doraźnej opieki nad pacjentami dializowanymi poprzez: przekazanie odpowiedzialności stacjom dializ za zapewnienie wytworzenia i utrzymania dostępu naczyniowego lub otrzewnowego do dializ - w ramach podwykonawstwa; dodanie uprawnienia dla lekarza stacji dializ w zakresie wystawiania recept 75+ celem usprawnienia opieki nad pacjentem dializowanym; dodanie uprawnień do zlecenia transportu sanitarnego,
- wdrożeniu opieki kompleksowej nad pacjentem dializowanym, w ramach której oprócz zadań związanych z wytworzeniem i utrzymaniem dostępu do dializ oraz nadaniem uprawnień do wystawiania recept 75+ i zlecenia transportu medycznego, realizowane byłyby świadczenia, dostępne aktualnie tylko w ramach

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.).

poradni nefrologicznej, kwalifikacja do dializoterapii wraz ze wstępną oceną do przeszczepienia, a także zapewniony byłby dostęp do konsultacji lub telekonsultacji specjalistycznych i świadczeń z zakresu rehabilitacji,

- stworzenie dla proponowanych świadczeń modułu analityczno-rozliczeniowego służącego do oceny jakości leczenia i monitorowania²⁴.

Na możliwość zlecenia badania fosforu nieorganicznego i parathormonu jako niezbędnych dla prawidłowej oceny patologii kostnych związanych z niewydolnością nerek zwracał również uwagę Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii.

**Częściowe
uwzględnienie
rozwiązań
proponowanych przez
AOTMiT
i Konsultantów
Krajowych**

Ministerstwo Zdrowia tylko częściowo uwzględniło w swoich działaniach opinie i analizy dotyczące postępowania diagnostycznego i leczniczego w zakresie wczesnego wykrywania PChN oraz doraźnej opieki nad pacjentami dializowanymi. W wyniku otrzymania rekomendacji Minister Zdrowia zakwalifikował świadczenia budżetu powierzonego opieki koordynowanej z zakresu leczenia przewlekłej choroby nerek jako gwarantowane. Ponadto poszerzono wykaz badań zleczanych przez lekarza POZ w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej²⁵, o albuminę i kreatyninę w moczu/wskaźnik ACR a wskaźnik albumina/kreatynina w moczu znalazł się w zakresie świadczeń BPOK.

Z uwagi na ograniczenia budżetowe nie uwzględniono rozwiązań wynikających m.in. z raportów Konsultantów Krajowych, analiz AOTMiT oraz rekomendacji Prezesa AOTMiT, dotyczących wykrywania i leczenia PChN, wskazujących na potrzebę ujęcia w wykazie badań zleczanych przez lekarza POZ fosforu nieorganicznego oraz parathormonu. Ponieważ Ministerstwo Zdrowia skoncentrowało prace nad wprowadzeniem zmian w opiece koordynowanej w POZ, nie podjęto również działań mających na celu przekazanie odpowiedzialności stacjom dializ za zapewnienie wytworzenia i utrzymania dostępu naczyniowego lub otrzewnowego do dializ²⁶, dodanie uprawnienia dla lekarza stacji dializ w zakresie wystawianie recept 75+ oraz dodanie uprawnień do zlecenia transportu sanitarnego.

**Poradnie POZ
oraz nefrologiczne**

Liczba podmiotów POZ w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w kraju zmniejszyła się w okresie objętym kontrolą o 213, tj. z 6275 w 2021 r. do 6062 w I półroczu 2024 r.²⁷. Pomiędzy 2021 r. a 2024 r. (do 30 czerwca)

²⁴ Stworzenie takiego modułu będzie leżało po stronie NFZ lub CeZ.

²⁵ W grupach dziedzinowych kardiologia, diabetologia i nefrologia.

²⁶ W ramach podwykonawstwa.

²⁷ W informacji wykorzystano w celach porównawczych dane dla 2021 r. w przypadku porównań poszczególnych lat nie porównywano danych za 2024 r., ponieważ dane w tym zakresie obejmowały jedynie pierwsze półrocze.

opieką jednostek POZ objętych było o 88,7 tys. mniej pacjentów (spadek z 34 820,7 tys. w 2021 r. do 34 732 tys. w I półroczu 2024 r.).

Liczba poradni nefrologicznych AOS²⁸ w kraju wyniosła w 2024 r. (wg stanu na 30 czerwca) 227, tj. o 21 więcej niż w 2021 r. (wzrost o 10 %). W przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wskaźnik tych poradni wynosił od 0,0054 w 2021 r. do 0,0060 w I półroczu 2024 r., co oznaczało, że liczba mieszkańców przypadających na jedną poradnię nefrologiczną zmniejszyła się w analizowanym okresie czasu z 184,9 tys. do 165,5 tys. W 2024 r. najwięcej poradni było w województwie śląskim i mazowieckim (po 34) oraz wielkopolskim (22) i łódzkim (19), a najmniej w województwach: warmińsko-mazurskim, podlaskim i lubuskim (po siedem) i opolskim (sześć). Liczba poradni nefrologicznych dziecięcych (AOS)²⁹ w poszczególnych województwach wyniosła w 2024 r. (wg stanu na 30 czerwca) 94, tj. o pięć mniej niż w 2021 r. (spadek o 5 %). Najwięcej poradni w 2024 r. było w województwie mazowieckim (14) oraz małopolskim (10), a najmniej w województwach: podlaskim (dwie) i warmińsko-mazurskim (jedna). Liczba mieszkańców przypadających na jedną poradnię nefrologiczną najwyższa była (według stanu na 30 czerwca 2024 r.) w województwach małopolskim (245 tys.), dolnośląskim (239,9 tys.) i pomorskim (214,5 tys.), a najmniejsza w województwach łódzkim (124,3 tys.), śląskim (127,1 tys.) i świętokrzyskim (129,8 tys.). Dane te pokazują, że dostęp do leczenia nefrologicznego nie był równomierny.

**Wydłużenie średniego
czasu oczekiwania
na wizytę
w poradni**

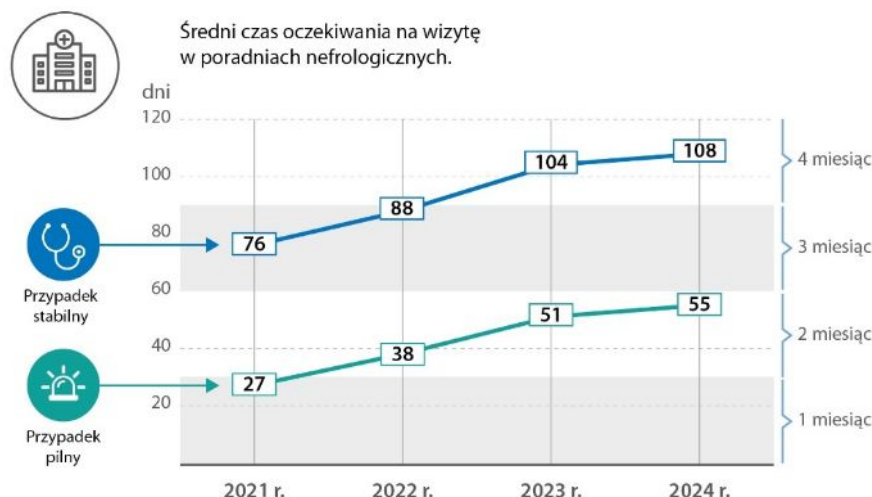
Średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach: nefrologicznej oraz nefrologicznej dla dzieci w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wydłużył się zarówno dla przypadków stabilnych, jak i pilnych. W przypadku poradni nefrologicznej dla przypadków stabilnych czas ten wydłużył się z 76 dni w 2021 r. do 108 dni w 2024 r. (w II kw.), a dla przypadków pilnych odpowiednio z 27 dni do 55 dni. Podobną tendencję odnotowano w przypadku poradni nefrologicznych dziecięcych, gdzie czas ten dla przypadków stabilnych wydłużył się z 82 dni w 2021 r. do 119 dni w 2024 r. (w II kw.), a dla przypadków pilnych odpowiednio z 40 dni do 70 dni.

²⁸ Poradnia, która w danym roku udzieliła świadczenia w zakresie świadczeń związanym z nefrologią. Uwzględniono kody zakresów: 02.1130.001.02, 02.1130.401.02, 02.1130.601.02, 02.1130.998.02, 02.1130.101.02, 02.1130.301.02.

²⁹ Liczba świadczeniodawców w rodzaju świadczeń AOS, którzy udzielali świadczeń na zakresie nefrologii lub nefrologii dziecięcej pacjentom poniżej 18 r.ż.

Infografika nr 4

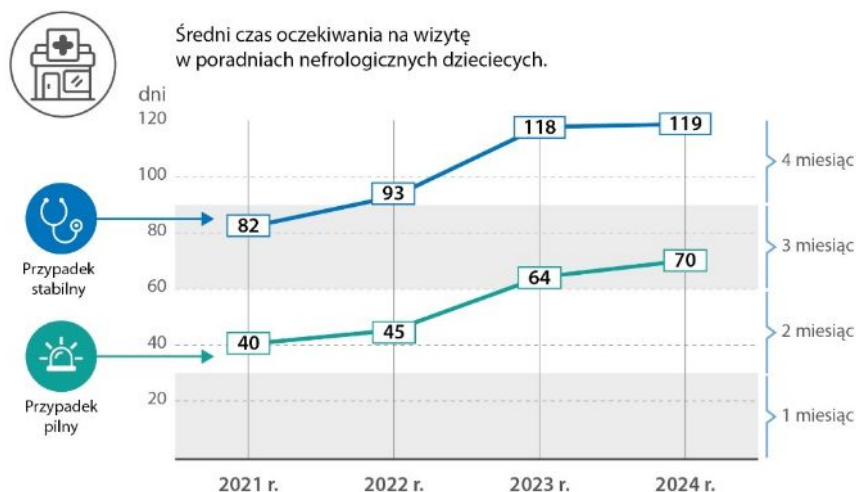
Średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

Infografika nr 5

Średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych dziecięcych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

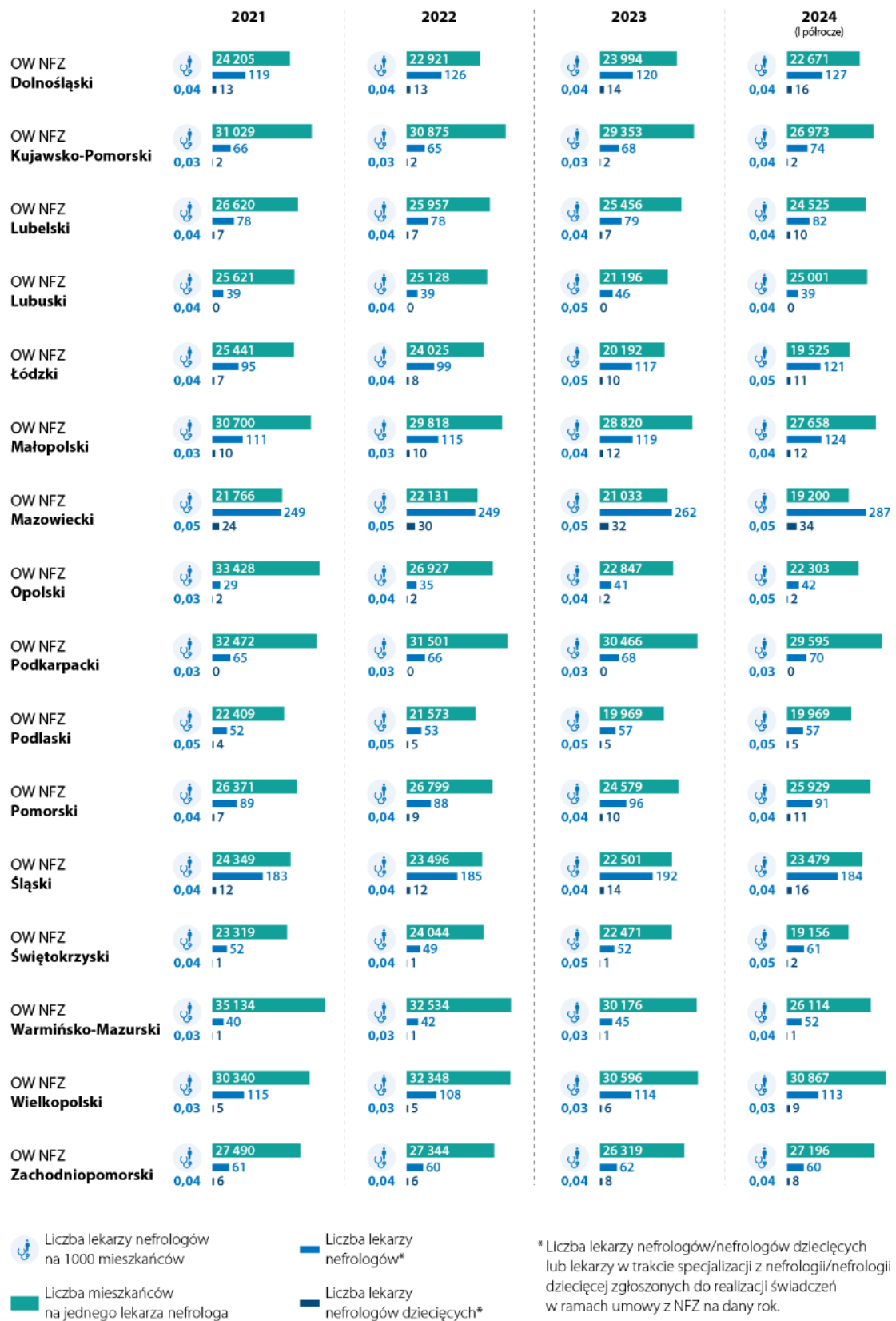
**Wzrost liczby
pacjentów objętych
AOS w poradniach
nefrologicznych**

Liczba porad udzielonych w poradniach nefrologicznych w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wzrosła z 403,1 tys. w 2021 r. do 474,5 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (I półrocze) wyniosła 253,4 tys. Natomiast w poradniach nefrologicznych dziecięcych liczba ta wzrosła z 107,8 tys. w 2021 r. do 111,1 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (I półrocze) wyniosła 68,9 tys. pacjentów.

Liczba pacjentów objętych AOS w poradniach nefrologicznych w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wzrosła z 190,6 tys. w 2021 r. do 231,6 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (I półrocze) wyniosła 185,7 tys. Natomiast w poradniach nefrologicznych dziecięcych liczba ta wzrosła z 52,4 tys. w 2021 r. do 58,6 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (I półrocze) wyniosła 45,7 tys. pacjentów. Negatywnym skutkiem zwiększenia się liczby pacjentów było wydłużenie się czasu oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych (w tym dziecięcych).

Infografika nr 6

Dostępność lekarzy nefrologów i nefrologów dziecięcych w województwach



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

W celu zmiany organizacji udzielania świadczeń i poprawy dostępności do usług zdrowych w ramach rodzaju AOS w latach 2021–2024 (I połowa) Prezes NFZ wprowadził regulacje³⁰ takie jak, m.in. mechanizm bezlimitowego finansowania świadczeń dla wszystkich usług zdrowotnych udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż. oraz kolejno bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń udzielanych w AOS (w zakresach podstawowych i skojarzonych do nich oraz badaniach diagnostycznych kosztochłonnnych).

Liczba poradni nefrologicznych (AOS) w województwach objętych kontrolą wyniosła łącznie 123. Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosił 122 dni (najdłużej w Małopolsce – 155 dni, najkrócej w Wielkopolsce – 89 dni), a dla przypadków pilnych – 64 (najdłużej w województwie mazowieckim – 92 dni, najkrócej w województwie wielkopolskim – 35 dni). Liczba pacjentów poradni nefrologicznych wyniosła łącznie 101,9 tys. osób, najwięcej w województwie mazowieckim – 27,5 tys. osób, najmniej w województwie łódzkim – 14,7 tys. osób.

Leczenie szpitalne

Podobnie jak w przypadku dostępu do AOS, dostęp do leczenia nefrologicznego w oddziałach nefrologicznych był nierównomierny w skali kraju. Liczba oddziałów nefrologicznych i oddziałów nefrologicznych dziecięcych w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wyniosła w 2021 r. 80 i 24, w 2022 r. 79 i 24, w 2023 r. 78 i 22, a w I półroczu 2024 r. 78 i 18. W 2024 r. połowa oddziałów nefrologicznych znajdowała się w czterech województwach (12 w województwie mazowieckim, 11 w śląskim, osiem w łódzkim i siedem w wielkopolskim). Najwięcej oddziałów nefrologicznych dziecięcych było w Śląskim OW NFZ (trzy). Wskazanych oddziałów nie było natomiast w OW NFZ: Lubuskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim i Opolskim. Średnia liczba mieszkańców przypadających na jeden oddział nefrologiczny w Polsce wzrosła w okresie od 2021 r. do I połowy 2024 r. z 476 tys. do 481,6 tys. (1,2 %). Najwięcej mieszkańców, na koniec 2023 r. przypadało na oddział nefrologiczny w województwach dolnośląskim (959,8 tys.), opolskim (936,7 tys.) i małopolskim (857,4 tys.), a najmniej w województwie łódzkim (295,3 tys.) i lubuskim (325 tys.)

Leczeniem szpitalnym w oddziałach nefrologicznych objęto: w 2021 r. 40,1 tys. osób (w tym na oddziałach nefrologicznych dziecięcych 10,6 tys.), w 2022 r. 44,3 tys. osób (11,2 tys.), w 2023 r. 48,1 tys. osób (12,4 tys.),

³⁰ Zarządzenie Nr 7/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 stycznia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Biul. Inf. NFZ poz. 7) oraz zarządzenie Nr 116/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 czerwca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Biul. Inf. NFZ poz. 116).

a w I półroczu 2024 r. – 29,7 tys. osób (9,2 tys.). Dane te również potwierdzają narastający problem epidemiologiczny związany z zachorowalnością na PChN.

Łączna liczba oddziałów szpitalnych w województwach objętych kontrolą (LSZ) wyniosła łącznie 42, tj. w łódzkim – 8, małopolskim – 4, mazowieckim – 12, śląskim – 11 i wielkopolskim – 7. Liczba pacjentów oddziałów szpitalnych wyniosła łącznie 11,5 tys. osób.

Zmniejszenie liczby oddziałów nefrologicznych nastąpiło w województwach:

- a) łódzkim o jeden, co nie wpłynęło na zmniejszenie liczby łóżek nefrologicznych; podmiot leczniczy zamknął komórkę realizującą świadczenia w zakresie Nefrologia-Hospitalizacja, obejmującą dwa łóżka i jednocześnie zwiększył liczbę łóżek o dwa w komórce realizującej świadczenia w zakresie nefrologii dziecięcej;
- b) śląskim o jeden, co wynikało z problemów kadrowych jednego z podmiotów leczniczych; Śląski Oddział Wojewódzki NFZ wyraził zgodę na połączenie Pododdziału Nefrologicznego z Oddziałem Chorób Wewnętrznych II i Pododdziałem Dermatologicznym.

Leczenie nerkozastępcze

Liczba stacji dializ, w tym ambulatoryjnych stacji dializ w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wzrosła z 270 (w tym ambulatoryjnych 160) w 2021 r. do 275 (w tym ambulatoryjnych 165) w 2024 r. (do 30 czerwca). Leczenie za pomocą dializ otrzewnowych w 2024 r. (I półrocze) prowadzono w 78 stacjach. Tyle samo stacji dializ było w 2021 r.

Liczba pacjentów dializowanych w stacjach dializ w latach 2021–2023 nieznacznie wzrosła z 32,1 tys. w 2021 r. (w tym pacjentów poddawanych hemodializie 30,9 tys. i dializowanych otrzewnowo 1,2 tys. osób) do 33,3 tys. w 2023 r. (odpowiednio 32 tys. i 1,3 tys.), a w 2024 r. (do 30 czerwca) wynosiła 28,6 tys. pacjentów (odpowiednio 27,5 tys. i 1,1 tys.).

W województwach objętych kontrolą, funkcjonowało łącznie 147 stacji dializ, tj. w województwie łódzkim – 16, małopolskim – 21, mazowieckim – 36, śląskim – 37 i wojewódzkim wielkopolskim – 37³¹. Liczba pacjentów dializowanych w stacjach dializ wyniosła łącznie 15,1 tys. osób. Z dializ otrzewnowych korzystało 550 pacjentów. W województwie łódzkim i małopolskim dializy otrzewnowe były wykonywane w warunkach domowych. W województwie śląskim dializy otrzewnowe przeprowadzano zarówno w warunkach domowych, jak i w stacjach dializ. Mazowiecki oraz Wielkopolski Oddział NFZ nie miały danych o liczbie pacjentów, wykonujących dializy otrzewnowe w warunkach domowych. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ nie mieli także danych w zakresie odległości,

³¹ Dane z oddziałów wojewódzkich według stanu na 30 czerwca 2024 r.

jaką pacjenci pokonywali na dializy, ponieważ umowy nie nakładały na świadczeniodawców obowiązku sprawozdawania tego rodzaju danych. Jeden z Dyrektorów OW NFZ wskazał, że pacjent ma pełne prawo wyboru podmiotu leczniczego, a jednym z kryteriów wyboru jest lokalizacja stacji.

Zmniejszenie liczby stacji dializ nastąpiło w województwach:

- a) wielkopolskim o jedną, co jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, było wynikiem przeprowadzonych analiz w ramach dotychczas realizowanej umowy przez jednego ze świadczeniodawców;
- b) śląskim o jedną, na skutek wniosku podmiotu leczniczego, w którym wskazano, że kontynuowanie działalności stacji nie znajduje uzasadnienia ekonomicznego (trudności w znalezieniu lekarzy nefrologów oraz niewystarczająca liczba pacjentów);
- c) małopolskim o jedną z uwagi na zamknięcie jednej stacji, działającej sezonowo dla kuracjuszy przebywających na terenie uzdrowiska; Dyrektor OW NFZ wyjaśniła, że dializy dla tej grupy pacjentów zostały zabezpieczone w innej miejscowości.

Programy lekowe

Dla pacjentów z PChN stworzono pięć programów lekowych: B.37 Leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek, B.38 Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek, B.39 Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami, B.113 Leczenie pacjentów z chorobami nerek i B.126 Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwrodnienia wielotorbielowatego nerek. Objętych nimi było: 5,8 tys. pacjentów w 2022 r., 6,7 tys. pacjentów w 2023 r. i 6,1 tys. pacjentów w I połowie 2024 r. Świadczenia w ramach tych programów realizowało 259 świadczeniodawców w 2022 r., 277 w 2023 r. i 281 w I połowie 2024 r. Wydatki w ramach tych programów lekowych wyniosły:

- w 2022 r.: 18 649,5 tys. zł na leki i 6893,6 tys. zł na świadczenia,
- w 2023 r.: 34 975,1 tys. zł na leki i 12 591,8 tys. zł na świadczenia,
- w I połowie 2024 r.: 18 077,1 tys. zł na leki i 6223,6 tys. zł na świadczenia.

Ministerstwo Zdrowia oraz Centrala NFZ nie miały wiedzy, czy występowały problemy z dostępem do takich świadczeń w ramach programów lekowych skierowanych do pacjentów z PChN, w tym trudności terytorialnych.

Do żadnego z kontrolowanych oddziałów wojewódzkich NFZ nie wpłynęły skargi na zasady kwalifikacji do programów lekowych. Faktycznie nie wystąpiły problemy z dostępnością do tych programów.

Wzrost liczby pacjentów z rozpoznaną PChN

W latach objętych kontrolą rosła liczba pacjentów, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19. W przypadku POZ było to odpowiednio 57,9 tys. i 9,5 tys. w 2021 r., 61,2 tys. i 9,7 tys. w 2022 r., 65,5 tys. i 10 tys. w 2023 r. oraz 42,6 tys. i 5 tys. w I połowie

2024 r. Liczba pacjentów poradni nefrologicznych, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19 wynosiła odpowiednio w 2021 r. 32,3 tys. i 1,6 tys., w 2022 r. 36,6 tys. i 2,1 tys., w 2023 r. 40,6 tys. i 2,5 tys., a w I połowie 2024 r. 22,2 tys. i 1,4 tys. Liczba pacjentów poradni nefrologicznych dziecięcych, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19 wynosiła odpowiednio w 2021 r. 233 i 6, w 2022 r. 250 i 5, w 2023 r. 271 i 17, a w I połowie 2024 r. 133 i 4.

Liczba pacjentów oddziałów nefrologicznych, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 oraz N19 wynosiła odpowiednio w 2021 r. 4,9 tys. i 63, w 2022 r. 5,3 tys. i 49, w 2023 r. 5,1 tys. i 47, a w I połowie 2024 r. 2,5 tys. i 26. Liczba pacjentów oddziałów nefrologicznych dziecięcych, u których po raz pierwszy postawiono te rozpoznania wynosiła odpowiednio w 2021 r. 239 i 3, w 2022 r. 350 i 7, w 2023 r. 340 i 7, a w I połowie 2024 r. 189 i 8. Dane te, podobnie jak dane o liczbie pacjentów objętych leczeniem szpitalnym, również wskazują na rosnący problem epidemiologiczny związany z zachorowalnością na PChN.

**Koszty diagnostyki
i opieki
nad pacjentami
z PChN**

Całkowita wartość kosztów diagnostyki i leczenia pacjentów z PChN w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wyniosła łącznie 6152,5 mln zł, w tym koszt opieki zdrowotnej nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N18 i N19 w POZ, AOS i na oddziałach szpitalnych 376,3 mln zł (6 % ogółem), leczenia nerkozastępczego 5661,6 mln zł (92 %) oraz programów lekowych 114,6 mln zł (2 %). W przypadku POZ³², AOS (dot. poradni: nefrologicznej i nefrologicznej dla dzieci) i na oddziałach szpitalnych (dot. oddziałów: nefrologicznego i nefrologicznego dziecięcego), koszty opieki zdrowotnej nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N18 i N19 wzrosły z 69,2 mln zł w 2021 r. do 133,8 mln zł w 2023 r. (wzrost o 93 %), a w 2024 r. wynosiły 69,1 mln zł (do 30 czerwca 2024 r.). Łącznie w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wyniosły 376,3 mln zł.

W latach 2021–2024 (do 30 czerwca) wartość rozliczonych świadczeń podstawowych i leków na sfinansowanie programów lekowych dla pacjentów cierpiących na choroby nerek wyniosła ogółem 114,6 mln zł³³.

Koszty opieki nad pacjentami leczonymi nerkozastępczo za pomocą dializ i hemodializ wyniósł w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) 5661,6 mln zł³⁴, w tym koszt leczenia hemodializami 5353,1 mln zł, a dializami otrzewnowymi

³² W ramach POZ dla rozpoznania ICD-10 N18, liczone dla świadczeń: UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) (5.01.00.0000176), porada edukacyjna (5.01.00.0000195), konsultacja dietetyczna (5.01.00.0000196), porada kompleksowa (5.01.00.0000197), konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (lekarz POZ - lekarz specjalista) (5.01.00.0000244), konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (pacjent - lekarz specjalista) (5.01.00.0000245).

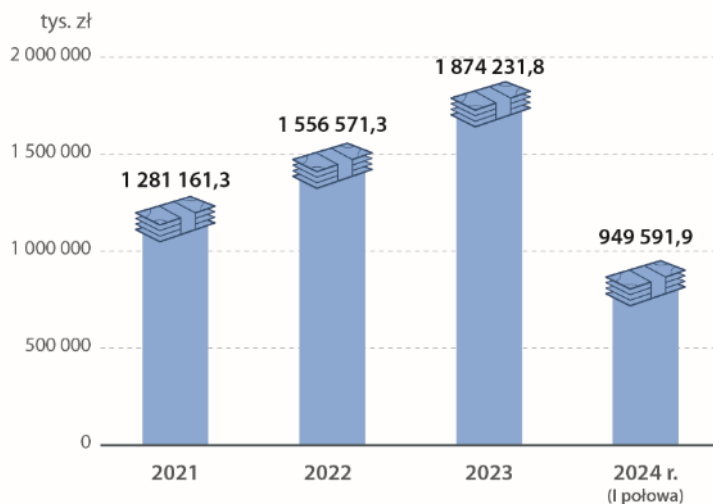
³³ 16,2 mln zł w 2021 r., 25,5 mln zł w 2022 r., 47,6 mln zł w 2023 r. i 25,3 mln zł do 30 czerwca 2024 r.

³⁴ W 2021 r. wynosiły one 1 281 161,3 tys. zł, w 2022 r. 1 556 571,3 tys. zł, w 2023 r., 1 874 231,8 tys. zł, a w I półroczu 2024 r. 949 591,8 tys. zł.

308,5 mln zł. Koszt leczenia hemodializami oraz dializami otrzewnowymi pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18 i N19 wyniósł w tym okresie 5581,5 mln zł, z czego 5273,1 mln zł to koszt hemodializ (94 %).

Infografika nr 7

Koszty opieki nad pacjentami leczonymi nerkozastępczo w latach 2021–2024



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

Wydatki poniesione na leczenie pacjentów, u których zdiagnozowano przewlekłą chorobę nerek w pięciu województwach wyniosły: w POZ: 2155,5 tys. zł³⁵, AOS: 11 447,8 tys. zł, LSZ: 25 812,0 tys. zł oraz programy lekowe: 2 850,5 tys. zł. Dla porównania wydatki na opiekę nad pacjentami leczonymi nerkozastępczo wyniosły: 484 566,5 tys. zł.

Specjaliści zajmujący się wczesną diagnostyką i opieką nad pacjentami z PChN

Liczba lekarzy nefrologów lub lekarzy w trakcie specjalizacji z nefrologii, zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ wzrosła z 1357 w 2021 r. do 1454 w 2024 r. (I półrocze), tj. o 97 (o 7 %). W przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wskaźnik tych lekarzy wynosił od 0,036 w 2021 r. do 0,039 w I półroczu 2024 r. co oznacza, że liczba mieszkańców przypadających na jednego lekarza zmniejszyła się w analizowanym okresie czasu z 28,1 tys. do 25,8 tys. W 2024 r. najwięcej lekarzy udzielało świadczeń w ramach kontraktu zawartego

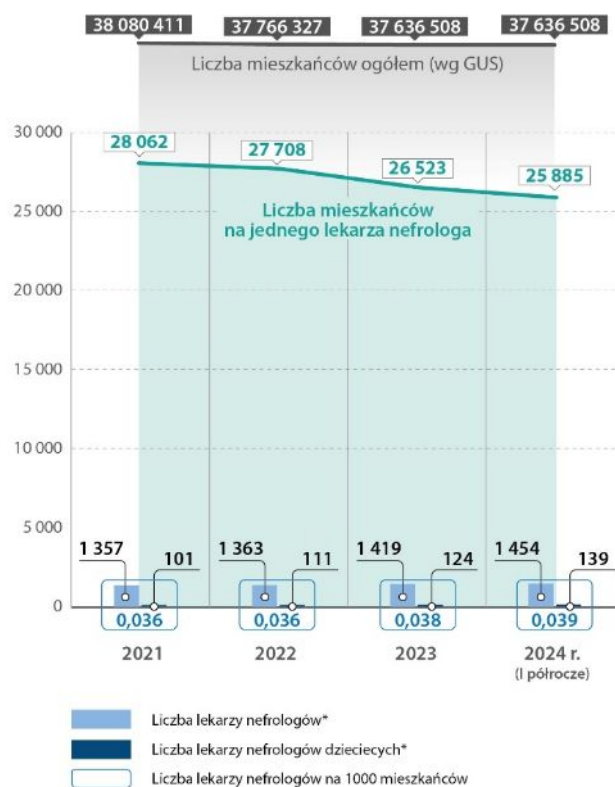
³⁵ Na koszty POZ składają się: 1) badanie wskaźnika albumina/kreatynina w moczu (UACR, kod świadczenia: 5.01.00.0000176 – 33 zł); 2) porada edukacyjna (kod świadczenia: 5.01.00.0000195 – 49 zł); 3) konsultacja dietetyczna (kod świadczenia: 5.01.00.0000196 – 58,90 zł); 4) porada kompleksowa (kod świadczenia: 5.01.00.0000197 – 200,60 zł); 5) konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (lekarz POZ - lekarz specjalista, kod świadczenia: 5.01.00.0000244 – 86,95 zł); 6) konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (pacjent - lekarz specjalista, kod świadczenia: 5.01.00.0000245 – 140,90 zł) – stawki podane na podstawie załącznika nr 1 *Wartości stawek kapitałowych, porad i ryczałtów* do zarządzenia Nr 167/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2023 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Biul. Inf. NFZ poz. 167).

z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (dalej: OW NFZ) (287), a najmniej z Lubuskim OW NFZ (39).

Liczba lekarzy nefrologów dziecięcych lub lekarzy w trakcie specjalizacji z nefrologii dziecięcej, zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ wzrosła ze 101 w 2021 r. do 139 w 2024 r. (I półrocze), tj. o 38 (o 38 %). W 2024 r. najwięcej lekarzy tej specjalizacji udzielało świadczeń w ramach kontraktu zawartego z Mazowieckim OW NFZ (34). Jednocześnie w OW NFZ: Lubuskim i Podkarpackim nie zgłoszono żadnego lekarza tej specjalizacji do realizacji świadczeń w ramach umowy z Funduszem na 2024 r. Na koniec 2023 r. w województwie podlaskim przypadało 0,0501 lekarzy nefrologów na 1000 mieszkańców, w łódzkim 0,0495, a w mazowieckim 0,0475, natomiast w przypadku województwa wielkopolskiego było to 0,0327, podkarpackiego 0,0328, a warmińsko-mazurskiego 0,0331. Między województwami występowały znaczne różnice w liczbie lekarzy nefrologów i liczbie pacjentów przypadających na jednego lekarza. Mogło to ograniczać dostępność opieki nefrologicznej dla pacjentów.

Infografika nr 8

Liczba lekarzy nefrologów lub lekarzy w trakcie specjalizacji z nefrologii, zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ



Liczba lekarzy nefrologów/nefrologów dziecięcych lub lekarzy w trakcie specjalizacji z nefrologii/nefrologii dziecięcej zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ na dany rok.

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez NFZ.

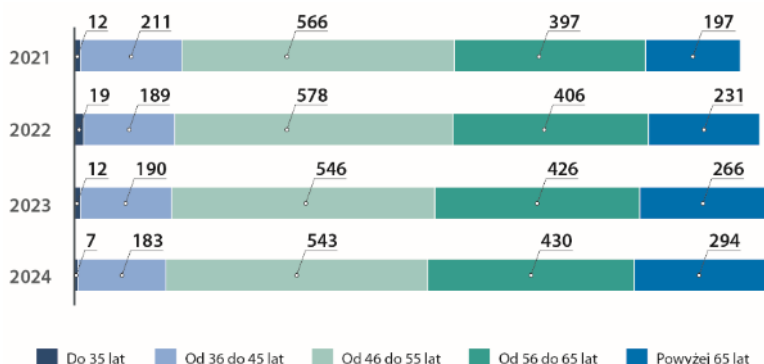
**Malejąca liczba
specjalistów
zajmujących się
wczesną diagnostyką
i opieką nad
pacjentami z PChN**

Poważnym problemem w dostępie świadczeń z zakresu nefrologii jest starzejąca się kadra specjalistów. Na problem ten zwrócono uwagę w MPZ, wskazując, że liczba lekarzy nefrologów, którzy w 2024 r. osiągną wiek emerytalny, wyniesie 241, podczas gdy liczba lekarzy, którzy uzyskają tytuł specjalisty wyniesie tylko 176. Podniesiono również problem liczby lekarzy nefrologów na 100 tys. mieszkańców wynoszący 3,4 podczas, gdy Konsultanci Krajowi rekomendowali 4,4 na 100 tys.

Wśród specjalistów nefrologii odsetek lekarzy powyżej 65 roku życia wykonujących zawód wzrósł z 14 % w 2021 r. do 20 % w 2024 r., a w przypadku nefrologów dziecięcych z 10 % do 14 %. Także liczba specjalistów w przedziale wiekowym do 35 roku życia uległa zmianie, gdzie w 2021 r. stanowili oni 0,86 % nefrologów, a w 2024 r. jedynie 0,48 %. W przypadku nefrologów dziecięcych stan ten uległ zmianie z 3,5 % do 0,8 %.

Infografika nr 9

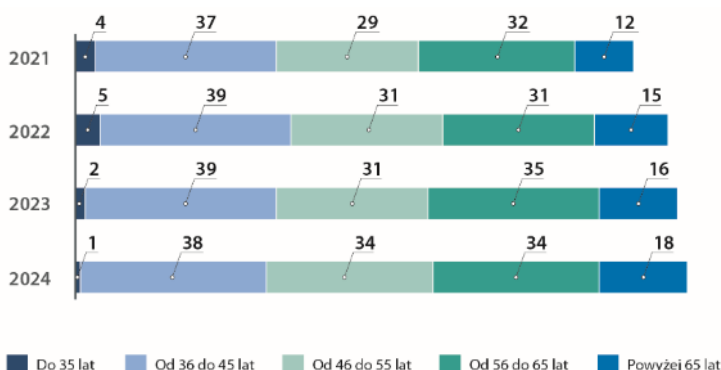
Struktura wiekowa lekarzy nefrologów



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez MZ.

Infografika nr 10

Struktura wiekowa lekarzy nefrologów dziecięcych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez MZ.

Prognozowane dane wskazują, że różnica pomiędzy liczbą lekarzy osiągających wiek emerytalny a uzyskujących tytuł specjalisty w dziedzinie nefrologii wzrośnie z 10 w 2025 r. do 34 w 2029 r. Skutkować to będzie brakiem zastępowalności lekarzy osiągających wiek emerytalny. Ponadto blisko 30 % nefrologów i nefrologów dziecięcych znajdowało się

w przedziale wiekowym 56–65 lat, co oznacza, że odsetek lekarzy powyżej 65 r. życia będzie znacząco wzrastał w najbliższych latach.

Konsultanci Krajowi w dziedzinie nefrologii oraz nefrologii dziecięcej również wskazywali na problem niedoboru specjalistów oraz braku zainteresowania tymi dziedzinami przez absolwentów. Zwrócili także uwagę na prognozy dotyczące starzejącej się kadry lekarskiej. Jako możliwe rozwiązania wskazali m.in. zakwalifikowanie nefrologii do specjalizacji priorytetowej. Na niewystarczające zasoby kadrowe wśród lekarzy zajmujących się pacjentami nefrologicznymi zwracali uwagę również Prezes Zarządu Federacji Porozumienie Zielonogórskie, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Nefrologicznych, Prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego oraz Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej.

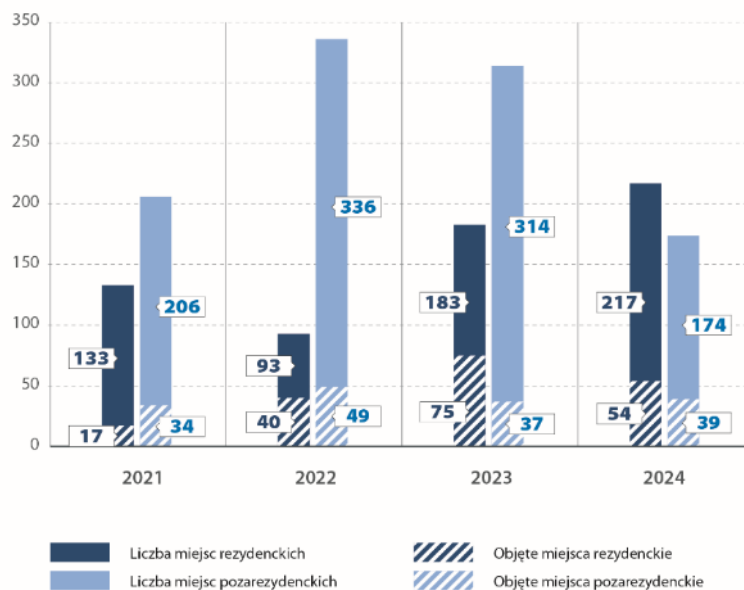
Ogólna liczba czynnych zawodowo lekarzy nefrologów wynosiła: w 2021 r. – 1383, w 2022 r. – 1423, w 2023 r. – 1440 oraz wg stanu na 30 września 2024 r. – 1457, jednak jak wskazał Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii praktykujących nefrologów było około 900-950. Ogólna liczba czynnych zawodowo lekarzy nefrologów dziecięcych na koniec roku wynosiła: w 2021 r. – 114, w 2022 r. – 121, w 2023 r. – 123 oraz wg stanu na 30 września 2024 r. – 125.

Od 2023 r. zwiększono liczbę miejsc rezydenckich na specjalności nefrologia i nefrologia dziecięca, co w związku z większą liczbą absolwentów medycyny miało przełożyć się na zwiększenie liczby osób odbywających te specjalizacje. Pomimo zwiększenia liczby miejsc w przypadku nefrologii, w 2023 r. obsadzono 22,4 % miejsc, a w 2024 r. 23,1 % miejsc. W przypadku nefrologii dziecięcej było to odpowiednio 20 % i 41,4 %³⁶ miejsc.

³⁶ Liczba miejsc w przypadku nefrologii dziecięcej spadał w 2024 r. z 80 do 58.

Infografika nr 11

Udział objętych miejsc rezydenckich i pozarezydenckich na specjalizacji nefrologia i nefrologia dziecięca do ilości dostępnych miejsc



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez MZ.

W rozporządzeniach w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny nie ujęto nefrologii i nefrologii dziecięcej. Na liście priorytetowych dziedzin medycyny znajdują się obecnie 23 dziedziny. Wybór specjalizacji z dziedzin priorytetowych przekłada się na wyższe wynagrodzenie zasadnicze szkolonych lekarzy, a także możliwość rozpoczęcia szkoleń w ramach dodatkowego etapu postępowania kwalifikacyjnego, które nie są możliwe w przypadku dziedzin niepriorytetowych. Na potrzebę ujęcia nefrologii jako priorytetowej dziedziny medycyny wskazano w MPZ. Postulował to również Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii.

W ocenie Ministra Zdrowia ujęcie nefrologii i nefrologii dziecięcej w priorytetowych dziedzinach medycyny mogłoby mieć nieznaczny wpływ na wzrost zainteresowania nimi kosztem innych dziedzin.

**Program pilotażowy
„Profilaktyka 40 PLUS”**

Od 1 lipca 2021 r. wprowadzono dla świadczeniobiorców, w wieku od 40 roku życia, profilaktyczną diagnostykę laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”³⁷. Celem Programu miała być ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40 roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.

³⁷ Wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2024 r. poz. 549, ze zm.).

W ramach Programu świadczeniobiorcy mogli zrealizować bezpłatne pakiety badań diagnostycznych, które miały na celu wczesne wykrywanie potencjalnych problemów zdrowotnych i zapobieganie rozwojowi chorób cywilizacyjnych³⁸. Program miał umożliwić wykrywanie różnych chorób cywilizacyjnych na ich wczesnym etapie. Wykrywanie chorób nerek umożliwiały następujące badania: poziomu kreatyniny we krwi, poziomu kwasu moczowego we krwi oraz badanie ogólne moczu.

W okresie poprzedzającym wdrożenie Programu pilotażowego, Ministerstwo Zdrowia 28 lutego 2020 r. opublikowało na stronie internetowej resortu założenia programu, mającego na celu ocenę stanu zdrowia pacjentów w wieku od 40 do 65 lat oraz umożliwiającego przeprowadzenie badań raz na pięć lat³⁹, jednakże nie miały one podstaw w żadnym oficjalnym dokumencie. Zgodnie z powyższymi założeniami program miał obowiązywać przez pięć lat i objąć swoim zasięgiem blisko 11 mln osób w wieku od 40 do 65 lat. Badania miały być realizowane w ramach badań medycyny pracy, a w przypadku osób niepodlegających badaniom pracowniczym – w ramach POZ. Planowano wprowadzenie podstawowego pakietu diagnostycznego, a w przypadku niepokojących wyników badań lekarze mieli mieć możliwość skorzystania z pakietu poszerzonego oraz skierowania pacjenta na konsultację specjalistyczną. W ramach tego programu pacjenci mieli mieć również możliwość skorzystania z badań przesiewowych realizowanych w ramach ogólnopolskich programów zdrowotnych, regionalnych programów zdrowotnych oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w kierunku chorób kardiologicznych i nowotworowych (takich jak m.in.: mammografia, cytologia, kolonoskopia, badanie dermoskopowe i wideoskopowe oraz badania w ramach opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe). Program miał być nakierowany na wczesne rozpoznanie chorób układu krążenia, onkologicznych i cukrzycy. W programie nie przewidziano jednak rozwiązań mających na celu poprawę dostępności do diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN (innych niż badanie poziomu kreatyniny i kwasu moczowego we krwi oraz badanie ogólne moczu).

Założenia opublikowane w 2020 r. nie były w pełni zbieżne z wprowadzonym Programem pilotażowym. W stosunku do pierwotnych założeń, we wprowadzonym Programie zrezygnowano z realizacji diagnostyki w ramach obowiązkowych badań profilaktycznych medycyny pracy. Ograniczono także zakres badań, gdyż nie ujęto części badań

³⁸ Takich jak nowotwory, choroby serca, cukrzyca itp.

³⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wprowadzamy-program-profilaktyka-40-plus> (dostęp: 7 listopada 2024 r.).

przewidzianych w założeniach w ramach pakietu pogłębianego⁴⁰. Zrezygnowano również z powiązania Programu z medycyną pracy oraz badań przesiewowych w kierunku chorób kardiologicznych i nowotworowych (takich jak m.in.: mammografia, cytologia, kolonoskopia, badanie dermoskopowe i wideosokopowe oraz badania w ramach opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe).

Przed rozpoczęciem realizacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” Ministerstwo Zdrowia dokonało analizy problemu i rekomendowanego rozwiązania, co opisano w ocenie skutków regulacji. Pomimo zwrócenia uwagi na problem epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych, nie wskazano wśród nich PChN. W Programie nie określono oczekiwanego efektu zdrowotnego odnoszącego się do rozwiązywanego problemu (ryzyka zachorowania na choroby tzw. cywilizacyjne, epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych), a wskazano jedynie na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie problemów zdrowotnych i społecznych.

Ministerstwo Zdrowia dysponowało informacjami o rozwiązaniach, dotyczących organizacji cyklicznych działań profilaktycznych obejmujących duże grupy mieszkańców, stosowanych w innych krajach. W ocenie skutków regulacji z 10 czerwca 2021 r. dotyczącej projektu wprowadzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, wskazano rozwiązania dotyczące organizacji cyklicznych działań profilaktycznych, obejmujące duże grupy mieszkańców, które są stosowane w kilku państwach Unii Europejskiej m.in. model austriacki, w którym badania przysługują raz w roku każdemu obywatelowi powyżej 18 lat. We Francji każda osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczeń społecznych może skorzystać raz na pięć lat z bezpłatnej oceny stanu zdrowia. W Holandii istnieją narodowe profilaktyczne badania ogólnego stanu zdrowia. W Niemczech od 35. r.ż. niemiecki fundusz zdrowia finansuje badania kontrolne, które przysługują pacjentom co trzy lata. Model stosowany w Wielkiej Brytanii zakłada, iż badania przysługują obywatelom w wieku od 40 do 74 lat w pięcioletnich interwałach czasowych.

W uzasadnieniu projektu rozporządzenia o Programie pilotażowym wskazano, że badania profilaktyczne należy wykonywać regularnie celem zareagowania zanim problemy zdrowotne staną się poważne i trudniejsze do diagnostyki i leczenia. Wskazano także na niską zgłaszalność do już działających programów profilaktycznych i niską świadomość

⁴⁰ M.in. badań stężenia LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójglicerydów, poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c, doustnego testu obciążenia glukozą, badania EKG, USG jamy brzusznej oraz konsultacji lekarza specjalisty.

konieczności dbania o zdrowie, co prowadziło do wzrostu zachorowań na choroby cywilizacyjne⁴¹, wśród których nie wymieniono jednak PChN. W trakcie konsultacji publicznych i opiniowania projektu rozporządzenia w sprawie Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, które odbyły się od 18 do 25 listopada 2021 r., w zakresie chorób nerek zgłoszono⁴² postulaty dotyczące uwzględnienia w pakiecie badań oznaczenia GFR⁴³ w ramach badania stężenia kreatyniny we krwi oraz badania UACR⁴⁴ w celu oceny wydalania albumin z moczem, a także uwzględnienia w projekcie chorych na choroby nerek.

W rozporządzeniu w sprawie Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” określono wszystkie elementy wymienione w art. 48e ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym: jego cel, okres realizacji, zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których Program dotyczy, populację objętą Programem, warunki organizacji i realizacji świadczeń, sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej (ceny jednostkowe badań), sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, tryb wyboru realizatora Programu, wskaźniki realizacji Programu i sposób ich pomiaru, sposób oceny wyników Programu i wskazanie podmiotu zobowiązanego do finansowania Programu.

Program, który pierwotnie miał obowiązywać do 31 grudnia 2021 r. był przedłużany kolejno do 30 czerwca 2022 r., 31 grudnia 2022 r., 31 grudnia 2023 r., 30 czerwca 2024 r., 31 grudnia 2024 r. i 30 kwietnia 2025 r. Zmiany te miały na celu umożliwienie skorzystania z Programu przez jak największą liczbę świadczeniobiorców od 40 roku życia.

W celu skorzystania z Programu świadczeniobiorcy musieli wypełnić ankietę dostępną na IKP. Umożliwiano również wypełnienie ankiety poprzez infolinię oraz u świadczeniodawcy będącego realizatorem programu. W celu uproszczenia i przyspieszenia procesu rejestracji wprowadzono, od 1 lipca 2023 r., obowiązek wykorzystania centralnej elektronicznej rejestracji do realizacji Programu. Z uwagi na przedłużające się prace związane z dostosowaniem systemów teleinformatycznych realizatorów Programu do rozwiązań i wymogów wynikających z wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji przydzielanie

⁴¹ Takie jak nowotwory, choroby serca, cukrzyca itp.

⁴² Postulaty Konsultanta Krajowego ds. nefrologii, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej i diagnostyki laboratoryjnej.

⁴³ Wskaźnik filtracji kłębuszkowej (ang. glomerular filtration rate) określa wielkość przesączania kłębuszkowego w nerkach. Wskaźnik GFR jest jednym z najlepszych wyznaczników funkcji wydalniczej nerek. Jego obniżenie świadczy o zaburzeniu funkcji nerek i ich niewydolności.

⁴⁴ Badanie albuminurii pomagające wykryć przewlekłą chorobę nerek nawet na wczesnym etapie.

**Nierzetelne
oszacowanie kosztów
Programu
pilotażowego
„Profilaktyka 40 PLUS”**

świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia mogło odbywać się na dotychczasowych zasadach⁴⁵.

Oszacowane przez Ministerstwo Zdrowia koszty realizacji Programu w wysokości 500 mln zł rocznie (250 mln zł w przypadku okresu wynoszącego 6 miesięcy) stanowiły w 2021 r. 1273 %, w 2022 r. 738 %, a w 2023 r. 328 % faktycznie wydatkowanych środków na realizację Programu w danym roku.

Od 30 czerwca 2023 r. wprowadzono możliwość skorzystania po raz drugi ze świadczeń w ramach Programu pod warunkiem, że od pierwszego udzielenia świadczeń w jego ramach upłynęło co najmniej 12 miesięcy, a od 31 grudnia 2024 r. pacjent miał możliwość skorzystania ze świadczeń pod warunkiem, że od udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego programu po raz ostatni upłynęło co najmniej 12 miesięcy. Wprowadzenie możliwości skorzystania po raz kolejny ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” miało na celu zweryfikowanie stanu zdrowia w perspektywie roku od wykonania badań diagnostycznych, co miało przełożyć się na właściwą ocenę wdrożonych działań i ewentualnego leczenia.

Świadczeniodawców⁴⁶, którzy zostali realizatorami programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” było w latach 2021–2024 (do 30 września) 1589⁴⁷. Wnioski o zawarcie umowy na jego realizację wpłynęły w tym okresie czasu od 1982 podmiotów.

Do 31 sierpnia 2024 r. w Programie wzięło udział, łącznie 4731,8 tys. osób⁴⁸. Stanowiło to 19,6 % uprawnionych do udziału w nim wg stanu na 1 sierpnia 2024 r. Badania wykonano dla łącznie 4342,5 tys. zł, tj. 18 % uprawnionych wg stanu na 1 sierpnia 2024 r.

W związku z informacjami medialnymi dotyczącymi wzrostu zainteresowania pacjentów realizacją badań w ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS”, NIK wystąpiła w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK do Centrum e-Zdrowia z prośbą o przekazanie liczby uczestników Programu do 31 marca 2025 r. Z otrzymanych danych wynika, że do 31 grudnia 2024 r. z Programu skorzystało 5856,2 tys. osób (24,1 % uprawnionych, a do 31 marca 2025 r. 6606,5 tys. osób (27 %).

Środki zaplanowane na realizację Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (kwoty ustalone w umowach na realizację Programu) wyniosły 10 572,8 tys. zł (po zmianach 48 410,6 tys. zł) w 2021 r., 47 458,8 tys. zł (po zmianach 127 686,4 tys. zł) w 2022 r., 97 540,4 tys. zł (po zmianach

⁴⁵ Tj. bez stosowania centralnego zgłoszenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji.

⁴⁶ Świadczeniodawcy unikalni/niepowtarzający się.

⁴⁷ 931 w 2021 r., 224 w 2022 r., 312 w 2023 r. i w 2024 r. 122.

⁴⁸ Dane Ministerstwa Zdrowia.

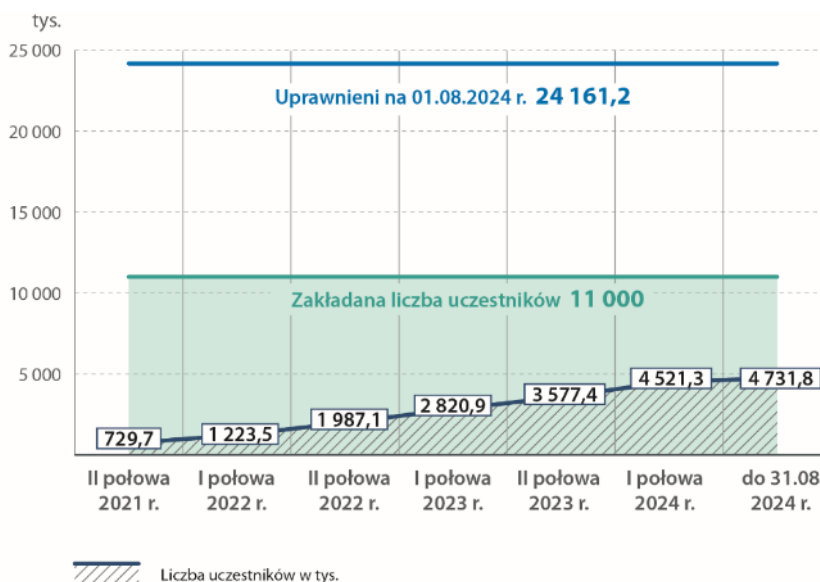
165 103,7 tys. zł) w 2023 r. i 75 666,4 tys. zł (po zmianach 120 408,4 tys. zł) w 2024 r. (I półrocze). Faktycznie poniesione koszty Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” wyniosły 39 268,1 tys. zł w 2021 r., 101 581,7 tys. zł w 2022 r., 152 429,7 tys. zł w 2023 r. i 101 625,5 tys. zł w 2024 r. (I półrocze).

W pierwotnych planach zakupu świadczeń w poszczególnych OW NFZ na program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” przewidziano w latach 2022–2024 środki finansowe: 60 mln zł w 2022 r., 97,7 mln zł w 2023 r. i 96,2 mln zł w 2024 r. Jednocześnie, w tych planach (po aktualizacjach) na program zaplanowano w latach 2022–2024 środki finansowe w 2022 r. – 122,9 mln zł, w 2023 r. – 163 mln zł i w 2024 r. – 190,9 mln zł. Wartość środków poniesionych w ramach programu wyniosła 101,6 mln zł w 2022 r. – co stanowiło 83 % wartości środków określonych w zaktualizowanym planie zakupu), 152,4 mln zł w 2023 r. (94 %) i 138,6 mln zł do 30 września 2024 r. (73 %).

Spośród osób uprawnionych do udziału w programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS”⁴⁹ w latach 2021–2024 (do 30 września) kobiety stanowiły 55 %, a mężczyźni 45 %. Łączna liczba osób, które wykonały badania w ramach programu w tym okresie wyniosła 4584,4 tys., w tym 1845,7 tys. mężczyzn (40 % ogółem) i 2738,7 tys. kobiet (60 % ogółem). Jednocześnie, 21 % mężczyzn i 26 % kobiet uprawnionych do skorzystania z programu zrealizowało skierowania i wykonało pakiet bezpłatnych badań.

Infografika nr 12

Liczba osób, które skorzystały z Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez MZ.

⁴⁹ Dane Centrali NFZ.

Z wprowadzonej w trakcie realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” możliwości ponownego skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w jego ramach liczba skierowań powtórnych wyniosła w 2023 r. 199,8 tys. (w tym 121,7 tys. stanowiły kobiety, a 78,1 tys. mężczyźni), a do 30 września 2024 r. 532,5 tys. (331,2 tys. stanowiły kobiety, a 201,4 tys. mężczyźni).

Liczba osób, u których wykonano badanie poziomu kreatyniny we krwi wzrosła w latach 2021–2024 (do 30 czerwca) z 5598 tys. w 2021 r. do 6207,2 tys. w 2023 r., a w I półroczu 2024 r. liczba ta wynosiła 3333,7 tys. osób. Badaniem tym w ramach Programu objęto natomiast w 2021 r. 387,2 tys. osób (co stanowiło 7 % wszystkich wykonanych badań poziomu kreatyniny), w 2022 r. 1019,7 tys. (17 %), w 2023 r. 1464,7 tys. (24 %), a w I półroczu 2024 r. 1122,5 tys. (34 %).

Całkowita liczba badań diagnostycznych⁵⁰ wykonanych w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w latach 2021–2024 (do 30 września) wyniosła ogółem 40 930,8 tys. (w tym w 2021 r. 3764,9 tys., w 2022 r. 9971,4 tys., w 2023 r. 14 431,4 tys. i do 30 września 2024 r. – 12 763 tys.).

Liczba osób, u których w ciągu 12 miesięcy po przeprowadzeniu badania poziomu kreatyniny w ramach programu, w trakcie wizyty w POZ stwierdzono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19 systematycznie wzrastała i wyniosła odpowiednio 1211 w 2021 r., 5478 w 2022 r., 12 268 w 2023 r. oraz 7603 w I połowie 2024 r.

Współczynnik korygujący dla POZ

W związku z niską zgłaszalnością do Programu w pierwszym roku jego funkcjonowania wprowadzono współczynnik korygujący dla POZ⁵¹. Polegało to na wypłacie środków o równowartości współczynnika korygującego, związanego z poziomem zgłaszalności do Programu w formie ryczałtu, w wysokości 2,2 tys. zł⁵² za każde 100 osób, które wypełniły ankietę i zrealizowały badania w ramach tego programu po 1 lipca 2022 r., i które znajdowały się na liście świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień miesiąca kwartału, za który rozliczany był współczynnik korygujący. Współczynnik ten został wprowadzony

⁵⁰ Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym, płytki krwi, stężenie cholesterolu całkowitego, stężenie glukozy we krwi, poziom kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu, poziom kwasu moczowego we krwi, PSA (antygen swoisty dla stercza całkowity), kontrolny profil lipidowy, krew utajona w kale – metoda immunochemiczna (iFOBT), A1AT, AspAT, GGTP, badania antropometryczne.

⁵¹ Na podstawie § 54 zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Biul. Inf. NFZ. poz. 79, ze zm.).

⁵² 1 tys. zł dla lekarza POZ za każde 100 osób z listy aktywnej, które skorzystały z Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz każdorazowo 12 zł dla pielęgniarki POZ, za wypełnienie wraz z pacjentem ankiety kwalifikacyjnej do programu.

na prośbę Ministerstwa Zdrowia, wyrażoną w piśmie sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z 15 czerwca 2022 r., w którym określono warunki jego wdrożenia. Brak było jednak bezpośredniego powiązania tak skonstruowanego współczynnika korygującego z liczbą osób korzystających z Programu, gdyż badania w jego ramach były wykonywane niezależnie od POZ, a ankiety mogły być wypełniane bez udziału pracowników POZ.

Wartość środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom przez NFZ w latach 2022–2024 (do 30 września) na opłacenie współczynników korygujących w ramach programu wyniosła ogółem 46 486 tys. zł (w tym 1265 tys. zł w 2022 r., 19 905,6 tys. zł w 2023 r. i 25 315,4 tys. zł do 30 września 2024 r.).

**Nieprawidłowe
finansowanie
współczynników
korygujących
z Funduszu
Medycznego**

Minister Zdrowia przekazywał środki na sfinansowanie współczynników korygujących w latach 2022–2024 niezgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 28 ust. 2 ustawy o Funduszu Medycznym⁵³ oraz z § 1 umów o udzielenie dotacji⁵⁴. Zgodnie z przepisami ustawy o Funduszu Medycznym, dofinansowanie może być przeznaczone na finansowanie współczynników korygujących, dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (z wyłączeniem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej), na wzmocnienie roli lekarza, pielęgniarki oraz położnej, w zwiększaniu zgłaszalności kobiet i mężczyzn na badania w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej. Program „Profilaktyka 40 PLUS” jest natomiast Programem pilotażowym, niemieszczącym się we wskazanym katalogu. NIK podkreśla, że w art. 5 pkt 29a, 30 i 30a oraz w rozdz. 4 (art. 48 i następne) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustawodawca wyraźnie rozróżnił Program pilotażowy od Programu polityki zdrowotnej i Programu zdrowotnego. Ministerstwo Zdrowia dostrzegło nieprawidłowy charakter finansowania przedmiotowego współczynnika ze środków Funduszu Medycznego i podjęło działania w celu zmiany istniejącego stanu prawnego, który uniemożliwiał finansowanie współczynnika dotyczącego programu profilaktycznego ze środków tego funduszu. Założenia zmiany ustawy o Funduszu Medycznym, w tym jej art. 28 ust. 1 pkt 1, zostały przedstawione na XXII posiedzeniu Rady Funduszu Medycznego, które odbyło się w dniach 17–18 lutego 2025 r.

⁵³ Dz. U. z 2024 r. poz. 889.

⁵⁴ Finansowanie współczynników korygujących w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” ze środków Funduszu Medycznego było dwukrotnie kwestionowane przez NIK w toku kontroli wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Medycznego w 2022 r. i 2023 r., przeprowadzanych w Ministerstwie Zdrowia. Kontrole nr P/23/001 i nr P/24/001.

**Nieokreślenie
docelowych wartości
wskaźników
dla Programu
pilotażowego
„Profilaktyka 40 PLUS”**

Wskaźnikami realizacji Programu, określonymi w § 9 rozporządzenia w sprawie Programu były:

- liczba kobiet i mężczyzn objętych programem pilotażowym w stosunku do populacji osób uprawnionych do udziału w programie pilotażowym;
- liczba kobiet i mężczyzn, którzy po raz drugi skorzystali ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego w stosunku do populacji osób uprawnionych do udziału w programie pilotażowym⁵⁵;
- liczba świadczeniodawców, którzy złożyli wnioski o zawarcie umowy na realizację programu pilotażowego, oraz liczba świadczeniodawców, którzy zostali realizatorami programu pilotażowego;
- liczba i kompletność wypełnionych ankiet;
- informacja o zrealizowanych badaniach diagnostycznych;
- wartość środków finansowych poniesionych lub sprawozdanych i rozliczonych w ramach programu pilotażowego w stosunku do środków finansowych planowanych na realizację programu pilotażowego.

Pomimo ustalenia wskaźników realizacji Programu, nie ustalono ich wartości docelowych, co uniemożliwiało monitoring realizacji Programu.

**Brak
międzyokresowych
analiz Programu
pilotażowego
„Profilaktyka 40 PLUS”**

Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło międzyokresowych analiz wskaźników Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Działania Ministerstwa w tym zakresie ograniczały się do przyjmowania analiz wykonywanych przez NFZ. Nie określono również wartości docelowych tych wskaźników. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia oświadczył, że podmiotem obowiązującym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji Programu jest NFZ, który dokonuje pomiarów wskaźników jego realizacji.

Realizując obowiązek ustanowiony w § 11 rozporządzenia w sprawie Programu NFZ terminowo przeprowadził ewaluację Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Pierwotnie planowano, że etap ewaluacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” będzie trwał trzy miesiące od dnia zakończenia jego realizacji. Warunki oceny zostały jednak zmienione⁵⁶, w efekcie czego etap ewaluacji programu miał trwać do 30 września 2024 r. i obejmować okres realizacji od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2024 r.⁵⁷ W ewaluacji NFZ wskazał na istotne ograniczenie

⁵⁵ Wskaźnik ten został uchylony z dniem 31 grudnia 2024 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. 1888).

⁵⁶ Zmiana wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 932).

⁵⁷ Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” ustalono nowy termin oceny wyników programu na 30 czerwca 2025 r.

przeprowadzonej analizy, wynikające z braku pełnych danych z uwagi na opóźnienie sprawozdawczości względem realizacji poszczególnych świadczeń, mogące skutkować rozbieżnością danych będących w posiadaniu poszczególnych podmiotów, w tym: świadczeniodawców, CeZ, OW NFZ i Centrali NFZ. Problem ten sygnalizowało Rządowe Centrum Legislacji⁵⁸ już na etapie procedowania projektu zmiany rozporządzenia w sprawie Programu⁵⁹, które zwróciło uwagę na wadliwość rozwiązania polegającego na objęciu ewaluacją jedynie części okresu realizacji Programu pilotażowego.

W raporcie znalazły się opis założeń organizacyjnych programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, ocena wyników realizacji programu na podstawie danych za okres od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2024 r. dla sześciu wskaźników, określonych w § 9 rozporządzenia w sprawie Programu, wnioski z realizacji programu oraz rekomendacje.

**Efekty Programu
pilotażowego
„Profilaktyka 40 PLUS”**

Liczba osób uprawnionych do wzięcia udziału w Programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS”, w pięciu województwach w których prowadzono kontrole, tj. liczba osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w wieku co najmniej 40 lat, wyniosła 10 109,4 tys. osób⁶⁰. Z Programu pilotażowego skorzystało 1937,2 tys. osób (19 %), a ponownemu badaniu poddało się 286,2 tys. osób, tj. niespełna 3 % uprawnionych. W ramach programu do 30 września 2024 r. przeprowadzono łącznie 16 990,8 tys. badań, z czego 1734,2 tys. stanowiło badanie poziomu kreatyniny we krwi. Wydatki poniesione na realizację Programu pilotażowego w pięciu województwach objętych kontrolą wyniosły łącznie 176 685,5 tys. zł, najwięcej w Wielkopolsce – 47 099,1 tys. zł, a najmniej w województwie łódzkim – 15 223,4 tys. zł. Program pilotażowy realizowało 804 świadczeniodawców, tj. w województwie łódzkim – 88, małopolskim – 137, mazowieckim – 275, śląskim – 204 i wielkopolskim – 100. Zdaniem NIK, relatywnie niski odsetek osób, które skorzystały z Programu w porównaniu do wszystkich uprawnionych, świadczy o niewystarczających działaniach promocyjnych i edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN.

**Zawieranie umów
z realizatorami
Programu
pilotażowego
„Profilaktyka 40 PLUS”**

W trakcie kontroli przebadano próbę, obejmującą dokumentację 50 świadczeniodawców, realizujących Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”. Nie stwierdzono opóźnień w rozpatrywaniu wniosków przez poszczególne oddziały wojewódzkie. W umowach ustalano kwoty zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawcy na każdy kolejny rok

⁵⁸ Pismami z 31 maja 2024 r. i 14 czerwca 2024 r.

⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1239).

⁶⁰ Dane liczbowe dotyczące Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” podane według stanu na dzień 30 września 2024 r., pozyskane z Centrali NFZ, chyba że zaznaczono inaczej.

obowiązki umowy, a ich zmiana (zwiększenie lub zmniejszenie) następowała poprzez zawieranie aneksów ze świadczeniodawcą. W pierwszym okresie realizacji kwotę zobowiązania ustalano w wysokości 10 tys. zł na podstawie rekomendacji Centrali NFZ. Następnie plan umów był systematycznie aktualizowany do wartości świadczeń wykonanych i poprawnie sprawozdanych przez realizatorów Programu pilotażowego, aby kolejno odpowiednio symulować go na kolejne okresy rozliczeniowe. Dokonywanie zmian kwot zobowiązania w ciągu roku następowało w celu dostosowania planu finansowego do wartości aktualnego wykonania świadczeń zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS"⁶¹. W kalkulacji wartości kwot zobowiązań w umowach uwzględniano również liczbę skierowań, uśredniony koszt badań przypadających na jedno skierowanie⁶² oraz liczbę miejsc udzielania świadczeń. W odniesieniu do części wnioskodawców upoważnieni pracownicy Małopolskiego, Łódzkiego i Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przeprowadzali czynności sprawdzające, w trakcie których zweryfikowano planowane miejsca udzielania świadczeń.

Część świadczeniodawców⁶³, pomimo zawarcia umów o realizację programu pilotażowego, nie sprawozdawało świadczeń do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Systemu P1)⁶⁴. W odniesieniu do powyższej sytuacji, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wyjaśniła, że specyfika Programu pilotażowego polegała zarówno na sprawdzeniu poprawności funkcjonowania programu jako świadczenia udzielanego w nowy, niespotykany do tej pory sposób, jak i sprawdzeniu poprawności funkcjonowania nowego sposobu sprawozdawania świadczeń, ich weryfikacji i rozliczania. Wnioskujący o zawarcie umowy w zakresie Programu pilotażowego po raz pierwszy mieli obowiązek raportowania zdarzeń medycznych (badań diagnostycznych) nie bezpośrednio do systemu informatycznego NFZ, ale do Systemu P1, indeksowania EDM (elektronicznej dokumentacji medycznej) w Systemie P1 oraz wymiany EDM z innymi usługodawcami (podwykonawcami) za pośrednictwem

⁶¹ Zgodnie z § 6 ust. 1 Narodowy Fundusz Zdrowia rozlicza świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w ramach Programu pilotażowego na podstawie danych o zrealizowanych badaniach diagnostycznych.

⁶² Uśredniony koszt badań przypadających na jedno skierowanie wynosił 110 zł, zgodnie z wyliczeniami przekazanymi z Centrali NFZ, a od II półrocza 2023 r. – 115,50 zł w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie Programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS" (Dz. U. poz. 1239, ze zm.).

⁶³ Takie przypadki stwierdzono w województwie małopolskim i śląskim.

⁶⁴ Prowadzona przez Centrum e-Zdrowia obsługująca ogólnokrajowy System Informacji Medycznej obejmująca wymianę i udostępnianie dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci elektronicznej.

Systemu P1. Następnie zaraportowane dane weryfikowane były przez Centrum e-Zdrowie i dopiero poprawnie zweryfikowane przesyłane do systemu informatycznego Funduszu. Takie nowatorskie podejście wymagało zarówno nakładów finansowych (dostosowanie systemów informatycznych wnioskodawców), jak i czasu, a także nowych umiejętności pracowników obsługujących Program. Wszystko to często stanowiło ogromne wyzwanie dla realizatorów Programu.

Oddziały wojewódzkie NFZ terminowo regulowały zobowiązania w odniesieniu do świadczeniodawców, którzy sprawozdawali zrealizowane świadczenia do Systemu P1 oraz przedkładali faktury.

Stwierdzone nieprawidłowości w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim NFZ dotyczyły m.in.: nierównego traktowania wnioskodawców w zakresie wzywania do uzupełnienia oświadczenia o kontynuacji ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

W ramach kontroli zbadano również próbę, obejmującą dokumentację 107 świadczeniodawców, których wnioski o zawarcie umów na realizację Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” zostały rozpatrzone negatywnie oraz tych, którzy zrezygnowali z realizacji Programu pilotażowego. Przyczynami negatywnego rozpatrzenia wniosków były m.in.: nieuzupełnienie braków formalnych w wyznaczonym terminie, niespełnianie wymogów dotyczących kwalifikacji personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Przyczynami rezygnacji były: nieodesłanie podpisanego aneksu do umowy w terminie wskazanym przez oddział wojewódzki NFZ, co wiązało się z wygaśnięciem umowy, a także problemy techniczne związane z możliwością rozliczania zrealizowanych świadczeń. Często rezygnacja odbywała się bez podania przyczyny.

**Informacje podmiotów
zewnętrznych na
temat Programu
pilotażowego
„Profilaktyka 40 PLUS”**

Ponadto w trakcie kontroli NIK wystąpiono do 50 świadczeniodawców, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, z prośbą o udzielenie informacji dotyczących Programu pilotażowego. W odpowiedzi na pytanie: *Czy pacjentom umożliwiano rejestrację do Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w inny sposób niż przez Internetowe Konto Pacjenta?* świadczeniodawcy odpowiadali, że pacjenci mogli się rejestrować za pośrednictwem: Infolinii Centralnej e-Rejestracji, osobiście w przychodni, również z pomocą pielęgniarek w wypełnieniu ankiety na platformie gabinet.gov.pl.

W odpowiedzi na pytanie: *W jaki sposób pacjenci odbierali wyniki przeprowadzonych badań profilaktycznych w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (w wersji papierowej czy elektronicznej)?* – świadczeniodawcy wskazywali, że wyniki można było odebrać w wersji papierowej w przychodni, elektronicznie, w tym za pośrednictwem laboratorium diagnostycznego będącego podwykonawcą. Jeden podmiot wskazał, że wyniki można było odebrać u lekarza POZ, gdzie były od razu

omówione, inny podmiot wskazał, że istniała także możliwość odbioru w *wynikomacie*, znajdującym się na terenie przychodni.

W odniesieniu do pytania: *Czy i w jaki sposób informowano pacjentów (np. przez kontakt telefoniczny) w przypadku, gdy wyniki poszczególnych badań w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” odbiegały od normy? oraz Czy informowano pacjentów o możliwości skonsultowania wyników badań uzyskanych w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, w tym o konsultacjach odpłatnych?* – świadczeniodawcy wskazali, że w przypadku wyników odbiegających od normy kontaktowano się z pacjentem telefonicznie, informując o sytuacji i proponując nieodpłatną konsultację z lekarzem POZ, bądź informowano o tym przy odbiorze wyników w przychodni.

W odpowiedzi na pytanie, dotyczące oceny Programu pilotażowego, w szczególności w zakresie uwag do organizacji i realizacji Programu, świadczeniodawcy wskazywali na:

- a) konieczność zakupu oprogramowania do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (dodatkowa licencja na moduł umożliwiający dokonywanie rozliczeń z NFZ), co powodowało poniesienie dodatkowych kosztów;
- b) konieczność dostosowania przez podwykonawców swoich systemów informatycznych;
- c) rozliczanie procedur w kilku systemach informatycznych – systemie przychodni i systemach państwowych;
- d) nikłe zainteresowanie ze strony świadczeniobiorców pomimo rozwieszania plakatów, zamieszczenia informacji na stronie internetowej świadczeniodawcy oraz ogłoszenia w prasie lokalnej;
- e) występowanie problemów technicznych po stronie Centrum e-Zdrowie (wydłużona komunikacja z Systemem P1);
- f) nieuwzględnienie w Programie pilotażowym badań TSH i elektrolitów; wskazywano również na zasadność rozszerzenia Programu o profilaktykę przeciwnowotworową;
- g) problem z generowaniem nowego skierowania na badania oraz brak możliwości zarejestrowania pacjenta ponownie w przypadku nieprawidłowo zakończonego badania w poprzedniej placówce;
- h) konieczność pomocy osobom starszym, które nie miały dostępu do Internetu;
- i) brak ciągłości finansowania, zaniżanie budżetów oraz niską wycenę procedur;
- j) niewystarczającą promocję Programu pilotażowego;
- k) brak wiedzy o pacjencie, którego wyniki odbiegały od normy, a nie był *zdeklarowany* u świadczeniodawcy, u którego wykonał badania.

**Budżet powierzony
opieki koordynowanej**

Zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawcom przysługują świadczenia gwarantowane, w tym z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (pkt 1). W art. 31d ustawy zawarto delegację dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzeń, wykazów świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach, w tym do określenia wykazu takich świadczeń z zakresu POZ wraz z określeniem warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego.

Rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ Minister Zdrowia określił, że świadczenia gwarantowane obejmują świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz transport sanitarny, a od 1 października 2022 r.⁶⁵ – również opiekę koordynowaną⁶⁶.

Rozporządzeniem tym wprowadzono cztery zakresy opieki koordynowanej:

- diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków (grupa dziedzinowa kardiologia),
- diagnostyka i leczenie cukrzycy (grupa dziedzinowa diabetologia),
- diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc (grupa dziedzinowa pulmonologia),
- diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy (grupa dziedzinowa endokrynologia).

Uwagi do projektu rozporządzenia⁶⁷, zgłoszone w toku prac nad wdrożeniem BPOK przez szereg podmiotów⁶⁸, dotyczące dodania do wykazu świadczeń BPOK leczenia PChN i konsultacji lekarza nefrologa oraz jednoznacznego wskazania w wykazie badań stężenia kreatyniny

⁶⁵ Dodaną do świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ przez § 1 pkt 1 rozporządzenia z dnia 15 września 2022 r. (Dz. U. poz. 1965), zmieniającego rozporządzenie z dniem 1 października 2022 r.

⁶⁶ *Opieka koordynowana to wiele możliwości diagnostycznych i leczenia najczęstszych chorób przewlekłych już u swojego lekarza rodzinnego. Lekarz POZ może zlecić pacjentom badania (w sytuacjach medycznie uzasadnionych), które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty.*

Leczenie jest oparte na Indywidualnym Planie Opieki Medycznej (IPOM) i uwzględnia nie tylko wykonywanie badań, ale także konsultacje między lekarzem POZ, a lekarzem specjalistą i dodatkowe konsultacje np. z dietetykiem (źródło: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/opieka-koordynowana-w-poz/> – dostęp 18 listopada 2024 r.).

⁶⁷ Nr wykazu MZ 1379.

⁶⁸ W szczególności: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii, Izbę Gospodarczą „Farmacja Polska”, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA oraz Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych.

w moczu (nie jako alternatywnego), nie zostały uwzględnione. Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii wskazywał, że wdrożenie systemu koordynowanej opieki nefrologicznej wydłużyłoby okres opieki przeddializacyjnej, co pozwoliłoby zmniejszyć napływ pacjentów do terapii nerkozastępczej.

PChN nie została uwzględniona w pracach zespołu, który przygotowywał wdrożenie opieki koordynowanej w POZ w 2022 r., gdyż wdrożenie to było oparte o przeprowadzony pilotaż POZ Plus, który nie zawierał ścieżki związanej z PChN. Do wdrożenia zostały wybrane cztery ścieżki, które były realizowane w pilotażu, a następne planowano uruchamiać w miarę budowania dojrzałości świadczeniodawców do tej formy opieki nad pacjentami. Ponadto wprowadzenie nefrologii do BPOK nie było możliwe w czasie opiniowania projektu rozporządzenia z uwagi na ustalony obszar prowadzonych prac wynikający ze zgody Ministra Zdrowia, a zmiana zakresu procedowanego aktu prawnego wymagałoby wystąpienia o nową zgodę Ministra, co opóźniłoby wejście w życie pierwotnie planowanych czterech pozostałych zakresów świadczeń.

Minister Zdrowia wskazała, że w czasie opiniowania projektu rozporządzenia nie miała rekomendacji Prezesa AOTMiT dla świadczeń opieki koordynowanej, gdyż takie zlecenie nie było jeszcze przygotowane. Wskazała także, że uwagi, które wpłynęły na etapie konsultacji publicznych projektu rozporządzenia dotyczyły poszerzenia zakresu kwalifikowanych świadczeń i zwiększenia budżetu na ich sfinansowanie i z tego powodu zostały rozpatrzone jako pozostające poza zakresem regulacji.

W konsekwencji Ministerstwo Zdrowia nie wdrożyło grupy dziedzinowej nefrologia w ramach BPOK równocześnie z jego wprowadzeniem.

Pomimo zlecenia⁶⁹ przygotowania przez AOTMiT do 15 września 2022 r. rozwiązań w zakresie modelu opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z PChN, termin ten był wielokrotnie przesuwany. Dopiero w grudniu 2022 r.⁷⁰ Prezes AOTMiT uznał za zasadne uwzględnienie PChN jako choroby przewlekłej, którą należy wprowadzić do zakresu świadczenia w BPOK w POZ i zaproponował dodanie w opiece koordynowanej POZ diagnostyki PChN oraz monitorowania i leczenia PChN jako powikłania choroby podstawowej.

Ministerstwo Zdrowia podjęło działania w celu poszerzenia BPOK o zakres diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek po podjęciu uchwały

⁶⁹ 17 maja 2022 r.

⁷⁰ Opinia nr BP.4220.9.2022.MWJ z 7 grudnia 2022 r. i opracowanie analityczne nr WS.4220.13.2022 z 2 grudnia 2022 r. w zakresie opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z PChN.

nr 2/2023 zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ z 26 kwietnia 2023 r.

Ostatecznie rekomendacja Prezesa AOTMiT odnośnie zasadności zakwalifikowania świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia PChN do wykazu świadczeń finansowanych z BPOK powstała w sierpniu 2023 r.

AOTMiT dokonała, 18 sierpnia 2023 r.⁷¹ oceny zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ finansowanych z BPOK m.in. świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia PChN. Agencja stwierdziła, że wdrożenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej dla pacjentów z PChN w ramach opieki koordynowanej jest istotne. AOTMiT zaproponowała w opracowaniu:

- dodanie do zakresu świadczeń realizowanych w koordynowanej opiece POZ diagnostyki i monitorowania leczenia osób z PChN, a także rozszerzenie wykazu badań zleconych przez lekarza POZ o badanie albumina i kreatynina w moczu/wskaźnik ACR,
- wdrożenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej dla pacjentów PChN, w ramach opieki koordynowanej,
- rozważenie uwzględnienia w katalogu świadczeń dla pacjentów z PChN w ramach POZ badań fosforu nieorganicznego i parathormonu.

Ustalenia te zostały zawarte w rekomendacji 93/2023 Prezesa AOTMiT z 21 sierpnia 2023 r. i uwzględniono je poprzez zmianę rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ od 1 listopada 2023 r. Wprowadzenie grupy dziedzinowej nefrologia uzasadniono opiniami ekspertów dotyczącymi problemu niskiej wykrywalności PChN we wczesnych stadiach choroby. W odpowiedzi na wskazania ekspertów wprowadzono w jej ramach badanie diagnostyczne UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu).

Rada Przejrzystości⁷² uznała za zasadne zakwalifikowanie do świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków budżetu powierzonego udzielanych na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń opieki koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia PChN w POZ.⁷³ W uwagach Rada podtrzymała propozycje⁷⁴ uwzględnienia w katalogu świadczeń dla pacjentów z PChN badań fosforu nieorganicznego i parathormonu.

⁷¹ Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia z 2 sierpnia 2023 r.

⁷² Organ opiniodawczo-doradczy działający przy Prezesie AOTMiT, w składzie powoływanym przez Ministra Zdrowia.

⁷³ Stanowisko Rady Przejrzystości działającej przy Prezesie AOTMiT nr 88/2023 z 21 sierpnia 2023 r.

⁷⁴ Wyrażone w opinii nr 173/2022 z 5 grudnia 2022 r.

Zakres świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej poszerzony został od 1 listopada 2023 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r.⁷⁵ zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej m.in. o zakres świadczenia pn. *diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek*. Zakres świadczeń w tym zakresie obejmował: poradę kompleksową; badanie diagnostyczne UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu); konsultacje specjalistyczne; porady edukacyjne oraz konsultacje dietetyczne.

Standard postępowania organizacyjnego przekazywania pacjentów na wyższy poziom opieki został wprowadzony poprzez opublikowanie na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (w dniu 1 października 2024 r.) wytycznych Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz Prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego dotyczących diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w POZ z uwzględnieniem opieki koordynowanej.

Liczba POZ, z którymi zawarto umowy na BPOK wyniosła w 2022 r. – 187, w 2023 r. – 1839, a w 2024 r. (do 30 czerwca) – 2096. Jednocześnie, liczba pacjentów objętych opieką w ramach BPOK systematycznie wzrastała z poziomu 9,3 tys. w 2022 r., poprzez 629,1 tys. w 2023 r. do 814,7 tys. w I półroczu 2024 r. Liczba podmiotów udzielających świadczeń w poszczególnych grupach dziedzinowych wynosiła:

- na koniec 2022 r.: w diabetologii – 109 POZ, w endokrynologii – 89 POZ, w kardiologii – 119 POZ, w pulmonologii – 80 POZ,
- na koniec 2023 r.: w diabetologii – 1399 POZ, w endokrynologii – 1171 POZ, w kardiologii – 1458 POZ, w nefrologii – 497 POZ, w pulmonologii – 1168 POZ,
- na 30 września 2024 r.: w diabetologii – 1813 POZ, w endokrynologii – 1566 POZ, w kardiologii – 1872 POZ, w nefrologii – 924 POZ, w pulmonologii – 1514 POZ.

Rosła również liczba pacjentów, którym udzielano świadczeń w ramach poszczególnych grup dziedzinowych BPOK:

- na koniec 2022 r.: w diabetologii – 175,7 tys. osób, w endokrynologii – 129,7 tys. osób, w kardiologii – 493,7 tys. osób, w pulmonologii – 86,3 tys. osób,
- na koniec 2023 r.: w diabetologii – 1140,6 tys. osób, w endokrynologii – 802,6 tys. osób, w kardiologii – 3086,2 tys. osób, w nefrologii – 95,3 tys. osób, w pulmonologii – 551,2 tys. osób,

⁷⁵ Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2226).

- na 30 września 2024 r.: w diabetologii – 1325,4 tys. osób, w endokrynologii – 907,6 tys. osób, w kardiologii – 3503,2 tys. osób, w nefrologii – 132,2 tys. osób, w pulmonologii – 617,7 tys. osób,

Opieką w ramach poszczególnych grup dziedzinowych BPOK (tj. zostało zdiagnozowanych) objęto:

- na koniec 2022 r.: w diabetologii – 1,7 tys. osób (1 %), w endokrynologii – 2,1 tys. osób (2 %), w kardiologii – 6,1 tys. osób (1 %), w pulmonologii – 0,6 tys. osób (1 %),
- na koniec 2023 r.: w diabetologii – 156,8 tys. osób (14 %), w endokrynologii – 116,9 tys. osób (15 %), w kardiologii – 484,6 tys. osób (16 %), w nefrologii – 3,8 tys. osób (4 %), w pulmonologii – 49,3 tys. osób (9 %),
- na 30 września 2024 r.: w diabetologii – 254,9 tys. osób (19 %), w endokrynologii – 182,3 tys. osób (20 %), w kardiologii – 717,8 tys. osób (20 %), w nefrologii – 16,5 tys. osób (13 %), w pulmonologii – 77,3 tys. osób (13 %).

**Utrudniony
monitoring
wykorzystania
świadczeń z grupy
dziedzinowej
nefrologia BPOK**

Minister Zdrowia monitorował, od 2023 r., wykorzystanie świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia BPOK w ramach ogólnego monitoringu opieki koordynowanej. Monitoring ten polegał na kwartalnych informacjach NFZ dotyczących wniosków składanych przez placówki POZ i zawieranych umów. Informacje przekazywane z NFZ zawierały zbiorcze dane dotyczące zrealizowanych świadczeń bez podziału na poszczególne grupy dziedzinowe. W związku z tym, nie prowadzono odrębnego monitoringu wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia BPOK. Brak danych w podziale na poszczególne grupy dziedzinowe, w tym brak danych dotyczących grupy dziedzinowej nefrologia, uniemożliwiał bieżące reagowanie Ministerstwa na ewentualne sytuacje niepożądane związane z funkcjonowaniem poszczególnych grup dziedzinowych BPOK.

**Terminowe
rozpatrywanie
wniosków
i regulowanie
zobowiązań wobec
podmiotów
realizujących
świadczenia
w ramach BPOK**

W ramach kontroli zbadano próbę, obejmującą dokumentację 58 świadczeniodawców, realizujących świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w budżecie powierzonym opieki koordynowanej. Nie stwierdzono opóźnień w rozpatrywaniu wniosków o realizację świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. W następstwie złożenia wniosków, oddziały wojewódzkie NFZ zawierały ze świadczeniodawcami aneksy do umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy ustalana była na każdy kolejny rok obowiązywania umowy, a zmiana (zwiększenie lub zmniejszenie) następowała poprzez zawarcie następnych aneksów ze świadczeniodawcą. Środki przeznaczone na finansowanie grupy dziedzinowej nefrologia nie były wyodrębnione w BPOK jako oddzielna

pozycja. Przykładowo, w odniesieniu do świadczeniodawcy o kodzie 063/300011 w województwie małopolskim, który realizował w 2024 r. budżet powierzony opieki koordynowanej we wszystkich zakresach, ustalono kwotę zobowiązania Funduszu w ogólnej wysokości 136 764,00 zł (aneksem do umowy z 23 stycznia 2024 r.), a następnie zwiększono do wysokości 198 408,00 zł (aneksem do umowy z dnia 13 września 2024 r.). Kwoty planu rzeczowo-finansowego w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej dla nowo zawieranych umów ustalano na podstawie narzędzi kalkulacyjnych przekazanych przez Centralę NFZ⁷⁶, natomiast w kolejnych latach wysokość kwoty zobowiązania wyliczano na podstawie poziomu rzeczywistego wykonania umów, sprawozdanego przez świadczeniodawców, odpowiednio symulowanego na kolejny okres rozliczeniowy. Decyzję w zakresie kształtowania wartości kwot zobowiązań podejmował Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ, mając na uwadze poziom dostępnych środków oraz przeprowadzane analizy wykonania umów. Oddziały wojewódzkie NFZ terminowo regulowały zobowiązania wobec świadczeniodawców z tytułu budżetu powierzonego opieki koordynowanej, lecz nie dysponowały narzędziami do wyodrębnienia w tej kwocie zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek.

**Badania
kwestionariuszowe
dot. udzielania
świadczeń z grupy
dziedzinowej
nefrologia BPOK**

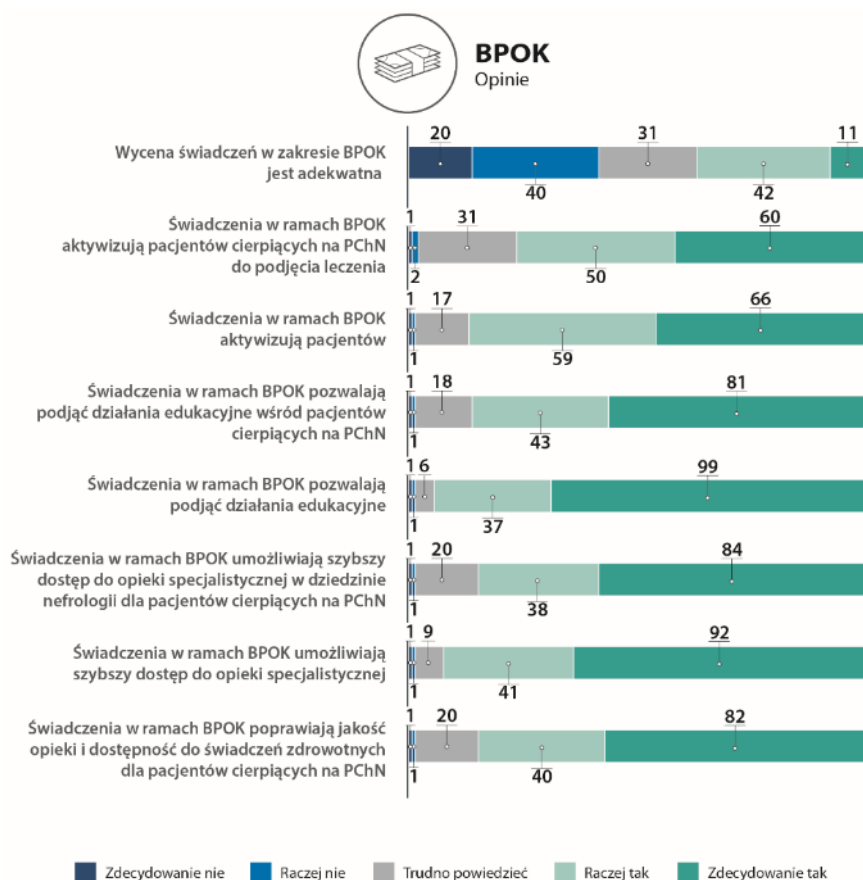
Ponadto w trakcie kontroli NIK wystąpiono do 614 świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia BPOK z prośbą o informacje dotyczące udzielania tych świadczeń. Ankiety Wypełniło 144 świadczeniodawców. Większość respondentów (84,7 %) uważało, że świadczenia w ramach BPOK poprawiają jakość opieki i dostępność do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów cierpiących na PChN, a 92,4 % świadczeniodawców wskazało, że świadczenia w ramach BPOK umożliwiają szybszy dostęp do opieki specjalistycznej. Świadczeniodawcy (84,7 %) wskazali również, że świadczenia w ramach BPOK umożliwiają szybszy dostęp do opieki specjalistycznej w dziedzinie nefrologii dla pacjentów cierpiących na PChN. Odnośnie adekwatności wyceny świadczeń 41,7 % świadczeniodawców wskazało, że jest ona nieadekwatna, a 36,8 % uznało za wystarczającą obowiązującą wycenę świadczeń. Świadczeniodawcy wskazywali również, że świadczenia w ramach BPOK pozwalają podjąć działania edukacyjne (94,4 %), w tym wśród osób dotkniętych PChN (86,1 %). W opinii świadczeniodawców BPOK aktywizują pacjentów do podjęcia leczenia (86,8 %), w tym w przypadku pacjentów dotkniętych PChN (76,4 %).

⁷⁶ Przy ustalaniu wysokości zobowiązania w kalkulatorze wskazywano podmiot, wielkość populacji objętej opieką lekarza POZ, strukturę wiekową oraz stosownie do przedziału wiekowego, stawkę za osobę.

Świadczeniodawcy zwracali uwagę, że opieka koordynowana to doskonałe narzędzie diagnostyczno-terapeutyczne, ułatwiające szybsze rozpoznanie PChN. Wskazywali także na skomplikowany proces rozliczeń w systemach informatycznych oraz problemy z wypełnianiem elektronicznego formularza IPOM. Świadczeniodawcy wskazywali również, że wyceny świadczeń w opiece koordynowanej powodują trudności w pozyskaniu specjalistów w ramach stawek proponowanych przez NFZ, które nie są konkurencyjne do kwot oferowanych w przypadku usług komercyjnych. Zwracano również uwagę na problem z rozliczeniem świadczeń ponadlimitowych udzielonych w ramach BPOK.

Infografika nr 13

Opinie świadczeniodawców dotyczące BPOK



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań ankietowych.

Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło innych, poza Programem pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” i zakresem świadczeń BPOK, działań mających na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN. Prace Ministerstwa koncentrowały się na wdrożeniu nowego zakresu świadczeń BPOK w grupie dziedzinowej nefrologia. Ministerstwo Zdrowia nie podejmowało również działań w celu ustanowienia programu przesiewowego, którego celem byłoby wczesne wykrywanie PChN wśród dzieci i w grupie wiekowej 19–39 lat, pomimo że wprowadzenie takiego programu postulowali Prezes

**SPZOZ
w Mszanie Dolnej**

Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Prezes Zarządu Federacji Porozumienie Zielonogórskie, Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej i Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej.

W ramach kontroli R/24/002 *Działania realizowane przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na rzecz diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek* skontrolowano również Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mszanie Dolnej w województwie małopolskim, który realizował świadczenia z zakresu Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz budżetu powierzonego opieki koordynowanej w zakresie diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek.

SPZOZ prawidłowo realizował świadczenia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej, a liczba pacjentów oraz wydatki w tym zakresie rosły. Świadczeniodawca spełniał warunki realizowania świadczeń w zakresie BPOK, miał odpowiednie zaplecze kadrowe oraz sprzętowe, a także utworzono stanowisko koordynatora w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej. Od momentu przystąpienia do realizacji budżetu powierzonego opieki koordynowanej, tj. od stycznia 2023 r., ze świadczeń w ramach BPOK skorzystało 279 pacjentów SPZOZ, co stanowiło 4,3 % ogółu pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ na koniec września 2024 r. (6,5 tys. osób). Diagnostyką i leczeniem przewlekłej choroby nerek do 30 listopada 2024 r. objęto 15 pacjentów.

SPZOZ od 19 lipca 2021 r. realizował świadczenia w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS. NIK zwrócił jednak uwagę na ograniczony zakres świadczeń wykonanych w ramach Programu pilotażowego oraz ich nierozliczanie. Świadczeniodawca spełniał formalne warunki organizacji i realizowania świadczeń, określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz § 8 zarządzenia Nr 109/2021/BPZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Pacjentom, którzy nie dokonali rejestracji poprzez Internetowe Konto Pacjenta z uwagi na jego brak lub potrzebowali pomocy ze względu na wiek, udzielano pomocy w rejestracji w siedzibie SPZOZ. Programem został jednak objęty znikomy odsetek pacjentów SPZOZ. Udział ten wyniósł 0,05 % uprawnionych w 2022 r., 0,43 % w 2023 r. oraz 0,53 % na 30 września 2024 r. Ponadto SPZOZ nie składał wymaganych sprawozdań z przeprowadzonych badań w ramach Programu pilotażowego do Systemu P1. Skutkowało to niemożnością rozliczenia świadczeń udzielonych 48 pacjentom w okresie od 1 stycznia 2022 r. do 30 września 2024 r. z NFZ. Łącznie SPZOZ nie rozliczył kwoty 4,7 tys. zł z tytułu udzielonych świadczeń, ponosząc przy tym koszty ich realizacji na rzecz podwykonawcy w wysokości 1,6 tys. zł.

5.2. DZIAŁANIA PROMOCYJNE I EDUKACYJNE DOTYCZĄCE ZWIĘKSZENIA ŚWIADOMOŚCI CO DO POTRZEBY WCZESNEJ DIAGNOSTYKI PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NEREK

Brak realizacji działań edukacyjnych i promocyjnych mających na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa co do konieczności wczesnej diagnostyki PChN

W Ministerstwie Zdrowia oraz Centrali NFZ nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych i edukacyjnych, których bezpośrednim celem miało być zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

Z tytułu działań związanych z promocją Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” Ministerstwo Zdrowia wydatkowało w 2022 r. 2867,4 tys. zł brutto (z tytułu wytworzenia i emisji spotów reklamowych w radiu i telewizji), natomiast w 2023 r. 5491,8 tys. zł brutto (w ramach realizacji umowy dotyczącej loterii promocyjnej tego Programu). Loterię rozpoczęto 25 stycznia 2023 r., a ostatnie losowanie odbyło się 7 czerwca 2023 r. W całym okresie trwania kampanii, dotarła ona do 36,5 mln użytkowników. Liczba wyświetleń wyniosła ponad 58 mln, liczba czytelników w prasie wyniosła 1,2 mln, a przejść na stronę loterii odnotowano ponad 173 tysiące. Do loterii zarejestrowało się 159,5 tys. pacjentów. Losów było 1010,3 tys. W ramach loterii przyznano 4464 nagród. Loterię tą zorganizowano jednak jako formę nagrody dla uczestników Programu nie zaś zachętę i promocję przystąpienia do niego przez nowych uczestników Programu, co potwierdziła Minister Zdrowia w swoich wyjaśnieniach.

Prowadzone przez Centralę NFZ w latach 2022–2024 działania, w których zakresie mieściło się zwiększanie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN objęły:

- organizację w 2022 r. edukacyjnego warsztatu internetowego dla świadczeniodawców na temat opieki koordynowanej w POZ za 6,4 tys. zł, w którym uczestniczyło 1,8 tys. osób i który obejrzało ponad 25 tys. osób w serwisie YouTube,
- publikację w 2023 r. artykułu na temat programu „Profilaktyka 40 PLUS” we współpracy z tygodnikiem Wprost za 5 tys. zł, który miał 500 tys. odsłon,
- publikację w 2024 r. w serwisie YouTube filmu edukacyjnego o opiece koordynowanej w POZ za 17,1 tys. zł, który obejrzało ponad 3 tys. osób w serwisie YouTube.

Działania te były celowe, a wydatki z nimi związane zostały poniesione z zachowaniem zasad konkurencyjności. NIK zwróciła uwagę, że ich koszt w latach 2022–2024 wyniósł odpowiednio 0,4 % kosztów działań informacyjnych, promocyjnych i edukacyjnych ogółem w 2022 r., 0,5 % w 2023 r. i 2,6 % w 2024 r. Należy jednak podkreślić, że prowadzone działania nie służyły zwiększeniu świadomości społeczeństwa co do konieczności wczesnej diagnostyki i leczenia PChN, gdyż ich tematyką była promocja opieki koordynowanej lub Programu pilotażowego „Profilaktyka

40 PLUS”, a dodatkowo zorganizowany w 2022 r. edukacyjny warsztat internetowy był przeznaczony dla świadczeniodawców, a nie ogółu społeczeństwa.

W żadnym z oddziałów wojewódzkich NFZ objętych kontrolą, nie prowadzono działań promocyjno-edukacyjnych, skierowanych do pacjentów, ukierunkowanych bezpośrednio na profilaktykę i leczenie przewlekłej choroby nerek.

Oddziały wojewódzkie NFZ prowadziły natomiast działania promocyjne i edukacyjne, związane z propagowaniem Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, szeroko rozumianej profilaktyki zdrowia⁷⁷ oraz rozpowszechnianiem wiedzy o funkcjonowaniu budżetu powierzonego opieki koordynowanej. Te ostatnie działania kierowane były do podmiotów leczniczych, głównie w ramach spotkań, konsultacji i szkoleń online z pracownikami oraz konferencji branżowych.

Działania edukacyjne i promocyjne przybrały m.in. formy takie jak:

- publikacja materiałów informacyjnych o Programie pilotażowym w dziennikach regionalnych (Małopolska);
- emisja na antenie telewizji regionalnej programu dotyczącego profilaktyki zdrowotnej, w którym przedstawiono Program pilotażowy (Małopolska);
- produkcja i emisja telewizyjnego programu edukacyjnego pt. *ABC-Pacjenta*, poświęconego tematyce chorób nerek, na antenie telewizji regionalnej (Łódzkie);
- uczestnictwo w akcjach zorganizowanych z okazji Światowego Dnia Nerek⁷⁸ przez Stowarzyszenie *Moje Nerki*; były to zorganizowana 21 marca 2023 r. akcja *Razem dla zdrowia nerek. Dbam. Badam. Chronię* oraz *Marsz po zdrowie nerek na kopiec*, który odbył się 21 marca 2024 r.; (Małopolska);
- publikacja wpisów dotyczących BPOK na portalu X.com oraz na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego NFZ oraz w dzienniku regionalnym (Śląsk, Mazowieckie);
- organizacja wydarzeń promocyjno-edukacyjnych pod nazwą *Zdrowy Tydzień z NFZ*, które obejmowały również problematykę chorób nerek (Łódzkie).

Wydatki poniesione przez Łódzki i Małopolski OW NFZ na publikację materiałów informacyjnych o Programie pilotażowym oraz produkcję i emisję telewizyjnego programu edukacyjnego wyniosły łącznie 31 tys. zł.

⁷⁷ Przykładowo: Program profilaktyki raka jelita grubego, Program profilaktyki gruźlicy oraz Program profilaktyki raka piersi. Oddziały wojewódzkie NFZ uczestniczyły w wydarzeniach promujących profilaktykę zdrowotną i zdrowy tryb życia w ramach *Śród z profilaktyką*, które obejmowały również zagadnienia związane z profilaktyką i leczeniem chorób nerek.

⁷⁸ Obchodzony w drugi czwartek marca.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli była ocena czy funkcjonujący w Polsce system opieki nefrologicznej zapewnia wczesne wykrywanie przewlekłej choroby nerek i należyłą opiekę nad pacjentami.
Cele szczegółowe	Cele szczegółowe kontroli dotyczyły oceny: 1. Przyczynienia się podjętych działań organizacyjnych do zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek i zapewnienia opieki nad pacjentami. 2. Działów promocyjnych i edukacyjnych, dotyczących zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek.
Zakres podmiotowy	Kontrola planowa P/24/068 <i>Diagnostyka i zapewnienie opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek</i> została przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia, Centrali NFZ oraz w czterech oddziałach wojewódzkich NFZ łódzkim, mazowieckim, wielkopolskim i śląskim. Kontrola rozpoznawcza R/24/002 <i>Działania realizowane przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na rzecz diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek</i> została przeprowadzona w Małopolskim Oddziale NFZ w Krakowie oraz Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mszanie Dolnej.
Kryteria kontroli	Kontrolę prowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁷⁹ . Kontrolę rozpoznawczą R/24/002 przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 w Małopolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ w Krakowie oraz art. 2 ust. 2 ustawy o NIK w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mszanie Dolnej. Działalność kontrolowanych jednostek oceniano według kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK (legalności, gospodarności, celowości i rzetelności) w przypadku MZ i NFZ oraz art. 5 ust. 2 ustawy o NIK (legalności, gospodarności i rzetelności) w przypadku świadczeniodawcy.
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto lata 2022–2024. Czynności kontrolne prowadzono w okresie od 9 września 2024 r. do 13 grudnia 2024 r. – w przypadku kontroli planowej oraz od 23 lipca 2024 r. do 13 grudnia 2024 r. w przypadku kontroli rozpoznawczej. Ostatnie wystąpienie pokontrolne podpisano 16 grudnia 2024 r. Dla celów porównawczych dane statystyczne zostały pobrane także dla roku 2021.

⁷⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

**Działania na
podstawie
art. 29 ustawy o NIK**

W trakcie kontroli zasięgnięto informacji w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK na temat funkcjonowania Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, BPOK oraz zgłaszanych postulatów dotyczących diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN. O informacje wystąpiono do:

- 1) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie,
- 2) konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii,
- 3) konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii dziecięcej,
- 4) konsultanta krajowego w dziedzinie urologii,
- 5) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej,
- 6) konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego,
- 7) Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
- 8) Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego,
- 9) Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej,
- 10) Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Nefrologicznych,
- 11) Centrum e-Zdrowia,
- 12) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie.

W ramach kontroli przeprowadzono również badania kwestionariuszowe wśród podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących świadczenia w ramach grupy dziedzinowej nefrologia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej. Pytania dotyczyły realizacji oraz oceny Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz grupy dziedzinowej nefrologia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

Pozostałe informacje

Przy opracowaniu informacji wykorzystano również informacje uzyskane w trakcie posiedzeń Parlamentarnego Zespołu ds. Nefrologii.

**Udział innych organów
kontroli
na podstawie art. 12
ustawy o NIK
Stan realizacji
wniosków
pokontrolnych**

W kontroli nie brały udziału inne organy kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK.

Wyniki kontroli przedstawiono w ośmiu⁸⁰ wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano ogółem dziewięć wniosków pokontrolnych. Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych, według stanu na 18 kwietnia 2025 r., wynikało, że zrealizowano jeden wniosek pokontrolny, natomiast w przypadku kolejnych ośmiu zostały podjęte działania w celu ich realizacji. Wysoki odsetek wniosków w trakcie realizacji wynika z czasu niezbędnego na ich realizację. Stan ich realizacji zostanie zweryfikowany rok po przeprowadzeniu kontroli.

**Finansowe rezultaty
kontroli**

W wyniku dokonanych ustaleń uzyskano finansowe rezultaty kontroli. Finansowe skutki nieprawidłowości wyniosły 25 315,4 tys. zł.

⁸⁰ Sześć wystąpień po kontroli P/24/068 oraz dwa wystąpienia po kontroli R/24/002.

**Zastrzeżenia
do wystąpień
pokontrolnych**

Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego złożył Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Zastrzeżenia dotyczyły stwierdzenia w opisie nieprawidłowości, że zasięg webinaru zorganizowanego w 2022 r. był znikomy oraz niemonitorowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia wskaźników programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”.

Komisja Rozstrzygająca uwzględniła zastrzeżenie dotyczące uznania za znikomy zasięgu webinaru oraz oddaliła zastrzeżenie dotyczące niemonitorowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia wskaźników programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”.

**Wykaz jednostek
kontrolowanych**

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Krakowie	Ministerstwo Zdrowia	Izabela Leszczyna
2.		NFZ Centrala w Warszawie	Filip Nowak
3.	Delegatura NIK w Katowicach	Śląski OW NFZ	Katarzyna Adamek
4.	Delegatura NIK w Łodzi	Łódzki OW NFZ	Artur Olsinowski
5.	Delegatura NIK w Poznaniu	Wielkopolski OW NFZ	Magdalena Kraszevska
6.	Delegatura NIK w Warszawie	Mazowiecki OW NFZ	Katarzyna Słodka
Wykaz jednostek kontrolowanych w ramach kontroli rozpoznawczej R/24/002 <i>Działania realizowane przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na rzecz diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek</i>			
Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Krakowie	Małopolski OW NFZ	Elżbieta Fryźlewicz- -Chrapisińska
2.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mszanie Dolnej	Marta Stuczko

6.1.1. WYKAZ OCEN KONTROLOWANYCH JEDNOSTEK

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ¹⁾	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Ministerstwo Zdrowia	w formie opisowej	wdrożenie grupy dziedzicznej nefrologia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej	- ograniczony zakres, niewystarczający charakter i nieskuteczność działań organizacyjnych podejmowanych w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i leczenia PChN - ograniczone odzwierciedlenie zdiagnozowanego problemu PChN w dokumentach strategicznych i nieuwzględnienie działań profilaktycznych związanych z PChN - nieopracowanie formalnych założeń Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” - błędne oszacowanie kosztów Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” - brak międzyokresowych analiz wskaźników Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” - przekazanie w 2024 r. do NFZ środków finansowych pochodzących z Funduszu Medycznego w wysokości 25,3 mln zł na finansowanie współczynników korygujących świadczeniodawcom, którzy realizowali Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” - braki kadrowe wśród lekarzy i pielęgniarek specjalizacji nefrologicznej oraz niewystarczająca liczba osób realizujących specjalizację nefrologiczną - nieprowadzenie odrębnego monitoringu wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzicznej nefrologia oraz pozostałych grup dziedzicznych

2.	NFZ Centrala w Warszawie	w formie opisowej	- wzrost liczby pacjentów objętych opieką w ramach BPOK - wzrost liczby podmiotów POZ, z którymi zawarto umowy na BPOK oraz liczby poradni i nefrologicznych - wdrożenie grupy dziedzicznej nefrologia w ramach BPOK	- niewystarczające działania w obszarze promocji i edukacji mających na celu zwiększenie świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN - niewystarczające działania podejmowane na rzecz dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z PChN - nierównomierny dostęp do leczenia nefrologicznego w skali kraju - brak międzyokresowych analiz wskaźników programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” - ograniczone możliwości monitorowania liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w poszczególnych grupach dziedzicznych BPOK - niewystarczające działania promocyjne i edukacyjne dotyczących świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN
3.	Łódzki OW NFZ	pozytywna	- zawieranie umów w ramach grupy dziedzicznej nefrologia BPOK zgodnie z przepisami, terminowe rozpatrywanie wniosków oraz regulowanie zobowiązań w tym zakresie - prowadzenie działań promocyjnych i edukacyjnych, skierowanych zarówno do społeczeństwa, jak i świadczeniodawców, w ramach których poruszano tematy dotyczące Programu 40 PLUS (w tym PChN) oraz BPOK - nawiązanie współpracy z innymi podmiotami realizującymi działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN	-

4.	Mazowiecki OW NFZ	w formie opisowej	• prawidłowa realizacja działań związanych z obsługą wniosków i umów ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej • zapewnienie warunków sprawnego procedowania wniosków oraz rozliczania realizacji świadczeń finansowanych ze środków NFZ. • zachęcanie świadczeniodawców do zawierania umów na realizację Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz rozszerzania pierwotnych umów na udzielanie świadczeń w POZ o budżet powierzony opieki koordynowanej, w tym również w grupie dziedzicznej nefrologia • rzetelne, celowe i terminowe rozpatrywanie wniosków świadczeniodawców oraz zawieranie umów dotyczących realizacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz grupy dziedzicznej nefrologia BPOK • udział pracowników OW w wydarzeniach promujących profilaktykę zdrowotną i zdrowy styl życia • zapewnianie dostępu do diagnostyki i opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek • zwiększenie liczby poradni nefrologicznych oraz liczby leczonych w nich pacjentów w celu zapewnienia pacjentom optymalnych odległości do stacji dializ • określanie obszarów kontraktowania z uwzględnieniem danych dotyczących miejsca zamieszkania pacjentów poddawanych dializoterapii	-	• nieplanowanie i nierealizowanie działań promocyjnych ani edukacyjnych we własnym zakresie
5.	Śląski OW NFZ	w formie opisowej			
6.	Wielkopolski OW NFZ	pozytywna			

			organizowanie spotkań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących BPOK	
• Wykaz jednostek kontrolowanych w ramach kontroli rozpoznawczej R/24/002 Działania realizowane przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na rzecz diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek				
	Małopolski OW NFZ	pozytywna	- podjęcie działań mających na celu zapewnienie dostępności wczesnej diagnostyki oraz opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek - podjęcie aktywnych działań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących chorób nerek, które były kierowane zarówno do świadczących, jak też ogółu społeczeństwa - nawiązanie współpracy z innymi podmiotami realizującymi działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN.	-
	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mszanie Dolnej	w formie opisowej	- podjęcie działań na rzecz diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek - prawidłowa realizacja świadczeń w ramach BPOK	- ograniczony zakres świadczeń wykonanych w ramach „Programu 40 PLUS” - nierealizacja świadczeń zrealizowanych w ramach „Programu 40 PLUS”

*/ pozytywna / w formie opisowej / negatywna

6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO- -EKONOMICZNYCH

Ministerstwo Zdrowia zostało utworzone na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia⁸¹. Statut Ministerstwa został nadany zarządzeniem Nr 82 Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2024 r.⁸² Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. ustalono regulamin organizacyjny Ministerstwa Zdrowia⁸³.

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy m.in.:

- 1) ustalanie programów pilotażowych (art. 11 ust. 1 pkt 1b i art. 48e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸⁴);
- 2) sprawowanie, przy zastosowaniu kryterium legalności, rzetelności i celowości, nadzoru nad działalnością m.in. NFZ oraz świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z NFZ (art. 163 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz art. 165 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- 3) powoływanie konsultantów krajowych spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia (art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia⁸⁵);
- 4) zatwierdzanie planu finansowego NFZ w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych (art. 11 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Zarządzeniem z dnia 29 grudnia 2022 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej⁸⁶, tj. organ pomocniczo-doradczy ministra, realizujący zadania pod przewodnictwem Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Zadania zespołu zostały określone w § 4 zarządzenia, np. opracowanie zestawu wskaźników oceny jakości i efektywności opieki w podstawowej opiece zdrowotnej oraz opracowanie rekomendacji dla założeń rozwiązań legislacyjnych, z uwzględnieniem uwag zgłaszanych przez świadczeniodawców (pkt 3 i 4).

⁸¹ Dz. U. Nr 91, poz. 1018.

⁸² M. P. poz. 679.

⁸³ Dz. Urz. MZ poz. 55.

⁸⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

⁸⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 254.

⁸⁶ Dz. Urz. MZ poz. 141.

W skład Narodowego Funduszu Zdrowia wchodzi: Centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu, które są tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie jest zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia. Art. 159 ust. 2 i 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi, że umowy ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zawiera się z podmiotami, spełniającymi warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu, na czas nieoznaczony.

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁸⁷, podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanego dalej świadczeniobiorcą, z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W rozporządzeniu z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁸⁸ Minister Zdrowia wskazał, że świadczenia gwarantowane w tym zakresie obejmują m.in. opiekę koordynowaną (§ 2 pkt 7). Wykaz świadczeń opieki koordynowanej oraz warunki ich realizacji zostały określone w załączniku nr 6 do rozporządzenia. Świadczenia opieki koordynowanej są realizowane w co najmniej jednym z pięciu zakresów, a jednym z nich jest: diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek⁸⁹. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może zlecić pacjentom badania (w sytuacjach medycznie uzasadnionych), które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty, np. badanie diagnostyczne UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu). Ponadto pacjenci z przewlekłą chorobą nerek mają także dostęp do: porady kompleksowej, konsultacji specjalistycznych, porad edukacyjnych i konsultacji dietetycznych. Dla

⁸⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, ze zm.

⁸⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.

⁸⁹ Zakres: diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek został dodany z dniem 1 listopada 2023 r. na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2226).

finansowania świadczeń, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia, ustala się budżet powierzony opieki koordynowanej. Realizacja świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej przez świadczeniodawców jest dobrowolna.

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 7 zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁹⁰, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna wyodrębniono m.in. następujący przedmiot umowy: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej. Wzór umowy został określony w załączniku nr 2 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ. Dla finansowania świadczeń opieki koordynowanej, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ustala się budżet powierzony opieki koordynowanej (§ 15 ust. 1a zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ). Realizacja zakresu budżetu powierzonego opieki koordynowanej następuje poprzez złożenie odpowiedniego wniosku do Oddziału Funduszu o rozszerzenie umowy o nowy zakres świadczeń. Wniosek może być złożony w ciągu całego roku kalendarzowego. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrywane są w terminie 20 dni od dnia ich złożenia. Umowa obowiązuje od pierwszego dnia okresu sprawozdawczego następującego po dniu jej zawarcia. Umowa określa między innymi: przedmiot umowy, warunki finansowania świadczeń, organizację udzielania świadczeń oraz kary umowne. Na podstawie zawartej umowy świadczeniodawca zobowiązany jest między innymi do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy (w szczególności osoby i sprzęt). Załącznikami do umowy są m.in. plan rzeczowo-finansowy, harmonogram – zasoby oraz wykaz podwykonawców. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ jest podstawą udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca, z którym NFZ zawarł umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zobowiązany jest wykonywać umowę m.in. zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej, w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹¹.

⁹⁰ Biul. Inf. NFZ poz. 79, ze zm.

⁹¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

Zgodnie z art. 5 pkt 30a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, program pilotażowy to zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych. Program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluuje NFZ. W programie pilotażowym określa się m.in.: 1) cel programu pilotażowego, 2) okres realizacji programu pilotażowego, 3) zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy, 4) warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, 5) sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wysokość kapitałowej stawki rocznej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej lub ryczałtu, w tym ryczałtu na populację objętą programem pilotażowym, 6) realizatora programu pilotażowego albo tryb jego wyboru, 7) wskaźniki realizacji programu pilotażowego, 8) sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego, 9) sposób oceny wyników programu pilotażowego oraz 10) podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego, a w przypadku finansowania programu pilotażowego z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, także sposób i tryb finansowania programu pilotażowego z budżetu państwa.

Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” został przyjęty rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”⁹². Jego celem jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych (§ 2). Okres realizacji Programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap realizacji Programu pilotażowego, który trwa od 1 lipca 2021 r. do 30 kwietnia 2025 r.;
- 2) etap ewaluacji Programu pilotażowego, który trwa do 30 czerwca 2025 r. i obejmuje okres realizacji programu pilotażowego od 1 sierpnia 2024 r. do 30 kwietnia 2025 r. (§ 3)⁹³.

Realizatorem Programu pilotażowego jest świadczeniodawca, który spełnił warunki organizacji i realizacji Programu pilotażowego określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia oraz złożył wnioski o zawarcie umowy o jego realizację do NFZ (§ 8). Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach Programu pilotażowego, szczegółowe kryteria

⁹² Dz. U. z 2024 r. poz. 549, ze zm.

⁹³ Przepis zmieniony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1888), z dniem 31 grudnia 2024 r.

kwalifikacji świadczeniobiorców oraz warunki organizacji i realizacji Programu pilotażowego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia. Natomiast załącznik nr 2 do rozporządzenia zawiera ceny jednostkowe badań diagnostycznych objęte Programem pilotażowym. Przykładowo, koszt badania poziomu kreatyniny we krwi wynosi 5,49 zł.

Zarządzeniem Nr 109/2021/Bp z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, Prezes NFZ określił: 1) tryb zawierania umów o realizację Programu, 2) wzór umowy oraz 3) warunki realizacji umów⁹⁴. NFZ finansuje wyłącznie te świadczenia, które w rzeczywistości zostały wykonane i sprawozdane do P1. Oprócz refundacji, świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza POZ nalicza się współczynnik korygujący, związany z poziomem zgłaszalności do Programu profilaktycznego „Profilaktyka 40 PLUS” w formie ryczałtu, w wysokości 2200 zł za każde 100 osób, które wypełniły ankietę i zrealizowały badania w ramach tego Programu po 1 lipca 2022 r., i które znajdują się na liście świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień miesiąca kwartału, za który rozliczany jest współczynnik korygujący (§ 54 zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ w związku z § 16 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

System Informacji Medycznej jest systemem teleinformatycznym służącym przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej udostępnianych przez systemy teleinformatyczne usługodawców (art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁹⁵). Natomiast system e-zdrowie P1 to Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, która jest systemem teleinformatycznym, umożliwiającym w szczególności dostęp usługobiorców do informacji o udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w SIM oraz raportów z udostępnienia danych ich dotyczących. Administratorem Systemu P-1 jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia (art. 7 ust. 1 i ust. 2). Każdy świadczeniodawca, z którym NFZ zawarł umowę na realizację Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, zobowiązany jest podłączyć się do systemu P1, prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną oraz raportować do Systemu P1 Zdarzeń Medycznych.

⁹⁴ Biul. Inf. NFZ, poz. 109, ze zm.

⁹⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 2465, ze zm.

6.3. SPIS INFOGRAFIK

Infografika nr 1 Stadia przewlekłej choroby nerek.....	7
Infografika nr 2 Prognoza liczby chorych na PChN w Polsce.	8
Infografika nr 3 Lokalizacja jednostek objętych kontrolą.	9
Infografika nr 4 Średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych.....	24
Infografika nr 5 Średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych dziecięcych.....	24
Infografika nr 6 Dostępność lekarzy nefrologów i nefrologów dziecięcych w województwach.	25
Infografika nr 7 Koszty opieki nad pacjentami leczonymi nerkozastępczo w latach 2021–2024.....	30
Infografika nr 8 Liczba lekarzy nefrologów lub lekarzy w trakcie specjalizacji z nefrologii, zgłoszonych do realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ.....	31
Infografika nr 9 Struktura wiekowa lekarzy nefrologów.....	32
Infografika nr 10 Struktura wiekowa lekarzy nefrologów dziecięcych.	32
Infografika nr 11 Udział objętych miejsc rezydenckich i pozarezydenckich na specjalizacji nefrologia i nefrologia dziecięca do ilości dostępnych miejsc.	34
Infografika nr 12 Liczba osób, które skorzystały z Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”.....	39
Infografika nr 13 Opinie świadczeniodawców dotyczące BPOK.....	53

6.4. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450).
4. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 254).
8. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320).
9. Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889).
10. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ poz. 69).
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. MZ z 2024 r. poz. 137, ze zm.). Wykaz obowiązywał do 31 marca 2025 r.
12. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. MZ z 2025 r. poz. 23). Wykaz obowiązywał od 1 kwietnia 2025 r.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2024 r. poz. 549, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798).

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 738, ze zm.).
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia (Dz. U. Nr 91, poz. 1018).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1156, uchylone z dniem 18 grudnia 2022 r.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2024 r. poz. 791, obowiązujące od 19 grudnia 2022 r.).
21. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2024 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 957).
22. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. MZ poz. 128).
23. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. MZ poz. 55, ze zm.).
24. Zarządzenie Nr 82 Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2024 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia (M. P. poz. 679).
25. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. MZ poz. 141).
26. Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Biul. Inf. NFZ poz. 79, ze zm.).
27. Zarządzenie Nr 109/2021/BPZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Biul. Inf. NFZ. poz. 109, ze zm.).

6.5. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Zdrowia
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
11. Kierownicy kontrolowanych jednostek – wersja elektroniczna



Minister Zdrowia

NKM.0910.9.2024.21.KCZ
Warszawa, 25 czerwca 2025

Pan
Jacek Kozłowski
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli¹ o wynikach kontroli P/24/068 – „*Diagnostyka i zapewnienie opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek*”, która została przekazana przy piśmie z dnia 11 czerwca 2025 r. o znaku: LKR.430.5.2024, zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli², przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

1. Rozdział 2. Ocena ogólna, str. 10.

W związku ze sformułowaną przez NIK oceną o niewystarczających działaniach podejmowanych przez Ministra Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia na rzecz zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek i zapewnienia opieki nad pacjentami z tą chorobą, uprzejmie informuję, iż resort zdrowia dostrzega potrzebę zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie.

Mając powyższe na uwadze, należy wskazać na realizację przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia projektu „*Odwrócona Piramida Świadczeń*”, który jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021-2027. Celem ww. projektu jest stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do odwrócenia piramidy świadczeń, tj. przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto uprzejmie informuję, że przedmiotowy projekt jest realizowany w okresie od stycznia 2024 r. do czerwca 2027 r.

Dodatkowo uprzejmie wskazuję, iż jednym z rozwiązań mających na celu poprawę dostępności do opieki specjalistycznej i skrócenie kolejek (w tym do świadczeń z zakresu nefrologii), jest mechanizm wprowadzony w zarządzeniu nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Na mocy ww. zarządzenia, poradnie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które przyjmują relatywnie niewielu pacjentów pierwszorazowych, będą stymulowane do podnoszenia tego odsetka. Brak reakcji ze strony poradni będzie się wiązał z mniejszymi korzyściami

¹ zwanej dalej „NIK”.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

finansowymi w kolejnym okresie, co ma być elementem zachęcającym do poprawy organizacji i przyjmowania większej liczby pacjentów.

Mechanizm ten będzie obowiązywał od trzeciego kwartału 2025 r. (od lipca), w większości typów poradni dla dorosłych. Podniesienie przez każdego świadczeniodawcę odsetka porad pierwszorazowych ma poprawić sytuację pacjentów oczekujących na świadczenia ambulatoryjne.

2. Rozdział 4. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 17.

Uprzejmie informuję, że obecnie odstąpiono od prac w zakresie ewentualnego rozszerzania katalogu badań profilaktycznych w ramach *stricte* służby medycyny pracy.

Natomiast podkreślenia wymaga fakt, że został wprowadzony kompleksowy program profilaktyczny skierowany do wszystkich osób powyżej 20 roku życia – „*Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej*”, który ma umożliwić wczesne wykrycie problemów zdrowotnych i czynników ryzyka chorób kardiologicznych, metabolicznych czy nowotworów oraz pozwolić szybko na nie zareagować, co także zwiększy dostępność m.in. wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek i – w konsekwencji – opieki nad pacjentami z tą chorobą.

3. Rozdział 4. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 17.

Uprzejmie informuję, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny³, było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny⁴, które utraciło moc z dniem 19 grudnia 2022 r. zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw⁵.

Konieczność wydania nowego rozporządzenia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny zaistniała w związku ze zmianą charakteru upoważnienia ustawowego do wydania przedmiotowego rozporządzenia – zmiana upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia została wprowadzona art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw, zgodnie z którym dotychczasowemu upoważnieniu do wydania rozporządzenia nadano charakter obligatoryjny. Jednocześnie, podjęto decyzję o pozostawieniu bez zmian obowiązującego wcześniej katalogu dziedzin priorytetowych.

Ponadto, należy mieć na względzie, że aby „*priorytetowość*” danej dziedziny odniosła oczekiwany skutek, jest istotne, by katalog tych dziedzin był ograniczony do dziedzin, w których zapotrzebowanie na specjalistów jest faktycznie największe. Obecnie do katalogu dziedzin priorytetowych zaliczono już 23 dziedziny. Liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach, również w nefrologii i nefrologii dziecięcej, nieustannie rośnie, a w ostatnich latach wprowadzono szereg rozwiązań, które zgodnie z założeniami wpłyną na zwiększenie liczby specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny. Dlatego też w pierwszej kolejności należy zaobserwować, jaki wpływ na liczbę lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne będą miały wprowadzone reformy, a dopiero po ewentualnym stwierdzeniu, że zmiany te są niewystarczające, podjąć kolejne kroki.

W tym miejscu wskazania wymaga fakt, iż w latach 2019-2023 liczba lekarzy specjalizujących się w nefrologii w Polsce wzrosła z 1 310 do 1 399, co oznacza przyrost o 89 osób (około 6,8%). Wzrost ten przełożył się na poprawę wskaźnika liczby nefrologów przypadających na 100 tys. mieszkańców – z 3,4 w 2019 r. do 3,7 w 2023 r. Powyższe oznacza – wbrew twierdzeniom zawartym w przedmiotowej informacji o wynikach kontroli

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 791.

⁴ Dz. U. poz. 1156.

⁵ Dz. U. poz. 2232, z późn. zm.

NIK – że liczba specjalistów zajmujących się wczesną diagnostyką i opieką nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek nie maleje, lecz rośnie.

W kwestii zaś podjęcia decyzji o ewentualnym uznaniu dziedziny nefrologia za priorytetową, co wiąże się z rozszerzeniem katalogu dziedzin priorytetowych, uprzejmie informuję, że musiałoby być ono poprzedzone podjęciem dodatkowych działań, w tym przeprowadzeniem odpowiednich analiz.

4. Rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Działania organizacyjne w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek i zapewnienia opieki nad pacjentami z tą chorobą, str. 28.

W uzupełnieniu informacji poruszonych w ww. dokumencie NIK, dotyczących programów lekowych i dostępu do technologii lekowych dla chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, warto wskazać, że w związku z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁶, od dnia 1 lipca 2025 r. wchodzi w życie zmiany, które zostały przeprowadzone w czasie trwania kontroli, tj.:

- 1) zmiana treści programu lekowego B.113 Leczenie pacjentów z chorobami nerek, polegająca na uproszczeniu kryteriów kwalifikacji do programu oraz redukcji ilości i stopnia zaawansowania badań wykonywanych przy kwalifikacji i monitorowaniu leczenia:
 - całkowite usunięcie sześciu kryteriów kwalifikacji (w tym kryterium dot. BMI),
 - usunięcie zapisu „*stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia > 1500/mm³*” z kryterium oceny cech niedożywienia,
 - usunięcie obowiązku przestrzegania diety ubogobiałkowej przez ≥ 3 miesiące przed rozpoczęciem terapii,
 - wskazanie wywiadu dietetycznego jako sposobu oceny i dokumentowania spożycia białka,
 - usunięcie kwalifikacji do leczenia nerkozastępczego z kryteriów wyłączenia,
 - w badaniach przy kwalifikacji do programu pozostawienie oceny stopnia odżywienia według skali SGA i redukcja pozostałych badań do obowiązku oznaczenia eGFR oraz stężeń kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, elektrolitów i hemoglobiny glikowanej,
 - w części monitorowanie leczenia redukcja rozbudowanego zakresu szczegółowych badań kontrolnych i konsultacji wykonywanych co 30 dni lub co 90 dni do zapisu: „*Co miesiąc, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące: ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym, oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR, oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi*”;
- 2) rozszerzenie zakresu wskazania dotyczącego przewlekłej choroby nerek dla empagliflozyny w ramach refundacji aptecznej. Od lipca 2025 r. wskazanie refundacyjne empagliflozyny w przewlekłej chorobie nerek będzie brzmiało następująco:

Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z:

- *eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m² do < 45 ml/min/1,73 m², stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub*
- *eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m² do < 90 ml/min/1,73 m² oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii,*

⁶Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 39.

- 3) objęcie refundacją leku Lokelma (cyklokrzemian sodowo-potasowy) dostępnego w aptece, stanowiącego kolejną opcję terapeutyczną w leczeniu hiperkaliemii w przebiegu przewlekłej choroby nerek.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Rafał Głównyński
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LKR.430.5.2024

Warszawa, 2025-07-21

Opinia

**do stanowiska Minister Zdrowia w sprawie informacji o wynikach kontroli
P/24/068 Diagnostyka i zapewnienie opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek**

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przedstawiam opinię do stanowiska Minister Zdrowia, zawartego w piśmie z dnia 25 czerwca 2025 r. (nr NKM.0910.9.2024.21.KCZ)².

W opinii NIK, na pozytywną ocenę zasługuje fakt, że Ministerstwo Zdrowia dostrzega potrzebę zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek i zapewnienia opieki nad pacjentami z tą chorobą, co znajduje wyraz w szeregu działań planowanych i podejmowanych przez resort zdrowia w ostatnim czasie, takich m.in. jak wdrożenie nowego programu profilaktycznego Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej, skierowanego do wszystkich osób powyżej 20 roku życia, w ramach którego przewidziano również wizytę podsumowującą w przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, a której nie uwzględniono w poprzednio funkcjonującym Programie pilotażowym Profilaktyka 40 PLUS.

NIK podtrzymuje jednak wniosek pokontrolny nr 1, dotyczący podjęcia działań mających na celu zwiększenie dostępności wczesnej diagnostyki PChN, w szczególności poprzez powiązanie programów profilaktycznych z badaniami medycyny pracy. Wprawdzie wprowadzenie nowego programu profilaktycznego Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej zasługuje na aprobatę, niemniej jednak należy podkreślić, że uczestnictwo w nim ma charakter dobrowolny. Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło argumentacji, uzasadniającej odstąpienie od prac w zakresie rozszerzenia katalogu badań profilaktycznych w ramach medycyny pracy.

Odnosząc się do kwestii zwiększania liczby lekarzy specjalizacji nefrologia i nefrologia dziecięca, w tym ujęcia tych specjalizacji w rozporządzeniu w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, NIK podtrzymuje swoje stanowisko wyrażone we wniosku nr 2, że niezbędne jest podjęcie przez Minister Zdrowia działań zachęcających lekarzy do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w tych dziedzinach. Na problem ten należy patrzeć w szerszym kontekście, a nie

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

² Stanowisko zostało podpisane przez Dyrektora Departamentu Nadzoru i Kontroli z upoważnienia Ministra Zdrowia.

tylko przez pryzmat rosnącej w ostatnich latach liczby lekarzy specjalizujących się w nefrologii i nefrologii dziecięcej, jak przedstawiono to w stanowisku Minister Zdrowia. W swojej informacji o wynikach kontroli, NIK zwróciła uwagę, opierając się m.in. na opiniach konsultantów krajowych, na starzejącą się kadrę specjalistów w zakresie nefrologii i nefrologii dziecięcej oraz narastający problem braku zastępowalności lekarzy osiągniętych wiek emerytalny. Prognozowane dane wskazują, że różnica pomiędzy liczbą lekarzy osiągniętych wiek emerytalny a uzyskujących tytuł specjalisty w dziedzinie nefrologii wzrośnie z 10 w 2025 r. do 34 w 2029 r. Ponadto należy podkreślić, że pomimo zwiększenia od 2023 r. liczby miejsc rezydenckich na specjalności nefrologia i nefrologia dziecięca, w przypadku nefrologii, w 2023 r. obsadzono jedynie 22,4% miejsc, a w 2024 r. 23,1% miejsc, tj. niespełna jedną czwartą limitu. W przypadku nefrologii dziecięcej było to odpowiednio 20% i 41,4% miejsc.

Pozytywnie należy ocenić działania Ministerstwa Zdrowia na rzecz zapewnienia opieki nad pacjentami z PChN, wdrożone od lipca 2025 r. w zakresie uproszczenia kryteriów kwalifikacji do programu lekowego dla pacjentów z chorobami nerek oraz rozszerzenie zakresu refundacji dwóch leków dla pacjentów dotkniętych tą chorobą.

Poziom istotności poruszonych przez NIK zagadnień, w szczególności szacowana liczba osób dotkniętych przewlekłą chorobą nerek, sformułowane oceny i wnioski NIK, które zaprezentowano w przedmiotowej informacji o wynikach kontroli, powinny skutkować podjęciem przez Panią Minister dalszych, skutecznych działań w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek i zapewnienia opieki nad pacjentami z tą chorobą.

Prezes NIK

Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/