



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Jacek Kozłowski

LKR.410.20.2.2024

**Pani
Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 50 00, F +48 22 444 57 93
nik@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Izabela Leszczyna, Minister Zdrowia, od 13 grudnia 2023 r. (<i>Minister</i>) W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Adam Niedzielski, Minister Zdrowia, od 26 sierpnia 2020 r. do 10 sierpnia 2023 r. Katarzyna Sójka, Minister Zdrowia, od 10 sierpnia 2023 r. do 27 listopada 2023 r. Ewa Krajewska, Minister Zdrowia, od 27 listopada 2023 r. do 13 grudnia 2023 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami. 2. Działania promocyjne i edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2022 r. do czasu zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem mogących mieć wpływ na ocenę podejmowanych działań.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontrolerzy	– Andrzej Salwiński, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/118/2024 z 9 września 2024 r. – Paweł Potoczek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/120/2024 z 9 września 2024 r. – Piotr del Fidali, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/119/2024 z 9 września 2024 r.

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

NIK ocenia, że działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek (dalej: *PChN*) nie były wystarczające.

Działania organizacyjne realizowane przez Ministerstwo Zdrowia w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i leczenia *PChN* miały ograniczony charakter i były nieskuteczne, o czym może świadczyć tendencja wzrostowa chorobowości rejestrowanej³ i zapadalności rejestrowanej⁴, a także wysoka liczba zgonów osób dotkniętych *PChN*, wynosząca 78,5 tys. i 76 tys. w latach 2022-2023. Ministerstwo Zdrowia nie podejmowało także skutecznych działań mających na celu zapobieganie postępującemu starzeniu się kadry medycznej nefrologów oraz nie wykorzystywało w pełni uzyskanych analiz dotyczących diagnostyki i leczenia *PChN*.

Liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N.18 (przewlekła niewydolność nerek) oraz ICD-10 N.19 (nieokreślona niewydolność nerek) wzrosła o 14,6% pomiędzy 2021 r., a 2023 r., co świadczy o narastającym problemie zdrowotnym wśród pacjentów i może rzutować w przyszłości na jakość opieki.

Także liczba pacjentów objętych ambulatoryjną opieką specjalistyczną w poradniach nefrologicznych zwiększyła się w 2023 r. o 21,2% w stosunku do 2021 r., a liczba udzielonych porad o 17,7%. Liczba pacjentów objętych leczeniem szpitalnym w oddziałach nefrologicznych wzrosła o 21% w analogicznym okresie.

Problem dostępności wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z *PChN* został zidentyfikowany i uwzględniony w Mapie Potrzeb Zdrowotnych (dalej: *MPZ*), w której szacowano, że chorobowość *PChN* wzrośnie z 4408,3 tys. osób w 2020 r. do 4746,3 tys. osób w 2028 r., jednakże w ograniczonym stopniu znalazł odzwierciedlenie w dokumentach strategicznych Ministerstwa Zdrowia, które koncentrowały się przede wszystkim na aspektach związanych z opieką paliatywną i hospicyjną osób z *PChN* i nie uwzględniały 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 wyniosły w latach 2021-2023 rocznie od 1281,2 mln zł do 1874,2 mln zł i wykazywały tendencję wzrostową.

Działania Ministerstwa 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 nerek⁵) oraz wdrożenie grupy dziedzinowej nefrologia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej⁶, pomimo iż w *MPZ* prognozowano, iż m.in. choroby nerek odnotują największy wzrost w Polsce w ciągu 9 lat (od 2019 r. do 2028 r.), a Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii zwracał uwagę m.in. na: niedostateczne wykrywanie *PChN* przez lekarzy rodzinnych, diabetologów i kardiologów, braki kadrowe wśród lekarzy

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę w formie opisowej.

³ Liczba pacjentów, którzy pojawili się przynajmniej raz w publicznym systemie ochrony zdrowia od 2009 r. i nie zmarli do 31 grudnia analizowanego roku.

⁴ Liczba chorych, u których zgodnie z przyjętą metodyką rozpoznano i sprawozdano *PChN* w ramach systemu ochrony zdrowia finansowanego ze środków publicznych w danym roku kalendarzowym.

⁵ Badanie poziomu kreatyniny i kwasu moczowego we krwi oraz badanie ogólne moczu.

⁶ Dalej: BPOK.

i pielęgniarek specjalizacji nefrologicznej oraz niewystarczającą liczbę osób realizujących specjalizację nefrologiczną.

W kontekście przeprowadzonej kontroli dotyczącej PChN NIK negatywnie ocenia proces wdrożenia Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w związku z nieopracowaniem jego formalnych założeń, błędnym oszacowaniem jego kosztów, brakiem międzyokresowych analiz jego wskaźników, a także przekazaniem w 2024 r. do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) środków finansowych pochodzących z Funduszu Medycznego w wysokości 25,3 mln zł na finansowanie współczynników korygujących świadczeniodawcom, którzy realizowali ten Program pilotażowy.

NIK zauważa brak powiązania Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” z badaniami w ramach medycyny pracy, które są obowiązkowe i dotyczą wszystkich zatrudnionych na umowę o pracę. Zdaniem NIK, wdrożenie takiego powiązania sprzyałoby zwiększeniu liczby osób korzystających ze świadczeń tego Programu. Za wadę Programu NIK uznaje też brak nakierowania go na problematykę PChN, wskutek czego nie przewidziano w nim rozwiązań dedykowanych tej chorobie oraz konstrukcję współczynnika korygującego w Programie, która nie sprzyjała powiązaniu go z liczbą osób korzystających z Programu. Wątpliwości budzi również czas i związany z tym zakres ewaluacji Programu pilotażowego. W ocenie NIK została ona przeprowadzona przedwcześnie, co wpłynęło negatywnie na zakres danych, poddanych ewaluacji. W ocenie NIK, monitoring Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” nie był prowadzony w sposób rzetelny, ponieważ nie określono docelowych wartości wskaźników, jakie planowano osiągnąć w Programie, jak również nie dokonywano międzyokresowych analiz jego realizacji, pomimo wielokrotnego przedłużania terminu jego zakończenia.

NIK pozytywnie ocenia wdrożenie grupy dziedzinowej nefrologia w ramach BPOK oraz dostrzega, że liczba placówek podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) udzielających świadczeń w ramach BPOK i osób objętych poszczególnymi grupami dziedzinowymi BPOK w okresie objętym kontrolą systematycznie wzrastały.

NIK podkreśla natomiast, że nie był prowadzony odrębny monitoring wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia oraz pozostałych grup dziedzinowych, co wynikało z zakresu informacji otrzymywanych od NFZ oraz że Ministerstwo Zdrowia nie zapewniło wdrożenia grupy dziedzinowej nefrologia w ramach BPOK równocześnie z jego wprowadzeniem.

NIK ocenia działania Ministerstwa Zdrowia w obszarze promocji i edukacji mających na celu zwiększenie świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN jako niewystarczające. W Ministerstwie nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych i edukacyjnych mających za główny cel zwiększenie świadomości dotyczącej konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Podjęte przez Ministerstwo działania w postaci zorganizowania loterii i zakupu czasu antenowego w podmiotach radiowych i telewizyjnych odnosiły się jedynie do Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, i w tym zakresie nie okazały się skuteczne, gdyż z Programu skorzystało jedynie 4731,8 tys. osób, tj. 19,6% uprawnionych do udziału w nim.⁷ Ponadto NIK ocenia negatywnie fakt, że Ministerstwo Zdrowia nie współpracowało z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

⁷ Na 1 sierpnia 2024 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

1.1 Identyfikacja problemów i ograniczeń wczesnej diagnostyki oraz opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek

Opis stanu faktycznego

1. Zgodnie z szacunkami przedstawionymi przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT) liczba osób z PChN może sięgać 10% populacji na świecie, co w przypadku Polski może oznaczać nawet 3,8 – 4,2 mln osób dotkniętych tą chorobą⁹. Według danych Ministerstwa Zdrowia z 2022 r. standaryzowana zapadalność na PChN wynosiła 338,67 na 100 tys. ludności, a liczba zgonów wynosiła 208,31 na 100 tys. ludności.¹⁰ Powyższe wskazuje, iż w przypadku PChN duża liczba pacjentów nie została zdiagnozowana i żyje w nieświadomości rozwoju choroby.

(akta kontroli str. 1103–1131, 1644-1645)

Do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły następujące wnioski, postulaty i rekomendacje dotyczące tematyki diagnostyki i leczenia PChN:

- Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia z 2 marca 2022 r. o przygotowanie informacji na temat diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. W odpowiedzi z 8 marca 2022 r. Podsekretarz Stanu przekazał informacje na temat leczenia raka nerki i wątroby w związku z planowanym posiedzeniem Podkomisji stałej ds. onkologii odnoszące się do kwestii raka nerki i wątroby oraz programów lekowych,
- Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych z 22 lipca 2022 r., która wskazała, że podstawowa stawka za dializoterapię w Polsce nie była zmieniana od 10 lat i jest ona trzecią najniższą w Europie. Ponadto zawnioskowała o wprowadzenie standardu koordynacji znanego z onkologii¹¹ i kardiologii. W odpowiedzi z 12 października wskazano, iż nie planuje się zleceń AOTMiT podjęcia prac nad ponowną wyceną świadczeń w związku ze zwiększeniem w kwietniu br. ceny punktu o 4,5%, którą objęto również świadczenia dializoterapii oraz opublikowaniem rekomendacji nr 65/2022 z 13 lipca 2022 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W kwestii wprowadzenia standardu koordynacji wskazano, iż 17 lipca 2022 r. zlecono AOTMiT sporządzenie rozwiązań w zakresie modelu organizacji opieki

⁸ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Nr WS.4220.13.2022 z dnia 2 grudnia 2022 r.

¹⁰ <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/przewlekla-choroba-nerek/> [dostęp na dzień 15 listopada 2024r.]

¹¹ Której elementem jest karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO).

ambulatoryjnej nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek. Przedmiotową analizę sporządzono 2 grudnia 2022 r.,¹²

- trzy interpelacje poselskie¹³ dotyczące sposobu w jaki Ministerstwo Zdrowia zamierza pomóc pacjentom borykającym się z chorobą nerek oraz czy planowane są zmiany w funkcjonowaniu stacji dializ na poziomie organizacyjnym i finansowym, aby utrzymać ich obecną dostępność dla pacjentów. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia wskazało, że zabezpieczenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, adekwatne do istniejącego zapotrzebowania na danym terenie, należy do kompetencji oddziałów wojewódzkich NFZ. W kwestiach finansowych wskazano na zwiększenie o 4,5% ceny punktu. Odnośnie zmian w funkcjonowaniu stacji dializ Ministerstwo Zdrowia ponownie odwołało się do zlecenia AOTMiT przygotowania odpowiednich rozwiązań z zakresu opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z PChN,
- interpelacja poselska¹⁴ dotycząca planowanych zmian organizacyjnych i finansowych dotyczących pacjentów nefrologicznych, kwestii kadrowych w sektorze zdrowia. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia wskazało na analizę zaproponowanych przez AOTMiT rozwiązań w opiece ambulatoryjnej nad pacjentem z PChN oraz podało dane dotyczące zwiększania się liczby nefrologów i nefrologów dziecięcych,
- interpelacja poselska¹⁵ dotycząca liczby lekarzy, stacji dializ, wyceny dializoterapii, Programu pilotażowego oraz nieujęcia nefrologii i nefrologii dziecięcej w dziedzinach priorytetowych. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia wskazało na zwiększającą się liczbę stacji dializ, wycenę świadczeń dializoterapii, planowane wprowadzenie opieki koordynowanej pacjentów z PChN oraz brak potrzeby uznania nefrologii i nefrologii dziecięcej za dziedzinę priorytetową w związku z rosnącą liczbą lekarzy.

(akta kontroli str. 16-23, 39-43, 1029-1102)

AOTMiT przeprowadziła przegląd międzynarodowych rozwiązań w obszarze organizacji opieki nad pacjentami z PChN w wybranych krajach¹⁶ wskazując m.in. 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 (tzw. kompleksowa płatność). 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 KDIGO¹⁷ 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 roku Kongres Stanów Zjednoczonych przeznaczył

¹² Kwestie dotyczące jej treści i wdrożenia omówiono w punkcie 2.

¹³ Nr 35175 z 11 sierpnia 2022 r., nr 36064 z 26 września 2022 r., nr 35596 z 2 września 2022 r.

¹⁴ Nr 40293 z 4 kwietnia 2023 r.

¹⁵ Nr 42118 z 6 lipca 2023 r.

¹⁶ Nr WS.4220.13.2022 z dnia 2 grudnia 2022 r.

¹⁷ Kidney Disease Improving Global Outcomes.

fundusze umożliwiające rządowej organizacji *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) rozwój inicjatywy „*Chronic Kidney Disease Initiative*”. Obecne działania inicjatywy 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. 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 czy uczelni zagranicznych w przedmiocie wskazań medycznych i procedur.

(akta kontroli str.1103-1311)

W odpowiedzi na pytanie do Minister Zdrowia¹⁸ dotyczące programów profilaktycznych funkcjonujących w innych krajach, Podsekretarz Stanu oświadczył, że w opracowaniu AOTMiT dokonała przeglądu interwencji oraz zaleceń wg wytycznych praktyki klinicznej w PChN w grupach ryzyka, w innych krajach. Wśród wskazanych interwencji znalazły się również te, które uwzględniały badania przesiewowe, jednak niekoniecznie w ramach programów profilaktycznych, raczej jako element zorganizowanej opieki ambulatoryjnej nad pacjentem.

(akta kontroli str. 16-23, 39-43)

NIK zwróciła się z pytaniem czy Minister Zdrowia posiadała informacje o rozwiązaniach dotyczących organizacji cyklicznych działań profilaktycznych obejmujących duże grupy mieszkańców stosowanych w innych krajach i czy zostały one wykorzystane w krajowym systemie prawnym. W złożonym oświadczeniu Podsekretarz Stanu poinformował jedynie, że nie ma dokumentacji potwierdzającej, że Ministerstwo Zdrowia posiadało informacje o rozwiązaniach dotyczących organizacji cyklicznych działań profilaktycznych obejmujących duże grupy mieszkańców stosowanych w innych krajach.

(akta kontroli str. 16-23, 45-49)

NIK zauważa, że Ministerstwo Zdrowia posiadało takie informacje od AOTMiT. W ocenie z 10 czerwca 2021 r. oraz analizie AOTMiT z 2 grudnia 2022 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: badania przysługują raz w roku każdemu obywatelowi powyżej 18 lat. We Francji każda osoba ubezpieczona w systemie ubezpieczeń społecznych może skorzystać raz na 5 lat z bezpłatnej oceny stanu zdrowia. W Holandii istnieją narodowe profilaktyczne badania stanu zdrowia. W Niemczech od 35. r.ż. niemiecki fundusz zdrowia finansuje badania kontrolne, które przysługują pacjentom co 3 lata. Model stosowany w Wielkiej Brytanii zakłada, iż badania przysługują obywatelom w wieku 40-74 lata w pięcioletnich interwałach czasowych.

(akta kontroli str. 1103-1311)

W związku z powyższym skierowano ponownie pytanie do Minister Zdrowia dotyczące zastosowania w krajowych rozwiązaniach prawnych zagranicznych

¹⁸ Z 10 września 2024 r.

modeli profilaktyki przesiewowej. W odpowiedzi Minister Zdrowia wskazała jedynie, że zgodnie z regulacjami Unii Europejskiej państwa członkowskie mają prawo do stosowania własnych rozwiązań dotyczących organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem lokalnych warunków.

(akta kontroli str. 158-164, 283-289, 1494-1498)

Do zadań Konsultantów Krajowych i wojewódzkich należy m.in. sporządzanie rocznych raportów dokumentujących wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez właściwego konsultanta dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia¹⁹.

Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii w swoich raportach za lata 2021, 2022 i 2023 negatywnie ocenił liczbę lekarzy i pielęgniarek dializacyjnych. Braki w kadrze medycznej określił na 30-50%. Wskazał na niedostateczne wykrywanie PChN przez lekarzy rodzinnych, diabetologów i kardiologów. Jako niewystarczającą ocenił liczbę osób realizujących specjalizację nefrologiczną. Jako rozwiązanie wskazał wdrożenie programu opieki koordynowanej. Wskazał na potrzebę zwiększenia szkolenia specjalizacyjnego/doskonalącego dla pielęgniarek pragnących podjąć pracę w stacjach dializ. Postulował zmiany w organizacji i finansowaniu świadczeń (nie tyle ilościowych co organizacyjnych). Ponowił propozycje niezwłocznego wdrożenia opracowanego w 2019 r. systemu koordynowanej opieki nefrologicznej. Wskazał na ogromne braki kadrowe systemu opieki nad pacjentami ze schyłkową niewydolnością nerek. Oszacował, że liczba osób realizująca specjalizację powinna być dwukrotnie większa.

(akta kontroli str. 499-504, 1344-1355)

Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej w swoich raportach za lata 2021, 2022 i 2023 wskazała na problemy niedoboru specjalistów nefrologów dziecięcych, złe prognozy na przyszłość wobec starzejącej się kadry oraz niedobór specjalistycznej kadry pielęgniarskiej. Wskazała także na brak specjalistycznych poradni w mniejszych miastach. Odniosła się do faktu starzejącej się kadry oraz faktu małego zainteresowania młodych lekarzy specjalizacją z nefrologii dziecięcej. Wskazała na brak zmian w odniesieniu do liczby ośrodków akredytacyjnych i miejsc szkoleniowych, oraz że w 18 ośrodkach może szkolić się jednocześnie 79 rezydentów a prawie połowa miejsc jest nieobsadzona.

(akta kontroli str. 499-504, 1313-1343)

Minister Zdrowia do 9 grudnia 2024 r. nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie²⁰ czy i w jakim zakresie Ministerstwo Zdrowia uwzględniło uwagi wynikające z raportów rocznych Konsultantów Krajowych w dziedzinie nefrologii i nefrologii dziecięcej z lat 2021-2023.

(akta kontroli str. 617-621)

W przedłożonych NIK informacjach Konsultanci Krajowi wskazali na problem niedoboru specjalistów oraz braku zainteresowania tymi dziedzinami przez absolwentów. Zwrócili także uwagę na złe prognozy na przyszłość wobec starzejącej się kadry lekarskiej. Jako możliwe rozwiązania wskazali m.in. zakwalifikowanie nefrologii do specjalizacji priorytetowej.

(akta kontroli str. 1425-1447, 1632-1643)

¹⁹ Art. 10 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. 2024 r. poz. 69).

²⁰ Z 18 października 2024 r.

Prezes Zarządu Federacji Porozumienie Zielonogórskie, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Nefrologicznych, Prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego oraz Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej także wskazali na niewystarczające zasoby kadrowe wśród lekarzy zajmujących się pacjentami nefrologicznymi.

(akta kontroli str. 1356-1360, 1454-1466, 1530-1531, 1534-1535, 1542-1545)

Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii wskazał ponadto, że wg danych zebranych od Konsultantów Wojewódzkich praktykujących nefrologów było około 900-950 pomimo, iż egzamin specjalistyczny zdało około 1450. Podał też, że na specjalizacji nefrologicznej było 241 wolnych miejsc²¹, a na nefrologii pediatricznej 33, oraz że uznanie nefrologii oraz nefrologii dziecięcej za priorytetowe dziedziny medycyny będzie sprzyjać zwiększeniu zainteresowania tymi specjalizacjami przez lekarzy.

(akta kontroli str. 1433-1448)

W złożonych wyjaśnieniach Minister Zdrowia wskazała, że od 2023 r. zwiększono liczbę miejsc rezydenckich na specjalności nefrologia i nefrologia dziecięca, co w związku z większą liczbą absolwentów medycyny przełoży się na zwiększenie liczby osób odbywających te specjalizacje. Jednocześnie przedłożyła dane, wg których w przypadku kwalifikacji na specjalizację nefrologia w trybie rezydenckim w 2021 r. na 104 miejsca zakwalifikowano 15 lekarzy, w 2022 r. na 65 miejsc zakwalifikowano 33 lekarzy, w 2023 r. na 155 miejsc zakwalifikowano 64 lekarzy, a w 2024 r. na 189 miejsc zakwalifikowano 44. W przypadku nefrologii dziecięcej w 2021 r. na 29 miejsc obsadzono 2, w 2022 r. na 28 miejsc obsadzono 7, w 2023 r. na 28 miejsc obsadzono 11, a w 2024 r. na 28 miejsc obsadzono 10. W trybie pozarezydenckim w przypadku nefrologii na 169 miejsc w 2021 r. zakwalifikowano 26 lekarzy, w 2022 r. na 293 miejsca zakwalifikowano 38, w 2023 r. na 273 miejsca zakwalifikowano 32, w 2024 r. na 144 miejsc pozarezydenckich zakwalifikowano 33 lekarzy. W przypadku nefrologii dziecięcej w 2021 r. na 37 miejsc obsadzono 8, w 2022 r. na 43 miejsca obsadzono 11, w 2023 r. na 42 miejsca obsadzono 5, a w 2024 r. na 30 miejsc pozarezydenckich kwalifikację uzyskało 5 lekarzy.

(akta kontroli str. 996-1000, 1702-1707)

Zgodnie ze stanem na koniec roku 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.

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.

(akta kontroli str. 617-621, 622-632)

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%.

Odnosnie do zastępowalności lekarzy w sytuacji osiągnięcia przez nich wieku emerytalnego, w 2021 r. na 197 nefrologów powyżej 65 r. życia było 165 lekarzy

²¹ Stan na 20 listopada 2024 r.

w trakcie specjalizacji. W 2022 r. na 231 nefrologów powyżej 65 r. życia było 176 lekarzy w trakcie specjalizacji. W 2023 r. na 266 nefrologów powyżej 65 r. życia było 204 lekarzy w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie. Według stanu na 30 września 2024 r. na 294 nefrologów powyżej 65 r. życia było jedynie 226 lekarzy w trakcie specjalizacji.

W przypadku nefrologów dziecięcych w 2021 r. na 12 nefrologów powyżej 65 r. życia było 31 lekarzy w trakcie specjalizacji. W 2022 r. na 15 nefrologów powyżej 65 r. życia było 39 lekarzy w trakcie specjalizacji, W 2023 r. na 16 nefrologów powyżej 65 r. życia było 44 lekarzy w trakcie specjalizacji. Według stanu na 30 września 2024 r. na 18 nefrologów powyżej 65 r. życia było 50 lekarzy w trakcie tej specjalizacji.

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.

(akta kontroli str. 1361-1369, 1518-1522)

W odpowiedzi na zadane pytanie jakie działania przedsięwzięło Ministerstwo Zdrowia w związku ze wzrostem udziału lekarzy, którzy przekroczyli 65 r. życia wśród ogółu nefrologów i nefrologów dziecięcych, Minister Zdrowia wskazała, że to kierownicy podmiotów leczniczych, kształtują wewnętrzną politykę kadrową i mają narzędzia decyzyjne i motywacyjne, w tym finansowe, do zachęcenia lekarzy do podejmowania przez nich szkolenia specjalizacyjnego.

(akta kontroli str. 749-754, 1686-1692)

Minister Zdrowia wskazała, że prognozowano różnicę pomiędzy liczbą lekarzy specjalistów w dziedzinie nefrologii osiągających wiek emerytalny, a liczbą lekarzy uzyskujących tytuł specjalisty w tej dziedzinie wynoszące: niedobór 10 w 2025 r., niedobór 27 w 2026 r., niedobór 38 w 2027 r., niedobór 33 w 2028 r. i niedobór 34 w 2029 r., a w dziedzinie nefrologii dziecięcej: niedobór 1 w 2025 r., niedobór 5 w 2027 r., niedobór 1 w 2028 r. i niedobór 2 w 2029 r. Powyższe dane wskazują na brak zastępowalności lekarzy osiągających wiek emerytalny przy szacowanym zainteresowaniu lekarzy uzyskaniem tytułu specjalisty w danej dziedzinie.

(akta kontroli str. 665-671, 1680-1685)

W rozporządzeniach w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny nie ujęto nefrologii i nefrologii dziecięcej.²²

Na liście priorytetowych dziedzin medycyny znajdują się obecnie 23 dziedziny. Wybór specjalizacji z dziedzin priorytetowych przekłada się na wyższe wynagrodzenie zasadnicze szkolonych lekarzy²³, a także możliwość rozpoczęcia szkoleń w ramach dodatkowego etapu postępowania kwalifikacyjnego²⁴, które nie jest możliwe w przypadku dziedzin niepriorytetowych.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych wskazano m.in. na potrzebę ujęcia nefrologii jako priorytetowej dziedziny medycyny.

(akta kontroli str. 1576-1577)

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1156) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2024 r. poz. 791).

²³ § 1 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).

²⁴ Art. 16 ca ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.).

Minister Zdrowia w złożonych wyjaśnieniach wskazała, iż aby priorytetowość danej dziedziny odniosła oczekiwany skutek istotnym jest, aby ich katalog ograniczał się do dziedzin, w których zapotrzebowanie na specjalistów jest największe. Wskazała, że w przypadku nefrologii i nefrologii dziecięcej zainteresowanie szkoleniem specjalizacyjnym nieustannie rośnie.

(akta kontroli str. 617-632)

W odpowiedzi na zadane pytanie czy ujęcie nefrologii i nefrologii dziecięcej w priorytetowych dziedzinach medycyny będzie sprzyjało zwiększeniu zainteresowania tymi dziedzinami w dodatkowych etapach postępowań kwalifikacyjnych, Minister Zdrowia wskazała, że mogłoby to mieć nieznaczny wpływ na wzrost zainteresowania nimi kosztem innych dziedzin.

(akta kontroli str. 996-1000, 1686-1692)

W złożonych wyjaśnieniach Minister wskazała, że nie są podejmowane prace nad wdrożeniem do systemu opieki nad pacjentami dializowanymi opiekunów medycznych. Potrzeba uregulowania tego zagadnienia nie była zgłaszana do Ministerstwa Zdrowia.

(akta kontroli str. 749-754, 1591-1596)

Liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N.18 oraz ICD-10 N.19 wzrosła z 105 608 w 2021 r. do 121 009 w 2023 r., a do 30 czerwca 2024 r. liczba ta wynosiła 84 768.

Także liczba pacjentów objętych ambulatoryjną opieką specjalistyczną w poradniach nefrologicznych zwiększyła się z 190 599 pacjentów w 2021 r. do 231 620 w 2023 r. Liczba udzielonych porad w tych poradniach wzrosła z 403 064 w 2021 r. do 474 474 w 2023 r. Liczba pacjentów objętych leczeniem szpitalnym w oddziałach nefrologicznych wzrosła z 29 490 w 2021 r. do 35 706 w 2023 r.

(akta kontroli str. 1711-1712)

2. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia²⁵, AOTMiT dokonała *analizy organizacji opieki ambulatoryjnej nad pacjentami z chorobą nerek*²⁶. W analizie zaproponowano zmiany w opiece nad pacjentami z wczesną PChN w tym m.in.:

- zwiększenie wykrywalności i poprawę leczenia PChN poprzez:
 - dodanie do zakresu świadczeń, realizowanych w koordynowanej opiece POZ możliwości diagnostyki PChN oraz monitorowanie i leczenie PChN, jako powikłania choroby podstawowej (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe);
 - rozszerzenie wykazu badań zlecanych przez lekarza POZ (albumina i kreatynina w moczu/wskaźnik ACR, fosfor nieorganiczny, 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 (dalej: IKP).
- umożliwienie monitorowania i leczenie wczesnych stadiów PChN (G1-G3), jako powikłania choroby podstawowej,

²⁵ Zlecenie z 17 maja 2022 r.

²⁶ Nr WS.4220.13.2022 z dnia 2 grudnia 2022 r. wykonana na podstawie art. 31n pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.).

- wprowadzenie do *rozporządzenia POZ*²⁷ kryteriów kierowania pacjentów z POZ do opieki specjalistycznej,
- wprowadzenie 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,
- poprawę 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,
- wdrożenia 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 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 monitorowania²⁸.

(akta kontroli str. 16-23, 45-49, 158-164, 283-289, 1103-1311)

W odpowiedzi na pytanie czy i jakie działania Ministerstwo Zdrowia podjęło w celu wdrożenia propozycji AOTMiT dotyczących dodania do zakresu świadczeń realizowanych w koordynowanej opiece POZ możliwości diagnostyki PChN oraz monitorowania i leczenia PChN, jako powikłania choroby podstawowej²⁹, Minister wskazała, iż po otrzymaniu rekomendacji zakwalifikowano świadczenia opieki koordynowanej z zakresu leczenia przewlekłej choroby nerek jako gwarantowane. Ponadto poszerzono wykaz badań zlecanych przez lekarza POZ o albuminę i kreatyninę w moczu/wskaźnik ACR w ramach opieki koordynowanej: diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków, diagnostyki i leczenia cukrzycy, diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek.

Odnośnie do dodania do katalogu świadczeń w budżecie powierzonym badań fosfor nieorganiczny i parathormon Minister wskazała, że na etapie nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia ww. badania nie zostały wprowadzone ze względu na ograniczenia budżetowe.

(akta kontroli str. 158-164, 1494-1498)

Odnośnie do dodania do katalogu badań zlecanych przez lekarza POZ: albumina i kreatynina w moczu/wskaźnik ACR, fosfor nieorganiczny, parathormon w ramach świadczeń lekarza POZ Minister Zdrowia wyjaśniła, że wskaźnik

²⁷ 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.).

²⁸ Stworzenie takiego modułu będzie leżało po stronie NFZ lub CeZ.

²⁹ Tj. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe.

albumina/kreatynina w moczu znalazło się w zakresie świadczeń koordynowanych.

(akta kontroli str. 158-164, 1494-1498)

W kontekście wykorzystania i rozszerzenia funkcjonalności IKP Minister Zdrowia wskazała jedynie, że w Ministerstwie Zdrowia nie podejmowano decyzji odnośnie tej propozycji, nie podając przyczyn.

(akta kontroli str. 158-164, 1494-1498, 1557-1561)

Ponadto Dyrektor Centrum e-Zdrowia poinformowała, iż system nie posiadał funkcjonalności pozwalającej na określenie grupy pacjentów predysponowanych do rozwoju PChN oraz, że nie prowadzono działań zmierzających do rozwoju systemu w tym kierunku.

(akta kontroli str. 1450-1453)

Minister Zdrowia wyjaśniła, że wprowadzenie standardu postępowania organizacyjnego przekazywania pacjentów na wyższy poziom opieki zostało zrealizowane 19 lipca 2024 r. poprzez opublikowanie 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.

(akta kontroli str. 158-164, 1467-1493, 1494-1498)

Wytyczne Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz Prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego dotyczących diagnostyki i leczenia PChN w POZ z uwzględnieniem opieki koordynowanej zostały opublikowane 1 października 2024 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

(akta kontroli str. 1467-1493)

W odniesieniu do wdrożenia propozycji dotyczących opieki nad pacjentami dializowanymi Minister Zdrowia wyjaśniła, że po otrzymaniu raportu AOTMiT w Ministerstwie Zdrowia nie podjęto prac w tym obszarze i skoncentrowano się nad wprowadzeniem zmian w opiece koordynowanej w POZ.

(akta kontroli str. 158-164, 1557-1561)

Minister Zdrowia do 9 grudnia 2024 r. nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie³⁰ jakie działania w latach 2022-2024 podjęło Ministerstwo Zdrowia celem zwiększenia liczby ośrodków zabiegowych wykonujących dostępy naczyniowe w ramach dializ i czy takie działania są obecnie procedowane.

(akta kontroli str. 749-754)

W odpowiedzi na pytanie czy przewidywane są zmiany kompetencji i obowiązków lekarzy oraz pielęgniarek w ramach procedur dotyczących opieki nad pacjentami dializowanymi, Minister Zdrowia wskazała, że zmieniono programy specjalizacyjne z nefrologii i nefrologii dziecięcej.

(akta kontroli str. 749-754, 1569-1575, 1686-1692)

Minister Zdrowia 2 sierpnia 2023 r. wystąpił do Prezesa AOTMiT o przygotowanie rekomendacji odnośnie m.in. świadczeń opieki koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia PChN w POZ.

³⁰ Z 31 października 2024 r.

AOTMiT zaproponowała³¹ zmiany w opiece nad pacjentami z wczesną PChN poprzez m.in.:

- 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,
- rozważenie uwzględnienia w katalogu świadczeń dla pacjentów z PChN w ramach POZ następujących badań: fosfor nieorganiczny i parathormon,
- wdrożenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej dla pacjentów PChN, w ramach opieki koordynowanej.

Na potrzeby powyższej analizy sporządzono zestawienie populacyjno-kosztowe wprowadzenia świadczeń opieki koordynowanej PChN w ramach budżetu powierzonego. Przyjęto dwa poziomy monitorowania i leczenia pacjentów z PChN. Założono, iż pacjenci objęci opieką koordynowaną skorzystają co najmniej raz w roku z dostępnych badań laboratoryjnych, konsultacji i porad. W ramach poziomu pierwszego liczebność populacji objętej programem oszacowano na 341,9 tys. osoby w pierwszym roku i 512,9 tys. osób w drugim roku. Koszty w zakresie przedstawionym w zleceniu Ministerstwa Zdrowia oszacowano na 493,05 zł na pacjenta. Przy drugim poziomie monitorowania uwzględniono koszty badania fosforu nieorganicznego (2 razy w roku) i parathormonu (raz w roku) na łączną kwotę 35,91 zł zakładając, iż w pierwszym roku badaniem objęte zostanie 112,9 tys. pacjentów a w drugim roku 169,3 tys. Łącznie założono wpływ na budżet płatnika publicznego wprowadzenia świadczeń opieki koordynowanej PChN w scenariuszu minimalnym na 168,5 mln zł w pierwszym roku i 252,8 mln zł w drugim roku. W przypadku scenariusza maksymalnego (uwzględniającego koszty badań: fosfor nieorganiczny i parathormon) koszty te wyniosłyby 172,5 mln zł w I roku i 258,9 mln zł w II roku, co przekłada się na różnicę w przewidywanych kosztach o kwotę 4 mln zł w I roku i 6,1 mln zł w II roku.

(akta kontroli str. 438-494, 700-710)

Powyższe ustalenia znalazły swoje odzwierciedlenie w rekomendacji 93/2023 Prezesa AOTMiT z 21 sierpnia 2023 r.

(akta kontroli str. 700-710)

Minister Zdrowia wyjaśniła, że rekomendacja 93/2023 była przedmiotem analizy Zespołu ds. wdrażania opieki koordynowanej. Powołane w ww. wyjaśnieniu uchwały podjęto przed publikacją opracowania i rekomendacji tj. 26 kwietnia 2023 r. (uchwała nr 2 dotycząca m.in. dodania ścieżki – przewlekła choroba nerek obejmującej diagnostykę UACR/albuminuria, konsultacje specjalistyczne, poradę dietetyka).

(akta kontroli str. 158-164, 283-289, 1494-1498)

Rada Przejrzystości³² uznała za zasadne zakwalifikowanie do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków budżetu powierzonego udzielanych na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń

³¹ Opracowanie z 18 sierpnia 2023 r. pn. Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, finansowanych z budżetu powierzonego (...) świadczeń opieki koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek.

³² Organ opiniotwórczo-doradczy działający przy Prezesie AOTMiT, w składzie powoływanym przez Ministra Zdrowia.

opieki koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia PChN w POZ.³³ W uwagach Rada podtrzymała wyrażone w opinii nr 173/2022 z 5 grudnia 2022 r. propozycje uwzględnienia w katalogu świadczeń dla pacjentów z PChN badań fosforu nieorganicznego i parathormonu. Ponadto zaproponowała zasięgnąć opinii Konsultantów Krajowych co do zasadności i zakresu badań wykonywanych przez lekarzy POZ oraz uwzględnienie w ścieżce postępowania klinicznego edukacyjnej roli pielęgniarki wraz z opracowaniem przewodnika do opieki.

(akta kontroli str. 263-267, 761-766)

Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii wskazał³⁴, że badania fosforu nieorganicznego i parathormonu są niezbędne dla prawidłowej oceny patologii kostnych związanych z niewydolnością nerek. Niemożność ich wykonania w POZ u pacjentów z PChN G3 spowoduje konieczność skierowania pacjenta do poradni nefrologicznych, niezależnie od wieku pacjenta. W konsekwencji poradnie nefrologiczne zapełnią się pacjentami z nerką starczą, której leczenie (oraz jej powikłań kostnych) powinno zostać w kompetencji POZ. Skoro lekarz POZ może prowadzić pacjenta do fazy IV PChN, to powinien mieć zapewnioną możliwość wykonania wszystkich badań niezbędnych do prowadzenia takich pacjentów (jest takich pacjentów 2 miliony).

(akta kontroli str. 1433-1447)

Minister Zdrowia 19 lutego 2021 r. wystąpił do Prezesa AOTMiT o pilne sporządzenie wyceny świadczenia w związku z planowanym wprowadzeniem *Programu zdrowotnego pn. Program badań profilaktycznych 40 PLUS*. Wycenę sporządzono 2 czerwca 2021 r.³⁵ Zlecenie sporządzenia rekomendacji w zakresie świadczeń opieki koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w podstawowej opiece zdrowotnej skierowano do Prezesa AOTMiT 2 sierpnia 2023 r.

(akta kontroli str. 16-23, 45-49, 1008-1028)

NIK zwraca uwagę na stale rosnące koszty opieki nad pacjentami leczonymi nerkozastępczo. W 2021 r. wynosiły one 1 281 161,3 tys. zł, w 2022 r. 1 556 571,3 tys. zł, w 2023 r. kwota ta wzrosła do 1 874 231,8 tys. zł, a według danych dotyczących I półrocza 2024 r. wyniosła 949 591,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 749-754, 1578)

Ministerstwo Zdrowia tylko częściowo uwzględniło w swoich działaniach opinie i analizy dotyczące postępowania diagnostycznego i leczniczego w zakresie wczesnego wykrywania PChN, co omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Pełnomocnik Ministra ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ został ustanowiony 12 grudnia 2022 r. Do zadań pełnomocnika należało: monitorowanie procesu wdrażania opieki koordynowanej w POZ, przygotowanie rekomendacji zmian obowiązującego zakresu świadczeń opieki koordynowanej w POZ, przygotowanie rekomendacji nowych zakresów świadczeń realizowanych w ramach opieki koordynowanej w POZ, reprezentowanie Ministra w pracach zespołów i rad powołanych przez inne organy, w zakresie związanym z wdrażaniem opieki koordynowanej w POZ,

³³ Stanowisko Rady Przejrzystości działającej przy Prezesie AOTMiT nr 88/2023 z 21 sierpnia 2023 r.

³⁴ Informacja uzyskana w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f) ustawy o NIK.

³⁵ Analiza kosztów świadczeń dedykowanych Programowi pilotażowemu „Profilaktyka 40 PLUS” WT.5403.12.2021.

wykonywanie innych zadań zleconych przez Ministra w zakresie wdrożenia opieki koordynowanej w POZ.

Pełnomocnik przewodniczył pracom zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej, zajmował się promowaniem opieki koordynowanej w spotkaniach z przedstawicielami parlamentu, uczelni wyższych, organizacji studenckich i mediów oraz w *social mediach*, a także organizacją spotkań informacyjnych dla przedstawicieli POZ dotyczących założeń i modelu funkcjonowania opieki koordynowanej. Zbierał informacje od świadczeniodawców o problemach i barierach oraz sugestie i pomysły na rozszerzenie opieki koordynowanej. Sformułował także ogólne rekomendacje dotyczące rozwoju opieki koordynowanej w POZ. W zakresie PChN efektem działań pełnomocnika było także wydanie we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie nefrologii wytycznych dla POZ w zakresie nefrologii³⁶.

(akta kontroli str. 540-554)

W odpowiedzi na pytanie jaki był udział Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ w opracowaniu i opublikowaniu wytycznych Konsultanta Krajowego z zakresu nefrologii i medycyny rodzinnej dotyczących diagnostyki i leczenia PChN z 19 lipca 2024 r. (opublikowanych 1 października 2024 r.), Minister Zdrowia wskazała jedynie, iż pełnomocnik brała aktywny udział w opracowaniu przedmiotowych wytycznych.

(akta kontroli str. 821-824, 1597)

W odpowiedzi na pytanie o działania pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ w 2024 r. oraz efekty tych działań Minister Zdrowia wskazała, że pełnomocnik monitorowała proces wdrażania opieki koordynowanej w POZ i uczestniczyła w przygotowaniu rekomendacji zmian i rozszerzenia obowiązującego zakresu świadczeń opieki koordynowanej w POZ.

(akta kontroli str. 821-824, 1597-1622)

29 grudnia 2022 r. Minister Zdrowia powołał Zespół ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ. Do zespołu powołano osoby, które brały czynny udział w opracowaniu pierwszego zakresu zmian rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ wprowadzających w 2022 r. opiekę koordynowaną w ramach budżetu powierzono. Skład zespołu poszerzono o przedstawicieli organizacji pielęgniarek i położnych oraz przedstawiciela Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie – z uwagi na jego liczebności i oddziaływanie na podmioty POZ. Do zadań zespołu należało: monitorowanie procesu wdrażania opieki koordynowanej w POZ, opracowanie wskaźników ewaluacji wdrożenia opieki koordynowanej w POZ, opracowanie zestawu wskaźników oceny jakości i efektywności opieki w POZ, opracowanie rekomendacji dla założeń rozwiązań legislacyjnych dotyczących opieki koordynowanej w POZ z uwzględnieniem uwag zgłaszanych przez świadczeniodawców, opracowanie strategii rozwoju opieki koordynowanej w POZ z uwzględnieniem populacji pediatrycznej, projektowanie rozwiązań cyfrowych poprawiających kompleksowość opieki w POZ, opracowanie propozycji zasad współpracy pomiędzy jednostkami POZ a jednostkami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zespołowi nie powierzono innych celów i zadań. Harmonogram prac zespołu był ustalany na bieżąco – na

³⁶ Wytyczne Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii i w dziedzinie medycyny rodzinnej 19 lipca 2024 r., opublikowane na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/zdrowie/diagnostyka-i-leczenia-przewleklej-choroby-nerek> 1 października 2024 r. (dostęp: 3 grudnia 2024 r.).

danym posiedzeniu ustalano termin kolejnego, za wyjątkiem posiedzenia z 3 kwietnia 2024 r., kiedy ustalono termin 3 kolejnych spotkań na 24 kwietnia, 22 maja i 19 czerwca 2024 r.

(akta kontroli str. 110-111, 555-608)

Minister Zdrowia nie wskazała jakie były koszty funkcjonowania Zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ, oraz nie przedłożyła dokumentacji potwierdzającej wysokość poniesionych kosztów. Poinformowała o braku możliwości ustalenia tych kosztów, gdyż wstępują one wraz z innymi kosztami bieżącymi w Departamencie Lecznictwa.

(akta kontroli str. 19, 821, 1497, 1598)

Nie został z góry ustalony harmonogram prac zespołu, a jego pierwsze posiedzenia odbyło się 11 stycznia 2023 r.³⁷ Zespół odbył 6 spotkań w 2023 r. i 5 spotkań w 2024 r. (do 27 września 2024 r.).

(akta kontroli str. 110-111, 555-608, 1597-1612)

Minister Zdrowia nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie³⁸, dlaczego nie ustalono harmonogramu prac Zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ.

(akta kontroli str. 821-824, 1597-1603)

Efektami prac zespołu były wydane rekomendacje. Odnosnie chorób nerek, 26 kwietnia 2023 r. zespół zarekomendował dodanie ścieżki nefrologicznej w opiece koordynowanej, obejmującej: diagnostykę UACR/albuminuria, konsultacje specjalistyczne nefrologa, dietetyka oraz porady edukacyjne.

(akta kontroli str. 111, 563-566, 610)

Rekomendacje wydane przez zespół były wdrażane poprzez zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ i zarządzeń Prezesa NFZ, lub pozostawały w czasie kontroli w fazie opracowania³⁹. W jednym przypadku⁴⁰ uznano, że rekomendacje obejmują obszar związany ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej i pozostały bez wypracowanych dokumentów w sprawie. Zmiany dotyczące ścieżki nefrologicznej zostały wdrożone poprzez wprowadzenie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ⁴¹ kolejnego zakresu świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej pn. *diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek*. Obejmował on: poradę kompleksową, badanie diagnostyczne UACR, konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne oraz konsultacje dietetyczne.

(akta kontroli str. 111-114, 407-419, 609-616)

³⁷ Nie sporządzono z niego protokołu, a jedynie notatkę. Pierwsze protokołowane posiedzenie odbyło się 8 lutego 2023 r.

³⁸ Z 8 listopada 2024 r.

³⁹ Dotyczy uchwały nr 4 z 26 kwietnia 2023 r. (dot. wprowadzenia świadczenia: porada pielęgniarki POZ w ostrych infekcjach), uchwały nr 1 z 4 lipca 2024 r. (dot. opracowania badań bilansowych), uchwały nr 2 z 19 września 2024 r. (dot. dalszego rozwoju e-konsylium).

⁴⁰ Uchwała nr 5 z 26 kwietnia 2023 r. (dot. podwyższenia wycen świadczeń i wydłużenia czasu opieki położnej).

⁴¹ Dz. U. poz. 2226.

W Ministerstwie nie wyznaczono osób odpowiedzialnych za działania w zakresie zwiększania dostępności diagnostyki PChN. Minister Zdrowia wskazała, że opieka nad chorymi lub zagrożonymi PChN znalazła się w obszarze prac zespołu ds. wdrażania opieki koordynowanej w POZ.

(akta kontroli str. 283, 290-292)

3. Problem dostępności wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek został uwzględniony w MPZ na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.⁴²

W odniesieniu do nefrologii i nefrologii dziecięcej w ww. dokumencie wskazano wg stanu na 2019 r.:

- odsetek pacjentów powyżej 65 roku życia w poradniach nefrologicznych wynosi 64,1%, liczbę lekarzy nefrologów, którzy w 2024 r. osiągną wiek emerytalny wyniesie 241 podczas gdy liczba lekarzy, którzy uzyskają tytuł specjalisty wyniesie 176 (stan na 20 marca 2020 r.), co wskazuje na spadek liczby lekarzy tej specjalności o 65 osób, liczbę lekarzy nefrologów dziecięcych, którzy w 2024 r. osiągną wiek emerytalny wyniesie 18 podczas gdy liczba lekarzy, którzy uzyskają tytuł specjalisty wyniesie 29 (stan na 20 marca 2020 r.), rekomendacje Konsultantów Krajowych dotyczące liczby lekarzy nefrologów wynosiły 4,4 na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy faktyczna ich ilość wynosiła 3,4. Rekomendacja dot. liczby nefrologów dziecięcych wynosiła 0,6 na 100 tys. mieszkańców podczas, gdy ich faktyczna ilość wynosiła 0,3, kierunki działań tj. wzrost liczby kadry medycznej oraz zaspokojenie kluczowych potrzeb kadrowych przez: aktualizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny poprzez dodanie do listy dziedzin, w których oszacowano potrzebę na nowe miejsca specjalizacyjne na co najmniej 200 w skali kraju gdzie wskazano m.in. nefrologie.

W MPZ prognozowano, iż cukrzyca i choroby nerek oraz choroby narządów zmysłu odnotują największy wzrost chorobowości w Polsce w ciągu 9 lat, przy czym w UE będą wzrastać mniej dynamicznie. Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazywała na spodziewany wzrost wartości chorobowości cukrzycy i choroby nerek w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. o około 2 631,95 na 100 tys. ludności, czyli 14,86%, z przodującą chorobowością na samą cukrzycę (23,74%). Zwrócono także uwagę na problemy osób powyżej 70. roku życia. Podobnie jak ogólnie w społeczeństwie, u osób starszych najbardziej znacząco będzie rosła chorobowość w przypadku cukrzycy i chorób nerek, w tym przyrost chorobowości na samą cukrzycę będzie na poziomie 20,64% (5 256,91 na 100 tys. ludności).

Jednocześnie choroby nerek nie zostały ujęte wśród problemów zdrowotnych, które najbardziej obciążają społeczeństwo.

W ramach projektu MPZ – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych opracowano analizę poświęconą przewlekłej chorobie nerek, którą opublikowano w formie aplikacji na platformie projektu. W MPZ opublikowanej

⁴² Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 69. MPZ obejmuje analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego oraz wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.

w ramach aplikacji na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia⁴³ ujęto szersze dane dotyczące wskaźników za lata 2020, 2021 i 2022 r.

W MPZ wskazano chorobowość rejestrowaną⁴⁴ w wartościach bezwzględnych w 2020 r. w wysokości 619,3 tys. osób, w 2021 r. w wysokości 646,7 tys. osób oraz w 2022 r. w wysokości 691,6 tys. osób. Zgodnie z danymi Ministerstwa w 2023 r. wyniosła ona już 751,5 tys. osób.

W MPZ wskazano zapadalność rejestrowaną w wartościach bezwzględnych w 2020 r. w wysokości 91,9 tys. osób, w 2021 r. 116,1 tys. osób, w 2022 r. w wysokości 123,8 tys. osób. Zgodnie z danymi Ministerstwa w 2023 r. wyniosła ona już 141,3 tys. osób.

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.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229, 749-754)

W MPZ przewidziano, iż liczba zgonów w związku z PChN będzie wynosić w latach 2022-2024 r. 4,9 tys. osób rocznie.

Ministerstwo wskazało, iż zgony rejestrowane w wartościach bezwzględnych w 2022 r. wyniosły 78,5 tys. osób, a w 2023 r. 76 tys. osób. Minister Zdrowia wyjaśniła, iż ze względu na brak danych jednostkowych o przyczynie zgonu pacjentów chorych na PChN przedstawiono zgony z dowolnej przyczyny wśród chorych na PChN. Tak więc brak jest możliwości odniesienia szacowanej liczby zgonów w MPZ do ich faktycznej liczby.

Ministerstwo nie dysponuje danymi w zakresie chorobowości, zapadalności i śmiertelności w 2024 r.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229, 1569-1574)

Minister Zdrowia wskazała, że uwzględniony w MPZ problem PChN wykorzystano jako podstawę diagnostyczną m.in. w:

- Krajowym Planie Transformacji na lata 2022-2026⁴⁵, gdzie zalecono rozszerzenie zakresu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej o przewlekłą niewydolność nerek,
- Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Świętokrzyskiego na lata 2022- 2026⁴⁶, gdzie rekomendowano zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w stacjach dializ przez zwiększenie liczby miejsc lub powstanie nowego miejsca w regonie, gdzie występuje największy deficyt,
- Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026⁴⁷, gdzie wskazano na konieczność wydłużenie godzin pracy poradni.

W Krajowym Planie Transformacji nie ujęto działań profilaktycznych w odniesieniu do PChN, a kwestie chorób nerek zostały ujęte jedynie

⁴³ <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/przewlekla-choroba-nerek/> (dostęp: 28 października 2024 r.).

⁴⁴ Chorobowość bezwzględna odnosi się do liczby osób zdiagnozowanych.

⁴⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. Ministerstwa Zdrowia poz. 80).

⁴⁶ Obwieszczenie Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa świętokrzyskiego na lata 2022-2026 (Dz. Urz. Województwa Świętokrzyskiego poz. 4764).

⁴⁷ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 (Dz. Urz. Województwa Dolnośląskiego poz. 6115).

w kontekście opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdzie wskazano, iż zakres jednostek chorobowych uprawniających do leczenia (paliatywnego i hospicyjnego) powinien zostać w pierwszej kolejności rozszerzony o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek. W związku z tym NIK stwierdza, że konieczność wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN uwzględnioną w MPZ, nie ujęto w przedłożonych dokumentach strategicznych o zasięgu ogólnokrajowym sporządzanych na jej podstawie.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229, 1569-1574)

Ponadto zagadnienie chorób nerek zostało ujęte w dokumencie „*Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030*” w kategorii innych chorób istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego⁴⁸.

(akta kontroli str. 1627-1631)

W odpowiedzi na zadane pytanie dlaczego w planie transformacji nie ujęto działań profilaktycznych w odniesieniu do PChN, a kwestie chorób nerek zostały ujęte jedynie w kontekście opieki paliatywnej i hospicyjnej pomimo wskazań mapy potrzeb zdrowotnych, iż m.in. choroby nerek osiągną największy wzrost chorobowości w Polsce w ciągu 9 lat, Minister Zdrowia wskazała na ogólny charakter tego dokumentu w obszarze czynników ryzyka i profilaktyki.

(akta kontroli str. 996-1000, 1682-1683)

4. W toku kontroli stwierdzono poniższy stan mogący niekorzystnie wpływać na diagnostykę i leczenie pacjentów z PChN:

Ministerstwo Zdrowia nie podjęło działań zmierzających do zwiększenia zainteresowania absolwentów medycyny specjalizacjami nefrologia i nefrologia dziecięca.

(akta kontroli str. 499-504, 1313-1343, 1361-1369)

Minister Zdrowia do 9 grudnia 2024 r. nie przedłożyła żądanych informacji⁴⁹ dotyczących liczby miejsc na specjalizacjach w dziedzinie nefrologii i nefrologii dziecięcej oraz liczby miejsc nieobsadzonych za lata 2021-2024 oraz dokumentów potwierdzających te dane.

(akta kontroli str. 996-1000)

W odpowiedzi na pytanie NIK dotyczące podjętych przez Ministerstwo Zdrowia działań celem zwiększenia zainteresowania wśród absolwentów studiów medycznych rozpoczęciem specjalizacji w dziedzinie nefrologii i nefrologii dziecięcej Minister Zdrowia wskazała na wzrost stawki wynagrodzenia zasadniczego lekarzy odbywających specjalizację w dziedzinach niepriorytetowych oraz wprowadzenie możliwości ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. Ponadto wskazała na możliwość przystąpienia do egzaminów specjalizacyjnych o rok wcześniej, przyznając, iż nie podejmowano innych działań zmierzających do zwiększenia zainteresowania wśród absolwentów medycyny wyborem specjalizacji w dziedzinie nefrologii i nefrologii dziecięcej.

(akta kontroli str. 749-754, 1569-1574)

⁴⁸ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

⁴⁹ Pytanie do Minister Zdrowia z 13 listopada 2024 r.

Problem starzejącej się kadry medycznej (zwiększający się odsetek lekarzy wykonujących zawód pomimo osiągnięcia wieku emerytalnego i wysoki odsetek lekarzy w wieku 55-65) oraz duża ilość wakatów na specjalizacjach, zdaniem NIK, powinny skłonić Ministerstwo Zdrowia do podjęcia działań zmierzających do uatrakcyjnienia wyboru tej ścieżki zawodowej przez lekarzy. W przypadku braku działań ze strony Ministerstwa Zdrowia problem braku nefrologów i nefrologów dziecięcych będzie narastał. Dane dotyczące zwiększającej się liczby pacjentów nefrologicznych wskazują na potrzebę zwiększenia liczebności kadry w tych specjalnościach.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Ministerstwo Zdrowia tylko częściowo uwzględniło w swoich działaniach otrzymane opinie i analizy dotyczące postępowania diagnostycznego i leczniczego w zakresie wczesnego wykrywania PChN oraz doraźnej opieki nad pacjentami dializowanymi, wynikające m.in. z raportów Konsultantów Krajowych, analiz AOTMiT, rekomendacji Prezesa AOTMiT. W dokumentach kierowanych do Ministerstwa Zdrowia, jak i opracowywanych na jego zlecenie ujęto szereg rozwiązań dotyczących wykrywania i leczenia PChN, które nie zostały uwzględnione przez Ministerstwo, w tym m.in:

- ujęcie w wykazie badań zlecanych przez lekarza POZ fosforu nieorganicznego oraz parathormonu,
- 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,

(akta kontroli str. 438-494, 700-710, 1103-1311, 1313-1355)

Działania zmierzające do poprawy diagnostyki (wczesnego wykrywania) i leczenia PChN bezpośrednio mogą wpłynąć na obniżenie kosztów dializoterapii, które systematycznie wzrastają i osiągnęły w 2023 r. wysokość 1 874 231,8 tys. zł. Zdaniem NIK przy tak ogromnych kwotach wydatkowanych na terapię nerkozastępcze, wydatkowanie kwot rzędu 4 mln zł w I roku i 6,1 mln zł w II roku na dodatkowe badania, tj. fosfor nieorganiczny i parathormon w ramach opieki koordynowanej jest uzasadnione. Corocznie zwiększające się wydatki na dializoterapię powinny skutkować podjęciem przez Ministerstwo Zdrowia działań w obszarze wczesnego wykrywania PChN, a także organizacji opieki nad pacjentami dializowanymi. Podjęcie działań dotyczących zmiany uprawnień lekarzy i stacji dializ w ocenie NIK usprawniłoby proces opieki nad tymi pacjentami.

Minister Zdrowia wyjaśniła w kontekście wprowadzenia badań fosforu nieorganicznego oraz parathormonu, że badania te nie zostały wprowadzone ze względu na ograniczenia budżetowe. Odnosnie zaleceń dotyczących raportu AOTMiT w zakresie poprawy doraźnej opieki nad pacjentami dializowanymi oraz wdrożenia opieki kompleksowej nad pacjentem dializowanym, wskazała, że po otrzymaniu raportu AOTMiT w Ministerstwie nie podjęto prac w tym obszarze i skoncentrowano się nad wprowadzeniem zmian w opiece koordynowanej w POZ.

(akta kontroli str. 158-164, 1494-1498, 1557-1561)

Pomimo zadanego pytania⁵⁰, Minister nie złożyła do 9 grudnia 2024 r. wyjaśnień co do wykorzystania informacji z rocznych raportów od Konsultantów Krajowych w dziedzinie nefrologii i nefrologii dziecięcej.

(akta kontroli str. 617-621)

Minister Zdrowia do 29 listopada 2024 r. nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie⁵¹ czy w latach 2022–2024 Ministerstwo Zdrowia wprowadzało zmiany w opiece nad pacjentami dializowanymi.

(akta kontroli str. 1414-1419)

NIK zwraca uwagę, że koszty ponoszone na terapię nerkozastępcze są znacząco wyższe od kosztów prewencji i wczesnej diagnostyki PChN. Z tego względu uwzględnienie przez Ministerstwo Zdrowia tylko części proponowanych przez AOTMiT i Konsultantów Krajowych rozwiązań może wskazywać na nierzetelne działanie.

1.2 Działania mające na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek

Opis stanu faktycznego

1. Przed rozpoczęciem realizacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”⁵² dokonano analizy problemu i rekomendowanego rozwiązania. Wskazano m.in. na problem epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych, wśród których nie wskazano jednak PChN. Nie wskazano natomiast szczegółowo oczekiwanego efektu zdrowotnego odnoszącego się do rozwiązywanego problemu (ryzyka zachorowania na choroby tzw. cywilizacyjne, epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych), wskazując jedynie na *zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie problemów zdrowotnych i społecznych*. Sekretarz Stanu oświadczył ponadto, że w wyniku powyższego oczekiwano zmniejszenia absencji chorobowej w pracy.

(akta kontroli str. 58-65, 158, 166, 171-177)

W odpowiedzi na dwukrotne pytania⁵³ o przyczyny nieokreślenia oczekiwanego efektu zdrowotnego, Minister Zdrowia wskazała jedynie, iż oczekiwano, że Program pilotażowy wpłynie korzystnie na stan zdrowia świadczeniobiorców od 40 roku życia poprzez możliwość wykonania podstawowych badań. Zakładano umożliwienie wykrywania różnych chorób cywilizacyjnych na ich wczesnym etapie.

(akta kontroli str. 501, 508, 750, 756)

W Programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” określono wszystkie elementy wymienione w art. 48e ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁴, 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,

⁵⁰ Z 18 października 2024 r.

⁵¹ Z 15 listopada 2024 r.

⁵² Wprowadzonym 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.).

⁵³ Z 9 i 31 października 2024 r.

⁵⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.).

wskaźniki realizacji Programu i sposób ich pomiaru, sposób oceny wyników Programu i wskazanie podmiotu zobowiązanego do finansowania Programu. W zakresie chorób nerek w Programie ustalono badania: poziomu kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu oraz poziom kwasu moczowego we krwi.

(akta kontroli str. 27-38)

W pierwotnych założeniach⁵⁵ Program nakierowano na wczesne rozpoznanie chorób układu krążenia, onkologicznych i cukrzycy. W związku z tym, w Programie nie przewidziano dedykowanych 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). W uzasadnieniu projektu Programu wskazano jednak, 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 konieczności dbania o zdrowie, co prowadzi do wzrostu zachorowań na choroby cywilizacyjne, wśród których nie wymieniono jednak PChN.

(akta kontroli str. 24-38, 61-64)

W ramach konsultacji publicznych i opiniowania projektu rozporządzenia w sprawie Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, w zakresie chorób nerek zgłoszono postulaty uwzględnienia w pakiecie badań oznaczenia eGFR w ramach badania stężenia kreatyniny we krwi oraz badania UACR w celu oceny wydalania albumin z moczem, a także ogólnego uwzględnienia w projekcie chorych na choroby nerek.

(akta kontroli str. 770-820)

Pomimo dwukrotnych pytań kontrolerów NIK⁵⁶, Minister Zdrowia nie wskazała, dlaczego Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” nie nakierowano na problematykę PChN, a w rezultacie - nie przewidziano w nim dedykowanych 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).

(akta kontroli str. 158, 165-166, 500-501, 506)

Ministerstwo Zdrowia przekazało środki finansowe na wypłatę współczynnika korygującego w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” ze środków Funduszu Medycznego, co omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

2. Wg pierwotnych założeń opublikowanych w 2020 r., Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” miał obowiązywać przez 5 lat i objąć blisko 11 mln osób w wieku od 40 do 65 lat. Faktycznie wprowadzony 18 czerwca 2021 r. Program obowiązywał do 31 grudnia 2021 r. i był przedłużany kolejno do 30 czerwca 2022 r., 31 grudnia 2022 r., 31 grudnia 2023 r., 30 czerwca 2024 r. i 31 grudnia 2024 r. Zmiany te miały na celu umożliwienie skorzystania z Programu przez jak największą liczbę świadczeniobiorców od 40 roku życia. Minister Zdrowia wskazała, że nie został sporządzony oficjalny dokument zawierający pierwotne założenia Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, gdyż zgodnie z art. 48e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych parametry programu pilotażowego określa się w tym Programie.

⁵⁵ Opublikowanych 28 lutego 2020 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wprowadzamy-program-profilaktyka-40-plus> (dostęp 22 października 2024 r.).

⁵⁶ Z 26 września i 9 października 2024 r.

Nie wskazała też podstawy opublikowania tych założeń w 2020 r. na stronie internetowej. Kwestię tą omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 24-38, 58-104, 666, 675)

Przedłużenie Programu do 31 grudnia 2022 r. zostało poparte przez organizacje pracodawców ochrony zdrowia i aptek franczyzowych.

(akta kontroli str. 11-14)

Pierwotnie realizację Programu zaplanowano na 6 miesięcy (od 1 lipca do 31 grudnia 2021 r.), mimo iż opublikowane w 2020 r. założenia mówiły o 5-letnim okresie, w którym Programem miało zostać objęte blisko 11 mln osób. NIK zwraca uwagę, że oszacowany koszt Programu wynosił 500 mln zł, koszt przedłużania go o kolejne okresy półroczne (do 30 czerwca 2022 r. i do 31 grudnia 2022 r.) wynosił 250 mln zł, a koszt przedłużenia o okres 1 roku (do 31 grudnia 2023 r.) wynosił 500 mln zł.

(akta kontroli str. 24-30, 171-214, 680-682)

Pomimo zadanego pytania, Minister Zdrowia nie wyjaśniła przyczyny ww. rozbieżności odnośnie do czasu trwania Programu. Wskazała jedynie, że *Departament Zdrowia Publicznego przekazał informację, że nie posiada informacji na temat zamieszczonego w dniu 28 lutego 2020 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia materiału pn. „Wprowadzamy Program Profilaktyka 40 Plus”, gdyż nie prowadził jeszcze prac w tym zakresie – właściwym był ówczesny Departament Systemu Zdrowia.*

(akta kontroli str. 666, 675)

W odpowiedzi na pytanie do Minister Zdrowia o przyczyny przedłużania obowiązywania Programu, Podsekretarz Stanu wskazał na stan zagrożenia epidemicznego i stan epidemii SARS-CoV-2. Sekretarz Stanu wskazał na przedłużające się prace niezbędne do dostosowania systemów teleinformatycznych realizatorów Programu do wymogów centralnej elektronicznej rejestracji. Wskazał też na zagwarantowanie dalszej możliwości korzystania z oferowanych pakietów badań.

(akta kontroli str. 40-41, 166-167)

W Programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” wzięło udział (wypełniło ankiety):

- od 1 lipca do 31 grudnia 2021 r.: 729,7 tys. osób,
- od 1 stycznia do 30 czerwca 2022 r.: 493,8 tys. osób,
- od 1 lipca do 31 grudnia 2022 r.: 763,6 tys. osób,
- od 1 stycznia do 30 czerwca 2023 r.: 833,8 tys. osób,
- od 1 lipca do 31 grudnia 2023 r.: 756,6 tys. osób,
- od 1 stycznia do 30 czerwca 2024 r.: 943,8 tys. osób,
- od 1 lipca do 31 sierpnia 2024 r.: 210,5 tys. osób.

Łącznie w Programie wzięło udział 4731,8 tys. osób. 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.

(akta kontroli str. 138-149)

Od 1 lipca 2023 r. wprowadzono obowiązek wykorzystania centralnej elektronicznej rejestracji do realizacji Programu, przy czym do 31 sierpnia 2023 r. przydzielanie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia mogło

odbywać się na dotychczasowych zasadach⁵⁷. Termin ten następnie przesuwano na 31 grudnia 2023 r., 31 marca 2023 r. i 30 czerwca 2024 r., co wynikało z przedłużających się prac niezbędnych do dostosowania systemów teleinformatycznych realizatorów Programu do rozwiązań i wymogów wynikających z wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji. 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.

(akta kontroli str. 35-37, 79-99, 105-107)

Zmiana sposobu rejestracji miała na celu uprościć i przyspieszyć proces rejestracji przez poszerzenie katalogu instrumentów umożliwiających zapisanie się na świadczenia.

(akta kontroli str. 196)

Minister Zdrowia wskazała, że wprowadzenie w 2023 r. możliwości skorzystania po raz drugi 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 powinno przełożyć się na właściwą ocenę wdrożonych działań i ewentualnego leczenia, przekładającego się na poprawę wyników tych badań.

(akta kontroli str. 297-298)

Minister Zdrowia do 9 grudnia 2024 r. nie przedłożyła żądanej⁵⁸ dokumentacji potwierdzającej przedłużające się prace niezbędne do dostosowania systemów teleinformatycznych realizatorów Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” do rozwiązań i wymogów wynikających z wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji.

(akta kontroli str. 293-296)

Podsekretarz Stanu oświadczył, że nie posiada dokumentacji potwierdzającej wysokość środków zaplanowanych oraz dokumentacji potwierdzającej wysokość poniesionych kosztów na realizację Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Jednocześnie, na podstawie danych uzyskanych od NFZ wskazał, że:

- 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 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)

(akta kontroli str. 45-57, 1646-1653)

Koszty Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oszacowane przez Ministerstwo były znacznie wyższe niż faktycznie poniesione na jego realizację przez NFZ wydatki, co omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Od 11 grudnia 2021 r. ze wspólnego pakietu badań diagnostycznych w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” usunięto ocenę miarowości

⁵⁷ Tj. bez stosowania centralnego zgłoszenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji.

⁵⁸ W piśmie z 3 października 2024 r.

rytmu serca. Wynikało to z dyskusji przeprowadzonej z lekarzami praktykami (głównie POZ), którzy wskazali, że *wprowadzenie samej miarowości rytmu serca wydaje się niezasadne, gdyż aby oznaczyć prawidłowo miarowość rytmu serca trzeba przeprowadzić badanie EKG lub Holter-EKG – co w laboratorium analitycznym jest trudne do zrealizowania.*

(akta kontroli str. 27-31, 68)

W odpowiedzi na pytanie do Minister Zdrowia o przyczyny usunięcia oceny miarowości rytmu serca ze wspólnego pakietu badań diagnostycznych Sekretarz Stanu podał taką samą przyczynę. Minister Zdrowia nie przedłożyła dokumentacji, na podstawie której uznano za niezasadne realizowanie w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oceny miarowości rytmu serca. Przytoczyła jedynie oceny Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie medycyny rodzinnej i zdrowia publicznego, zgodnie z którymi *ocena miarowości rytmu serca jest określeniem zbyt ogólnikowym i wymaga doprecyzowania; chodzi o ocenę miarowości rytmu serca podczas osłuchiwania przez lekarza? Dużo lepszym rozwiązaniem byłoby wykonanie spoczynkowego badania EKG, które jest dużo bardziej czułą metodą oceny miarowości rytmu serca i dostarcza jeszcze wiele innych ważnych informacji dotyczących stanu serca i układu krążenia.* Podała także, że na powyższe wskazał również NFZ.

(akta kontroli str. 168, 298)

3. W Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono międzyokresowych analiz wskaźników Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Działania Ministerstwa w tym zakresie ograniczały się do przyjmowania analiz wykonywanych przez NFZ.

(akta kontroli str. 150-151, 675-676)

W odpowiedzi na pytanie do Minister Zdrowia w przedmiocie terminu ewaluacji Programu upływającego przed końcem jego realizacji, Sekretarz Stanu oświadczył, że etap ewaluacji, który trwał do 30 września 2024 r. obejmował okres realizacji Programu od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2024 r. i uznano go za wystarczający do podjęcia decyzji o ewentualnym systemowym wdrożeniu rozwiązań objętych Programem pilotażowym. W przypadku pozytywnej oceny, zostałyby one wdrożone od 1 stycznia 2025 r. Przyjęty okres ewaluacji miał służyć dokonaniu analizy na wcześniejszym etapie i uzyskanie oceny co do przyjęcia rozwiązań systemowych. Oświadczył ponadto, że celem przedłużania realizacji Programu nie było wyłącznie wydłużenie okresu jego ewaluacji, ale zapewnienie kontynuacji świadczeń zdrowotnych w ramach opieki profilaktycznej.

(akt kontroli str. 150-151, 168)

Minister Zdrowia w odpowiedzi na kolejne pytanie w przedmiocie terminu ewaluacji Programu upływającego przed końcem jego realizacji wskazała dodatkowo, że *możliwość dokonania takiej ewaluacji jeszcze w trakcie trwania Programu pilotażowego pozwala na zaproponowanie nowych działań profilaktycznych już od stycznia 2025 r., w oparciu o dostarczone dane. Zgodnie z powyższym w Ministerstwie Zdrowia podjęto już wstępne prace legislacyjne, poprzedzone wewnętrznymi pracami analitycznymi, dotyczące wprowadzenia nowych rozwiązań, które skutecznie dokonają zmian w poprawie stanu zdrowia społeczeństwa, gdyż w dużym stopniu zależy to od działań prewencyjnych, które minimalizują ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne, które są odpowiedzialne za większość zgonów w Polsce.*

(akta kontroli str. 506-507)

Raport z ewaluacji Programu za okres od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2024 r. został opracowany przez NFZ we wrześniu 2024 r.

(akta kontroli str. 515-539)

NFZ w ramach ewaluacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” wskazał, że Ocena i analiza danych z realizacji pilotażu dokonana przed jego zakończeniem jest obciążona błędem. M.in. dane nie są pełne i z uwagi na opóźnienie sprawozdawczości względem realizacji poszczególnych świadczeń, mogą skutkować rozbieżnością danych będących w posiadaniu poszczególnych podmiotów, w tym: świadczeniodawców, CeZ, OW NFZ i Centrali NFZ. Powyższe stanowi istotne ograniczenie przeprowadzonej analizy.

(akta kontroli str. 351-354)

Minister Zdrowia do 9 grudnia 2024 r. nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie⁵⁹ czy Ministerstwo Zdrowia rozważa przeprowadzenie ewaluacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” po jego zakończeniu oraz czy uważa ewaluację wykonaną przed zakończeniem jego realizacji za wiarygodną i wystarczającą.

(akta kontroli str. 665-671)

Na wadliwość zaproponowanego w projekcie rozwiązania polegającego na objęciu ewaluacją jedynie części okresu realizacji Programu pilotażowego zwróciło uwagę Rządowe Centrum Legislacji. Stwierdziło ono, że realizacja Programu pilotażowego w zakresie niepoddanym ewaluacji, nie służy celowi eksperymentalnego zastosowania sposobu organizacji, realizacji lub finansowania świadczeń dla oceny zasadności ich powszechnego wdrożenia, ale także może skutkować ograniczeniem efektywności dokonania oceny celowości wydatkowania środków publicznych. Wskazało także, że brak jest formalnych przeszkód do określenia sposobu ewaluacji pozwalającego na uzyskanie wstępnych ocen co do celowości realizacji Programu pilotażowego – przykładowo przez nałożenie obowiązku sporządzenia raportów cząstkowych.

(akta kontroli str. 348-350, 355-370)

W odpowiedzi na pytanie o przyczyny nieuwzględnienia ww. uwag Rządowego Centrum Legislacji, Minister Zdrowia ponownie stwierdziła, że okres realizacji Programu od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2024 r. uznano za wystarczający do podjęcia decyzji co do ewentualnego wdrożenia rozwiązań objętych Programem.

(akta kontroli str. 667, 676)

Minister Zdrowia nie wskazała innych efektów Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” niż wskaźniki wskazane w § 9 rozporządzenia w sprawie Programu.

(akta kontroli str. 18, 150-151, 499, 505-506)

Pomimo trzykrotnych pytań kontrolerów NIK, Minister Zdrowia nie wskazała, dlaczego w wykazie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” nie wskazano w przypadku badania poziomu kreatyniny konieczności oznaczenia eGFR⁶⁰. Wskazała jedynie, że *Zgodnie z pierwotną Oceną Skutków Regulacji projektodawca wskazał, że proponuje pozostawić zakres przedstawiony w projekcie kierowanym do konsultacji*

⁵⁹ Z 25 października 2024 r.

⁶⁰ Wielkość przesączania kłębuszkowego.

i uzgodnień. Zatem nie uwzględniono uwagi dotyczącej stężenia kreatyniny we krwi z oznaczeniem eGFR.

(akta kontroli str. 18, 150-151, 499, 506, 749, 756)

W odpowiedzi na pytania dotyczące przedłużenia realizacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” po 31 grudnia 2024 r. Minister Zdrowia wskazała, że po przeprowadzonej analizie podjęto decyzję o wydłużeniu realizacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” do 30 kwietnia 2025 r. oraz że świadczeniobiorca będzie miał prawo do skorzystania po raz kolejny ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach Programu, jeżeli od udzielenia świadczeń w ramach tego Programu po raz ostatni upłynie co najmniej 12 miesięcy. Wskazała, że powyższe pozwoli na dalszą realizację profilaktyki zdrowotnej w zakresie określonym w Programie. Minister Zdrowia wskazała także, że podjęte zostały prace, których celem będzie kontynuowanie działań w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej m.in. w ramach ww. Programu pilotażowego, jednak do czasu wypracowania nowych rozwiązań za zasadne uznano wydłużenie możliwości realizacji badań profilaktycznych na dotychczasowych zasadach.

(akta kontroli str. 821-824, 1654-1657, 1708-1710)

6 grudnia 2024 r. opublikowano na stronie Rządowego Centrum Legislacji projekt zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, który przewidywał przedłużenie realizacji Programu do 30 kwietnia 2025 r. oraz ewaluację Programu za okres do 1 sierpnia 2024 r. do 30 kwietnia 2025 r. w terminie do 30 czerwca 2025 r.⁶¹

(akta kontroli str. 1661-1675)

4. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁶² dodano, od 1 października 2022 r., nowy zakres świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej. Rozporządzeniem wprowadzono cztery zakresy:

- diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków lub
- diagnostyka i leczenie cukrzycy, lub
- diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, lub
- diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wprowadzono, od 1 listopada 2023 r., m.in. kolejny zakres świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej 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.

(akta kontroli str. 371-437)

⁶¹ Do dnia 13 grudnia 2024 r. godz. na stronie <https://dziennikustaw.gov.pl/DU> nie opublikowano zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, przewidującego przedłużenie realizacji programu do 30 kwietnia 2025 r.

⁶² Dz. U. poz. 1965.

Uwagi do projektu rozporządzenia objętego nr wykazu MZ 1379 zgłoszone przez podmioty zewnętrzne dotyczące dodania do wykazu świadczeń opieki koordynowanej leczenia PChN i konsultacji lekarza nefrologa oraz jednoznacznego wskazania w wykazie badań stężenia kreatyniny w moczu (nie jako alternatywne), nie zostały uwzględnione, gdyż na tym etapie nie planowano wprowadzenia opieki nefrologicznej, a badania były możliwe przy istniejącym stanie prawnym.

(akta kontroli str. 385-405, 683-699)

Opinię w sprawie modelu organizacji opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z PChN wyraziła ponadto Rada Przejrzystości⁶³. Postulaty w niej zawarte były zbieżne z postulatami AOTMiT⁶⁴, opisanymi w obszarze 1, podobszarze 1.1 pkt 2 wystąpienia pokontrolnego, w którym opisano także sposób ich uwzględnienia przez Ministerstwo Zdrowia.

(akta kontroli str. 741-748, 761-766)

AOTMiT na zlecenie Ministerstwa z 2 sierpnia 2023 r. dokonała oceny zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ finansowanych z BPOK m.in. świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia PChN⁶⁵. Agencja stwierdziła, że wdrożenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej dla pacjentów z PChN w ramach opieki koordynowanej jest istotne. Opinię tę uwzględniono poprzez zmianę rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ od 1 listopada 2023 r.

(akta kontroli str. 438-494, 739-740)

5. Minister Zdrowia nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie czy w Ministerstwie Zdrowia zostały opracowane założenia monitoringu wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia BPOK i nie przedłożyła żądanych założeń.⁶⁶ Wskazała jedynie, że wskaźniki do realizacji opieki koordynowanej w POZ były dyskutowane przez zespół ds. wdrożenia opieki koordynowanej z POZ.

(akta kontroli str. 665-671, 1585-1590)

NIK zauważa, że pomimo podjęcia dyskusji nad tymi wskaźnikami, zespół nie podjął uchwały przyjmującej je.

(akta kontroli str. 563-570, 609-616)

W poszczególnych grupach dziedzinowych BPOK świadczeń udzielało:

- 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.

(akta kontroli str. 221, 230-233)

Ze świadczeń w ramach poszczególnych grup dziedzinowych BPOK skorzystało:

⁶³ Opinia nr 173/2022 z 5 grudnia 2022 r.

⁶⁴ Analiza z 2 grudnia 2022 r.

⁶⁵ Ocena zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ finansowanych z BPOK z 18 sierpnia 2023 r.

⁶⁶ W sytuacji, gdy zostały opracowane.

- 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,
- 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,

(akta kontroli str. 221-222, 238-239)

Opieką w ramach poszczególnych grup dziedzinowych BPOK (tj. zostało zdiagnozowanych) objęto⁶⁷:

- 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%).

(akta kontroli str. 221-222, 234-239)

Minister Zdrowia nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie⁶⁸ czy Ministerstwo posiadało ww. informacje czy też pozyskało je od NFZ w związku z kontrolą NIK (w jej trakcie). Minister Zdrowia nie wskazała także czy i w jaki sposób Ministerstwo monitorowało BPOK w sytuacji, jeżeli przed kontrolą NIK Ministerstwo nie posiadało tych danych. W udzielonej odpowiedzi Minister Zdrowia wskazała jedynie, iż *MZ pozyskało dane z NFZ. Wszelkie niezbędne informacje na temat realizacji świadczeń są dla Ministerstwa dostępne w ramach współpracy z NFZ.*

(akta kontroli str. 617-621, 1579-1584)

6. Minister Zdrowia wskazała, że rozszerzenie zakresu opieki koordynowanej o ścieżkę nefrologiczną (diagnostyka i leczenie PChN) było priorytetowe w obszarze dotyczącym tego problemu zdrowotnego i na tym koncentrowały się działania Ministerstwa.

(akta kontroli str. 20, 223)

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. W odpowiedzi na pytanie o takie działania, Minister Zdrowia wyjaśniła, że w zakresie wczesnej diagnostyki i leczenia PChN prace Ministerstwa koncentrowały się na wdrożeniu nowego zakresu świadczeń BPOK w grupie dziedzinowej nefrologia. Innych działań Minister nie wskazała.

⁶⁷ Osoby u których zostały rozliczone świadczenia i dla których wykazano rozpoznanie.

⁶⁸ Z 18 października 2024 r.

Nie podała także przyczyn niepodjęcia takich działań.

(akta kontroli str. 617, 622-623)

W szczególności, Ministerstwo Zdrowia nie podejmowało działań w kierunku ustanowienia programu przesiewowego, którego celem byłoby wczesne wykrywanie PChN wśród dzieci i w grupie wiekowej 19-39 lat. NIK zauważa jednak, że opinie środowiska medycznego na temat potrzeby takich badań były podzielone. Za wprowadzeniem takiego programu opowiedzieli się Prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Prezes Zarządu Federacji *Porozumienie Zielonogórskie*, Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej i Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej, natomiast przeciw – Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego i Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej.

(akta kontroli str. 968-995, 1433-1449)

W odpowiedzi na pytania do Minister Zdrowia o przyczyny nietworzenia przez Ministerstwo programów lekowych skierowanych do pacjentów z rozpoznaniem głównym definiowanym jako ICD-10: N19 (nieokreślona niewydolność nerek), Podsekretarz Stanu oświadczył, że żaden z wniosków refundacyjnych złożonych przez wnioskodawców w latach 2022-2024 nie dotyczył wskazania opisanego kodem ICD-10: N19, w związku z czym wnioskodawcy nie przekazali analiz klinicznych i ekonomicznych dotyczących terapii w ramach tego kodu ICD-10. Nie odnaleziono również uwag AOTMiT ani wniosków Konsultanta Krajowego dotyczących dopisania takiego kodu do któregoś z rozpatrywanych wniosków czy istniejących programów lekowych.

(akta kontroli str. 343-344)

Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii zgłosił postulat rozszerzenia (zmniejszenia restrykcyjności) kryteriów włączenia pacjentów do stosowania Ketosterilu w ramach programu lekowego B.113. Postulat ten został uwzględniony w zmianie programu lekowego na 2024 r. W 2024 r. odnotowano wzrost liczby pacjentów leczonych w programie B.113 z 88 w 2023 r. do 97 w 2024 r. (w okresie styczeń-sierpień)⁶⁹.

(akta kontroli str. 633-645, 825-858)

Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się do Ministerstwa o przekazanie informacji o planowanych zmianach programu lekowego leczenia pacjentów z chorobami nerek i wskazał na zmianę częstotliwości wizyt kontrolnych i zmianę sposobu przeliczania jednostek w systemie monitorowania programów lekowych⁷⁰, co mogło by poprawić funkcjonowanie programu. Ministerstwo wskazało, że na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii podjęto decyzję o zmianie od 1 stycznia 2024 r. zapisów programu lekowego dla pacjentów z chorobami nerek (B.113), natomiast zmiany częstotliwości wizyt kontrolnych i zmiany sposobu przeliczania jednostek w systemie monitorowania programów lekowych nie zostały uwzględnione.

(akta kontroli str. 223-224, 240-246, 263-267)

Minister Zdrowia wyjaśniła, że zmian postulowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta nie uwzględniono, gdyż nie były one sygnalizowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii. Wskazała ponadto, że zapisy programu lekowego wskazują jedynie na ogólny obowiązek uzupełniania danych w SMPT

⁶⁹ Konsultant Krajowy ocenił wzrost liczby leczonych na 500 osób.

⁷⁰ Dalej: *SMPT*.

i nie odnoszą się do szczegółów jego działania, oraz że jest on narzędziem udostępnianym przez NFZ a jego zawartość zależy w głównej mierze od uzupełniania danych przez lekarzy prowadzących.

(akta kontroli str. 623)

Stowarzyszenie pacjentów z PChN i eksperci konferencji *Nefro 2023 Razem dla Nerek* zwrócili się do Ministerstwa o uproszczenie kryteriów i poszerzenie dostępu do programu lekowego B.113 dla chorych z PChN.

(akta kontroli str. 247-262)

W odpowiedzi na pytanie czy i w jaki sposób ww. postulaty zostały uwzględnione, Minister Zdrowia wskazała na ich ogólny charakter oraz fakt ich wpłynięcia do Ministerstwa w trakcie procedowania zmian programu B.113. Nie wskazała jednoznacznie czy zostały uwzględnione, natomiast podała, że Ministerstwo udzieliło odpowiedzi z informacją o zmianach proponowanych przez Konsultanta Krajowego, które miały zwiększyć liczbę chorych korzystających z programu.

(akta kontroli str. 624)

Ministerstwo Zdrowia nie odnotowało skarg pacjentów na zasady kwalifikacji do programów lekowych skierowanych do pacjentów z PChN⁷¹.

(akta kontroli str. 247-262, 624-625, 859-866)

W odpowiedzi na pytanie o czas oczekiwania pacjentów na wzięcie udziału w programie lekowym skierowanym do pacjentów z PChN, Minister Zdrowia nie podała tego czasu oraz wskazała, że danymi tymi, z uwagi na strukturę udzielania świadczeń w programach lekowych pozwalającą jedynie na identyfikację daty rozpoczęcia leczenia pacjenta w programie, nie dysponuje również NFZ.

(akta kontroli str. 618, 624-625)

Programami lekowymi skierowanymi do pacjentów z PChN⁷² objętych 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.

(akta kontroli str. 268-271)

Wydatki w ramach tych programów lekowych wyniosły:

- w 2022 r.: 18 649,5 tys. zł na leki i 6 893,6 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 6 223,6 tys. zł na świadczenia.

(akta kontroli str. 272-281)

W odpowiedzi na pytanie, czy Ministerstwo posiadało wiedzę, czy występowały problemy z dostępem do takich świadczeń w ramach programów lekowych skierowanych do pacjentów z PChN (w tym trudności terytorialne), Minister Zdrowia wskazała jedynie, że danych takich nie posiada Centrala NFZ. Nie wskazała natomiast, czy posiada je Ministerstwo. Świadczeniodawcy realizujący świadczenia w ramach programów lekowych skierowanych do pacjentów z PChN zlokalizowani byli we wszystkich województwach.

(akta kontroli str. 618, 624-625, 646-647)

⁷¹ Oprócz apelów Stowarzyszenia pacjentów z PChN i ekspertów konferencji *Nefro 2023 Razem dla Nerek*.

⁷² Programy lekowe B.37, B.38, B.39, B.113 i B.126.

Średni wydatek na pacjenta w programach lekowych skierowanych do pacjentów nefrologicznych wynosił:

- w 2022 r. w programie B.37 2,7 tys. zł, w programie B.38 8,1 tys. zł, w programie B.39 4,2 tys. zł, w programie B.113 4,5 tys. zł, w programie B.126 15,1 tys. zł, podczas gdy średni koszt hemodializy w 2022 r. wynosił 0,5 tys. zł, a dializy otrzewnowej 0,3 tys. zł⁷³.
- w 2023 r. w programie B.37 3,3 tys. zł, w programie B.38 14,6 tys. zł, w programie B.39 5,2 tys. zł, w programie B.113 6,7 tys. zł, w programie B.126 26,1 tys. zł, podczas gdy średni koszt hemodializy w 2023 r. wynosił 0,6 tys. zł, a dializy otrzewnowej 0,3 tys. zł.
- w I połowie 2024 r. w programie B.37 2 tys. zł, w programie B.38 15,9 tys. zł, w programie B.39 2,7 tys. zł, w programie B.113 2,4 tys. zł, w programie B.126 12,1 tys. zł, podczas gdy średni koszt hemodializy w I połowie 2024 r. wynosił 0,6 tys. zł, a dializy otrzewnowej 0,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 268-269, 282)

7. W toku kontroli stwierdzono następujące stany, które nie stanowią nieprawidłowości w działalności Ministerstwa Zdrowia, lecz mogą niekorzystnie wpływać na skuteczność działań na rzecz zwiększania dostępności wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN:

1) W Programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” na wniosek Ministra Zdrowia wprowadzono współczynnik korygujący dla POZ polegający na wypłacie premii w wys. 1 tys. zł dla lekarza POZ za każde 100 osób z listy aktywnej, które skorzystały z Programu oraz dodatkowo premii dla pielęgniarki POZ, za wypełnienie z pacjentem ankiety kwalifikacyjnej do Programu. Na skutek takiej konstrukcji, polegającej na wypłacie premii-ryczałtu dla świadczeniodawców POZ za wypełnione ankiety i zrealizowane badania, współczynnik ten nie miał powiązania z liczbą osób korzystających z programu.

(akta kontroli str. 768)

W odpowiedzi na dwukrotne pytania⁷⁴ o uzasadnienie konstrukcji współczynnika korygującego w Programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” i zarekomendowanie go w rok od wprowadzenia Programu, Minister Zdrowia wskazała, że premiowanie lekarzy POZ za usługę wypełnienia ankiety było podyktowane niską zgłaszalnością do Programu w pierwszym roku jego funkcjonowania.

(akta kontroli st. 158, 166, 500, 508)

Rekomendując wdrożenie współczynnika korygującego, Minister Zdrowia również nie określił jego uzasadnienia, wskazując jedynie, iż *W ocenie Ministerstwa zasadne jest przyznanie premii na poziomie 1000 zł dla lekarza POZ za każde 100 osób z listy aktywnej, które skorzystały z Programu oraz każdorazowo 12 zł dla pielęgniarki POZ, za wypełnienie wraz z pacjentem ankiety kwalifikacyjnej do Programu.*

(akta kontroli str. 768)

Minister Zdrowia nie wskazała innych przyczyn ustanowienia współczynnika korygującego w takim kształcie. NIK zauważa, że brak jest bezpośredniego powiązania tak skonstruowanego współczynnika korygującego z liczbą osób

⁷³ Koszt leczenia dializami wtórnej nadciśności przytęrczyc w ramach programu B.39 wyniósł 15 848 tys. zł w 2022 r., 21 706,7 tys. zł w 2023 r. i 10 075,7 tys. zł w I połowie 2024 r.

⁷⁴ Z 26 września i 9 października 2024 r.

korzystających z Programu, gdyż badania w jego ramach są wykonywane niezależnie od POZ, jako wyodrębniony zakres świadczeń poza zakresem POZ, a ponadto ankiety mogą być wypełniane przez pacjenta on-line, bez udziału pracowników POZ.

Do 31 sierpnia 2024 r. w Programie wzięło udział 43% planowanej początkowo liczby osób (11 mln w ciągu 5 lat), a badania wykonano dla 39,5% planowanej liczby osób.

(akta kontroli str. 24-26, 148-149)

2) Ministerstwo Zdrowia, nie zapewniło wdrożenia grupy dziedzinowej nefrologia w ramach BPOK równocześnie z jego wprowadzeniem.

Grupa dziedzinowa nefrologia została wdrożona w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej od 1 listopada 2023 r.⁷⁵, podczas gdy pozostałe zakresy świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej (diagnostyka i leczenie chorób serca, cukrzycy, astmy i niedoczynności tarczycy) wprowadzono już od 1 października 2022 r.⁷⁶

(akta kontroli str. 108-109, 371-437)

Odrębne założenia do projektów rozporządzeń zmieniających rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dot. zmian objętych nr wykazu MZ 1379 i MZ 1571) nie były sporządzane. Minister Zdrowia wskazała, że założenia do projektu nr MZ 1571 wynikały z analiz AOTMiT i rekomendacji zespołu ds. wdrażania opieki koordynowanej w POZ⁷⁷ i miały na celu m.in. umożliwienie lekarzom POZ kompleksowego udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z PChN, w tym wczesnego diagnozowania choroby, ustalania terapii lub kierowania ich na leczenie specjalistyczne. Wskazała też, że w czasie opiniowania projektu rozporządzenia nr wykazu MZ 1379 Minister Zdrowia nie posiadał rekomendacji Prezesa AOTMiT dla świadczeń opieki koordynowanej z zakresu nefrologii, ponieważ takie zlecenie nie było jeszcze sporządzone dla Prezesa Agencji. Wskazała ponadto, że wprowadzenie świadczeń koordynowanej opieki nefrologicznej zostało przewidziane projektem rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (MZ 1571).

(akta kontroli str. 298-301, 306)

Zlecenie przygotowania przez AOTMiT rozwiązań w zakresie modelu opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z PChN zostało zlecone przez Ministerstwo Zdrowia 17 maja 2022 r., w terminie do 15 września 2022 r., który to termin był wielokrotnie przesuwany. Ostatecznie w grudniu 2022 r.⁷⁸ 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 leczenie PChN jako powikłania choroby podstawowej⁷⁹. Ostatecznie rekomendacja Prezesa AOTMiT odnośnie zasadności zakwalifikowania świadczeń z zakresu

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).

⁷⁶ Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965).

⁷⁷ Powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z 29 grudnia 2022 r. (Dz. Urz. MZ poz. 141).

⁷⁸ 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.

⁷⁹ Cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe.

diagnostyki i leczenia PChN do wykazu świadczeń finansowanych z BPOK powstała w sierpniu 2023 r. (na podstawie zlecenia z 2 sierpnia 2023 r.).

(akta kontroli str. 309-342, 700-738, 767)

W odpowiedzi na pytanie dlaczego nie zapewniono sporządzenia przez AOTMiT opracowania w zakresie organizacji opieki ambulatoryjnej nad pacjentami z PChN w terminie umożliwiającym uwzględnienie płynących z niego wniosków w zmianie rozporządzenia w sprawie świadczeń z zakresu POZ, która weszła w życie 1 października 2022 r. wskutek zlecenia tego opracowania 17 maja 2022 r., Minister Zdrowia wskazała, że opieka w PChN nie była przedmiotem uchwały zespołu ds. zmian w POZ dotyczącej wprowadzenia BPOK w POZ.

(akta kontroli str. 301-302, 307-322)

W odpowiedzi na pytanie, dlaczego opieka w PChN nie była przedmiotem uchwały zespołu ds. zmian w POZ nr 4a z 13 kwietnia 2022 r. dotyczącej wprowadzenia BPOK w POZ, Minister Zdrowia wskazała, że 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 4 ścieżki, które były realizowane w pilotażu, a następne planowano uruchamiać w miarę budowania dojrzałości świadczeniodawców do tej formy opieki nad pacjentami.

(akta kontroli str. 665-671, 1585)

Uwagi do projektu rozporządzenia objętego nr wykazu MZ 1379 zgłoszone przez podmioty zewnętrzne dotyczące dodania do wykazu świadczeń opieki koordynowanej leczenia PChN i konsultacji lekarza nefrologa oraz jednoznacznego wskazania w wykazie badań stężenia kreatyniny w moczu (nie jako alternatywne), nie zostały uwzględnione, gdyż na tym etapie nie planowano wprowadzenia opieki nefrologicznej, a badania były możliwe przy istniejącym stanie prawnym⁸⁰.

(akta kontroli str. 385-405, 683-699)

Minister Zdrowia wskazała, że w czasie opiniowania projektu rozporządzenia objętego nr wykazu MZ 1379 nie posiadała 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.

(akta kontroli str. 299-300, 302)

Ministerstwo Zdrowia nie podejmowało działań w celu wprowadzenia zakresu nefrologia do BPOK od momentu wprowadzenia opieki koordynowanej, tj. od 2022 r. Minister Zdrowia wyjaśniła, że działania takie podjęto dopiero po podjęciu uchwały nr 2/2023 zespołu ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ z 26 kwietnia 2023 r. NIK zwraca uwagę, że wpływ na to miało powołanie tego zespołu dopiero w grudniu 2022 r. i podjęcie faktycznej jego działalności w lutym 2023 r. Minister Zdrowia wskazała ponadto, że wprowadzenie nefrologii do BPOK nie było możliwe w czasie opiniowania projektu rozporządzenia objętego nr wykazu MZ 1379 z uwagi na ustalony obszar prowadzonych prac wynikający

⁸⁰ Stanowisko wyrażone na str. 1-3 i 9 raportu z konsultacji publicznych i opiniowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dokument niepodpisany).

ze zgody Ministra Zdrowia. Wyjaśniła także, że zmiana zakresu procedowanego aktu prawnego (dodanie nefrologii) wymagałoby wystąpienia o nową zgodę Ministra, co opóźniłoby wejście w życie pierwotnie planowanych czterech pozostałych zakresów świadczeń.

(akta kontroli str. 555-608, 610, 666, 674)

NIK zwraca uwagę na ograniczony zakres konsultacji Ministerstwa Zdrowia przy wdrażaniu opieki koordynowanej w BPOK. Ministerstwo nie zasięgnęło opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii, który postulował wdrożenie, systemu koordynowanej opieki nefrologicznej, która wydłużyłaby okres opieki przeddializacyjnej, a tym samym zmniejszyła napływ pacjentów do kosztownej terapii nerkozastępczej. Szacunkowe koszty leczenia pacjentów z PChN (głównie hemodializy i dializy otrzewnowe) wg Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii mogły wynosić 3,5 mld zł rocznie. Nie zasięgnięto także opinii w tej kwestii Prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, Przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Nefrologicznych i Prezesa Zarządu Federacji *Porozumienie Zielonogórskie*.

(akta kontroli str. 968-995, 1433-1449)

NIK zwraca uwagę, że problem PChN został zidentyfikowany już w analizach sporządzonych w ramach mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026⁸¹, które wskazywały na wzrastającą chorobowość i zapadalność na PChN oraz wskaźnik zgonów na PChN utrzymujący się na poziomie blisko 13 na 100 tys. ludności. Ponadto NIK zauważa, że wprowadzenie ścieżki nefrologicznej do opieki koordynowanej spowodowało wzrost zainteresowania POZ wśród pacjentów z PChN.

(akta kontroli str. 495-498, 1433-1449)

3) Minister Zdrowia monitorował 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. Monitoring ten prowadzono od 2023 r. Informacje te nie zawierały danych dotyczących grupy dziedzinowej nefrologia. W związku z tym, Minister Zdrowia nie prowadził odrębnego monitoringu wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

(akta kontroli str. 117-134)

NIK zauważa, że nieposiadanie na bieżąco przez Ministerstwo podstawowych danych świadczących o funkcjonowaniu BPOK, wyodrębnionych w podziale na poszczególne grupy dziedzinowe, w tym zwłaszcza brak danych dot. grupy dziedzinowej nefrologia, uniemożliwia bieżące reagowanie Ministerstwa na ewentualne sytuacje niepożądane związane z funkcjonowaniem poszczególnych grup dziedzinowych BPOK.

Minister Zdrowia nie udzieliła odpowiedzi na zadane pytanie, czy w Ministerstwie Zdrowia zostały opracowane założenia monitoringu wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia BPOK i nie przedłożyła żądanych założeń.⁸² Wskazała jedynie, że wskaźniki do realizacji

⁸¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. MZ poz. 69).

⁸² W sytuacji, gdy zostały opracowane.

opieki koordynowanej w POZ były dyskutowane przez zespół ds. wdrożenia opieki koordynowanej.

(akta kontroli str. 665-671, 1585-1590)

NIK podkreśla, że pomimo podjęcia dyskusji nad tymi wskaźnikami, zespół nie podjął uchwały przyjmującej je.

(akta kontroli str. 563-570, 609-616)

W odpowiedzi na pytania do Minister Zdrowia o monitorowanie wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia budżetu powierzonego opieki koordynowanej, Podsekretarz Stanu oświadczył, że Minister Zdrowia monitorował proces zawierania umów na opiekę koordynowaną w POZ, a centrala NFZ przysyłała od 2023 r. kwartalną informację w zakresie liczby umów w poszczególnych województwach i liczby placówek POZ, które złożyły wnioski. Oświadczył ponadto, że nie prowadzono odrębnego monitoringu wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia BPOK. W odpowiedzi na pytanie do Minister Zdrowia o przyczyny niemonitorowania odrębnie wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia BPOK, Podsekretarz Stanu oświadczył, że było to spowodowane krótkim okresem funkcjonowania tej grupy dziedzinowej w ramach BPOK.

(akta kontroli str. 19, 110, 294, 344)

4) W stosunku do pierwotnych założeń, we wprowadzonym Programie zrezygnowano z realizacji diagnostyki w ramach obowiązkowych badań profilaktycznych medycyny pracy. Ograniczono także zakres badań, gdyż we wprowadzonym Programie nie ujęto części badań przewidzianych w założeniach w ramach pakietu pogłębionego (stężenie LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójgliderydów, poziom hemoglobiny glikowanej HbA1c, doustny test obciążenia glukozą, badanie EKG, USG jamy brzusznej, konsultacje lekarza specjalisty).

(akta kontroli str. 24-38)

Pomimo trzykrotnych zapytań kontrolerów NIK⁸³, Minister Zdrowia nie wskazała przyczyn rezygnacji we wprowadzonym Programie z realizacji diagnostyki w ramach obowiązkowych badań profilaktycznych medycyny pracy oraz nie ujęcia w nim części badań przewidzianych w założeniach w ramach pakietu pogłębionego (stężenie LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójgliderydów, poziom hemoglobiny glikowanej HbA1c, doustny test obciążenia glukozą, badanie EKG, USG jamy brzusznej, konsultacje lekarza specjalisty). Wskazała jedynie, że Program Profilaktyka nie był powiązany ze służbą medycyny pracy i nie taki był jego cel określony w chwili wprowadzenia Programu. Podkreśliła natomiast, że podjęto prace dotyczące zaproponowania nowej oferty profilaktycznej z wykorzystaniem m.in. służby medycyny pracy.

(akta kontroli str. 16-17, 39-40, 159, 167, 501, 509)

W odpowiedzi na pytanie na jakim etapie znajdują się prace podjęte przez Ministerstwo Zdrowia dotyczące zaproponowania nowej oferty profilaktycznej z wykorzystaniem m.in. służby medycyny pracy oraz żądanie przedłożenia dokumentacji potwierdzającej prowadzenie tych prac, Minister Zdrowia wskazała jedynie, że *Ministerstwo Zdrowia podjęło prace analityczne nad wdrożeniem nowej oferty profilaktycznej – nowego programu zdrowotnego, który ma uwzględniać istniejące możliwości podstawowej opieki zdrowotnej oraz służby medycyny pracy, a także uwzględniać m.in. profilaktykę w zakresie najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych. Odpowiednie propozycje legislacyjne*

⁸³ Z 10 i 26 września oraz 9 października 2024 r.

niezwłocznie będą zamieszczone na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny.

(akta kontroli str. 750, 756-757)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono międzyokresowych analiz wskaźników Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Działania Ministerstwa w tym zakresie ograniczały się do przyjmowania analiz wykonywanych przez NFZ. Nie zostały także określone wartości docelowe tych wskaźników.

(akta kontroli str. 18, 150-151, 675-676)

W odpowiedzi na pytanie do Minister Zdrowia w przedmiocie analizy wykonania wskaźników realizacji Programu, określenia wartości docelowych tych wskaźników, efektów realizacji Programu, wykazu świadczeń w ramach programu i monitorowania skuteczności Programu, Sekretarz Stanu oświadczył, że podmiotem obowiązującym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji Programu jest NFZ, który dokonuje pomiarów wskaźników jego realizacji.

(akta kontroli str. 150-151)

Ocenę Programu ze strony NFZ stanowił raport z ewaluacji Programu za okres od 1 lipca 2021 r. do 31 lipca 2024 r. z września 2024 r.

(akta kontroli str. 351-354, 675-676)

W odpowiedzi na ponowione pytanie o analizy wskaźników realizacji Programu, Minister Zdrowia wskazała, że NFZ dokonał oceny wyników Programu i przekazał je ministrowi właściwemu ds. zdrowia. Analiza ta została sporządzona na podstawie danych przekazanych przez Centrum e-zdrowie oraz danych pochodzących z systemów NFZ. Wskazała także, że w Departamencie Zdrowia Publicznego nie prowadzono międzyokresowych analiz realizacji wskaźników oraz nie monitorowano skuteczności Programu w zakresie wczesnej diagnostyki PChN. Minister Zdrowia nie odniosła się natomiast do kwestii, czy zostały określone docelowe wartości wskaźników realizacji Programu.

(akta kontroli str. 499, 505-506)

W odpowiedzi na pytanie o przyczyny nieprowadzenia w Ministerstwie Zdrowia międzyokresowych analiz realizacji wskaźników Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, nieokreślenia wartości docelowych jego wskaźników oraz niemonitorowania skuteczności Programu w zakresie wczesnej diagnostyki PChN, Minister Zdrowia wyjaśniła, że *Ministerstwo Zdrowia monitorowało określone wskaźniki Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, m.in. liczbę osób, z podziałem na płeć uczestniczących w Programie, wykaz i rodzaj miejsc udzielania świadczeń czy także finansowanie. Powyższe pozwalało na udzielania odpowiedzi na zapytania, wnioski, pisma czy interpelacje poselskie. Ww. informacje wpływały do Ministerstwa Zdrowia z Narodowego Funduszu Zdrowia lub Centrum e-Zdrowia i pozwalało na wstępną bieżącą ocenę tego Programu.*

(akta kontroli str. 749, 756-757)

W odpowiedzi na żądanie przedłożenia dokumentacji świadczącej o monitorowaniu przez Ministerstwo Zdrowia wskaźników Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, Minister Zdrowia wskazała jedynie, że *informacje dotyczące m.in. liczby osób, z podziałem na płeć uczestniczących w tym*

Programie, wykaz i rodzaj miejsc udzielania świadczeń czy także finansowanie wpływały do Ministerstwa Zdrowia z Narodowego Funduszu Zdrowia lub Centrum e Zdrowia.

(akta kontroli str. 996, 1002)

Brak analiz wskaźników realizacji Programu oraz nieokreślenie docelowych wartości tych wskaźników świadczy o nierzetelnym monitorowaniu Programu przez Ministerstwo Zdrowia. Wskazany przez Minister Zdrowia fakt dokonywania analiz realizacji wskaźników Programu przez NFZ nie stanowi o możliwości niedokonywania takich analiz przez Ministerstwo. W ocenie NIK określenie docelowych wartości realizacji wskaźników Programu oraz dokonywanie przez Ministerstwo analiz tych wskaźników są warunkami niezbędnymi do rzetelnego monitorowania przedmiotowego Programu przez Ministerstwo. W ocenie NIK, brak określenia wskaźników realizacji celów i ich wartości do osiągnięcia w określonym przedziale czasowym (w tym wartości pośrednich) ograniczało możliwości skutecznego monitorowania funkcjonowania Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”.

2. Ministerstwo Zdrowia nie opracowało dokumentu zawierającego założenia Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Na stronie internetowej Ministerstwa 28 lutego 2020 r. opublikowano założenia Programu⁸⁴, jednak nie miały one podstawy w żadnym oficjalnym dokumencie Ministerstwa.

(akta kontroli str. 24-26, 675, 680-682)

Minister Zdrowia wskazała, że nie został sporządzony oficjalny dokument zawierający pierwotne założenia Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, gdyż zgodnie z art. 48e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych parametry Programu pilotażowego takie jak: cel, okres realizacji, zakres i rodzaj świadczeń, populację objętą Programem, warunki organizacji i realizacji świadczeń, sposób rozliczania świadczeń, sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, wskaźniki realizacji, sposób pomiaru wskaźników realizacji oraz sposób oceny wyników programu, określa się w tym Programie. Nie wskazała też podstawy opublikowania tych założeń w 2020 r. na stronie internetowej.

(akta kontroli str. 666, 675)

NIK ocenia brak przygotowania założeń Programu pilotażowego przed jego wprowadzeniem, co potwierdzają złożone w toku kontroli wyjaśnienia, jako działanie nierzetelne. Ponadto NIK zauważa, że założenia opublikowane na stronie internetowej w 2020 r. nie były w pełni zbieżne z wprowadzonym Programem pilotażowym, co dotyczyło m.in. niewdrożonego ostatecznie powiązania Programu z medycyną pracy oraz badań przesiewowych 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).

3. Koszty Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” zostały oszacowane przez Ministerstwo Zdrowia w wysokościach znacznie wyższych, niż faktyczne poniesione przez NFZ wydatki na realizację Programu.

Oszacowany w ramach oceny skutków regulacji koszt Programu wyniósł 500 mln zł, koszt przedłużania go o kolejne okresy półroczne (do 30 czerwca 2022 r. i do

⁸⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wprowadzamy-program-profilaktyka-40-plus>
7 listopada 2024 r.).

(dostęp:

31 grudnia 2022 r.) wynosił 250 mln zł za każde pół roku, a koszt przedłużenia o okres kolejnego roku (do 31 grudnia 2023 r.) wyniósł 500 mln zł. Ponadto oszacowano koszt zmiany Programu z lutego 2022 r. (nie powodującej zmiany okresu realizacji Programu) na 250 mln zł.

(akta kontroli str. 171-214)

Faktycznie poniesione przez NFZ wydatki na realizację Programu wyniosły: 39 268,1 tys. zł w 2021 r., 101 581,7 tys. zł w 2022 r. oraz 152 429,7 tys. zł w 2023 r., zatem oszacowane przez Ministerstwo kwoty stanowiły w 2021 r. 1273%, w 2022 r. 738%, a w 2023 r. 328% faktycznie wykonanych wydatków.

(akta kontroli str. 45-57)

W ocenie NIK, powyższe świadczy o nierzetelnym oszacowaniu kosztów realizacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” przez Ministerstwo Zdrowia.

Odnosnie do szacowania kosztów Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” Minister Zdrowia wskazała, że dokonano go na podstawie analizy kosztów świadczeń dedykowanych Programowi wykonanej przez AOTMiT. Analizy te prowadzono dla kosztów badań diagnostycznych, pracy pielęgniarki, felczera i lekarza, kosztu zajęcia infrastruktury. Minister Zdrowia potwierdziła oszacowanie kosztów Programu w wys. 500 mln zł. NIK zauważa, że analiza wykonana przez AOTMiT dotyczyła wyceny jednostkowej świadczeń w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” i nie określała globalnej wysokości jego kosztów. Pomimo zadanego pytania, Minister Zdrowia nie wyjaśniła przyczyn oszacowania kosztów Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w wysokości istotnie przewyższającej faktycznie poniesione przez NFZ wydatki na jego realizację.

(akta kontroli str. 996, 1001-1002, 1008-1028)

4. Minister Zdrowia przekazał w 2024 r. (za miesiące od stycznia do września 2024 r.), niezgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 28 ust. 2 ustawy o Funduszu Medycznym⁸⁵ oraz z § 1 umowy o udzielenie dotacji⁸⁶, środki do NFZ w łącznej kwocie 25 315,4 tys. zł na finansowanie współczynników korygujących świadczeniodawcom realizującym Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”⁸⁷.

(akta kontroli str. 867-967, 996-1003, 1676-1679, 1693-1701)

Środki na wypłatę współczynników korygujących były przekazywane bez podziału na poszczególne programy, których dotyczyły. Jednakże o uruchomienie dotacji za poszczególne miesiące wnioskował Prezes NFZ, który wskazał przeznaczenie dotacji m.in. na sfinansowanie współczynników korygujących w ramach Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”.

(akta kontroli str. 884-967, 1003)

Zgodnie z ww. 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

⁸⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 889.

⁸⁶ Umowa nr 2/FM/1374/2024/3 z 22 lutego 2024 r., zmieniona aneksem z 6 września 2024 r.

⁸⁷ Nieprawidłowość sformułowano w oparciu o udostępnioną dokumentację, tj. umowę dotacji, sprawozdania NFZ z finansowania współczynników korygujących, wniosków o uruchomienie dotacji celowej, a także wyjaśnień udzielonych w toku kontroli.

„Profilaktyka 40 PLUS” jest natomiast Programem pilotażowym, niemieszczącym się we wskazanym katalogu. NIK podkreśla, że w art. 5 ust. 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.

W związku z powyższym, dotacja celowa w wys. 25 315,4 tys. zł została wykorzystana w sposób niezgodny z przeznaczeniem.

W odpowiedzi na pytanie o przyczyny przekazywania środków na refundację współczynnika korygującego w Programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” Minister Zdrowia wskazała m.in., że *wdrożenie współczynnika miało przyczynić się do zwiększania zgłaszalności na badania w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej. Celem przedmiotowego rozwiązania jest zapewnienie możliwie szerokich mechanizmów zwiększających poziom zgłaszalności się pacjentów na świadczenia profilaktyczne. W odniesieniu do ujęcia w powyższym finansowania współczynnika korygującego w ramach Programu Profilaktyka 40PLUS w 2024 r. należy wskazać, że Program pilotażowy może obejmować szerszy zakres niż działania objęte odpowiednio programem zdrowotnym i programem polityki zdrowotnej, a przede wszystkim w zdecydowanej mierze ma charakter testowy i ogranicza się do planowania potencjalnych działań, natomiast zawężenie przyjętych pojęć tylko do programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej powodować mogło ograniczenie beneficjentów funduszu, co stało w sprzeczności z podstawowym celem tj. wspieraniem działań związanych z profilaktyką ochrony zdrowia. W oparciu o powyższe należy zauważyć, iż pilotaż jest wstępem do planowania i przeprowadzenia programu, co za tym idzie jest ściśle powiązany z dalszym etapem realizacji danego projektu tj. konkretnym programem.* Wskazała także, że Departament Lecznictwa podjął działania mające na celu zmianę przepisu art. 28 ust. 1 pkt 1 ustawy o Funduszu Medycznym, która umożliwi otrzymanie dofinansowania z subfunduszu rozwoju profilaktyki na świadczenia opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom oraz wczesne wykrywanie chorób.

(akta kontroli str. 997, 1003-1004)

Z powyższego wyjaśnienia wynika, że 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. Ponadto, Minister Zdrowia wskazała na rozróżnienie programu pilotażowego od programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej, podnosząc, iż program pilotażowy może obejmować szerszy zakres niż działania objęte programem zdrowotnym lub polityki zdrowotnej oraz że ma on charakter testowy i stanowi jedynie wstęp do planowania i przeprowadzenia programu.

Ponadto należy podkreślić, że 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.⁸⁸

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia działania organizacyjne Ministerstwa Zdrowia podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki PChN i zapewnienia opieki nad pacjentami z tą chorobą jako niewystarczające. Proces planowania i realizacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” od początku był dotknięty nieprawidłowościami, na które złożyły się: brak międzyokresowych analiz jego wskaźników, nieopracowanie dokumentu zawierającego jego założenia, nieprawidłowe oszacowanie kosztów Programu oraz przekazanie środków z Funduszu Medycznego w wys. 25,3 mln zł na finansowanie współczynników korygujących świadczeniodawcom realizującym Program.

Działania Ministerstwa przeciwdziałające zmniejszaniu się liczby lekarzy nefrologów i nefrologów dziecięcych oraz działania zmierzające do wczesnego wykrywania PChN były niewystarczające. Problematyka PChN została zidentyfikowana w MPZ, jednakże w dokumentach strategicznych Ministerstwa była ujmowana w kontekście opieki paliatywnej i hospicyjnej, zamiast wczesnej profilaktyki tej choroby.

Liczba placówek POZ udzielających świadczeń w ramach BPOK i osób objętych poszczególnymi grupami dziedzinowymi BPOK w okresie objętym kontrolą systematycznie wzrastały. Z uwagi na krótki okres obowiązywania ścieżki nefrologicznej objęła ona mało POZ i pacjentów, jednak doświadczenia z pozostałymi ścieżkami wskazują, że jest to rozwiązanie właściwe w dłuższej perspektywie czasowej.

NIK zauważa brak powiązania Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” z badaniami w ramach medycyny pracy, które są obowiązkowe i obejmują osoby, które nie korzystają z POZ. Zdaniem NIK, wdrożenie takiego powiązania sprzyjałoby zwiększeniu liczby osób korzystających ze świadczeń dostępnych w ramach tego Programu.

NIK zauważa ponadto, że nie był prowadzony odrębny monitoring wykorzystania świadczeń w ramach grupy dziedzinowej nefrologia oraz pozostałych grup dziedzinowych, co było uwarunkowane zakresem informacji otrzymywanych od NFZ. Ministerstwo Zdrowia, nie zapewniło wdrożenia grupy dziedzinowej nefrologia w ramach BPOK równocześnie z jego wprowadzeniem. NIK uznaje te stany za problematyczne. Brak odrębnego monitoringu grup dziedzinowych BPOK uniemożliwiał bieżące reagowanie Ministerstwa na ewentualne sytuacje niepożądane związane z ich funkcjonowaniem. Natomiast wdrożenie grupy dziedzinowej nefrologia w ramach BPOK rok później niż pozostałych grup dziedzinowych nie znajdowało uzasadnienia w kontekście zidentyfikowania problemu PChN już w analizach sporządzonych w ramach mapy potrzeb zdrowotnych. NIK uznaje również za stan problematyczny rekomendowanie przez Ministra Zdrowia w Programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” współczynnika korygującego dla POZ, który na skutek swojej konstrukcji, nie miał powiązania z liczbą osób korzystających z Programu.

⁸⁸ Kontrole nr P/23/001 i nr P/24/001, wystąpienia pokontrolne znak: KZD.410.001.01.2023 z 20 kwietnia 2023 r. (zmienione zgodnie z treścią uchwały nr 41/2023 Kolegium NIK z 31 maja 2023 r.) oraz znak: KZD.410.1.1.2024 z 24 kwietnia 2024 r.

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

Opis stanu faktycznego

1. W Ministerstwie Zdrowia nie zaplanowano i nie prowadzono działań promocyjnych w celu zwiększenia świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN, co szczegółowo omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229)

W Ministerstwie Zdrowia prowadzono akcje promocyjne dotyczące Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” obejmujące w 2022 r. zakup czasu antenowego w pięciu podmiotach radiowych oraz telewizyjnych, a także jedną umowę dotyczącą wytworzenia animacji promocyjnych i spotów radiowych. Umowę z 2021 r. zawarto na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych⁸⁹, pozostałe umowy zawarto w 2022 r. na podstawie art. 46c ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.⁹⁰

(akta kontroli str. 16-23, 996-1000, 1410-1413)

W 2023 r. zorganizowano loterię promocyjną Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Zadanie sfinansowano z części 46 – Zdrowie, działu 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału 85195 – Pozostała działalność, § 4300 – Zakup usług pozostałych w kwocie 5 491,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 996-1000, 1393-1394)

2. Ministerstwo Zdrowia nie ponosiło kosztów działań informacyjnych i edukacyjnych mających bezpośrednio na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN, w związku z brakiem takich działań.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229)

Z tytułu działań związanych z promocją Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” wydatkowano w 2022 r. 2 867,4 tys. zł brutto (z tytułu emisji spotów reklamowych w radiu i telewizji oraz z tytułu ich wytworzenia).

(akta kontroli str. 996-1000, 1393-1394, 1562-1568)

W 2023 r. z tytułu promocji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w ramach realizacji umowy dotyczącej loterii promocyjnej tego Programu wydatkowano kwotę 5 491,8 tys. zł.

W ramach konkursu ofert zorganizowanego na podstawie art. 14 ust. 3 w zw. z art. 17 ust. 5 oraz art. 13 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym⁹¹ wyłoniono wykonawcę, któremu zlecono wykonanie kompleksowej organizacji i obsługi ogólnopolskiej loterii promocyjnej Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” oraz realizację kampanii informacyjnej na temat ogólnopolskiej loterii dla osób, które skorzystały z oferty Programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Termin realizacji zadania określono od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2023 r. ustalając wynagrodzenie wykonawcy na maksymalnie 5499,5 tys. zł brutto. Ustalono, iż maksymalny udział kosztów administracyjnych

⁸⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1320.

⁹⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 924.

⁹¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1670.

w realizacji zadania nie może przekroczyć 4,49% całkowitych kosztów poniesionych na realizację tego zadania. Rozliczenie rzeczowo-finansowe zadania sporządzono w dniu 23 czerwca 2023 r. Kampanię rozpoczęto 25 stycznia 2023 r., a ostatnie losowanie odbyło się 7 czerwca 2023 r. W ramach loterii przyznano 4464 nagród. Różnica pomiędzy kwotą umowną, a faktycznie poniesionymi wydatkami wynikała z nieodebrania nagród przez zwycięzców loterii.

(akta kontroli str. 996-1000, 1370- 1396)

W odpowiedzi na pytanie, jakie były założone cele realizacji loterii „Profilaktyka 40 PLUS” Minister wskazała, że głównym zadaniem loterii promocyjnej była kompleksowa organizacja i obsługa ogólnopolskiej loterii promocyjnej Programu oraz realizacja kampanii informacyjnej na temat ogólnopolskiej loterii dla osób, które skorzystały z oferty Programu.

(akta kontroli str. 1562-1568)

Złożone wyjaśnienia wskazują, iż loterię zorganizowano jako formę nagrody dla uczestników Programu nie zaś zachętę i promocję przystąpienia do niego.

3. Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło monitoringu działań promocyjnych i edukacyjnych mających bezpośrednio na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN, w związku z brakiem takich działań.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229)

Odnosnie monitorowania realizacji promocji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” Minister Zdrowia wyjaśniła, że planując kampanię „Profilaktyka 40 PLUS”, kierowano się przede wszystkim doborem mediów gwarantujących bardzo szeroki dostęp do ogółu społeczeństwa i grupy docelowej, która jest najbardziej sceptycznie i niechętnie nastawiona do wykonywania regularnych badań profilaktycznych. Wszystkie działania realizowane w ramach umów poddawane były bieżącej weryfikacji. Każda umowa w ramach kampanii została rozliczona na podstawie przekazanych przez wykonawcę protokołów potwierdzających prawidłową realizację danej umowy.

(akta kontroli str. 16-23, 996-1000, 1414-1424)

Do loterii zarejestrowało się 159,5 tys. pacjentów. Losów było 1 010,3 tys. Zgodnie z regulaminem loterii za wypełnienie ankiety w Programie pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” przysługiwał 1 los, a za wykonanie wszystkich badań diagnostycznych wskazanych na skierowaniu najpóźniej do dnia 31 maja 2023 r. – 5 losów. W przypadku, gdy wszystkie badania diagnostyczne wskazane na skierowaniu zostały wykonane w ciągu 30 dni od wygenerowania skierowania, jednak nie później niż do dnia 31 maja 2023 r., uczestnik otrzymywał 12 losów.⁹²

(akta kontroli str. 996-1000, 1397-1409)

Minister Zdrowia do 9 grudnia 2024 r. nie przedłożyła żądanych dokumentów⁹³ dotyczących efektów przeprowadzenia loterii w trakcie jej trwania, tj.: liczby uczestników loterii w poszczególnych losowaniach oraz liczby osób, które faktycznie wykonały badania w odpowiadających tym losowaniom terminach.

(akta kontroli str. 996-1000)

⁹² <https://pacjent.gov.pl/regulamin-loterii-profilaktyka-40-plus> (dostęp: 15 listopada 2024r.).

⁹³ Pytanie do Minister Zdrowia z 13 listopada 2024 r.

Minister Zdrowia do 9 grudnia 2024 r. nie przedłożyła odpowiedzi na zadane pytanie⁹⁴ w postaci zestawień dotyczących działań promocyjno-edukacyjnych dot. „Profilaktyki 40 PLUS” oraz budżetu powierzonego w zakresie PChN.

(akta kontroli str. 1414-1419)

Zakładane efekty umowy dotyczyły dotarcia miesięcznie do minimum 5 mln użytkowników w Internecie i minimum 100 tys. czytelników w prasie oraz wygenerowania minimum 35 tys. wejść na stronę loterii.

(akta kontroli str.1397-1409)

Przez cały czas trwania kampanii dotarła do 36,5 mln użytkowników. Liczba wyświetleń wyniosła ponad 58 mln, liczba czytelników w prasie wyniosła 1,2 mln, odnotowano ponad 173 tysiące przejść na stronę loterii.⁹⁵

(akta kontroli str. 1397-1409)

Na pytanie dotyczące monitoringu prowadzonych działań Minister wskazała, że planując kampanię „Profilaktyka 40 PLUS”, kierowano się przede wszystkim doborem mediów gwarantujących bardzo szeroki dostęp do ogółu społeczeństwa i grupy docelowej, która jest najbardziej sceptycznie i niechętnie nastawiona do wykonywania regularnych badań profilaktycznych. Wszystkie działania realizowane w ramach umów poddawane były bieżącej weryfikacji. Każda umowa w ramach kampanii została rozliczona na podstawie przekazanych przez wykonawcę protokołów potwierdzających prawidłową realizację danej umowy.

(akta kontroli str. 1420-1424)

4. Ministerstwo Zdrowia nie współpracowało z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN, co szczegółowo omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229)

Minister Zdrowia wskazała, iż promocją Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” zajmował się NFZ. Nie wskazała czy i w jakim zakresie wynikało to z współpracy z Ministerstwem.

(akta kontroli str. 996-1000, 1414-1424)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Ministerstwie Zdrowia nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych i edukacyjnych mających bezpośrednio na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Komórki organizacyjne w których kompetencjach znajdowały się działania promocyjno-edukacyjne nie realizowały takich działań w odniesieniu do PChN (byłe Biuro Komunikacji, obecnie Departamentu Edukacji i Promocji Zdrowia).

(akta kontroli str. 16-23, 217-229)

Brak realizacji przez Ministerstwo Zdrowia działań edukacyjnych i promocyjnych mających na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa co do konieczności wczesnej diagnostyki PChN było niezgodne z art. 11 ust. 1 pkt 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Minister Zdrowia odpowiada m.in. za prowadzenie działań oraz

⁹⁴ Pytanie do Minister Zdrowia z 15 listopada 2024 r.

⁹⁵ Zgodnie z rozliczeniem rzeczowo-finansowym z 23 czerwca 2023 r.

współuczestniczenie w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób.

Inicjowanie i realizacja projektów podnoszących świadomość zdrowotną społeczeństwa oraz wpływających na zmianę postaw i zachowań dotyczących zdrowia należało do zadań Departamentu Edukacji i Promocji Zdrowia.⁹⁶

(akta kontroli str.1658-1660)

W odpowiedzi na pytanie do Minister Zdrowia o prowadzone działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN Minister Zdrowia wskazała, że nie realizowano działań promocyjno-edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN oraz że nie uzyskano dofinansowania zewnętrznego na realizację takich projektów. Minister nie udzieliła odpowiedzi o przyczyny niezaplanowania i braku realizacji tych działań.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229)

2. Ministerstwo Zdrowia nie współpracowało z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Komórki organizacyjne w których kompetencjach znajdowały się działania promocyjno-edukacyjne nie realizowały takich działań w odniesieniu do PChN (byłe Biuro Komunikacji, obecnie Departamentu Edukacji i Promocji Zdrowia).

(akta kontroli str. 16-23)

Brak współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami w ramach działań promocyjnych i edukacyjnych związanych ze zwiększaniem świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN, NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229)

Minister Zdrowia nie udzieliła odpowiedzi na pytanie o współpracę z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

(akta kontroli str. 16-23, 217-229)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia działania Ministerstwa Zdrowia w obszarze działań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki PChN jako niewystarczające i naruszające kryterium legalności. W Ministerstwie nie planowano i nie realizowano działań promocyjnych i edukacyjnych ukierunkowanych na zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Ponadto Ministerstwo nie współpracowało z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

IV. Wnioski

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

⁹⁶ Na podstawie § 21 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia ustalonego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. (Dz. Urz. MZ poz. 55).

Wnioski

1. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu zwiększenie dostępności wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek, w szczególności poprzez powiązanie programów profilaktycznych z badaniami medycyny pracy.
2. Przeprowadzenie kompleksowej ewaluacji Programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” obejmującej cały okres realizacji Programu.
3. Poszerzenie zakresu świadczeń dostępnych w ramach grupy dziedzinowej nefrologia budżetu powierzonego opieki koordynowanej o badanie poziomu fosforu nieorganicznego oraz parathormonu.
4. Wystąpienie do NFZ o zwrot części dotacji celowej w wys. 25 315,4 tys. zł wykorzystanej niezgodnie z przeznaczeniem w ramach umowy nr 2/FM/1374/2024/3.
5. Podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia działań promocyjno-edukacyjnych oraz współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w celu zwiększenia świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, 16 grudnia 2024 r.

Wiceprezes
Najwyższa Izba Kontroli
Jacek Kozłowski

/podpisano elektronicznie/