



KZD-4101-04/2012

Nr ewid. 131/2013/P/12/124/KZD

Informacja o wynikach kontroli

DOSTĘPNOŚĆ I FINANSOWANIE OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

MISJA

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

WIZJA

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

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski

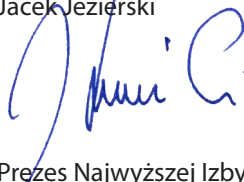


Akceptuję:
Wojciech Misiąg



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Jacek Jezierski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli
dnia 2 . 07 . 2013

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

www.nik.gov.pl

1. WPROWADZENIE.....	5
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	6
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	6
2.2. Synteza wyników kontroli.....	7
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	8
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	10
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	10
3.2. Istotne ustalenia kontroli	12
3.2.1. Działania Ministra Zdrowia w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa w dziedzinie stomatologii	12
3.2.2. Narodowy Fundusz Zdrowia: Centrala oraz dziewięć OWNFZ	23
3.2.3. Organy samorządu terytorialnego	33
3.2.4. Świadczeniodawcy	34
4. INFORMACJE DODATKOWE	36
4.1. Przygotowanie kontroli	36
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	36
5. ZAŁĄCZNIKI	37

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

Ustawa o świadczeniach zdrowotnych	oznacza ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OW NFZ	oddział wojewódzki NFZ
STM	Leczenie Stomatologiczne
Rodzaj świadczeń	grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Rodzaje świadczeń zostały wyszczególnione w planie finansowym Funduszu
Zakres świadczeń	świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona, dla każdego rodzaju, w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych
NPZ	Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015
Potrzeby zdrowotne	liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)
Program zdrowotny	zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych (art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)
Świadczenie gwarantowane	świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)
Świadczenie zdrowotne	działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)

¹ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Temat i numer kontroli

Kontrola „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych” P/12/124 została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli, w związku z sugestią Sejmowej Komisji Zdrowia², w ramach priorytetowego obszaru badań: „Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej”.

Uzasadnienie podjęcia kontroli

Z ustaleń kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2008–2011 wynikało, iż pomimo ograniczonego zakresu świadczeń, który finansuje NFZ, środki na ten cel nie były w pełni wykorzystywane. Jednocześnie wyniki cyklicznych badań w ramach „Programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”, prowadzonych od 1997 r.³, wskazują na utrzymujący się zły stan zdrowia w tym zakresie, zwłaszcza w populacji dzieci i młodzieży.

Cel kontroli

Celem kontroli była ocena działań organów administracji publicznej i świadczeniodawców na rzecz zapewnienia wszystkim uprawnionym równego dostępu do świadczeń stomatologicznych w zakresie profilaktyki i leczenia⁴, w latach 2010–2012 oraz finansowania przez NFZ świadczeń stomatologicznych dla uprawnionych.

Badaniem i oceną objęto:

- działania Ministra Zdrowia w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa w dziedzinie stomatologii na rzecz poprawy stanu zdrowia ogółu obywateli oraz współpracę Ministra z innymi organami administracji publicznej w zakresie zapewnienia uprawnionym równego dostępu do świadczeń stomatologicznych ;
- realizację przez Centralę NFZ i dziewięć OW NFZ zadań w dotyczących zakupu świadczeń stomatologicznych;
- działania ośmiu jednostek samorządu terytorialnego na rzecz zapewnienia dostępu mieszkańców do świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki stomatologicznej;
- realizację przez 18 świadczeniodawców zakontraktowanych świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia;
- sprawowanie nadzoru przez władze publiczne nad tworzeniem i funkcjonowaniem systemu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą;

Kontrole Ministerstwa Zdrowia i NFZ przeprowadzono pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności, a jednostek samorządu terytorialnego i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – pod względem legalności, gospodarności i rzetelności, zaś niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej i indywidualnych praktyk lekarskich – pod względem legalności i gospodarności.

Okres objęty kontrolą

Badania kontrolne prowadzono od 10 sierpnia 2012 r. do 8 stycznia 2013 r. Uczestniczył w nich Departament Zdrowia NIK oraz delegatury NIK w Białymstoku, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie i Zielonej Górze.

² Dotyczącą kontroli dostępu do świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii.

³ Badania te realizuje Warszawski Uniwersytet Medyczny na zlecenie Ministra Zdrowia.

⁴ Por. art. 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Opiekę stomatologiczną w Polsce zapewniają głównie podmioty prywatne. Wartość całego rynku usług dentystycznych w Polsce osiągnęła w 2010 r. 7,1 miliarda zł⁵, w tym ok. 24% stanowiły świadczenia sfinansowane ze środków publicznych. Pomimo przeznaczenia tak znaczących środków na usługi stomatologiczne, stan zdrowia jamy ustnej Polaków odbiega od standardów europejskich. Szczególne zaniepokojenie budzi sytuacja osób poniżej 18 roku życia. Badania pięcioletnich dzieci, przeprowadzone w 2011 r., wykazały, iż zaledwie 20,1% z nich było wolnych od próchnicy, a odsetek ten w przypadku dzieci 15-letnich wyniósł zaledwie 8,2%⁶. Powikłania schorzeń jamy ustnej mogą wywołać bardzo poważne skutki zdrowotne i choroby ogólnoustrojowe.

W ocenie Najwyższa Izba Kontroli istotny wpływ na tę sytuację miały niewystarczające działania w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, a w szczególności brak odpowiednich programów profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia koordynowanych na szczeblu krajowym. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia również niezapewnienie przez organy administracji publicznej równego dostępu do świadczeń stomatologicznych, finansowanych ze środków publicznych.

Znaczne ograniczenie zakresu świadczeń stomatologicznych, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego⁷, nie sprzyjało poprawie stanu zdrowia jamy ustnej Polaków. Należy podkreślić, iż w 2011 r. zaledwie ok. 22% uprawnionych do tych świadczeń skorzystało z nich w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Nieskuteczne okazały się działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki chorób jamy ustnej, zwłaszcza próchnicy zębów u dzieci i młodzieży. Jedynie 2,96% populacji dzieci i młodzieży, skorzystało z gwarantowanych świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych w 2011 r.⁸ Likwidacja gabinetów dentystycznych w szkołach spowodowała przerzucenie na rodziców całej odpowiedzialności za stan zdrowia jamy ustnej dzieci.

Mimo niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej, Minister Zdrowia nie dokonywał oceny dostępności świadczeń stomatologicznych, w konsultacji z samorządami wojewódzkimi. Zaś większość kontrolowanych organów samorządu terytorialnego w znikomym stopniu angażowała się w tworzenie warunków dla prawidłowego funkcjonowania opieki stomatologicznej.

Narodowemu Funduszowi Zdrowia nie udało się zapewnić podobnej dostępności świadczeń stomatologicznych w poszczególnych województwach. Działaniom tym nie sprzyjało nierównomierne rozmieszczenie świadczeniodawców, gotowych podpisać z NFZ umowę o udzielanie świadczeń stomatologicznych.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie natomiast ocenia realizację przez kontrolowanych świadczeniodawców umów zawartych z NFZ. Warunki leczenia pacjentów były zgodne z obowiązującymi standardami. Nie stwierdzono również istotnych nieprawidłowości w zakresie zawierania, finansowania oraz rozliczania umów przez OW NFZ.

⁵ Według raportu PMR Publications – „Rynek usług dentystycznych w Polsce 2011”. Szacunki wskazują na wzrost wartości tego rynku do 10 mld w 2013 r.

⁶ „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w 2011 r. Badania przeprowadził Warszawski Uniwersytet Medyczny.

⁷ Por. zał. nr 6.

⁸ Por. zał. nr 3.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Leczenie stomatologiczne nie znalazło się wśród priorytetów wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁹. Kontraktowanie świadczeń z tego zakresu przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie odbywało się zatem na zasadach preferencyjnych w stosunku do świadczeń innych rodzajów. Koszty leczenia stomatologicznego, sfinansowane ze środków publicznych, wyniosły w 2010 r. – 1.689.259 tys. zł, (były o 8,66% niższe niż w 2009 r.), w 2011 r. – 1.710.333 tys. zł (tj. niższe o 7,52% niż w 2009 r.), a w 2012 r. – 1.771.376 tys. zł. Szczególnie niskie wykonanie kosztów świadczeń stomatologicznych, w porównaniu do 2009 r., wystąpiło w Śląskim OW, tj. w 2010 r. niższe o 26%, a w 2011 r. o 17,8%. (str. 24)

2.2.2. Minister Zdrowia nie zapewnił sprawnej realizacji zadań podejmowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007 – 2015, dotyczących m.in. profilaktyki chorób jamy ustnej¹⁰. (str. 12)

Pomimo prowadzenia „Monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej” nie analizowano równocześnie w Ministerstwie danych dostępnych w NFZ, z których wynika m.in., że w 2011 r. jedynie 2,96% populacji dzieci i młodzieży uprawnionych skorzystało ze świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych¹¹. (str. 14 oraz str. 30)

2.2.3. Minister Zdrowia nie dokonywał oceny dostępności świadczeń stomatologicznych w konsultacji z samorządami wojewódzkimi. Uznał, iż realizacja tego ustawowego obowiązku¹² powinna ograniczać się do przypadków zgłaszanych przez samorządy problemów z dostępnością. Zdaniem NIK było to przejawem niewystarczającej troski Ministra o zapewnienie uprawnionym równego dostępu do świadczeń. (str. 21)

2.2.4. Minister Zdrowia nie ustalił optymalnych wskaźników zatrudnienia lekarzy dentystów i personelu pomocniczego dla określonych grup populacji. W ocenie NIK tego rodzaju mierniki ułatwiłyby działania na rzecz zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. (str. 17) Limity przyjęć na studia, na kierunek lekarsko-dentystyczny, ustalano bez analizy zapotrzebowania na absolwentów tego kierunku. (str. 17)

2.2.5. Nadzór Ministra nad Narodowym Funduszem Zdrowia w obszarze opieki stomatologicznej nie odpowiadał wymaganiom ustawy o świadczeniach zdrowotnych i Kodeksu postępowania administracyjnego. (str. 22)

2.2.6. W Centrali NFZ prawidłowo przebiegał proces przygotowania i przekazania oddziałom wojewódzkim NFZ zarządzeń w sprawie określenia warunków zawierania umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, procedur organizowania konkursów, kryteriów oceny ofert. NIK pozytywnie oceniła również sprawowanie nadzoru nad OW NFZ w zakresie kontraktowania i rozliczania świadczeń. Natomiast brak kompleksowych i rzetelnych danych o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur stomatologicznych oceniono negatywnie, jako element niekorzystnie oddziałujący na planowanie kosztów, prawidłową organizację i funkcjonowanie systemu stomatologicznej opieki zdrowotnej. (str. 26)

⁹ Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

¹⁰ Uchwałą Nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. Rada Ministrów przyjęła do realizacji Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, którego jednym z celów operacyjnych jest „Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży” (cel nr 11).

¹¹ Por. zał. nr 3.

¹² Art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych w zw. z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 ze zm.).

NIK zwróciła także uwagę na rozpatrywanie odwołań świadczeniodawców od decyzji Dyrektorów OW w sprawie rozstrzygnięć komisji konkursowych z przekroczeniem terminu określonego w art. 154 ust 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych¹³. (str. 31)

2.2.7. Skontrolowane oddziały wojewódzkie NFZ zapewniały ubezpieczonym i uprawnionym mieszkańcom województw dostęp do świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego, rzetelnie planowały koszty i prawidłowo finansowały oraz rozliczały ich realizację. Nie udało się jednak zapewnić podobnej dostępności świadczeń stomatologicznych w poszczególnych województwach. Wpływ na zróżnicowaną dostępność świadczeń miało nierównomierne rozmieszczenie na terenie województw świadczeniodawców gotowych podpisać z NFZ umowę o udzielanie świadczeń stomatologicznych. Za niewystarczające NIK uznała jednak działania podejmowane przez Fundusz, mające na celu zapewnienie równej dostępności świadczeń stomatologicznych. Jedynie sporadycznie podejmowano współpracę z samorządem terytorialnym i okręgowymi izbami lekarskimi w celu rozwiązania tego problemu.

Umowy o udzielanie tych świadczeń zawierano z podmiotami spełniającymi wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Nieprawidłowości stwierdzone w trzech OW NFZ dotyczyły przede wszystkim dokumentowania postępowań konkursowych przy wyborze świadczeniodawców usług stomatologicznych. (str. 23)

2.2.8. W skontrolowanych jednostkach samorządu terytorialnego nieprawidłowości dotyczyły m.in. zaniechania realizacji zadań własnych, w tym analiz i ocen potrzeb zdrowotnych mieszkańców, a także niepodejmowania działań na rzecz profilaktyki chorób jamy ustnej (wskazanych m.in. w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015) oraz tworzenia warunków dla prawidłowego funkcjonowania opieki stomatologicznej. (str. 33)

2.2.9. W badanych podmiotach leczniczych zapewniono ubezpieczonym warunki leczenia zgodne z wymogami określonymi przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ.

Nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnego prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej, w tym list osób oczekujących na świadczenie, przekazywania OW NFZ nieprawdziwych danych o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na świadczenie, nieudostępniania świadczeniobiorcom informacji o zasadach korzystania z usług finansowanych ze środków publicznych, a także niepodejmowania współpracy z lekarzami i pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej przy udzielaniu świadczeń profilaktycznych dzieciom i młodzieży. (str. 34)

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

2.3.1. W ocenie NIK ograniczony zakres analiz i ocen potrzeb zdrowotnych dotyczących opieki stomatologicznej powoduje, że organy władzy publicznej nie dysponują informacjami wystarczającymi do jej skutecznej organizacji i efektywnej realizacji zadań w tym zakresie. Tymczasem zapewnienie odpowiedniej opieki stomatologicznej, odpowiadającej faktycznie istniejącym potrzebom, ma ogromne znaczenie społeczne. Problemy zdrowotne w tym zakresie dotyczą w różnym stopniu większości społeczeństwa, niezależnie od wieku. Należy podkreślić, że im wcześniej rozpoczęta zostanie opieka stomatologiczna, np. już od trzeciego roku życia, tym mniej problemów zdrowotnych pojawi się w przyszłości, a koszty leczenia będą niższe.

¹³ Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja Prezesa Funduszu podlega natychmiastowemu wykonaniu.

2.3.2. NIK zwraca uwagę, że wyniki badań epidemiologicznych świadczą o niewystarczającej skuteczności działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia. Tempo obniżania zapadalności na próchnicę w Polsce jest niezadawalające, co potwierdzają wyniki badań przedstawiane w raportach z „Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”. Najwyższa Izba Kontroli dostrzega złożoność tego problemu, którego rozwiązanie utrudnia wiele czynników, m.in. niska świadomość rodziców odpowiedzialności za zdrowie własne i dzieci oraz ograniczone zaangażowanie lekarzy stomatologów i innych pracowników medycznych w edukację z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej. W rozwiązanie tego problemu w większym niż dotychczas stopniu muszą się jednak włączyć organy władzy publicznej – Minister Zdrowia, Minister Edukacji Narodowej, Prezes NFZ i samorząd terytorialny. Nieodzowne jest również zaangażowanie samorządów i organizacji zawodów medycznych.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli konieczne jest podjęcie następujących działań:

- a) W ramach ograniczonych środków, jakimi co roku dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia na opiekę stomatologiczną, należy wyodrębnić większe nakłady na zapewnienie leczenia i profilaktyki, w ramach świadczeń gwarantowanych, dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia.
- b) Wyrównanie dostępności świadczeń ogólnostomatologicznych, w poszczególnych gminach, wymaga zintensyfikowania współpracy pomiędzy OW NFZ a jednostkami samorządu terytorialnego, w celu rozwiązania tego problemu.
- c) W większym stopniu Minister Zdrowia powinien wykorzystać rozwiązania zawarte w Narodowym Programie Zdrowia i zwiększyć swoje oddziaływanie na wykonawców i adresatów Programu dla podniesienia efektywności jego realizacji, szczególnie w odniesieniu do problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży.
- d) Konieczne jest przeprowadzenie szerokiej akcji informacyjnej na temat negatywnych skutków zaniedbania profilaktyki i wczesnego leczenia schorzeń jamy ustnej dla prawidłowego rozwoju dzieci, której celem byłoby zwiększenie świadomej aktywności rodziców w wykonywaniu swoich obowiązków opiekuńczych. Inicjatorem tych działań powinien być Minister Zdrowia.
- e) Za celowe NIK uznaje określenie przez Ministra Zdrowia optymalnych wskaźników, dotyczących liczby czynnych zawodowo lekarzy dentystów dla określonych populacji mieszkańców, co powinno sprzyjać zapewnieniu równomiernego dostępu do świadczeń stomatologicznych.

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń stomatologicznych, należy do zadań władz publicznych¹⁴. Samorządy województwa, powiatu i gminy są zobowiązane m.in. do rozpoznawania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. W celu zaspokojenia tych potrzeb samorządy tworzą warunki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, mogą także tworzyć publiczne zakłady opieki zdrowotnej (podmioty lecznicze).

Dostępność do świadczeń zdrowotnych, w tym stomatologicznych, jest oceniana przez konsultantów wojewódzkich i krajowych¹⁵, wojewodów¹⁶ i Ministra Zdrowia¹⁷.

Stosownie do art. 15 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane m.in. w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna; ambulatoryjna opieka specjalistyczna; leczenie stomatologiczne; programy zdrowotne.

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza dentysty spośród lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁸. Wizyta u stomatologa nie wymaga skierowania.

Pacjentowi bezpłatnie przysługują gwarantowane świadczenia stomatologiczne z użyciem gwarantowanych materiałów stomatologicznych – ich wykaz określił Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia¹⁹.

Szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia stomatologicznego oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy ich udzielaniu ustalono w załącznikach 1-12 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Zakresy świadczeń gwarantowanych to:

- 1) świadczenia ogólnostomatologiczne;
- 2) świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia;
- 3) świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym;
- 4) świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS;
- 5) świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii;
- 6) świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- 7) świadczenia protetyki stomatologicznej;

¹⁴ Art. 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁵ Art. 10 ust. 1 pkt 2 i 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.).

¹⁶ Art. 10 ust. 1 pkt.1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁷ Art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁸ Tamże art. 31, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 ze zm.).

- 8) świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki;
- 9) świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej;
- 10) profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci do ukończenia 6 roku życia;
- 11) profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

Głównym publicznym płatnikiem za świadczenia stomatologiczne dla ogółu uprawnionych jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zakupu tych świadczeń dokonują oddziały wojewódzkie NFZ, zawierając umowy ze świadczeniodawcami oferującymi poszczególne zakresy świadczeń w rodzaju „leczenie stomatologiczne” (STM). Ogólne warunki umów określił Minister Zdrowia²⁰.

Planowane koszty świadczeń stomatologicznych stanowią odrębną pozycję planu finansowego NFZ i poszczególnych oddziałów wojewódzkich.

Narodowy Fundusz Zdrowia kupując świadczenia stomatologiczne dla uprawnionych w trybie konkursu ofert lub rokowań jest zobowiązany do równego traktowania wszystkich podmiotów, niezależnie od ich formy organizacyjnej i własnościowej, pod warunkiem spełnienia określonych wymogów gwarantujących odpowiednią jakość świadczeń. Szczegóły postępowania w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia określa zarządzenie Nr 55/2010/DSOZ z dnia 14 września 2010 r. Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne²¹.

W myśl przepisów ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty²² tworzenie i prowadzenie szkół podstawowych i gimnazjów należy do zadań własnych gmin, szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych oraz podstawowych i gimnazjów specjalnych – do zadań powiatów, szkół o charakterze regionalnym i placówek o charakterze ponadregionalnym – do zadań samorządu województwa²³. Organy prowadzące szkoły publiczne są zobowiązane do zapewnienia warunków sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami²⁴, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ²⁵. Zobowiązania te nie dotyczą szkół niepublicznych. Organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 28 sierpnia 2009 r.²⁶.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

²¹ Zarządzenie to ma zastosowanie do postępowań o zawarcie umów na rok 2010. Wcześniej obowiązywało zarządzenie Nr 59/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Teksty zarządzeń Prezesa NFZ są dostępne na stronie: www.nfz.gov.pl

²² Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, ze zm.

²³ Tamże art. 5 ust. 5, 5a i 6.

²⁴ Tamże art. 67 ust. 1 pkt 4.

²⁵ Por. art. 27 ust. 1 pkt 4 i 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

²⁶ Dz. U. Nr 139, poz. 1133.

- 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
- 4) finansowanie, w trybie i na zasadach określonych ustawą, świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym²⁷ stanowi, że zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują m.in. sprawy ochrony zdrowia (art. 7 ust. 1 pkt 5). Zaś zadaniami użyteczności publicznej, w rozumieniu ustawy, są zadania własne gminy, określone w art. 7 ust. 1, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych (art. 9 ust. 4).

Natomiast ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym²⁸ wskazuje, że powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 4 ust. 1 pkt 2).

Według „Biuletynu statystycznego 2011”²⁹ na koniec 2010 r. uprawnionych do wykonywania zawodu było 31 545 dentystów, w tym w placówkach ochrony zdrowia pracowało 12 326 dentystów (tj. 3,2 na 10 tys. ludności), z tego w publicznych zakładach opieki zdrowotnej 1 862 (tj. 0,5 na 10 tys. ludności).

Ponadto w 2010 r. w placówkach ochrony zdrowia pracowało 499 techników dentystycznych i 1 582 higienistki stomatologiczne.

Liczba lekarzy dentystów w kraju, wykonujących zawód w I kwartale 2012 r., wynosiła 33 505 osób, w tym 456 posiadało podwójne prawo wykonywania zawodu: lekarza i lekarza dentysty³⁰.

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Działania Ministra Zdrowia w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa w dziedzinie stomatologii

1. Realizacja Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015

W maju 2007 r. Rada Ministrów przyjęła do realizacji Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (NPZ), którego jednym z celów operacyjnych jest „Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży”.

W Programie założono m.in., że:

- efektem realizacji celu nr 11 do 2015 r. będzie: zwiększenie, co najmniej o 10–20% odsetka dzieci i młodzieży objętych edukacją prozdrowotną; zahamowanie wzrostu częstotliwości występowania oraz obniżenie ciężkości przebiegu choroby próchnicowej; zmniejszenie częstości występowania u młodzieży stanów zapalnych dziąseł, chorób przyzębia, urazów i patologii narządu żucia,
- zadania służące realizacji tego celu to: wprowadzenie lub zintensyfikowanie edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia jamy ustnej; upowszechnienie w przedszkolach nawyku czyszczenia zębów; zintensyfikowanie grupowej profilaktyki fluorkowej dla uczniów klas I–VI; zintensyfikowanie profesjonalnej profilaktyki fluorkowej dla grup wysokiego ryzyka próchnicy u dzieci i młodzieży (przez lekarzy stomatologów); wdrożenie wieloletniego programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia (Program poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą; poprawa dostępu dzieci i młodzieży do świadczeń stomatologicznych),
- wskaźnikami monitorowania i ewaluacji, będą m.in.: odsetek dzieci i młodzieży w wieku 3–18 lat, które w okresie ostatniego roku odbyły kontrolne badania stomatologiczne; odsetek przedszkoli i szkół w których prowadzone jest grupowe, nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami fluorkowymi; odsetek małych dzieci z próchnicą

²⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 594.

²⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 595.

²⁹ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

³⁰ Za Naczelną Izbą Lekarską – system FINN.

wczesną w uzębieniu mlecznym; odsetek dzieci wolnych od próchnicy w wieku 3-6 i 12 lat oraz odsetek młodzieży z zachowanym pełnym uzębieniem w wieku 18 lat.

Narodowy Program Zdrowia zakłada monitorowanie przez Międzyresortowy Zespół Koordynujący (MZK) zarówno poszczególnych celów, jak i osiągniętych skutków zdrowotnych. Założono, iż rozpocznie on działanie po przyjęciu Programu przez Radę Ministrów.

- *W skład Zespołu, powołanego zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów, wchodzi m.in. przedstawiciele ministerstw, medycznych samorządów zawodowych, organizacji samorządowych, NFZ, GUS, ZUS, KRUS. Na pierwszym posiedzeniu Zespół miał przygotować harmonogram realizacji NPZ, a także zasady współpracy wszystkich podmiotów uczestniczących w realizacji Programu. Tryb funkcjonowania Zespołu został uregulowany w przyjętym w listopadzie 2009 roku Regulaminie Pracy Zespołu Koordynacyjnego NPZ.*

Pomimo iż NPZ został przyjęty przez Radę Ministrów w maju 2007 r., inauguracyjne posiedzenie Zespołu Koordynacyjnego odbyło się dopiero 29 lipca 2009 r. Wstępny harmonogram realizacji NPZ uchwalono w listopadzie 2009 r. – dwa i pół roku po przyjęciu Programu. Do dnia zakończenia kontroli NIK prace nad ostateczną wersją dokumentu nie zostały zakończone.

- *Ostatnie posiedzenie MZK odbyło się 25 października 2011 r. W 2012 r., do 30 listopada, nie zorganizowano posiedzenia MZK NPZ, pomimo iż Zespół powinien się zbierać nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy (§ 1 pkt 2 Regulaminu Pracy MZK).*

W 2012 r. nie odbyła się też planowana konferencja nt. profilaktyki próchnicy u dzieci i młodzieży, jak wyjaśniono, ze względu na brak środków finansowych.

W niewystarczającym stopniu monitorowano efekty działań w ramach NPZ oraz nie dokonywano oceny osiąganych skutków zdrowotnych, co przewidziano w Programie.

- *Nie odpowiadało to wymaganiom określonym w § 7 Zarządzenia Prezesa RM w sprawie powołania MZK NPZ (ze zmianami) oraz wymaganiom określonym w § 5 Regulaminu Pracy Zespołu. W myśl tych uregulowań, Wiceprzewodniczący Zespołu, tj. Minister Zdrowia zobowiązany był przedkładać Prezesowi Rady Ministrów (Przewodniczącemu Zespołu), w rocznym sprawozdaniu z działalności, wyniki monitorowania efektów i realizacji NPZ za rok poprzedni (§ 5 ust. 2 Regulaminu). Dane sprawozdawcze prezentowały zaangażowanie samorządów w realizację NPZ. Wyjaśniono m.in., iż „z uwagi na brak ustalonego ostatecznie Harmonogramu realizacji NPZ utrudnione jest prowadzenie monitorowania oczekiwanych efektów NPZ. Monitorowanie realizacji NPZ jest oparte na dobrowolnym badaniu ankietowym samorządów terytorialnych, (...) nie jest usankcjonowane prawnie i ma charakter sondażowy”.*

Dane zaprezentowane w sprawozdaniach z działalności MZK NPZ za rok 2010 i 2011, dotyczące celu nr 11 „Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży”, przedłożone zostały Premierowi z rocznym opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w § 5 ust. 1 Regulaminu Pracy Zespołu Koordynacyjnego NPZ.

- *Prowadzenie monitoringu realizacji zadań wyznaczonych w NPZ wykonywane było na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Wyniki opracowywano na podstawie sprawozdań pełnomocników wojewódzkich ds. NPZ, którzy oceniali realizację celów NPZ przez samorządy, w oparciu o ujednolicone ankiety. Prowadzenie spraw związanych z realizacją NPZ, w tym m.in. podejmowanie prac związanych z przewodnictwem Ministra Zdrowia w Zespole Koordynacyjnym NPZ oraz organizowanie spotkań Zespołu należy, zgodnie z regulaminem organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia, do zadań Departamentu Zdrowia Publicznego (Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej). Utrudnieniem dla właściwej realizacji powyższych zadań był, jak wyjaśniono, brak obsady kadrowej na stanowisku do spraw NPZ. W ocenie NIK świadczy to, iż Ministerstwo nie traktuje realizacji tych zadań jako priorytetowych.*

Ministerstwo nie wdrożyło wieloletniego programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pod nazwą „Program poprawy opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą”, tj. zadania wskazanego w NPZ, w związku z realizacją celu operacyjnego nr 11 – ze względu na limit środków finansowych na realizację programów polityki zdrowotnej.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie brak skutecznych działań kolejnych Ministrów Zdrowia dotyczących realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 w zakresie walki z próchnicą.

2. Analizy i informacje epidemiologiczne o chorobach jamy ustnej

Od 1997 r., z inspiracji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Ministerstwo Zdrowia monitoruje stan zdrowia jamy ustnej mieszkańców kraju. Realizowane w ostatnich sześciu latach programy polityki zdrowotnej: „Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2007–2009”, a następnie: „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2012”, dostarczyły informacji na temat danych epidemiologicznych oraz wyników ich analizy. Gromadzenie licznych danych, jak np. odsetka dzieci wolnych od próchnicy, średniej wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu, wskaźnika nasilenia próchnicy, umożliwiło pośrednią ocenę funkcjonującego systemu opieki stomatologicznej.

Program realizowany był, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, przez Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM), który przedstawiał wyniki badań w formie corocznych raportów pn. „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej”³¹.

Na podstawie danych z Monitoringu, WUM wskazał m.in. na:

- systematyczne cedowanie całej odpowiedzialności za stan zdrowotny dziecka na rodziców, podczas gdy w krajach bardziej rozwiniętych szkoła i przedszkole są głównymi źródłami wiedzy i kreowania prozdrowotnych wzorców zachowań,
- sporadyczne wizyty małych dzieci w gabinecie stomatologicznym (co czwarta matka nigdy nie była ze swoim pięcioletnim dzieckiem u dentysty) i brak przedszkolnej opieki dentystycznej, co uzasadnia wprowadzenie obowiązkowych przeglądów kontrolnych u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, a także wdrożenie w przedszkolach obowiązku dwukrotnego w ciągu dnia nadzorowanego szczotkowania zębów pastą z fluorem,
- prowadzenie przez dentystów głównie działalności naprawczej, zaledwie 15–20% z nich pełniło funkcję edukacyjną, bo nie stworzono mechanizmów motywujących dentystów (zarówno sektora publicznego jak i prywatnego) do pełnienia funkcji edukacyjnej względem pacjentów i stosowania profilaktyki,
- potrzebę szczególnego nacisku na promocję zdrowia i profilaktykę w grupie dzieci szkolnych i wdrożenie, postulowanego od wielu lat, ogólnopolskiego stomatologicznego programu edukacyjnego, szczególnie dla uczniów szkoły podstawowej, jak też dla matek dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, mogącego wzorem krajów rozwiniętych ograniczyć zapadalność na próchnicę i złagodzić przebieg tego schorzenia,
- nieprzykładanie przez rodziców należytej wagi do higieny jamy ustnej swoich dzieci. Tylko 17% rodziców regularnie interesuje się myciem zębów przez siedmiolatków (około 35% w przypadku pięciolatków), przy czym 66% nie podaje dziecku preparatów fluoru (75% w przypadku pięciolatków). 9% dzieci w wieku 7 lat nigdy nie było u dentysty.

Program na lata 2010–2012 został wzbogacony o zadania edukacyjne oraz określenie oczekiwanych efektów.

³¹ Zestawienie wybranych informacji epidemiologicznych i socjomedycznych prezentowanych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w raportach pn. „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w latach 2007–2011, zaprezentowano w załączniku nr 1.

Oczekiwane w 2010 r. efekty realizacji programu "Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej" w większości nie zostały osiągnięte:

- u dzieci w wieku 12 lat nie obniżono wskaźnika próchnicy DMFT do wartości 2,8. Od 2007 r., kiedy wynosił 3,07 (w 2000 r. – 3,8) wskaźnik ten wzrósł nawet w 2010 r. do wartości 3,18;
- nie udało się osiągnąć wzrostu odsetka dzieci dwunastoletnich wolnych od próchnicy do 20%. Pomimo iż w latach 2000–2007 odnotowano taki wzrost z 12,1% do 19,3%, to w 2010 r. nastąpił spadek do 17,3%;
- nie osiągnięto oczekiwanego wzrostu o 2% w stosunku do 2007 r. odsetka dzieci szczotkujących zęby pastą z fluorem dwa razy dziennie, a odnotowano nawet spadek z 62,2% w 2007 r. do 58,4% w 2010 r.;
- nie obniżył się o oczekiwane 5% odsetek osób (w wieku 35–44 lata) potrzebujących usunięcia kamienia nazębnego, lecz od ostatnich badań odnotowano nawet jego wzrost z 36,4% do 41,4%.

Natomiast zgodnie z oczekiwaniami o 3% w stosunku do danych z 2002 r. wzrósł odsetek osób dorosłych przynajmniej raz dziennie myjących zęby (z 87% do 90,6%).

Badania pięcioletnich dzieci przeprowadzone w 2011 r. wykazały, iż zaledwie 20,1% z nich było wolnych od próchnicy. Pozostałe miały średnio 5,08 zębów mlecznych objętych próchnicą, z których większość (4,45) wymagało leczenia naprawczego. Odsetek 15-letnich dzieci wolnych od próchnicy wśród badanych wyniósł zaledwie 8,2%.

Zgromadzone w ramach programu monitorowania dane epidemiologiczne i analizy, zostały wykorzystane, przez Ministerstwo i zespół konsultantów krajowych, do wypracowania kierunkowych działań w zakresie stomatologii. Przyjęto, że działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia ludności powinny być ukierunkowane na rozwój opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą, ze szczególnym zwróceniem uwagi na małe dzieci. Zaplanowano podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa poprzez edukację zdrowotną kobiet ciężarnych i małych dzieci, kontynuowaną poprzez rozwój programów edukacyjnych dla dzieci przedszkolnych i szkolnych.

Dokonana w toku kontroli NIK analiza raportów z monitoringu zdrowia jamy ustnej za rok 2010 i 2011 oraz umów zawartych z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym na realizację tego Programu wykazała różnice pomiędzy liczbą osób objętych badaniem (według monitoringu), a liczbą osób wskazanych w rozliczeniu umowy. Skutkiem tego Ministerstwo wydatkowało kwotę 130.734 zł za badania, których wykonania nie udokumentowano³². W ocenie NIK Ministerstwo nie podjęło wystarczających działań w celu zweryfikowania przyczyn wspomnianych rozbieżności. Weryfikacja ta była istotna nie tylko z uwagi na konieczność gospodarnego rozliczenia środków publicznych wydatkowanych na badania, ale także zapewnienia odpowiedniego poziomu merytorycznego tych badań w przyszłości, biorąc pod uwagę ich powtarzalność.

3. Działania Ministerstwa na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki chorób jamy ustnej, zwłaszcza próchnicy zębów u dzieci i młodzieży

Profilaktyczną opiekę stomatologiczną dla dzieci i młodzieży sprawują³³: lekarz dentysta (w miejscu o dowolnej lokalizacji zapisanej w umowie z NFZ) i pielęgniarka albo higienistka szkolna, którzy współpracują ze sobą oraz z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Opieka ta obejmuje

³² W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne NIK, Minister Zdrowia poinformował, iż w planie kontroli Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministerstwa Zdrowia na 2013 r. została zaplanowana kontrola Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w zakresie realizacji programu zdrowotnego „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2012”. Natomiast Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji podjął działania w celu odzyskania kwoty 130,7 tys. zł z tytułu niezrealizowania przez Uniwersytet pełnego zakresu umowy.

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).

m.in. prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej, profilaktyczne badania stomatologiczne, profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną, a także prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej, która łączy się z edukacją dotyczącą prawidłowego mycia zębów. Indywidualnie ukierunkowane zabiegi profilaktyczne, tj. lakierowanie i lakowanie zębów stałych, zostały opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego³⁴ i realizowane są przez lekarzy dentystów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

- *Zadania edukacji zdrowotnej, dotyczącej chorób jamy ustnej, wykonywane przez pracowników medycznych, uwzględniono m.in. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³⁵, z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem³⁶.*

Minister Zdrowia współpracuje z Ministrem Edukacji Narodowej w zakresie wdrażania w Polsce programu Światowej Organizacji Zdrowia „Szkoły Promujące Zdrowie”. Na mocy zawartego w 2009 r. międzyresortowego porozumienia opracowano „Stanowisko Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów” (właściwe żywienie jest istotnym elementem profilaktyki zdrowia jamy ustnej). Stanowisko przekazano do wszystkich szkół i opublikowano na stronach internetowych resortów edukacji i zdrowia.

W latach 2010–2012 nie funkcjonował na szczereblu krajowym ani jeden program profilaktyczny z zakresu przeciwdziałania próchnicy finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, jak wyjaśniono, ze względu na limit środków finansowych otrzymywanych na realizację programów polityki zdrowotnej. Potwierdza to prezentowany przez NIK pogląd, że problem próchnicy u dzieci i młodzieży nie jest traktowany przez Ministra Zdrowia jako priorytet.

Ministerstwo Zdrowia podejmowało działania mające na celu wdrożenie programu poprawy zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku przedszkolnym, w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (w lipcu 2012 r. podpisana została umowa). Podejmowane były próby finansowania promocji zdrowia jamy ustnej, kierowane do kobiet w ciąży i matek małych dzieci, w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009–2014. Od 2010 r. nie udało się zrealizować zadania publicznego pn. „Program edukacyjno-profilaktyczny dotyczący zapobiegania próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym”, jak wyjaśnił zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, m.in. z powodu małego zainteresowania ze strony organizacji pozarządowych realizacją tego zadania.

Pozytywnie oceniono podejmowane próby finansowania programów edukacji prozdrowotnej z udziałem środków pochodzących ze źródeł zagranicznych, niepodlegających zwrotowi. Zauważyć jednak należy, że programy te nie są tożsame z zakresem zadań wymienionych w NPZ.

³⁴ Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1144 ze zm. W trakcie kontroli NIK trwały prace nad nowelizacją tego rozporządzenia, zmierzające do poszerzenia wykazu profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży o nowe świadczenia.

³⁵ Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1139 ze zm.

³⁶ Dz. U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1259 (uchylone przez art. 219 ust. 1 pkt 3, art. 220 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm., z dniem 19 października 2012 r.).

4. Ustalanie limitów przyjęć na studia medyczne, na kierunek lekarsko-dentystyczny

Minister Zdrowia realizuje politykę zdrowotną m.in. poprzez zapewnienie kształcenia niezbędnej kadry medycznej.

W okresie objętym kontrolą łączny limit przyjęć³⁷ na kierunek lekarsko-dentystyczny (na studia stacjonarne, niestacjonarne i studia prowadzone w języku obcym) corocznie wzrastał.

- W roku akademickim 2012/2013 liczba miejsc zwiększyła się w stosunku do roku poprzedniego o 14 miejsc (z 1147 do 1161), a w stosunku do roku 2010/2011 o 27 miejsc. Ustalone w rozporządzeniach limity przyjęć na studia w każdym przypadku były zgodne z liczbą miejsc wnioskowanych przez uczelnie. Analiza wykazała, że pięć uczelni zwiększyło w tym okresie limity przyjęć, w tym np. Uniwersytet Medyczny w Łodzi o 24 miejsca i Śląski Uniwersytet Medyczny o 16 miejsc – co związane było m.in. z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE, zakładających zwiększenie w nich liczby studentów. Trzy uczelnie zmniejszyły limity miejsc, dwie – zachowały limity na tym samym poziomie.

Ustalając limity, Minister zobowiązany był uwzględnić m.in. zapotrzebowanie na absolwentów danego kierunku studiów. Jednak Ministerstwo nie dysponowało dokumentami opisującymi roczne zapotrzebowanie na lekarzy dentystów, a limity przyjęć na studia ustalano wyłącznie na podstawie zapotrzebowania zgłaszanego przez uczelnie medyczne.

Ustalone w rozporządzeniach limity przyjęć na studia nie odzwierciedlały zatem rzeczywistych potrzeb systemu ochrony zdrowia, co nie odpowiadało wymaganiom wskazanym w art. 8 ust. 9 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym.

- NIK nie podzieliła wyjaśnień zastępcy Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, iż uczelnie wraz z propozycjami limitów przyjęć potwierdzały, że spełniają warunki o których mowa w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 lipca 2006 roku w sprawie warunków, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowadzić studia na określonym kierunku i poziomie kształcenia³⁸, w tym dotyczące zapotrzebowania na absolwentów tych kierunków. Potwierdzenia te miały bowiem formę oświadczenia i nie były poparte wyliczeniami.

Zdaniem NIK, ocena zapotrzebowania na absolwentów powinna być dokonana kompleksowo przez Ministerstwo Zdrowia także z uwagi na fakt, iż liczba uczelni kształcących lekarzy dentystów nie pokrywa się nawet z liczbą województw. Niedokonanie takiej analizy uniemożliwia weryfikację zasadności zwiększania, w skali kraju, limitów przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny.

5. Kadra medyczna w opiece stomatologicznej

Według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, na koniec 2009 r. w Polsce było 36.945 dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu, z tego 31.643 (tj. 86%) wykonywało zawód. Na koniec 2011 r. liczba dentystów uprawnionych wzrosła do 38.335 (o 4%) a liczba wykonujących zawód do 32.464 (o 2,6%).

- Średnio dla Polski wskaźnik aktywnych zawodowo dentystów na 100 tys. ludności wzrósł z 83 (w 2009 r.) do 84 dentystów (w 2011 r.) i był zróżnicowany w poszczególnych województwach. Na koniec 2009 r. najmniej aktywnych zawodowo dentystów było w woj. kujawsko-pomorskim (53 na 100 tys. mieszkańców), najwięcej – w woj. pomorskim (107 dentystów). Na koniec 2011 r. najmniej dentystów na 100 tys. mieszkańców było nadal w woj. kujawsko-pomorskim – 56, natomiast najwięcej w woj. mazowieckim – 106.

Ministerstwo nie określiło optymalnych wskaźników dotyczących liczby czynnych zawodowo lekarzy dentystów, dla określonych populacji mieszkańców. Nie określiło ich również dla pozostałej kadry medycznej w dziedzinach stomatologicznych (pielęgniarek, higienistek, asystentek, protetyków itp.).

³⁷ Zgodnie z art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r., poz. 572).

³⁸ Dz. U. Nr 144, poz. 1048 ze zm. (uchylone z dniem 30 listopada 2011 r.), zastąpione rozporządzeniem z dnia 5 października 2011 r. w tej samej sprawie (Dz. U. Nr 243, poz. 1445 ze zm.).

Zdaniem NIK, znaczne zróżnicowanie wskaźników aktywnych zawodowo lekarzy dentyistów na 100 tys. mieszkańców (o blisko 100%) w poszczególnych regionach może oznaczać, iż mieszkańcy, w skali kraju, nie mają zapewnionego równomiernego dostępu do świadczeń stomatologicznych.

- *Najwyższa Izba Kontroli nie podziela argumentacji Zastępcy Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, iż na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia³⁹ – czuwanie nad zabezpieczeniem potrzeb kadrowych należy do zadań konsultantów krajowych i wojewódzkich, a obowiązkiem konsultanta krajowego jest zabezpieczenie potrzeb kadrowych w reprezentowanej przez niego dziedzinie medycyny w skali kraju (konsultant wojewódzki prowadzi natomiast politykę kadrową w zakresie danej specjalności na terenie województwa). NIK zwraca uwagę, iż zgodnie z ustawą, konsultanci wykonują bowiem zadania opiniotwórcze w tym zakresie, dotyczące oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych. Tym samym nie mają uprawnień władczych i nie mogą kreować polityki zdrowotnej. Ponadto, powołani przez Ministra konsultanci, w raportach, odnosili się do zabezpieczenia kadry medycznej w reprezentowanych przez siebie specjalnościach stomatologicznych, a Ministerstwo nie dysponowało opinią konsultanta dotyczącą zasobów kadrowych ogółu dentyistów.*

6. Specjalizacje dla absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego

Lekarze dentyści mogą odbywać szkolenie specjalizacyjne⁴⁰ na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury, lub w jednym z trybów pozarezydentury⁴¹.

Umowy zapewniające pokrycie kosztów wypłaty wynagrodzeń lekarzy rezydentów z jednostkami szkoleniowymi zawierał Minister Zdrowia. W latach 2010–2012 przyznano ogółem 273 rezydentury. Były one finansowane ze środków Funduszu Pracy.

- *Według informacji uzyskanych z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego o liczbie jednostek szkolących i liczbie miejsc do szkolenia specjalizacyjnego, w okresie od końca 2009 r. do 6 listopada 2012 r., w przypadku:*
 - *ortodoncji – liczba jednostek szkolących wzrosła z 31 do 41, a liczba miejsc do szkolenia w tych jednostkach ze 131 do 153,*
 - *stomatologii dziecięcej – liczba jednostek szkolących (24) nie uległa zmianie, a liczba miejsc wzrosła ze 125 do 138,*
 - *stomatologii zachowawczej z endodoncją – liczba jednostek szkolących wzrosła z 51 do 58, a liczba miejsc wzrosła z 261 do 265.*
- *W pozostałych 4 dziedzinach stomatologicznych liczba jednostek szkolących i miejsc szkoleniowych nieznacznie się zwiększyła. Spośród nich, najwięcej miejsc szkoleniowych było w dziedzinie protetyki stomatologicznej, gdzie liczba miejsc wzrosła z 257 (w 44 jednostkach) do 276 (w 49 jednostkach szkolących).*

7. Wykorzystywanie informacji konsultantów krajowych

W latach 2010–2012 Minister Zdrowia powołał konsultantów krajowych w siedmiu dziedzinach stomatologicznych: stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją, ortodoncja, chirurgia stomatologiczna, periodontologia, protetyka stomatologiczna, oraz chirurgia szczękowo-twarzowa. Ich zadania zostały określone w ustawie o konsultantach.

³⁹ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, ze zm.

⁴⁰ Por.: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (j.t. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. z 2005 r. Nr 213, poz. 1779, ze zm.), zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. (Dz. U. poz. 26).

⁴¹ Na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub z innym podmiotem zapewniającym realizację części programu specjalizacji; na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne; w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji lub w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego.

Konsultanci krajowi uczestniczyli w pracach zespołu w celu wypracowania przez Ministerstwo Zdrowia kierunków działań w zakresie stomatologii.

- *Informacje i opinie konsultantów wykorzystywane były przy tworzeniu aktów prawnych. Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego jako przykład takiego działania wskazała rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe⁴², w którym za dziedzinę priorytetową uznana została m.in. stomatologia dziecięca. Natomiast Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka wskazała, iż w projekcie nowelizowanego, w trakcie kontroli NIK, rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, zaproponowano, zgodnie ze stanowiskiem konsultantów, wyodrębnienie z kontraktów ogólnostomatologicznych świadczeń zdrowotnych z zakresu periodontologii i chirurgii stomatologicznej.*

Stosownie do ustawy o konsultantach, konsultanci krajowi w dziedzinach stomatologicznych przedłożyli Ministrowi Zdrowia sprawozdania roczne obejmujące swoim zakresem m.in.: dostępność świadczeń stomatologicznych, zasoby i potrzeby kadrowe oraz możliwości zwiększenia liczby miejsc na kształcenie specjalizacyjne. W sprawozdaniach za lata 2010–2011 zawarli m.in. opinie:

- w zakresie dostępności świadczeń stomatologicznych konsultanci stwierdzili, że jest ona terytorialnie bardzo zróżnicowana. (szczegóły w załączniku nr 2),
- w opinii na temat liczby miejsc na kształcenie specjalizacyjne konsultanci wskazywali m.in., iż nie zwiększono liczby jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji, a nawet liczba miejsc specjalizacyjnych uległa redukcji, co wynika m.in. z braku bodźców finansowych do podjęcia obowiązku kierownika specjalizacji. Jednocześnie opóźnia się zwalnianie miejsc przez już specjalizujących się.

W ocenie NIK, raporty konsultantów krajowych w dziedzinach stomatologicznych, za lata 2010 i 2011, nie przedstawiały wyczerpujących informacji i opinii o potrzebach kadrowych oraz dostępności świadczeń. Wynikało to z faktu, że Ministerstwo nie określiło optymalnych wskaźników zatrudnienia ani metodologii wyliczenia zapotrzebowania na lekarzy dentystów w poszczególnych dziedzinach.

Przy ocenie dostępności świadczeń stomatologicznych i potrzeb kadrowych konsultanci odnosili się jedynie do reprezentowanych przez siebie dziedzin. Żaden z konsultantów nie monitorował zagadnień związanych z dostępnością do świadczeń ogólnostomatologicznych i nie odniósł się do liczby lekarzy dentystów bez specjalizacji – udzielających świadczeń.

8. Sprawowanie nadzoru i kontroli nad funkcjonowaniem systemu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą

System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą reguluje ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz akty wykonawcze do ustawy.

1. Według rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, opiekę tę sprawuje m.in. pielęgniarka/higienistka szkolna – w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie oraz lekarz dentysta – w miejscu o dowolnej lokalizacji wskazanym w umowie z NFZ. Rozporządzenie zakłada m.in. współpracę pielęgniarki/higienistki szkolnej z lekarzem dentystą.

Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia Instytut Matki i Dziecka w Warszawie (IMiDz) sporządzał raporty na podstawie danych statystycznych zawartych w „Rocznych sprawozdaniach o realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach” (druk MZ-06), w tym o liczbie uczniów

⁴² Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 709, zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1489).

objętych profilaktyką fluorkową w danym roku szkolnym, zbieranych ze szkół wszystkich typów w Polsce.

- Według raportu IMiDz, w roku szkolnym 2009/2010 profilaktyczną opieką zdrowotną objęci byli prawie wszyscy uczniowie, a liczba uczniów przypadających na „etat przeliczeniowy” pielęgniarki w większości typów szkół, była zgodna z zalecanymi normami zatrudnienia. W porównaniu z rokiem 2004/2005, w skali kraju, o 20 punktów procentowych zwiększył się odsetek uczniów szkół podstawowych, u których przeprowadzono grupową profilaktykę próchnicy zębów. Objęto nią 87% uczniów w szkołach miejskich i 83% uczniów na wsi.
- W roku szkolnym 2010/2011, w szkołach miejskich (publicznych i niepublicznych) oraz szkołach publicznych na wsi, zwiększył się odsetek dzieci objętych fluoryzacją w porównaniu do roku poprzedniego od 0,7% do 3,4% (w zależności od typu i lokalizacji szkoły). Natomiast w szkołach podstawowych niepublicznych na wsi zmalał o 1,5%.

2. Ministerstwo Zdrowia nie monitorowało funkcjonowania profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą przez lekarzy dentystów. Nie posiadało informacji jaka liczba świadczeniodawców i lekarzy dentystów, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, prowadziła taką opiekę, i o liczbie uczniów objętych ich opieką w poszczególnych latach 2010–2012.

W ocenie NIK, pomimo iż Ministerstwo Zdrowia stworzyło uregulowania prawne w celu zapewnienia profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą, nie dokonywało kompleksowej oceny funkcjonowania wprowadzonego systemu, w tym profilaktyki stomatologicznej realizowanej przez lekarzy.

Tymczasem skutki działań profilaktycznych, mierzone badaniami epidemiologicznymi, prezentowane w raportach z Monitoringu wykazują, że przyjęte uregulowania są nieskuteczne.

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła symulację potrzeb dla realizacji gwarantowanych świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży⁴³ w 2011 r. Dla tej populacji 4 833 336 dzieci i młodzieży (12,98% uprawnionych ogółem) należałoby zabezpieczyć 233 777 622 punkty rozliczeniowe o łącznej wartości 228 253 174 zł (13,35% kosztów świadczeń STM). Szczegóły w załączniku nr 3.

Na podstawie danych z OW NFZ ustalono, że w 2011 r. z ww. świadczeń skorzystało tylko 143 228 dzieci i młodzieży (2,96% uprawnionych w tej grupie). Udzielone świadczenia, o łącznej wartości 7 166 715 punktów, kosztowały 7 310 049 zł (0,43% kosztów świadczeń STM).

3. Do Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia przekazywane były corocznie, za pośrednictwem wojewodów, informacje o programach zdrowotnych realizowanych na terenie województw przez jednostki samorządu terytorialnego, na podstawie art. 48 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Według informacji wojewodów, samorządy realizowały w 2010 r. – 114, a w 2011 r. – 123 programy dotyczące profilaktyki próchnicy i chorób jamy ustnej.

W latach 2010–2012, Departament Polityki Zdrowotnej przygotował dla Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia jedną „Notatkę służbową w sprawie informacji przekazywanych Ministrowi Zdrowia przez wojewodów o zrealizowanych programach zdrowotnych w 2009 r. oraz o programach planowanych do realizacji w 2010 r.” (z dnia 18 października 2010 r.).

- Wskazano w niej m.in. siedem najczęściej realizowanych zadań z zakresu profilaktyki, w tym profilaktykę skierowaną do dzieci i młodzieży, która stanowiła około 15% wszystkich programów. Około 30% stanowiły, jak podano, trudne do sklasyfikowania działania. Departament Polityki Zdrowotnej udostępniał otrzymane informacje Departamentowi Zdrowia Publicznego oraz zainteresowanym instytucjom (takim jak: Warszawski Uniwersytet Medyczny, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych).

⁴³ Wymienionych w załącznikach nr. 10 i 11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Pomimo gromadzenia informacji, w latach 2010–2012, Ministerstwo nie sporządzało analiz na temat profilaktyki próchnicy i chorób jamy ustnej, przygotowanych na podstawie przekazywanych przez wojewodów informacji, nie posiada też dokumentów przedstawiających ewaluację realizowanych przez JST programów. Informacje o programach nie były wykorzystywane do oceny funkcjonowania systemu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą.

Zgromadzone w Ministerstwie sprawozdania samorządów nie zawierały kompletnych informacji, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje⁴⁴. Spośród wszystkich sprawozdań o programach profilaktyki chorób jamy ustnej, w 2010 r. w blisko 60% przypadków, a w 2011 r. w 46% przypadków, samorządy nie podały np. informacji o zadaniach zrealizowanych w ramach programów, poniesionych kosztach lub liczbie osób objętych programem.

Wprawdzie Ministerstwo Zdrowia podejmowało działania w celu uzyskania rzetelnych sprawozdań od wojewodów, jednak okazały się one nieskuteczne.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, dzieciom i młodzieży do lat 18 przyznano prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane w miejscu wskazanym w umowie z NFZ, m.in. w dzierżawionych od szkoły pomieszczeniach.

- *Przychylając się do postulatów wpływających do MZ w sprawie stawianych przez NFZ wymagań, dotyczących gabinetów szkolnych, Minister Zdrowia zwracał się do Prezesa NFZ o rozważenie możliwości uwzględnienia podczas kontraktowania świadczeń dla dzieci i młodzieży warunków, w jakich funkcjonują szkolne gabinety stomatologiczne. Wskazywał, że w ofertach konkursowych jednym z dodatkowych warunków rankingowania ofert jest posiadanie aparatu rentgenowskiego w gabinetach (warunek ten nie występuje w rozporządzeniu MZ). Tymczasem lokalizacja gabinetów w budynkach szkolnych uniemożliwia instalowanie w nich takich aparatów w związku z czym podczas konkursu ofert gabinety te są eliminowane⁴⁵.*

NIK zwraca uwagę, iż Ministerstwo nie posiada informacji o liczbie świadczeniodawców, których gabinety stomatologiczne są zlokalizowane na terenie szkół.

- *Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka wyjaśniła, że do konkursu ofert ogłoszonego przez NFZ, mogą przystąpić na równych prawach podmioty, spełniające wymagania określone w szczegółowych przepisach, a NFZ obowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców. Ministerstwo Zdrowia nie mając wpływu na lokalizację gabinetów stomatologicznych (miejsce wykonywania praktyki wybiera lekarz) oraz na zwiększenie liczby umów podpisywanych z gabinetami stomatologicznymi w szkołach (ranking ofert konkursowych), monitorowało jedynie warunki dodatkowe zamieszczone w ofertach konkursowych.*

9. Dostęp do usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych

Ocena dostępności świadczeń stomatologicznych odbywa się w ramach posiadanych przez Ministra kompetencji, uprawnień o charakterze regulacyjnym (rozporządzenia) i nadzorczym (badanie zarządzeń Prezesa NFZ i uchwał Rady Funduszu, nadzór i kontrola NFZ i świadczeniodawców oraz możliwość badania decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu).

Źródłem wiedzy na temat dostępności świadczeń stomatologicznych były informacje zawarte w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu. W latach 2010–2011 Minister Zdrowia przedstawił na forum Sejmu RP roczne sprawozdania z działalności NFZ wraz ze swoim stanowiskiem. Dokonując oceny dostępności świadczeń stomatologicznych Minister stwierdził, iż największe problemy z dostępnością nadal dotyczą uzyskania świadczeń z zakresu poradni ortodontycznej oraz protetyki stomatologicznej.

⁴⁴ Dz. U. Nr 163, poz. 1024.

⁴⁵ Odnosząc się do tego problemu, Prezes NFZ m.in. zlecił dyrektorom oddziałów wojewódzkich, aby dołożyli starań dla właściwego wskazania w ogłoszeniach o postępowaniach konkursowych obszarów zabezpieczenia przekładających się na zapewnienie dostępności do świadczeń stomatologicznych dedykowanych dzieciom i młodzieży szkolnej w jak najbliższym otoczeniu zamieszkania i pobierania nauki.

Departament Matki i Dziecka, do którego należy prowadzenie spraw z zakresu stomatologii, jak też Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego, który zgodnie z regulaminem organizacyjnym Ministerstwa koordynuje działania oraz prowadzi analizy w zakresie oceny dostępności świadczeń opieki zdrowotnej – nie przedstawiły analiz dotyczących dostępności świadczeń stomatologicznych. W latach 2010–2012 Minister Zdrowia nie dokonywał oceny dostępności świadczeń stomatologicznych w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, co było niezgodne z jego obowiązkami wynikającymi z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

NIK nie podziela stanowiska Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego, iż obowiązek dokonywania oceny dostępności w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, ze względu na brak określonego w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej trybu i terminu przeprowadzenia przedmiotowej oceny, winien zostać wykonany jedynie w przypadku zgłoszenia przez samorządy problemów z dostępnością świadczeń.

Zdaniem NIK ocena dostępności świadczeń stomatologicznych powinna być dokonywana przez Ministra we współpracy z samorządem wojewódzkim w sposób ciągły i udokumentowany, bowiem informacje w tym zakresie są niezbędne przy podejmowaniu decyzji kształtujących politykę zdrowotną państwa (m.in. kształcenie kadr medycznych oraz ocena działalności NFZ mająca wpływ na dostępność świadczeń stomatologicznych). Sporadyczne i fragmentaryczne działania, nie oparte o stały przepływ informacji pomiędzy podmiotami i organami odpowiedzialnymi za system opieki zdrowotnej, mogą generować zagrożenia dla jego stabilności.

10. Nadzór Ministra nad ubezpieczeniem zdrowotnym, w części dotyczącej gwarantowanych świadczeń stomatologicznych

W latach 2009–2012 Prezes NFZ wydał 4 zarządzenia z zakresu gwarantowanych świadczeń stomatologicznych, które zgodnie z art. 163 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych zostały poddane badaniu przez Ministra Zdrowia.

W przypadku dwóch zarządzeń Prezesa NFZ (59/2009/DSOZ, 55/2010/DSOZ) Ministerstwo stwierdziło niezgodność zarządzeń z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

- W zarządzeniu 59/2009/DSOZ wadliwość polegała na nieuwzględnieniu w załączniku nr 3 zarządzenia – w ramach warunków realizacji świadczeń wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych – lekarza chirurgii szczękowej przy wykonywaniu świadczeń protetyki stomatologicznej dla pacjentów po chirurgicznym leczeniu nowotworów.
- W przypadku zarządzenia 55/2010/DSOZ wada prawna polegała na niezgodnym z obowiązującym rozporządzeniem zamieszczeniu świadczeń „proteza dziecięca częściowa” oraz „proteza dziecięca całkowita” w czterech zakresach świadczeń, pomimo iż powinny być zawarte w jednym zakresie. Prezes NFZ w obu wymienionych przypadkach, odpowiadając na pismo Ministra Zdrowia, deklarował dokonanie zmian przy najbliższej zmianie zarządzenia, po zakończeniu trwających wówczas postępowań konkursowych w rodzaju leczenie stomatologiczne. Zmiana zarządzenia 59/2009/DSOZ nastąpiła 19 stycznia 2010 r. (wadliwe prawnie zarządzenie obowiązywało 2,5 miesiąca), a zarządzenia 55/2010/DSOZ – 4 kwietnia 2011 r. (wadliwe prawnie zarządzenie obowiązywało ponad 6 miesięcy).

Żadne z wymienionych zarządzeń nie zostało uznane za nieważne, w całości lub części.

Ministerstwo Zdrowia niewłaściwie stosowało przepisy ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz przepisy działu II Kodeksu postępowania administracyjnego⁴⁶ (KPA) przy badaniu zarządzeń Prezesa NFZ. W przypadku dwóch wadliwych prawnie zarządzeń Prezesa NFZ nie wydano, stosownie do art. 165 ust. 3 oraz art. 181 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, decyzji administracyjnych

⁴⁶ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 267).

zawierających zalecenia, mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności NFZ do przepisów prawa.

- W przypadku badania dwóch wspomnianych zarządzeń przekroczone terminy zakończenia postępowania administracyjnego określone w art. 35 ust. 3 KPA, miesięczny w przypadku zarządzenia 55/2010/DSOZ, a w przypadku zarządzenia 59/2009/DSOZ termin dwumiesięczny, przewidziany dla spraw szczególnie skomplikowanych. Równocześnie przedłużając termin postępowania administracyjnych Ministerstwo nie podało przyczyn zwłoki, co było niezgodne z art. 36 KPA.
Jednocześnie NIK uznaje za celowe informowanie Prezesa NFZ o wynikach badań jego decyzji, w sytuacji gdy Minister Zdrowia ich nie kwestionuje. Praktyka taka, niestosowana dotychczas w Ministerstwie, sprzyjałaby przejrzystości relacji między Urzędami.

3.2.2. Narodowy Fundusz Zdrowia: Centrala oraz dziewięć oddziałów wojewódzkich

1. Finansowanie świadczeń stomatologicznych

1.1. Analizy dokonywane przez Centralę i OW w procesie planowania kosztów

1. W latach 2010–2012 Centrala NFZ przekazywała corocznie do OW informację o przewidywanej kwocie kosztów wszystkich świadczeń bez podziału na ich rodzaje, wraz z zaleceniami co do sposobu i zakresu realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń. Oddział miał za zadanie dokonać podziału tej kwoty na świadczenia zdrowotne wymienione w pozycjach od B2.1 do B2.18 Planu finansowego. W pozycji B2.8 występowały koszty świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne. Na 2010 r., 2011 r. i 2012 r. przekazane zostały założenia do sporządzenia projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego m.in. w rodzaju leczenie stomatologiczne, tj.:

- do planu na 2010 r. podano: „Nie jest planowane dokonywanie zmian w sposobie i zakresie realizacji świadczeń stomatologicznych”;
- do planu na 2011 r. cyt.: „Proponuje się by nakłady na jednego świadczeniobiorcę wyrównać w poszczególnych OW NFZ do najwyższego poziomu w roku 2010, tj. około 54,68 zł, tak aby dostęp do leczenia stomatologicznego mierzony tym wskaźnikiem był zbliżony w całym kraju. Ponadto do czasu zmiany modelu finansowania świadczeń w ramach Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wadami wrodzonymi części twarzowej czaszki (co miałoby nastąpić począwszy od 2012 r.), należy dążyć do zrównania wysokości stawki ryczałtu miesięcznego w poszczególnych oddziałach, wynoszącej w 2010 r. średnio 281 zł miesięcznie;
- do planu na 2012 r. – „Obecnie nie przewiduje się wprowadzania zmian zasad kontraktowania istotnie wpływających na poziom prognozowanych kosztów w rodzaju leczenie stomatologiczne”.

Zgodnie z art. 120 ust. 2 i 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, OW miały obowiązek, przekazać coroczną prognozę kosztów oddziałów wojewódzkich oraz projekty planów finansowych. Ponadto OW przekazywały do Centrali NFZ plany zakupu świadczeń.

2. Zasady określania zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne Oddziały Wojewódzkie (OW) ustalały samodzielnie na podstawie:

- danych historycznych i aktualnego poziomu zakontraktowania i wykonania świadczeń, liczby ludności w poszczególnych obszarach kontraktowania, migracji pacjentów między obszarami kontraktowania świadczeń, oraz możliwości finansowych wynikających z obowiązującego planu finansowego;
- przyjęcia założenia równych nakładów na 1 ubezpieczonego w poszczególnych obszarach kontraktowania, uwzględniając kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń stomatologicznych;

- liczby ubezpieczonych przypadających na 1 etat świadczeniodawcy, przy świadczeniach ogólnostomatologicznych, tj. objęcie przez jednego lekarza dentystę opieką stomatologiczną 2500 – 3500 mieszkańców, wzorując się na przepisach zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu⁴⁷;
- „Założeń do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich na lata (...)”, przekazywanych przez Centralę NFZ.

OW starały się zapewnić elementy dostępności przestrzennej m.in. poprzez określanie w planach kontraktowania świadczeń: obszarów kontraktowania dla poszczególnych zakresów świadczeń, liczby ubezpieczonych przypadających na 1 etat, wyrównywania nakładów na świadczenia w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych.

Przedstawione wyżej metody określania zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne, w ocenie NIK, zapewniały utrzymanie liczby i wartości świadczeń na poziomie zbliżonym do lat poprzednich. Nie gwarantowały równomiernego rozdysponowania świadczeń w terenie. Nie podjęto systematycznej współpracy z samorządem terytorialnym i Okręgowymi Izbami Lekarskimi, na rzecz poprawy dostępu do świadczeń STM na obszarach kontraktowania, w przypadkach niewystarczającej liczby oferentów dla zapewnienia równej dostępności w skali województwa. Jednostkowe próby OW zainteresowania tych podmiotów problemami dostępności opieki stomatologicznej nie przyniosły rezultatów. Stosowanie podwyższonych wartości jednostek rozliczeniowych dla obszarów deficytowych było mało skuteczne.

2. Plan i wykonanie kosztów świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne

W latach 2010–2012, zarówno koszty prognozowane, planowane oraz wykonane, miały tendencję spadkową w porównaniu do 2009 r.

Prognozowane koszty wynosiły:

- na 2009 r. – 1.971.620 tys. zł,
- na 2010 r. – 1.814.762 tys. zł (niższe o 7,96%),
- na 2011 r. – 1.789.114 tys. zł (niższe o 9,26% w stosunku do 2009 r.),
- na 2012 r. – 1.778.801 tys. zł (niższe o 9,78% w stosunku do 2009 r.).

Planowane koszty, według ostatecznego planu po zmianach, wyniosły:

- w 2009 r. – 1.901.844 tys. zł,
- w 2010 r. – 1.716.877 tys. zł,
- w 2011 r. – 1.729.903 tys. zł,
- w 2012 r. – 1.787.806 tys. zł.

Zrealizowane koszty wyniosły:

- w 2009 r. – 1.849.403 tys. zł,
- w 2010 r. – 1.689.259 tys. zł, tj. o 8,66% niższe niż w 2009 r.,
- w 2011 r. – 1.710.333 tys. zł, tj. niższe o 7,52% niż w 2009 r.,
- w 2012 r. – 1.771.376 tys. zł, tj. niższe o 4,22% niż w 2009 r.

W 15 OW odnotowano spadek zrealizowanych kosztów w latach 2010–2011 w stosunku do 2009 r. Wyjątek stanowił Podlaski OW, gdzie w 2010 r. odnotowano wzrost wykonanych kosztów w stosunku do 2009 r. o 1,35%, a w 2011 r. spadek o 0,53%.

⁴⁷ Dz. U. Nr 115, poz. 1087 – uchylony z dniem 31 grudnia 2004 r.

Udział kosztów świadczeń stomatologicznych w ogólnych kosztach świadczeń stanowił:

- w 2009 r. – 3,36% (55.038.582,01 tys. zł)
- w 2010 r. – 2,98% (56.643.910,37 tys. zł)
- w 2011 r. – 2,94% (58.224.321,00 tys. zł)
- w 2012 r. – 2,96% (59.875 547,17 tys. zł)⁴⁸

Mimo wzrostu ogólnych kosztów świadczeń, koszty w rodzaju świadczenia stomatologiczne zmniejszały się.

- Wyjaśniając przyczyny spadku zrealizowanych kosztów świadczeń STM w stosunku do 2009 r., Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego wskazał, że zjawisko to było konsekwencją ograniczenia dynamiki wzrostu nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w 2010 r., jak i w 2011 r., wynikające m.in. „z utrzymania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne na poziomie 9% podstawy wymiaru składki oraz pogorszenia się sytuacji makroekonomicznej kraju, w następstwie odczuwalnych skutków światowego kryzysu gospodarczego. Wobec ograniczoności środków, jakimi dysponował Fundusz w latach 2010–2011, w celu zabezpieczenia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie nie niższym niż w roku 2009, w tym w szczególności:
 - w rodzaju leczenie szpitalne i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – w celu zabezpieczenia finansowania świadczeń nielimitowanych oraz ratujących życie i zdrowie świadczeniobiorców,
 - kontynuacji finansowania procedur wysokospecjalistycznych (rozpoczętego z dniem 1 kwietnia 2009 r.) i przeszczepów (począwszy od dnia 1 lipca 2009 r.), które wcześniej finansowane były przez Ministerstwo Zdrowia, oddziały wojewódzkie były zmuszone do częściowego ograniczenia nakładów finansowych w pozostałych rodzajach świadczeń, w tym m.in. w rodzaju leczenie stomatologiczne, i przyjęcia innych priorytetów finansowania świadczeń zdrowotnych”.

Szczególnie niskie wykonanie kosztów świadczeń stomatologicznych w porównaniu do 2009 r. wystąpiło w Śląskim OW, tj. w 2010 r. niższe o 26%, a w 2011 r. o 17,81%, odpowiednio: w Dolnośląskim OW o 9,77% i 12,49%, Zachodniopomorskim OW o 12,54% i 9,36%, Pomorskim OW o 14,18% i o 14,9%, w Wielkopolskim OW o 4,26% i 4,25%.

- Wyjaśniając przyczyny tak wysokiego spadku nakładów na świadczenia STM w ww. województwach, Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ) podała m.in., iż wśród priorytetów wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – leczenie stomatologiczne nie zostało wymienione, w związku z tym kontraktowanie świadczeń stomatologicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie odbywało się na zasadach preferencyjnych w stosunku do kontraktowania świadczeń innych rodzajów.

W 2011 r. nie osiągnięto zakładanego przez Centralę NFZ wzrostu średniego kosztu zrealizowanych świadczeń stomatologicznych w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego do wysokości 54,68 zł we wszystkich OW. Najwyższy wskaźnik w 2011 r. osiągnął Warmińsko-Mazurski OW – 54,65 zł, który i tak był niższy niż w 2009 r. o 5,80% (58,01 zł). Najniższy wskaźnik osiągnął Mazowiecki OW – 38,54 zł, niższy o 7,23% niż w 2009 r. (41,54 zł).

Średni krajowy koszt zrealizowanych świadczeń stomatologicznych w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego wyniósł:

- w 2009 r. – 49,56 zł,
- w 2010 r. – 45,35 zł,
- w 2011 r. – 45,73 zł,
- w 2012 r. – 48,54 zł (w I półroczu).

W porównaniu do 2009 r. w 15 OW wskaźniki te w latach 2010–2011 były niższe.

⁴⁸ Według stanu na 15 kwietnia 2013 r.

3. Metodologia wyceny świadczeń stomatologicznych

Wykaz świadczeń wraz z wyceną punktową zawierał załącznik nr 1 pod nazwą "Katalog zakresów i świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne" do zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.

W załączniku nr 1 do zarządzenia nr 59/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne⁴⁹ wyszczególniono 116 procedur, w tym 13 dotyczyło świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, wymienionych w załącznikach nr 10 i 11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

- W 2009 r. DSOZ dokonał wyceny 13 świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży wymienionych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Wycenę punktową sporządzono poprzez wyodrębnienie części składowych świadczenia i przynależnych do nich wycen punktowych, opisanych w projektach rozporządzeń Ministra Zdrowia z 2003 r. Wyniki prac zostały wykorzystane po raz pierwszy przy kontraktowaniu świadczeń na rok 2010.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że do wyceny tej nie wykorzystywano informacji od wybranych świadczeniodawców o rzeczywistych kosztach udzielania świadczeń, co było sprzeczne z § 15 ust. 3 i 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.⁵⁰, który stanowił, iż Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, określa jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń i ustala wycenę poszczególnych świadczeń w tych jednostkach. Dokonując wyceny, o której mowa w ust. 3, Prezes Funduszu bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania. W przedmiocie ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa w ust. 4, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystuje informacje pozyskane od wybranych świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które w ramach dwu – lub wielostronnej współpracy udostępnią dane o kosztach udzielania świadczeń.

4. Ustalanie wartości jednostek rozliczeniowych

4.1. Zgodnie z zasadami przeprowadzenia konkursów w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przyjętymi kryteriami oceny ofert, oceniając cenę jako kryterium, porównuje się cenę z oferty z ceną oczekiwaną jednostki rozliczeniowej. Ceną oczekiwaną jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń zdrowotnych w danym rodzaju lub zakresie, wskazanych przez OW NFZ⁵¹. Cenę oczekiwaną jednostki rozliczeniowej (punktu, ryczałtu) w danym zakresie świadczeń dyrektor OW ogłasza na stronie internetowej, w formie komunikatu, przed ogłoszeniem konkursu.

W latach 2010–2012 OW określały cenę oczekiwaną punktu na poziomie cen z lat ubiegłych, głównie z uwagi na niższe planowane koszty świadczeń STM, lub wzorowano się na wartościach określonych przez inne OW, podwyższając względnie obniżając cenę oczekiwaną punktu.

⁴⁹ Stosowanego do postępowań w sprawie zawarcia umów na rok 2010.

⁵⁰ W sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

⁵¹ Zarządzenie Nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

- W Pomorskim OW – w konkursie głównym na zakup świadczeń na lata 2010–2012 w zakresie ogólnostomatologicznym ustalono cenę oczekiwaną na poziomie 1,00 zł. Ostateczna wartość punktu rozliczeniowego, a następnie ceny poszczególnych świadczeń kształtowały się w zależności od liczby i wartości ofert w poszczególnych postępowaniach. W sytuacji, gdy łączna wartość ofert złożonych w danym postępowaniu przekraczała zaplanowaną wartość uzyskiwano niższe ceny (np.: w powiecie gdańskim wartość punktu rozliczeniowego kształtowała się od 0,89 zł do 1,00 zł, zaś średnia wartość 0,90 zł), natomiast w postępowaniach, w których podaż ofert była znacznie niższa w stosunku do planowanej wartości, cena była wyższa. W takich przypadkach (dot. to powiatów lęborskiego, chojnickiego, sztumskiego), mimo zawarcia kontraktów z wszystkimi oferentami, nie wyczerpano planowanej wartości postępowania, a cena kształtowała się na poziomie 1,15 zł za 1 punkt. W pozostałych powiatach cena punktu ukształtowała się w granicach od 0,95 zł do 1,15 zł, zaś średnia dla województwa wynosiła 1,01 zł.
- Świętokrzyski OW, przy kontraktowaniu świadczeń na 2011 r., uznając że ceny z aktualnie realizowanych umów znacznie odbiegały od średnich cen krajowych, postanowił podwyższyć ceny za 1 punkt rozliczeniowy m.in. w zakresach:
 - ortodoncji o 0,10 zł (z 0,95 zł w 2010 r., do 1,05 zł, tj. o 10,5 %),
 - świadczeń stomatologicznych dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych w tym chorych na AIDS o 0,10 zł; (z 1,90 zł w 2010 r. do 2,00 zł o 5,3%),
 - protetyki stomatologicznej o 0,05 zł (z 0,95 zł w 2010 r. do 1,0 zł w 2011 r. o 5,3%),
 - świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym o 0,30 zł (z 3,5 zł w 2010 r. do 3,8 zł w 2011 r. o 8,6%),
 - świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży o 0,01 zł (0,90 – 0,95 zł w 2010 r. do 0,91 – 0,96 zł w 2011 r. o 1,1%),
 - stomatologicznej pomocy doraźnej – kwoty ryczałtu – z 400 zł do 450 zł (o 12,5%).
- W Lubelskim OW do kontraktowania świadczeń na 2011 r. przyjęto ceny i liczby jednostek rozliczeniowych w wysokości obowiązującej w 2010 r. Natomiast w zakresie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, jednostkę rozliczeniową (ryczałt miesięczny na osobę) zwiększono, zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ, z 230 zł na 281 zł (o 22,2%).

4.2. W latach 2010 – I półrocze 2012 r. Fundusz nie prowadził prac związanych z ustalaniem rzeczywistych kosztów świadczeń stomatologicznych. Prace takie były prowadzone w latach 2005–2006. W 2005 roku Naczelna Rada Lekarska przedstawiła "Kalkulację kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (z uwzględnieniem wymaganego standardu).

- Naczelna Rada Lekarska (NRL) oraz Oddział Małopolskiej Izby Lekarskiej wskazywały, iż wycena Funduszu jest zaniżona. Wycena NRL została sporządzona na podstawie kosztów zebranych w trzech dużych przychodniach w Krakowie. Wykonawca tej wyceny nie był przekonany, co do możliwości jej zastosowania na terenie całego Kraju w sposób uniwersalny bez żadnych modyfikacji. W maju 2006 r. DSOZ we współpracy z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej opracował specyfikację zużycia materiałów, czasu pracy, instrumentarium, "drobnego sprzętu", wymaganego do wykonania 10 procedur stomatologicznych, których koszt wykonania w 2005 r. był największy⁵². Przyjęcie do stosowania tak ustalonych cen spowodowałoby, w ocenie Funduszu, wzrost kosztów świadczeń STM o ok. 70%.

5. Liczba i wartość świadczeń stomatologicznych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w wybranych zakresach

Średnia krajowa liczba wykonanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w zakresie nr 1 **ogólnostomatologiczne**, wyniosła:

- w 2009 r. – 12.036;
- w 2010 r. – 11.535 (zmniejszyła się o 4,16%);
- w 2011 r. – 11.616 (zmniejszyła się o 3,49% w stosunku do 2009 r.).

⁵² Specyfikacja ta dotyczyła świadczeń oznaczonych kodami : 23.1502, 23.1503, 23.1504, 23.1505, 23.1601, 23.1006, 23.3103, 23.3104, 23.3105, 23.1703.

W ślad za tym zmniejszyła się średnia liczba rozliczonych jednostek rozliczeniowych z 352.562 w 2009 r. do 330.325 w 2010 r. (o 6,31%) i do 331.875 w 2011 r. (o 5,87% w stosunku do 2009 r.).

W porównaniu do 2009 r. spadek liczby wykonanych świadczeń w 2010 r. i w 2011 r. wystąpił w 12 OW.

- *Szczególnie niskie wykonanie liczby świadczeń w 2011 r. wystąpiło w OW: Dolnośląskim o 11,40%, w Pomorskim o 12,14 %, w Śląskim o 14,78 %, Łódzkim o 6,31%, Warmińsko-Mazurskim o 6,87%, Lubelskim o 4,40%, Podkarpackim o 3,84%.
Niższe spadki odnotowano w OW: Kujawsko-Pomorskim o 0,54%, Mazowieckim o 1,60%, Podlaskim o 0,70%, Świętokrzyskim o 0,78%.*

W 2011 r. w czterech OW odnotowano wzrost liczby świadczeń ogólnostomatologicznych w porównaniu do 2009 r., tj. w Małopolskim o 7,91%, Zachodniopomorskim o 6,46%, Wielkopolskim o 2,75%, Opolskim o 1,88%.

- *W Opolskim i Zachodniopomorskim wraz ze wzrostem liczby świadczeń, wzrosła liczba jednostek rozliczeniowych i nakładów finansowych z tym związanych. Natomiast w OW Wielkopolskim i Małopolskim mimo wzrostu liczby świadczeń nie wzrosła liczba jednostek rozliczeniowych jak i nakładów finansowych na świadczenia, co oznaczało wykonanie większej liczby świadczeń o niskiej wycenie punktowej.*

W zakresie nr 2 **świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży**⁵³ średnia krajowa liczba wykonanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wyniosła:

- w 2009 r. – 2.480;
- w 2010 r. – 2.399 (niższa o 3,26%);
- w 2011 r. – 2.564 (wyższa niż w 2009 r. o 3,39%).

Najniższy wskaźnik liczby świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych osiągnięto w OW:

- w 2009 r. w Śląskim – 233, w Lubuskim – 224, Warmińsko-Mazurskim – 304;
- w 2010 r. w Lubuskim – 228, Śląskim – 220, Warmińsko-Mazurskim – 293;
- w 2011 r. w Warmińsko-Mazurskim 294, Śląskim – 329.

Najwyższy wskaźnik osiągnięto w OW:

- w 2009 r. w Lubelskim – 7.214, Małopolskim – 7.003, Zachodniopomorskim – 3.673;
- w 2010 r. w Małopolskim – 7.201, Lubelskim – 6.935, Kujawsko-Pomorskim – 3.421;
- w 2011 r. w Lubelskim – 7.168, Małopolskim – 6.526, Zachodniopomorskim – 3.237.

W zakresie Nr 6 **świadczenia ortodontyjni** średnia krajowa liczba świadczeń na 10 tys. mieszkańców wynosiła:

- w 2009 r. – 589;
- w 2010 r. – 556 (niższa o 5,60%);
- w 2011 r. – 539, (niższa o 8,48% niż w 2009 r.).

W 2011 r. w porównaniu do 2009 r. tylko w dwóch OW wystąpił wzrost liczby świadczeń: w Mazowieckim o 3,47% oraz Zachodniopomorskim o 12,99%.

W pozostałych 14 OW liczba świadczeń miała tendencję spadkową. Szczególnie wysokie spadki wystąpiły w Lubuskim OW o 24,89%, Podkarpackim OW o 14,35%, Podlaskim OW o 15,00%, Śląskim OW o 18,35% Wielkopolskim OW 16,33%.

NIK zauważa, iż w ww. zakresach świadczeń stomatologicznych w latach 2010-2011 rozliczono mniej jednostek rozliczeniowych i o niższej wartości niż w 2009 r.

⁵³ Świadczenia te były udzielane również w zakresie nr 1.

6. Wytyczne Centrali w sprawie zasad kontraktowania świadczeń

W latach 2010–2012 Centrala NFZ przekazywała oddziałom wojewódzkim aktualne wersje procedur kontraktowania świadczeń pn. „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

- *Procedury zawierały definicje, terminologię, używane skróty, w tym kody trybu postępowania oraz opis poszczególnych etapów postępowania prowadzonego w oddziale, mającego doprowadzić do wyboru ofert i zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, od momentu jego przygotowania do momentu rozpatrzenia odwołań od rozstrzygnięć postępowań konkursowych. Do poszczególnych etapów postępowania przypisano stosowne załączniki.*

W przypadku odstępstwa od procedury należało każdorazowo powiadomić Prezesa NFZ. Ogłoszenie o postępowaniu należało opublikować: na tablicy informacyjnej, stronie internetowej oraz przekazać do izb zrzeszających zawody medyczne.

Ponadto Prezes NFZ wydał zarządzenia, m.in. nr 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązujące przy kontraktowaniu świadczeń na 2010 r. W załączniku nr 1 podano tabelę nr 1.4, w której wymieniono kryteria oceny ofert w rodzaju leczenie stomatologiczne. Zarządzenie to zostało dostosowane, zgodnie z decyzją Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nr RWA-9/2009, poprzez usunięcie treści w kryterium „ciągłość” – *okoliczności realizowania przez oferenta, w dniu złożenia oferty, leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń na podstawie umowy zawartej z NFZ* (Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 71/2007/DSOZ).

- *Zapis ten UOKiK uznał za praktykę ograniczającą konkurencję i naruszającą zakaz nadużywania pozycji dominującej, o którym mowa w art 9 ust. 1 i ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów⁵⁴ i nałożył karę pieniężną w wysokości 1.145.512 zł. NFZ odwołał się od decyzji Prezesa UOKiK do Sądu Okręgowego w Warszawie Wydz. XVII Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który w dniu 12 kwietnia 2011 r. odwołanie oddalił. Od wyroku ww. sądu złożono apelację do Sądu Apelacyjnego, który po rozpoznaniu sprawy w dniu 16 maja 2012 r. apelację oddalił. W dniu 30 maja 2012 r. przekazano na rachunek UOKiK kwotę 1.145.512 zł tytułem kary pieniężnej.*

Postępowania konkursowe i rokowania prowadzone przez skontrolowane OW NFZ odpowiadały wymaganiom określonym w ustawie o świadczeniach zdrowotnych i zarządzeniach Stwierdzone nieprawidłowości, głównie o charakterze formalnym, polegały na: nierzetelnym dokumentowaniu postępowań konkursowych – dwa przypadki; nieprzekazaniu wojewodzie informacji o realizatorach świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży – w jednym OW oraz nierównym traktowaniu świadczeniodawców (jeden przypadek potwierdzony decyzją Prezesa NFZ).

7. Koordynacja i nadzór procesu kontraktowania i realizacji świadczeń

7.1. Centrala pełni nadzór nad procesem kontraktowania świadczeń realizowanym przez oddziały. W tym celu Fundusz wykorzystuje własne dane dotyczące kolejek oczekujących, analizy dostępności świadczeń oraz potencjału świadczeniodawców, a także plany zakupu świadczeń poszczególnych OW.

- *W trakcie postępowań konkursowych Prezes Funduszu sprawuje nadzór poprzez monitorowanie przebiegu postępowań konkursowych, wykorzystując informacje Oddziałów o liczbie ogłoszonych postępowań, złożonych ofert (w podziale na oferty odrzucone i zakwalifikowane do części jawnej) oraz o wynikach postępowań.*

7.2. Wydział Nadzoru i Kontroli DSOZ NFZ sporządza informacje o kontrolach wykonanych przez OW NFZ za I, II, III i IV kwartał danego roku narastająco na podstawie danych przesyłanych z OW NFZ w latach 2010 – I półrocze 2012, OW NFZ przeprowadziły 1.064 kontrole świadczeniodawców,

⁵⁴ Dz. U. Nr 50, poz. 331 ze zm.

z którymi zawarto umowy w rodzaju leczenie stomatologiczne, a wartość skontrolowanych umów wyniosła 1.862.046,1 tys. zł. W wyniku przeprowadzonych kontroli zostały rozwiązane 32 umowy.

- *Najczęściej kontrolowanymi były świadczenia: ogólnostomatologiczne – 72,8% ogółu przeprowadzonych kontroli, ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia – 12,8%, ortodoncji – 5,1%, chirurgii stomatologicznej i periodontologii – 4,4%, protetyki stomatologicznej 2,7%.*

Podczas kontroli wykonanych przez OW stwierdzano m.in. następujące nieprawidłowości: nieprzestrzeganie umowy zawartej z NFZ w zakresie miejsca i czasu udzielanych świadczeń, ograniczanie dostępności do świadczeń, nieprawidłowości w prowadzeniu listy oczekujących na udzielenie świadczeń lub zaniechanie jej prowadzenia, błędne kwalifikacje i rozliczanie świadczeń, przeszacowanie procedur, zawyżanie punktacji procedur, nieprawidłową krotność świadczeń wskazanych do rozliczenia, niezgodność raportów statystyczno-medycznych z dokumentacją medyczną, brak informacji niezbędnych dla pacjenta.

W wyniku kontroli w latach 2010 – I półrocze 2012 r. OW NFZ zakwestionowały świadczenia na kwotę 5.533,3 tys. zł oraz nałożyły kary na kwotę 1.287,8 tys. zł.

8. Korzystanie ze świadczeń stomatologicznych

W 2010 r. 11.562 świadczeniodawców udzielało świadczeń STM, a w 2011 r. 10.825.

W 2012 r. 10.780 świadczeniodawców realizowało umowy STM, z tego:

5.510 prowadziło indywidualną praktykę lekarską;

167 grupową praktykę lekarską;

5.103 w pozostałych formach organizacyjnych.

Na podstawie zestawień przekazanych przez OW ustalono, iż ze świadczeń stomatologicznych skorzystało:

w 2010 r. 7.897.678 osób;

w 2011 r. 8.216.894 osoby.

Liczba wykonanych świadczeń wyniosła:

w 2010 r. – 46.851.034;

w 2011 r. – 50.014.563⁵⁵.

Najwięcej osób korzystało ze świadczeń w zakresie:

– nr 1 – świadczenia ogólnostomatologiczne:

w 2010 r. – 6.183.754 osoby otrzymały 35.858.991 świadczeń;

w 2011 r. – 6.090.543 osoby, (mniej o 1,51% niż w 2010 r.), otrzymały 35.570.159 świadczeń (mniej o 0,81%);

– nr 2 świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży:

w 2010 r. – 780.502 osoby otrzymały 6.224.449 świadczeń;

w 2011 r. – 1.141.576 osób (wzrost o 45,29%) otrzymało 6.715.856 świadczeń (więcej o 7,9% niż w 2010 r.).

– nr 5 świadczenia chirurgii stomatologii i periodontologii:

w 2010 r. – 372.684 osoby otrzymały 2.301.673 świadczeń;

w 2011 r. – 402.627 osób (więcej o 8,03% niż w 2010 r.) otrzymało 2.534.113 świadczeń (więcej o 10,11%).

⁵⁵ Według stanu na dzień 30 października 2012 r.

– nr 6 Świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży:

w 2010 r. – 380.954 osoby uzyskały 1.973.071 świadczeń;

w 2011 r. – 377.330 osób (mniej o ok.1%) uzyskało 1.924.365 świadczeń (o 2,47% mniej niż w 2010 r.).

Świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży, wymienione w załącznikach nr 10 i 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. zostały wykazane w załączniku nr 1 „Katalog zakresów i świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne” do zarządzeń Prezesa NFZ Nr 59/2009/DSOZ i 55/2010/DSOZ w zakresach nr 1 i 2 świadczeń stomatologicznych.

W 2010 r. wykonano 110.585 świadczeń profilaktycznych, co stanowiło 0,26% ogólnej liczby świadczeń zrealizowanych w obu zakresach (42.083.440).

- *Najmniej świadczeń profilaktycznych w stosunku do ogólnej liczby świadczeń zrealizowano w Dolnośląskim OW – 1.697, co stanowiło 0,06% ogółu świadczeń, w Lubuskim OW – 389 co stanowiło 0,11% ogółu świadczeń. Najwięcej świadczeń zrealizowano w Małopolskim OW 10.594 – 0,57% ogółu świadczeń, w Podlaskim OW 9.009 – 0,53% ogółu świadczeń.*

W 2011 r. zrealizowano tych świadczeń 143.228, co stanowiło 0,34% ogółu świadczeń.

- *Najmniej świadczeń w stosunku do ogólnej liczby świadczeń zrealizowano: w Dolnośląskim OW – 2.937, co stanowiło 0,10%, w Zachodniopomorskim OW – 3.620 (0,19%), w Opolskim OW – 2.204 (0,21%), w Mazowieckim OW – 19.438 (0,24%). Najwięcej świadczeń zrealizowano w Podkarpackim OW – 9.820 (0,95%), w Małopolskim OW – 14.103 (0,77%).*

W pierwszym półroczu 2012 r. zrealizowano ogółem 82.657 świadczeń profilaktycznych, co stanowiło 0,35% wszystkich świadczeń w zakresie nr 1 i 2.

9. Niewykonania i nadwykonania zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych

Wartość nadwykonanych świadczeń STM wyniosła:

w 2010 r. 10.441,60 tys. zł (0,61% planu);

w 2011 r. 18.151,45 tys. zł (1,05% planu) i były wyższe o 7.709,85 tys. zł (o 73,28%) niż w 2010 r.

Wartość niewykonanych świadczeń STM wyniosła:

w 2010 r. 23.569,12 tys. zł (wyższe od nadwykonań o 125,72%);

w 2011 r. 14.963,62 tys. zł (niższe od nadwykonań o 17,56%).

W oddziałach wojewódzkich monitorowano systematycznie realizację umów o świadczenia STM. W przypadkach wyraźnych odstępstw od harmonogramów ich realizacji podejmowano działania wyjaśniające przyczyny tych zjawisk. Na podstawie analiz, świadczeniodawcom z najmniejszym poziomem wykonania świadczeń proponowano zmiany umów do poziomu możliwego do realizacji do końca okresu rozliczeniowego, zaś świadczeniodawcom wykonującym świadczenia przekraczające wartości określone w umowach stwarzano możliwości przeniesienia wartości umów między zakresami lub wystąpienia o zwiększenie wartości umów. Decyzje o zmianie umów uzależnione były od możliwości finansowych oddziału.

10. Postępowanie odwoławcze od decyzji dyrektorów OW NFZ w sprawie rozstrzygnięć komisji konkursowych

W 2010 r. do Prezesa NFZ wpłynęło 28 odwołań od rozstrzygnięć komisji konkursowych, z tego 26 z Pomorskiego OW, 2 z Zachodniopomorskiego OW.

- *Wszystkie odwołania zostały rozpatrzone, w tym: w dwóch sprawach wydano decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i uwzględniającą odwołanie, w 25 sprawach wydano decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję, w jednej sprawie postanowienie o uchybieniu terminu. W ośmiu sprawach odwołujący wnieśli skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA), z tego siedem spraw zostało zakończonych prawomocnym*

wyrokiem sądu oddalającym skargę. W jednej sprawie została złożona skarga kasacyjna, po wyroku WSA oddalającym skargę (sprawa w toku).

W 2011 r. wpłynęło 306 odwołań (dziewięciokrotnie więcej niż w 2010 r.), w tym wg stanu na 31 grudnia 2011 r. rozpatrzono 297 odwołań, pozostało do rozpatrzenia dziewięć odwołań.

- Spośród rozpatrzonych spraw, w dziewięciu (3,03%) wydano decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i uwzględniającą odwołanie, w 68 (22,90%) sprawach decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i przekazującą do ponownego rozpatrzenia, w 200 (67,34%) sprawach wydano decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję, w 17 (5,72%) wydano postanowienie o uchybieniu terminu, w 3 (1,01%) sprawach wydano decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję oraz postanowienie o sprostowaniu omyłki pisarskiej. Na odmowne decyzje złożono 25 skarg do WSA, z tego 1 postępowanie zakończono nieprawomocnym wyrokiem WSA, uchylającym decyzję Prezesa NFZ. Sprawa jest w toku przed Naczelnym Sądem Administracyjnym.

W 2012 r. (do 31 sierpnia) wpłynęło 139 odwołań oraz z 2011 r. pozostało dziewięć odwołań, łącznie do rozpatrzenia było 148 odwołań.

- Do 30 sierpnia 2012 r. rozpatrzono łącznie 133 odwołania w tym: w dwóch przypadkach wydano decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i uwzględniającą odwołanie, w trzech – decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i przekazującą sprawę do ponownego rozpatrzenia, w 114 przypadkach wydano decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję, w sześciu przypadkach wydano postanowienie o uchybieniu terminu, w sześciu przypadkach decyzje o umorzeniu postępowania oraz wydano dwa postanowienia o sprostowaniu omyłki pisarskiej. Według stanu na 30 sierpnia 2012 r. wpłynęło 11 skarg (7,9% z 139 odwołań) do WSA.

Na podstawie rejestru odwołań ustalono, iż:

- w 2010 r. spośród 28 odwołań, które wpłynęły do Prezesa NFZ, siedem (25%) rozpatrzono w terminie określonym w art. 154 ust 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, który stanowił, iż Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, o którym mowa w ust. 4, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Pozostałych 19 odwołań rozpatrzono i wydano decyzję z przekroczeniem ww. terminu;
- w 2011 r. wpłynęło 306 odwołań, z tego rozpatrzono 297 odwołań, pozostałe dziewięć rozpatrzono w 2012 r., tj. 81 zostało rozpatrzonych w terminie do 30 dni, pozostałe 225 w terminie przekraczającym ustawowy termin;
- w 2012 r. spośród 139 odwołań, do 30 sierpnia 2012 r. rozpatrzono 123 odwołania z tego 32 w ciągu 30 dni, pozostałe 91 z przekroczeniem terminu. Pozostało do rozpoznania 16 odwołań.
- Dyrektor DSOZ wyjaśniła, iż „wobec konieczności rozpoznania przez organ II instancji bardzo dużej ilości odwołań (...) oraz konieczności przeprowadzenia w niektórych przypadkach dowodów i dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego sprawy (...) ale przede wszystkim w związku ograniczonymi możliwościami kadrowymi, niejednokrotnie nie było możliwe dotrzymanie przez Prezesa Funduszu 30-dniowego terminu na wydanie decyzji administracyjnej. Niemniej jednak zauważyć należy, iż sytuacja, jaka miała miejsce w związku z przeprowadzonymi przez OW NFZ postępowaniami konkursowymi/rokowaniami na rok 2011 i lata następne oraz złożonymi do organu II instancji odwołaniami w ilości około 1300 odwołań, była trudna do przewidzenia. Wprawdzie zgodnie z kompetencjami określonymi w Regulaminie Organizacyjnym Centrali NFZ rozpatrywanie odwołań wchodzi w zakres prac Wydziału Nadzoru i Kontroli we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Funduszu, jednak przy tak ogromnej ilości odwołań jaka wpłynęła do organu II instancji na w roku 2011 oraz w roku 2012 nie było możliwe i nadal nie jest, rozpatrywanie odwołań od wydanych przez dyrektorów OW NFZ decyzji w rozsądnym czasie.”

W „Informacji dotyczącej procesu zawierania przez oddziały wojewódzkie NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2011 r.” wymieniono powody składania przez świadczeniodawców odwołań do Prezesa NFZ od decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich dotyczących rozstrzygnięć komisji konkursowych oraz główne powody uwzględnienia odwołań przez Prezesa NFZ.

- Wskazano, że głównym, powtarzającym się powodem kierowania skarg do Prezesa NFZ jest niezadowolenie odwołujących się od faktu niewybrania oferty do zawarcia umowy w postępowaniu konkursowym ze względu

na osiągnięcie niewystarczającej liczby punktów oceny oferty (powodującej zajęcie odległego miejsca w rankingu ofert). Ze względu na subiektywny charakter większości zarzutów odwołujących się, nie było podstaw do dokonania zmian w zasadach kontraktowania świadczeń stomatologicznych opracowanych w 2009 r.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że spośród wniesionych do Prezesa NFZ, w okresie 2010–2012 (do 30 sierpnia 2012 r.) 473 odwołań, o których mowa w art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie określonym w ust. 6 tego artykułu terminie 30 dni rozpatrzono 120 odwołań, natomiast rozpatrzenie 353 (74,6%) odwołań nastąpiło w terminie późniejszym.

3.2.3. Organy samorządu terytorialnego

Katalog zadań realizowanych przez samorząd terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia opisano w art. 6 – 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Ponadto ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym⁵⁶ stanowi, że zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują m.in. sprawy ochrony zdrowia (art. 7 ust. 1 pkt 5). Zaś zadaniami użyteczności publicznej, w rozumieniu ustawy, są zadania własne gminy, określone w art. 7 ust. 1, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych (art. 9 ust. 4).

Natomiast ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym⁵⁷ wskazuje, że powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 4 ust. 1 pkt 2).

Kontrolą objęto osiem jednostek samorządu terytorialnego, w tym: jedną gminę, dwie gminy miejsko-wiejskie, trzy miasta i jeden powiat⁵⁸.

Pięć z ośmiu jednostek podejmowało działania na rzecz tworzenia warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki stomatologicznej. Działania te polegały m.in. na powiększaniu bazy gabinetów stomatologicznych prowadzonych przez publiczny zakład opieki zdrowotnej, udostępnianiu na preferencyjnych warunkach pomieszczeń z zasobów komunalnych lub po zlikwidowanych gabinetach stomatologicznych na terenie szkół prowadzonych przez samorząd terytorialny.

- *Gmina Osiek Jasielski, w celu ułatwienia szerszego dostępu do świadczeń stomatologicznych dzieciom i młodzieży utworzyła gabinet stomatologiczny w budynku Gimnazjum w Osieku Jasielskim, należący do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Gabinet udziela świadczeń profilaktycznych i leczniczych. Badania przesiewowe w 2011 r. wykonano u 555 z 572 dzieci ze szkoły podstawowej i gimnazjum (97% populacji). Natomiast lakierowanie zębów stałych wykonano u 393 uczniów.*
- *Rada Miejska Kielc podjęła uchwałę o preferencyjnych warunkach udostępniania pomieszczeń z zasobów komunalnych, w tym na terenie szkół, podmiotom udzielającym świadczeń stomatologicznych dzieciom i młodzieży, na podstawie umów z OW NFZ.*

Analizy i oceny potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany prowadziły trzy z ośmiu kontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego. Mimo obowiązku określonego ustawami, zaniechanie takich działań usprawiedliwiano m.in. niedostępnością

⁵⁶ Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 ze zm.

⁵⁷ Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592 ze zm.

⁵⁸ Do kontroli wytypowano JST, które były organem tworzącym (założycielskim) publiczny podmiot leczniczy (zakład opieki zdrowotnej), udzielający świadczeń stomatologicznych na podstawie umowy z OW NFZ, wybrany do kontroli. W przypadku wytypowania do kontroli niepublicznego świadczeniodawcy, do badania wytypowano JST o zróżnicowanym charakterze miejsko-wiejskim, wybierając obszar, dla mieszkańców którego OW NFZ nie zakontraktował żadnych świadczeń STM lub w bardzo ograniczonym zakresie.

informacji epidemiologicznych dotyczących chorób jamy ustnej, ograniczonym budżetem lub przeświadczeniem, że zadania takie należą do zakładów opieki zdrowotnej działających na terenie jednostki albo Narodowego Funduszu Zdrowia.

- *Naczelnik Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Ruda Śląska wskazał, że „rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców jest niemożliwe do przygotowania przez pracowników Wydziału. Analiza taka musi być oparta o profesjonalne badania przygotowane przez wyspecjalizowaną do tego rodzaju badań firmę. Z przedstawionych nam ofert wynika, że jest ona możliwa do wykonania, ale niezmiernie czasochłonna, jak i kosztowna”.*
- *Starosta Siemiatycki wyjaśnił m.in., że powodem niedokonania analiz i ocen było przeświadczenie o kompetencji do ich wykonywania przez SPZOZ, będący profesjonalną jednostką podległą Zarządowi Powiatu.*
- *Burmistrz Krapkowic podał m.in.: „Gmina z własnej inicjatywy nie podejmowała działań w celu rozpoznawania potrzeb opieki stomatologicznej, gdyż zadania profilaktyczne i zdrowotne finansowane są m.in. z Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, i to głównie w ich kompetencji leży ochrona zdrowia. Na terenie Gminy wszystkie podmioty stomatologiczne są prywatne, nikt z lekarzy stomatologów nie zgłaszał inicjatywy prowadzenia jakichkolwiek programów profilaktycznych. Nie mamy żadnego doświadczenia w opracowywaniu takich programów, nigdy w Gminie ich nie tworzone. Nie prowadzono żadnych analiz związanych z profilaktyką stomatologiczną bo Gmina nie ma podmiotu, dla którego byłaby organem założycielskim i dlatego nie ma źródła informacji do przygotowywania takich analiz. Gmina jest zadłużona i nie dysponuje nadmiarem wolnych środków dochodów własnych dlatego nie planuje i nie planowała programów profilaktycznych. Jeżeli Gmina dostanie sygnały o uzasadnionej konieczności opracowania i wdrożenia programów profilaktyki stomatologicznej zostanie to przeanalizowane”.*

Promocję zdrowia i profilaktykę oraz tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu, w okresie objętym kontrolą, realizowały dwie z ośmiu jednostek samorządu terytorialnego. Żadna jednostka nie finansowała świadczeń stomatologicznych. Głównymi przyczynami niepodjęcia takich działań był ograniczony budżet JST oraz niska skuteczność takich działań w przeszłości.

Ustalenia kontroli wskazują na zaniechania wykonywania zadań JST określonych ustawami, dla zaspokajania potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej społeczności samorządowych. Przyczyny tego zjawiska były złożone. Wynikały m.in. z pomijania problemów ochrony zdrowia w sytuacji ograniczonych środków możliwych do wykorzystania na zadania własne JST.

3.2.4. Świadczeniodawcy

Realizację umów o udzielanie świadczeń w rodzaju „leczenie stomatologiczne”, finansowanych ze środków publicznych, skontrolowano w 18 podmiotach⁵⁹, w tym w sześciu samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, trzech niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, jednej spółce cywilnej, jednej spółce partnerskiej, dwóch indywidualnych podmiotach prowadzących działalność gospodarczą.

Wszystkie skontrolowane jednostki podpisały umowy z właściwymi terytorialnie oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia i spełniały warunki określone w przepisach prawa. Nieprawidłowości w realizacji umów o świadczenia STM stwierdzono w 15 kontrolowanych jednostkach.

⁵⁹ Do kontroli wytypowano, na podstawie informacji uzyskanych w OW NFZ, dwóch świadczeniodawców publicznych realizujących umowy o świadczenia stomatologiczne w zakresie: *świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*, w tym jednego, który prowadzi działalność na terenie szkoły. W przypadku braku świadczeniodawców publicznych na danym terenie – wybrano jednostki niepubliczne. Kryterium wyboru była także wartość umowy wybranego świadczeniodawcy z OW NFZ – nie powinna być mniejsza niż jeden etat przeliczeniowy równy 15 000 punktów rozliczeniowych miesięcznie.

W 10 przypadkach stwierdzono nierzetelne prowadzenie księgi przyjęć pacjentów, polegające na niezgodnym z obowiązującymi przepisami pomijaniu wpisu niektórych informacji, min. godziny zgłoszenia się pacjenta, numeru PESEL, przyczyny zgłoszenia (rozpoznanie choroby), rodzaju udzielonego świadczenia.

Nieprowadzenie lub nierzetelne prowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz przekazywanie OW NFZ nieprawdziwych danych o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na świadczenie – stwierdzono w 7 przypadkach.

Na terenie pięciu podmiotów, informacje dla pacjentów o zakresie i zasadach udzielania świadczeń lekarza dentysty, prawach pacjenta, o numerze telefonu bezpłatnej infolinii do Biura Rzecznika Praw Pacjenta były niepełne lub nieaktualne.

Siedmiu świadczeniodawców realizowało umowy w zakresach świadczeń ogólnostomatologicznych i świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci młodzieży do 18 roku życia. Tyko dwóch z nich prowadziło badania przesiewowe dzieci i młodzieży oraz współpracowało z lekarzem i pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz placówkami szkolnymi i oświatowymi.

4.1 Przygotowanie kontroli

Dostępność opieki stomatologicznej, finansowanej ze środków publicznych, nie była wcześniej badana przez NIK.

Do kontroli wytypowano organy administracji publicznej odpowiedzialne za zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń stomatologicznych. Szczególną uwagę zwrócono na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży w związku z wynikami badań opisanymi w literaturze fachowej oraz w publikacjach prezentujących wyniki programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2012”.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrole przeprowadzono od 10 sierpnia 2012 r. do 8 stycznia 2013 r.

Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim 37 kierownikom kontrolowanych jednostek. W trzech przypadkach zostały złożone zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych. W jednym przypadku Kolegium NIK uwzględniło dwa zastrzeżenia Ministra Zdrowia w całości, jedno częściowo, pozostałe dwanaście zastrzeżeń oddaliło. Komisja Rozstrzygająca w Najwyższej Izbie Kontroli w jednym przypadku uwzględniła częściowo dwa z pięciu zastrzeżeń zgłoszonych przez Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w drugim przypadku częściowo uwzględniła jedno z dwu zastrzeżeń zgłoszonych przez Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach.

Adresaci wystąpień pokontrolnych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków, z ogólnej liczby 75 wniosków – 47 (62%) zrealizowano, 13 (17%) nie zrealizowano, zaś 15 (20%) pozostało w trakcie realizacji⁶⁰.

⁶⁰ Według stanu na koniec kwietnia 2013 r.

Wykaz załączników

- Załącznik nr 1** Zestawienie wybranych informacji epidemiologicznych i socjomedycznych prezentowanych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w raportach pn. „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w latach 2007–2011.
- Załącznik nr 2** Zestawienie wybranych opinii konsultantów krajowych w sprawie dostępności świadczeń stomatologicznych
- Załącznik nr 3** Symulacja kosztów gwarantowanych świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży w 2011 r.
- Załącznik nr 4** Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole
- Załącznik nr 5** Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności
- Załącznik nr 6** Załączniki nr 1 i 2 oraz nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki stomatologicznej
- Załącznik nr 7** Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

Zestawienie wybranych informacji epidemiologicznych i socjomedycznych prezentowanych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w raportach pn. „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w latach 2007–2011

W **2007 r.**, w siedmiu regionach Polski (na wybranej losowo próbie), przeprowadzono szczegółowe badania epidemiologiczne i socjomedyczne dwunastoletnich uczniów, które wykazały m.in. niewielki wzrost odsetka dzieci wolnych od próchnicy⁶¹ (w 2003 r. – 12,9%, w 2005 r. – 16,4% i w 2007 r. – 19,3%) oraz obniżenie nasilenia choroby, czego wyrazem było np. obniżenie u dziecka średniej liczby zębów uszkodzonych przez próchnicę (z 3,3 – w 2005 r. do 3,07 – w 2007 r.) i obniżenie odsetka dzieci z usuniętymi zębami stałymi.

W **2008 r.** przeprowadzono w całym kraju badania dzieci i młodzieży w wieku 6, 15 i 18 lat. Badania sześciolatków wykazały bardzo wysoką zapadalność na próchnicę, która nie uległa wyraźnemu obniżeniu od 1995 r. Stwierdzono ją u ponad 85% dzieci i wskazano, że od lat występuje alarmujący stan zdrowotny dzieci przedszkolnych, który jest „na najniższym poziomie nie tylko w Europie ale należy też do najgorszych w skali globalnej”.

W grupie 15-latków – zaledwie 6% zbadanych dzieci było wolnych od próchnicy, a w grupie młodzieży 18-letniej – 4%, co dowodziło, jak podano w raporcie, że nadal w stosunku do niektórych krajów rozwiniętych byliśmy zacofani o 50 lat. Wskazano też na korzystne elementy np. stosunkowo wysoką wartość wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy zębów. Odsetek badanych dzieci objętych programami zapobiegania próchnicy był stosunkowo niski i wynosił w grupie dzieci w wieku 6 i 15 lat odpowiednio 24,4% i 29,6%. Wyniki badań ankietowych wskazały na stopniowy wzrost świadomości i poprawę wzorców zachowań prozdrowotnych młodzieży szkolnej.

W **2009 r.** w siedmiu województwach badaniem objęto trzyletnie dzieci oraz osoby w wieku 65-74 lat. Porównanie wyników badań trzylatków z wynikami z 2002 roku wykazało nieznaczne obniżenie odsetka dzieci wolnych od próchnicy (z 43,8% w 2002 roku do 42,8% w 2009 roku) oraz nieznaczne obniżenie średniej wartości wskaźnika próchnicy (z 2,9 w 2002 r. do 2,7 w 2009 r.).

W grupie osób w wieku 65-74 lat, odsetek osób bezzębnych sięgał 43,9% i wykazywał niewielką tendencję wzrostową (w 2002 r. wynosił 41,6%). Istotnie, bo o około 20% obniżył się odsetek osób z zachowaną funkcją żucia w ostatnich siedmiu latach (z 69,4% do 49,6%). Oznaczało to, że postęp, który dokonał się na świecie w zakresie stomatologii jest nieosiągalny dla osób starszych w Polsce. Niemal co trzecia badana osoba stwierdziła, że przeznaczyła dużo czasu na dotarcie do gabinetu dentystycznego i znalezienie lekarza dentysty spełniającego konkretne oczekiwania. Zdaniem WUM, był to dowód na występowanie istotnej różnicy pomiędzy dużą dostępnością (duże nasycenie dentystami w Polsce), a niską osiągalnością usług dentystycznych związaną m.in. z identyfikacją gabinetu, który ma umowę z NFZ.

W **2010 r.** badaniu ponownie zostały poddane dzieci w wieku 6 i 12 lat oraz osoby dorosłe w wieku 35-44 lata. Wyniki badań sześciolatków wykazały m.in., że w ciągu dwóch lat od czasu ostatniego badania odnotowano spektakularny wzrost odsetka dzieci wolnych od próchnicy, z 14,6% do 60,5%, i wskaźnik ten osiągnął wartość przewidywaną w Narodowym Programie Zdrowia, do osiągnięcia w 2015 roku. Wielokrotnemu obniżeniu uległ też wskaźnik próchnicy w uzębieniu mlecznym, z wartości dmft równej 5,06 w 2008 r. (w 2005 r. odpowiednio 5,5 zęba) do wartości 0,9, osiągając

⁶¹ dmft/DMFT (wskaźnik próchnicy w uzębieniu mlecznym/wskaźnik próchnicy w uzębieniu stałym) = 0.

poziom notowany jedynie w Danii. W ten sposób Polska z ostatniej pozycji w Europie przesunęła się na jedno z pierwszych miejsc. Obniżeniu uległa głównie średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi wymagającymi leczenia na jedno dziecko (dt) – z 4,11 do zaledwie 0,8. Autorzy monitoringu wskazali, że mogło to być związane z większą aktywnością profilaktyczną środowisk lokalnych.

NIK zwraca uwagę, że rok później (w 2011 r.) badanie, które objęło dzieci w wieku 7 lat, wykazało, że odsetek dzieci wolnych od próchnicy był w badanej grupie wiekowej bardzo niski i wynosił 9,5%; wartość średnia wskaźnika próchnicy uzębienia mlecznego u badanych dzieci wynosiła 5,62, a średnia wartość wskaźnika dt, obrazującego u dzieci średnią liczbę zębów mlecznych z ubytkami próchnicowymi, wyniosła 4,56. Porównywalny był wynik dotyczący liczby dzieci objętych programami profilaktyki fluorkowej próchnicy – 48,3% (45% rok wcześniej).

Porównanie wyników badań dzieci w wieku 12 lat uzyskanych w 2010 r. z wynikami w ostatnich 15 latach wskazało na niewielkie wahania. Nie odnotowano tendencji do obniżania częstości i nasilenia próchnicy, a odsetek 12-letnich dzieci wolnych od próchnicy, zmniejszył się nawet z 19,3% (w 2007 r.) do 17,3%.

Korzystne zmiany stanu zdrowotnego jamy ustnej (w minionym dwudziestoleciu) zaobserwowano w grupie osób dorosłych w wieku 35–44 lat, np. znaczący wzrost liczby zachowanych zębów naturalnych oraz obniżenie nasilenia próchnicy i częstości chorób przyzębia, a co za tym idzie znaczące obniżenie potrzeb leczniczych. Według WUM jest to pochodną w głównej mierze poprawy zachowań prozdrowotnych osób w tym wieku.

W **2011 r.** badaniem objęto dzieci w wieku 5, 7 i 15 lat.

Badania pięcioletnich dzieci, przeprowadzone po raz pierwszy, wykazały zdecydowanie zły stan zdrowia jamy ustnej. Zaledwie 20,1% z nich było wolnych od próchnicy. Pozostałe miały średnio 5,08 zębów mlecznych objętych próchnicą, z których większość (4,45) wymagało leczenia naprawczego. Zaledwie 3,8% zbadanych dzieci było objętych profilaktyką fluorkową próchnicy.

Odsetek 15-letnich dzieci wolnych od próchnicy wśród badanych wyniósł zaledwie 8,2% i był o 2,2 punktu procentowego wyższy w porównaniu do roku 2008. Równocześnie wzrosła wartość wskaźnika próchnicy zębów stałych z 5,95 w roku 2008 do 6,12 w roku 2011 oraz średnia liczba zębów stałych z ubytkami próchnicowymi (z 2,03 do 2,67). Około 72% badanych dzieci w wieku 15 lat miało zaatakowane próchnicą więcej niż 4 zęby.

Zestawienie wybranych opinii konsultantów krajowych

W sprawie dostępności świadczeń stomatologicznych:

- konsultant w dziedzinie stomatologii dziecięcej – w małych miastach oraz na wsiach większość dzieci została całkowicie pozbawiona profesjonalnej profilaktyki oraz leczenia stomatologicznego; zaproponował wprowadzenie mobilnych gabinetów dentystycznych tzw. „Dentobusów”, a także wymogu wobec rodziców/opiekunów dziecka przestrzegania półrocznych/rocznych kontroli uzębienia, od pierwszego aż do 18 roku życia, przez specjalistę stomatologii dziecięcej,
- konsultant w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją – świadczenia NFZ obejmują ok. 30% wszystkich procedur leczniczych z tego zakresu; limitowanie kontraktu, szczególnie w małych miejscowościach, nie pokrywa potrzeb ludności, czas oczekiwania może wynosić nawet 2-3 tygodnie; pacjenci często rezygnują z zabiegów nieujętych w wykazie świadczeń gwarantowanych, ze względów finansowych i decydują się na ekstrakcję, co prowadzi do zwiększenia liczby osób wymagających leczenia protetycznego,
- konsultant w dziedzinie ortodoncji – ograniczenia finansowe NFZ powodują wydłużenie oczekiwania na rozpoczęcie leczenia, a tam gdzie wynosi ono ponad dwa lata, wiek pacjenta może wyeliminować możliwości leczenia finansowanego ze środków publicznych,
- konsultant w dziedzinie protetyki stomatologicznej – ograniczenie procedur do refundacji przez NFZ, w warunkach ogólnego zubożenia ludności, eliminuje przeważającą część populacji z dostępu do świadczeń; w rozmieszczeniu specjalistów na terenie kraju, uprzywilejowane są miasta będące siedzibami uczelni medycznych, natomiast są powiaty w których nie ma specjalisty w tej dziedzinie,
- konsultant w dziedzinie periodontologii – w miastach i ośrodkach akademickich dostęp do świadczeń jest stosunkowo dobry (bez kolejek oczekujących) chociaż nie zawsze są to usługi bezpłatne; w mniejszych miastach specjalistów nie ma i jest to związane m.in. z niewystarczającą liczbą placówek do prowadzenia specjalizacji, małą liczbą periodontologów świadczących usługi refundowane przez NFZ,
- konsultant w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej – dostępność świadczeń odbiega od standardów UE, które proponują jednego specjalistę na 70 tys. do 125 tys. mieszkańców w zależności od regionu, podczas gdy w Polsce – średnio na jednego specjalistę przypada 271 tys. mieszkańców,
- konsultant w dziedzinie chirurgii stomatologicznej stwierdził, że dostępność świadczeń na terenie całego kraju jest zadowalająca.

W zakresie zabezpieczenia w kadrę specjalistów w skali kraju:

- konsultant w dziedzinie stomatologii dziecięcej – liczba dzieci i młodzieży do 19 roku życia na jednego specjalistę była bardzo zróżnicowana i wynosiła od 6,5 tys. w woj. łódzkim do 47 tys. w woj. małopolskim (średnio w kraju 17 tys.); konsultant podała, że nie ma dostępnych danych dotyczących liczby pedodontów przypadających na 100 tys. dzieci i młodzieży w krajach UE,
- konsultant w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją – liczba specjalistów była wystarczająca i w 2011 r. nawet przekraczała o ponad 700 liczbę wymaganą do zabezpieczenia specjalistycznej opieki (wg konsultanta jeden specjalista powinien przypadać na 50 tys. ludności);

istnieje dysproporcja w rozmieszczeniu praktyk lekarskich, gdyż większość specjalistów jest skupiona w ośrodkach akademickich i miastach wojewódzkich; problem niewystarczającego zabezpieczenia w specjalistów wystąpił w 3 województwach,

- konsultant w dziedzinie ortodoncji – liczba specjalistów jest wystarczająca do zapewnienia świadczeń w ramach kontraktów jakie zawierają oddziały NFZ; wskaźnik specjalistów w dziedzinie ortodoncji na 100 tys. mieszkańców wzrósł z 2,77 do 3,0 w okresie 2010–2011 r.; dostępność usług reguluje rynek, a zapewnia ją bogata sieć różnego rodzaju gabinetów; na jednego specjalistę przypadało 35,4 tys. osób; wystąpiły trudności w prognozowaniu potrzeb kadrowych,
- konsultant w dziedzinie chirurgii stomatologicznej – kadra jest wystarczająca; niepokojący jest fakt, że aż 39,3% lekarzy jest w wieku powyżej 60 roku życia,
- konsultant w dziedzinie periodontologii – w 2011 r. sytuacja nieznacznie się poprawiła w porównaniu do roku poprzedniego, niemniej liczba specjalistów jest ciągle niewystarczająca; występuje zróżnicowanie na terenie kraju (najwięcej mieszkańców na 1 specjalistę przypada w woj. świętokrzyskim – 319 tys. , najmniej w zachodniopomorskim – 65 tys.); skrajne sytuacje obserwuje się też na terenie poszczególnych województw, np. w woj. świętokrzyskim (1 periodontolog na 360 tys. mieszkańców do 1 na 65 tys.),
- konsultant w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej – kadra jest niewystarczająca, a w skali kraju brakuje 164 specjalistów.

Symulacja kosztów gwarantowanych świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży w 2011 r.

Symulację skutków realizacji gwarantowanych świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży w 2011 r. przeprowadzono uwzględniając:

- zakresy i terminy procedur, adekwatnych do wieku dziecka, zgodnie z załącznikami nr 10 i 11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą,
- zarządzenie Prezesa NFZ Nr 55/2010/DSOZ z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia stomatologicznego, w tym wartości punktowe świadczeń,
- zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej, dotyczące częstotliwości badań przesiewowych dzieci i młodzieży (1 raz w roku),
- dane demograficzne GUS, wg stanu na dzień 31 grudnia 2011 r.

Symulacja zapotrzebowania na profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży w 2011 r.

Lp.	Populacja	Liczba dzieci i młodzieży	Liczba punktów potrzebnych do wykonania świadczeń	Wartość** w zł
	1	2	3	4
1	Dzieci od 6 miesiąca życia do 6 roku życia (wg zał. Nr 10)	2 394 565	116 471 698	118 801 132
2	Dzieci i młodzieży od 7 do 19 roku życia (wg zał. Nr 11)	2 438 771	107 305 924	109 452 042
	Razem	4 833 336	223 777 622	228 253 174
3	Dzieci i młodzież w wieku 3, 8, 9, 11, 14, 15, 17 lat (nieujęte w zał. Nr 10 i 11)*	2 816 036	30 976 396	31 595 924
	Razem	7 649 372	254 754 018	259 849 098

* badania lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w roku

** średnia wartość punktu rozliczeniowego 1,02 zł

Przyjmując średnią wartość etatu przeliczeniowego 15 tys. punktów, do realizacji wymienionych świadczeń profilaktycznych potrzeba 16 984 etaty.

Populacja dzieci i młodzieży, uprawnionych do profilaktycznych świadczeń STM wskazanych w zał. nr 10 i 11, stanowiła 12,54% mieszkańców Polski (38 538 447) i 12,98% uprawnionych/ubezpieczonych (37 241 610). Zaś wartość tych świadczeń stanowiłaby 13,35% kosztów świadczeń STM w 2011 r. (1 710 333 tys. zł).

Populacja dzieci i młodzieży nieujętych w zał. 10 i 11 stanowiła 7,31% uprawnionych. Koszty wykonania jednego świadczenia u każdego uprawnionego wyniosłyby łącznie 1,85% kosztów świadczeń STM w 2011 r.

Liczba wykonanych w 2011 roku profilaktycznych świadczeń stomatologicznych – wymienionych w załączniku nr 10 i 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

Kod świadcz. według rozp. MZ	Nazwa świadczenia	Liczba wykonanych świadczeń	Rozliczenie wykonanych świadczeń		
			I.pkt./św	I.pkt.og.	wartość w zł
23.1009	profilaktyczne STM dla dziecka w 6. m-c ż	357	15	5 355	5 462
23.1010	profilaktyczne STM dla dziecka w 9. m-c ż	119	18	2 142	2 185
23.1011	profilaktyczne STM dla dziecka w 12. m-c ż	267	26	6 942	7 081
23.1012	profilaktyczne STM dla dziecka w 2. r.ż.	4 208	62	260 896	266 114
23.1013	profilaktyczne STM dla dziecka w 4. r.ż.	12 157	62	753 734	768 809
23.1014	profilaktyczne STM dla dziecka w 5. r.ż.	14 484	62	898 008	915 968
23.1015	profilaktyczne STM dla dziecka w 6. r.ż.	18 203	62	1 128 586	1 151 158
zał. 10	RAZEM	49 795		3 055 663	3 116 776
Populacja wg GUS		2 394 565			
Odsetek dzieci objętych świadczeniami		2.08%			
23.1016	profilaktyczne STM dla dziecka w 7. r.ż.	20 248	44	890 912	908 730
23.1017	profilaktyczne STM dla dziecka w 10. r.ż.	19 678	44	865 832	883 149
23.1018	profilaktyczne STM dla młodzieży w 12. r.ż.	16 404	44	721 776	736 211
23.1019	profilaktyczne STM dla młodzieży w 13. r.ż.	14 588	44	641 872	654 709
23.1020	profilaktyczne STM dla młodzieży w 16. r.ż.	15 338	44	674 872	688 369
23.1021	profilaktyczne STM dla młodzieży w 19. r.ż.	7 177	44	315 788	322 103
zał. 11	RAZEM	93 433		4 111 052	4 193 273
Populacja wg GUS		2 438 771			
Odsetek dzieci objętych świadczeniami		3.83%			
zał. 10 i 11	RAZEM	143 228		7 166 715	7 310 049
Populacja wg GUS		4 833 336		Koszty STM ogółem	1 710 333 000
Odsetek dzieci objętych świadczeniami		2.96%		udział profilaktycznych STM	0.43%

Stan w dniu 25.09.2012 r.

Na podstawie danych przekazanych przez OW NFZ

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK,
które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Nazwa jednostki uczestniczącej	Nazwa jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Białymstoku	Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ w Białymstoku Dyrektor: Jacek Roleder Ocena: pozytywna
		Starostwo Powiatowe w Siemiatyczach Starosta Siemiatycki: Mikołaj Mantur Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Stomatologiczna Jolanta Szczurko w Białymstoku Właściciel: Jolanta Szczurko Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach Dyrektor: Cezary Nowosielski Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
2.	Delegatura NIK w Gdańsku	Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku Dyrektor: Barbara Kawińska Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Urząd Miasta Brusy Burmistrz: Witold Ossowski Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Indywidualna Praktyka Lekarska Elżbieta Jachym – Mikutowicz Brusy, ul. Ogrodowa 2 Ocena: pozytywna
		Indywidualna Praktyka Lekarska Ewa Maciejczyk Czersk, ul. Pogodna 6 Ocena: pozytywna
3.	Delegatura NIK w Katowicach	Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach Dyrektor: Grzegorz Nowak Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Urząd Miasta Ruda Śląska Prezydent: Grażyna Dziedzic Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Przychodnia Rejonowa SPZOZ Ruda Śląska, ul. Gierałtowskiego 29 Kierownik: Marzanna Iwińska-Mielniczuk Ocena: negatywna
		Przychodnia Rejonowa SPZOZ Ruda Śląska, ul. Sztolniowa 6 Kierownik: Dariusz Dworak Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
4.	Delegatura NIK w Kielcach	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach Dyrektor: Zofia Wilczyńska Ocena: pozytywna
		Urząd Miasta Kielce Prezydent: Wojciech Lubawski Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Dentator” Starachowice, ul. Staszica 17 Właściciel: Piotr Borowski Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		„WW DENT” Spółka Cywilna Szymon Węgorzewski i Rafał Wieczorek Kielce, ul. Karczówkowska 45/36 Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

Lp.	Nazwa jednostki uczestniczącej	Nazwa jednostki kontrolowanej
5.	Delegatura NIK w Opolu	Opolski Oddział Wojewódzki NFZ w Opolu Dyrektor: Filip Nowak Ocena: pozytywna
		Urząd Miasta i Gminy Krapkowice Burmistrz: Andrzej Kasiura od 7 grudnia 2010 r. wcześniej: Piotr Solloch od 30 listopada 2006 r. Ocena: negatywna
		Praktyka Stomatologiczna Marta Ligas Nysa, ul. B. Prusa 14 Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Prywatna Przychodnia – Usługi Stomatologiczne Joanna Frycowska Kluczbork, ul. Waryńskiego 4 Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
6.	Delegatura NIK w Poznaniu	Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu Dyrektor: Karol Chojnacki Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Urząd Miasta i Gminy Lwówek Burmistrz: Piotr Długosz Ocena: negatywna
		NZOZ Stomatologia Średzka E. Martyn, M. Walawender, Z. Wietrzyński, J. Zając Spółka Partnerska Środa Wielkopolska, ul. Sportowa 9A Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Gabinet Stomatologiczny Anna Gworys Piła, ul. Gen. W. Sikorskiego 18 Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
7.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie Dyrektor: Grażyna Hejda Ocena: pozytywna
		Urząd Gminy Osiek Jasielski Wójt: Mariusz Pykosz Ocena: pozytywna
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osieku Jasielskim Kierownik: Janusz Zima Ocena: pozytywna
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Stomatologicznej Krosno, ul. Korczyńska 57 Dyrektor: Anna Dybalska-Guzik Ocena: pozytywna
8.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze Dyrektor: Stanisław Łobacz Ocena: pozytywna
		Urząd Miasta i Gminy Szlichtyngowa Burmistrz: Jan Wardecki Ocena: negatywna
		Indywidualna Praktyka Lekarska Izabela Szczepanowska Gorzów Wielkopolski, ul. Szwolężerów 2 Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		ALDAMED Centrum Medyczne Zielona Góra, al. Niepodległości 1 Dyrektor: Ryszard Szczachor Ocena: pozytywna

Lp.	Nazwa jednostki uczestniczącej	Nazwa jednostki kontrolowanej
9.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia Minister: Bartosz Arłukowicz Ocena: negatywna
		Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala w Warszawie Prezes: Agnieszka Pachciarz Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ w Warszawie Dyrektor: Adam Twarowski od 29 października 2012 r. wcześniej: Barbara Misińska, od 12.02.2009 r. do 27.08.2012 r.; Mirosław Jeleniewski, p.o. od 28.08.2012 r. do 28.10.2012 r. Ocena: pozytywna
		Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek” SPZOZ Warszawa, ul. Koszykowa 78 Dyrektor: Włodzimierz Kuźma Ocena: pozytywna
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Stomatologiczna „COVERDENT” sp. z o.o. Kierownik: Marta Maciszewska-Kubani Ocena: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) uchylona z dniem 1 lipca 2011 r., zastąpiona przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 20013 r., poz. 217) – weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm.);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 ze zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801 ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. Nr 163, poz. 1024).
12. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10), uchylone z dniem 1 stycznia 2012 r., zastąpione przez rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

Załączniki Nr 1 i 2 oraz Nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

ZAŁĄCZNIK Nr 1

Tabela nr 1

Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod świadczenia
1	2	3
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy	23.0101
2.	Badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy	23.0102
3.	Badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi	23.0105
4.	Badanie żywotności zębów z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych	23.02
5.	Zdjęcie zębów wewnątrzustne do dwóch zdjęć wewnątrzustnych w okresie 12 miesięcy z wpisaniem opisu do dokumentacji przysługuje wyłącznie w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	23.0301
6.	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe jako samodzielne znieczulenie przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	23.0401
7.	Znieczulenie miejscowe nasiękowe przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	23.0402
8.	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	23.0403
9.	Leczenie próchnicy powierzchniowej – za każdy ząb	23.1101
10.	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi zęba – bezpośrednie pokrycie miazgi zęba	23.1105
11.	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	23.1106
12.	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	23.1502
13.	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 2 powierzchniach	23.1503
14.	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku zęba na 2 powierzchniach	23.1504
15.	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku zęba na 3 powierzchniach (MOD*)	23.1505
16.	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	23.1201
17.	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	23.1202
18.	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi zęba 1 kanału	23.1206**
19.	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału	23.1209**
20.	Czasowe wypełnienie 1 kanału	23.1306**
21.	Ostateczne wypełnienie 1 kanału	23.1307**
22.	Leczenie endodontyczne zęba z zakażonym kanałem z wypełnieniem 1 kanału (nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba)	23.1311**
23.	Usunięcie złogów nazębnych za każdą 1/2 łuku zębów 1 raz w okresie 12 miesięcy w obrębie całego uzębienia	23.1601
24.	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku (obejmuje każdą wizytę)	23.1604

** Świadczenie jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych u osób powyżej 18. roku życia (nie dotyczy kobiet w ciąży i w okresie połogu)

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod świadczenia	
1	2	3	
25.	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej (obejmuje każdą wizytę)	23.1605	
26.	Kiretaż zwykły w obrębie 1/4 uzębienia (nie obejmuje znieczulenia i opatrunku)	23.1607	
27.	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	23.1615	
28.	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	23.1701	
29.	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	23.1702	
30.	Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe przy zastosowaniu wiertła, dźwigni	23.1703	
31.	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmujące do 3 zębodołów łącznie ze szwem	23.1810	
32.	Założenie opatrunku chirurgicznego	23.1815	
33.	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnie leżącego ropnia, łącznie z drenażem i opatrunkiem	23.2001	
34.	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy	23.2205	
35.	Repozycja i unieruchomienie zwichniętej żuchwy	23.2210	
36.	Uzupełnienie braków zębowych przy pomocy ruchomej protezy częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących 1 raz na 5 lat, w zakresie 5-8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów)	23.3102	
37.	Uzupełnienie braków zębowych przy pomocy ruchomej protezy częściowej z zastosowaniem elementów doginanych utrzymujących 1 raz na 5 lat, w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w 1 łuku (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów)	23.3103	
38.	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej 1 raz na 5 lat (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów)	23.3104	
39.	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej 1 raz na 5 lat (ograniczenie nie dotyczy osób po operacyjnym usunięciu nowotworów)	23.3105	
40.	Odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem 1 raz na 2 lata	23.3112	
41.	Całkowite podścielenie 1 protezy w sposób pośredni łącznie z ukształtowaniem obrzeża – dla szczęki 1 raz na 2 lata	23.3116	
42.	Całkowite podścielenie 1 protezy w sposób pośredni łącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża – dla żuchwy 1 raz na 2 lata	23.3117	
43.	Wizyta bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi (dotyczy pierwszej wizyty dzieci do ukończenia 6. roku życia)	23.06	
44.	Zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym – 1 raz do ukończenia 7. roku życia	23.1003	
45.	Lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego	23.1006***	*** Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.
46.	Impregnacja zębiny zębów mlecznych	23.1008***	
47.	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	23.1107***	
48.	Amputacja przyżyciowa miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem	23.1203***	
49.	Amputacja przyżyciowa miazgi zęba w uzasadnionych przypadkach	23.1204***	
50.	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za 1 kanał	23.1205***	

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod świadczenia
1	2	3
51.	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieufornowanym korzeniem – za 1 kanał	23.1208***
52.	Amputacja mortalna miazgi zęba mlecznego	23.1210***
53.	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba mlecznego	23.1501***
54.	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego, złamanego kąta w zębach siecznych stałych	23.1507***
55.	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych	23.1508***
56.	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	23.1308****
57.	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 3 kanałów (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	23.1309****
58.	Leczenie endodontyczne zęba z zakażonymi kanałami z wypełnieniem 2 kanałów zęba (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	23.1312****
59.	Usunięcie złogów nazębnych nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia	23.1601*****
60.	Badanie kontrolne nie częściej niż 1 raz na kwartał	23.0102*****

*** Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.

**** Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu, który trwa 42 dni od dnia porodu.

***** Świadczenie jest udzielane kobietom w ciąży i w okresie połogu, który trwa 42 dni od dnia porodu.

Objaśnienia:

- * MOD – Mezjalna – Okluzyjna – Dystalna.
- ** Świadczenie jest udzielane z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych u osób powyżej 18. roku życia (nie dotyczy kobiet w ciąży i w okresie połogu).
- *** Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.
- **** Świadczenie jest udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu, który trwa 42 dni od dnia porodu.
- ***** Świadczenie jest udzielane kobietom w ciąży i w okresie połogu, który trwa 42 dni od dnia porodu.

ZAŁĄCZNIK Nr 2

Tabela nr 1

Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod świadczenia
1	2	3
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy	23.0101
2.	Badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy	23.0102
3.	Badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniem diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi	23.0105
4.	Badanie żywotności zębów z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych	23.02
5.	Zdjęcie zębów wewnątrzustne do dwóch zdjęć wewnątrzustnych w okresie 12 miesięcy z wpisaniem opisu do dokumentacji przysługuje wyłącznie w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	23.0301
6.	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe jako samodzielne znieczulenie przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	23.0401
7.	Znieczulenie miejscowe nasiękowe przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	23.0402
8.	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	23.0403
9.	Leczenie próchnicy powierzchniowej – za każdy ząb	23.1101
10.	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi zęba – bezpośrednie pokrycie miazgi zęba	23.1105
11.	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	23.1106
12.	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	23.1502
13.	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 2 powierzchniach	23.1503
14.	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku zęba na 2 powierzchniach	23.1504
15.	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku zęba na 3 powierzchniach (MOD*)	23.1505
16.	Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	23.1201
17.	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	23.1202
18.	Ekstirpacja przyżyciowa miazgi zęba 1 kanału	23.1206
19.	Ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału	23.1209
20.	Czasowe wypełnienie 1 kanału	23.1306
21.	Ostateczne wypełnienie 1 kanału	23.1307
22.	Leczenie endodontyczne zęba z zakażonym kanałem z wypełnieniem 1 kanału (nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba)	23.1311
23.	Usunięcie złożeń nazębnych za każdą 1/2 łuku zębów 1 raz w okresie 12 miesięcy w obrębie całego uzębienia	23.1601
24.	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku (obejmuje każdą wizytę)	23.1604
25.	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej (obejmuje każdą wizytę)	23.1605
26.	Kiretaż zwykły w obrębie 1/4 uzębienia (nie obejmuje znieczulenia i opatrunku)	23.1607
27.	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	23.1615
28.	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	23.1701
29.	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	23.1702

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Kod świadczenia	
1	2	3	
30.	Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe przy zastosowaniu wiertła, dźwigni	23.1703	
31.	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmujące do 3 zębodołów łącznie ze szwem	23.1810	
32.	Założenie opatrunku chirurgicznego	23.1815	
33.	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnio leżącego ropnia, łącznie z drenażem i opatrunkiem	23.2001	
34.	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy	23.2205	
35.	Repozycja i unieruchomienie zwichniętej żuchwy	23.2210	
36.	Wizyta bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi (dotyczy pierwszej wizyty dzieci do ukończenia 6. roku życia)	23.06	
37.	Zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym – 1 raz do ukończenia 7. roku życia	23.1003	
38.	Lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego	23.1006	
39.	Impregnacja zębiny zębów mlecznych – za każdy ząb	23.1008	
40.	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba mlecznego	23.1501	
41.	Całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego, złamanego kąta w zębach siecznych stałych	23.1507	
42.	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych	23.1508	
43.	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	23.1107	
44.	Amputacja przyżyciowa miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem	23.1203	
45.	Amputacja przyżyciowa miazgi zęba w uzasadnionych przypadkach	23.1204	
46.	Ekstirpcja przyżyciowa miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za 1 kanał	23.1205	
47.	Ekstirpcja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za 1 kanał	23.1208	
48.	Amputacja mortalna miazgi zęba mlecznego	23.1210	
49.	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	23.1308**	** Świadczenie jest udzielane także kobietom w ciąży i w okresie połogu, który trwa 42 dni od dnia porodu.
50.	Leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 3 kanałów (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	23.1309**	
51.	Leczenie endodontyczne zęba z zakażonymi kanałami z wypełnieniem 2 kanałów (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	23.1312**	
52.	Usunięcie złogów nazębnych nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia	23.1601**	

Objaśnienia:

* MOD – Mezjalna – Okluzyjna – Dystalna

** Świadczenie jest udzielane także kobietom w ciąży i w okresie połogu, który trwa 42 dni od dnia porodu.

ZAŁĄCZNIK Nr 12

WYKAZ MATERIAŁÓW STOMATOLOGICZNYCH STOSOWANYCH PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH**1. Materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych dla wszystkich świadczeniobiorców:**

- 1) materiał do wypełnień czasowych;
- 2) cementy podkładowe na bazie wodorotlenku wapnia, cement fosforanowy;
- 3) cementy glasjonomerowe;
- 4) kompozytowy materiał chemoutwardzalny do wypełniania ubytków w zębach przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3 – do – 3);
- 5) amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2;
- 6) materiały do wypełnień kanałów korzeniowych;
- 7) świece gutaperkowe;
- 8) masa wyciskowa alginatowa;
- 9) masa do wycisków czynnościowych przy bezzębiu;
- 10) nici chirurgiczne;
- 11) szyny unieruchamiające, drut ligaturowy.

2. Materiały stomatologiczne stosowane dodatkowo przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia:

- 1) światłoutwardzalny materiał kompozytowy do wypełniania ubytków w zębach siecznych i kłach w szczęcie i żuchwie;
- 2) laki szczelinowe;
- 3) lakiery;
- 4) cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

3. Materiał stomatologiczny stosowany dodatkowo przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych kobietom w ciąży i w okresie połogu – cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
6. Rzecznik Praw Pacjenta
7. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
8. Minister Zdrowia
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2013-07-16

MZ-DNM-0911-17473-14/AK/13

Pan
Wojciech Misiąg
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Stanowowy *Panie* *Prezesa*
W nawiązaniu do *Informacji o wynikach kontroli dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych*, uprzejmie przedkładam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Ad. Część 2, pkt 2.3, ppkt 2.3.2., str. 9, akapit 6, wersy: 1 - 4:

Ponieważ działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej ludności kraju powinny być ukierunkowane na podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa i przede wszystkim winno się to odbywać poprzez edukację zdrowotną kobiet ciężarnych i matek małych dzieci, uprzejmie informuję, że od 2010 roku obowiązuje (obecnie znowelizowane) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100), w którym to ujęte zostały działania edukacyjne kobiety ciężarnej m.in. w zakresie zdrowia jamy ustnej. W ww. rozporządzeniu wśród zalecanych badań diagnostycznych i konsultacyjnych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży znajduje się również badanie stomatologiczne.

Działania edukacyjne w zakresie zdrowia jamy ustnej skierowane do matek małych dzieci zostały uwzględnione w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej, sprawowanych podczas wizyt patronażowych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.).

Ministerstwo Zdrowia podejmowało szereg działań mających na celu wdrożenie programu

poprawy zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku przedszkolnym. Ze względu na limit środków finansowych, otrzymanych na realizację programów polityki zdrowotnej nie było możliwości wdrożenia przedmiotowego programu do realizacji w ramach programów zdrowotnych Ministra Zdrowia. Podejmowane były próby finansowania go w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, które zostały zakończone sukcesem. W dniu 5 lipca 2012 r. podpisana została umowa pomiędzy Biurem ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia jako instytucją pośredniczącą oraz Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu jako instytucją realizującą.

W ramach programu od października 2013 r. stomatologiczną opieką profilaktyczną objęte zostaną dzieci przedszkolne w wieku 4-6 lat, uczęszczające do przedszkoli na terenie całego kraju. Celem programu będzie oddziaływanie prozdrowotne ukierunkowane na ochronę przed próchnicą zębów oraz wczesne kształtowanie postaw prozdrowotnych i rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych u ww. dzieci. Powyższe działania uzupełnione będą edukacją prozdrowotną rodziców dzieci i edukacją stomatologiczną nauczycieli i wychowawców przedszkoli.

Ad. Część 3, pkt 3.2., ppkt 3.2.1., str. 14, akapit 3, wersy: 2-4:

Uprzejmie informuje, że w ww. Informacji niewłaściwie powołano się na raport WUM, ponieważ przedstawione w nim wnioski nie są wnioskami ekspertów (WUM), a informacją o postawach i ocenie sytuacji prezentowanej przez społeczeństwo.

Ad. Część 3, pkt 3.2., ppkt 3.2.1., str. 15, akapit 1, wersy: 1-2:

Uprzejmie wyjaśniam, że przedmiotowe efekty odnoszą się do poprawy lub pogorszenia w danym przedziale czasowym badanego w trakcie realizacji programu stanu zdrowia populacji, a nie mówią o efektach działań realizowanych w programie. Na osiągnięcie wymienionych w programie efektów składa się wiele czynników, w tym w około 50 % styl życia, po około 20 % środowisko i uwarunkowania genetyczne, a tylko w około 10 % opieka zdrowotna.

Przy pomocy wskaźników zawartych w Programie monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej można m. in. mierzyć efekty realizowanych programów profilaktycznych, ale efekty te nie odnoszą się do Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej.

Ad. Część 3, pkt 3.2., ppkt 3.2.1., str. 15, akapit 4, wersy: 1-6:

Podstawą przekazania środków publicznych jest złożenie przez Zleceniobiorcę prawidłowo sporządzonej faktury VAT wystawionej przez realizatora programu wraz z rozliczeniem stanowiącym podstawę przekazania środków publicznych, sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy oraz rozliczenie merytoryczno-finansowe wykorzystania środków publicznych za okres trwania umowy według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do umowy.

Raporty wyników przeprowadzonych przez realizatora badań epidemiologicznych i socjomedycznych nie są podstawą do przekazania środków finansowych. Są to wyniki analiz statystycznych badań epidemiologicznych i socjomedycznych (które muszą spełniać określone wymogi) przedstawiające stan zdrowia jamy ustnej populacji polskiej. Analiza epidemiologiczna przedstawiona w raportach za rok 2010 i 2011 dotyczy mniejszej liczby badanych aniżeli podana w rozliczeniu. Ministerstwo Zdrowia w związku z tym zwróciło się w formie ustnej do realizatorów programu o wytłumaczenie zaistniałej sytuacji.

Realizator wytłumaczył na czym polega specyfika badań naukowych. Przedmiotowa różnica wynika ze specyfiki analizy statystycznej wyników badań m.in. epidemiologicznych i socjomedycznych oraz rzetelnego ich przedstawiania. Ponieważ analiza merytoryczna i statystyczna (wyznaczenie przedziałów ufności) wykonanych badań wykazała, że część badań z różnych przyczyn nie można uwzględnić w ostatecznych wynikach (ponieważ nie były wolne od błędów), nie zostały one zawarte w przedstawionym raporcie (monografii) dotyczącym badań epidemiologicznych w zakresie zdrowia jamy ustnej populacji polskiej. Odrzucenie błędnych badań podniosło wiarygodność otrzymanych wyników.

Realizator zapewnił, że badaniu poddano populację w liczbach zgodnych z zapisanymi w umowach. W związku z powyższym Minister Zdrowia nie miał podstaw do tego, aby podważyć prawdziwość przedstawionych przez realizatora faktur i rozliczeń.

Ad. Część 3, pkt 3.2., ppkt 3.2.1., str. 21, akapit 3, wersy: 1 - 2:

Ministerstwo Zdrowia zwracało się niejednokrotnie z prośbą do centrali NFZ o informację dotyczącą liczby świadczeniodawców, których gabinety stomatologiczne są zlokalizowane na terenie szkół. W odpowiedzi otrzymało informację, iż NFZ nie gromadzi tego typu danych.

Ad. Część 3, pkt 3.2., ppkt 3.2.1., str. 16, akapit 6:

W ww. Informacji odniesiono się do perspektywy 2009-2014 Mechanizmów Finansowych, w ramach której w Programie PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do

trendów demograficzno-epidemiologicznych możliwe jest wspieranie m.in. projektów zawierających profilaktykę stomatologiczną dla kobiet ciężarnych.

Uprzejmie informuję, iż w przedmiotowym dokumencie nie zawarto natomiast informacji na temat Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2004-2009. W ramach priorytetu 5 *Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem* realizowane były m.in. następujące projekty, nakierowane na poprawę opieki stomatologicznej:

- PL 0381 *Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży z terenu miasta Gorzowa Wlkp.* (beneficjent: Miasto Gorzów Wielkopolski; okres realizacji: 2008-2011),
- PL 0395 *Ochrona przed próchnicą wyrzynających się zębów pierwszych trzonowych u dzieci* (beneficjent: Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, okres realizacji: 2008-2011).

Ad. Część 2, pkt 2.1., str. 6, akapit 5; pkt 2.2., str. 7, akapit 4; Część 3, pkt 3.2., ppkt 3.2.1., str. 22, akapity: 2-4:

Minister Zdrowia nie zgadza się z opinią zawartą w przedmiotowej Informacji, iż Minister Zdrowia nie dokonuje oceny dostępności do świadczeń stomatologicznych w konsultacji z samorządami wojewódzkimi.

Ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego jest dokonywana zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, gdyż ratio legis wprowadzenia powyższego przepisu było wyłącznie, wynikające z konstytucyjnych uprawnień Ministra Zdrowia, dokonywanie przez niego bieżącej oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym do świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego, w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, w sytuacji pojawiających się problemów ze wskazaną dostępnością.

Przesłanką warunkującą konieczność konsultacji Ministra Zdrowia z samorządami wojewódzkimi jest wpływ do Ministerstwa Zdrowia od tych jednostek samorządu terytorialnego informacji odnośnie problemów z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym do świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego. Przepis art. 11 ust. 1

pkt 2 ustawy o świadczeniach należy bowiem interpretować w drodze wykładni celowościowej, odczytując normę w ten sposób, iż Minister Zdrowia konsultuje dostępność do przedmiotowych świadczeń z samorządami wojewódzkimi w sytuacji pojawienia się sygnałów pochodzących od wskazanych jednostek samorządu terytorialnego.

Należy przecież pamiętać, iż jednostki samorządu terytorialnego nierzadko mają większe rozeznanie w problemach społeczności lokalnej, jako administracja znajdująca się „bliżej” tej społeczności, niż organy administracji rządowej. Względy funkcjonalne są nierzadko decydujące w odczytywaniu zawartej w konkretnym przepisie normy i tak jest w tym przypadku. Normę prawną z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach należy rozumieć odmiennie, niż w pierwszej kolejności dostarczają wnioski płynące z wykładni gramatycznej wynikające z tego przepisu. Przepis bowiem nie powinien być rozumiany w sposób, który stanowiłby samoistną podstawę do dokonywania oceny we współpracy z samorządami wojewódzkimi, polegającą na stałym i okresowym dokonywaniu tej oceny i dokumentowaniu jej wyników, tylko jako przepis obligujący Ministra Zdrowia do podejmowania działań w sferze bieżących (zauważalnych) problemów z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej.

Za słusznością powyższego rozumowania świadczy również bezsprzecznie argument, iż brak innych norm precyzujących lub dookreślających normę wyrażoną w przepisie art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, nakazujących Ministrowi Zdrowia na dokonanie tejże konsultacji w określonym trybie, na określonych warunkach, czy w szczególności brak przepisu nakładającego dokonanie powyższego obowiązku w określonym terminie.

Ad. Część 2, pkt 2.2., str. 7, akapit 6; Część 3, pkt 3.2., ppkt 3.2.1., str. 22-23:

Minister Zdrowia podtrzymuje swoje dotychczasowe stanowisko, iż nie można zgodzić się z oceną zawartą w przedmiotowych wynikach kontroli, że nadzór Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia nie odpowiada wymaganiom ustawy o świadczeniach i ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267), zwanej dalej „k.p.a.”.

Nadzór Ministra Zdrowia nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia jest sprawowany zgodnie z przepisami działu VII ustawy o świadczeniach, w ramach posiadanych kompetencji nadzorczych Ministra Zdrowia jako organu administracji publicznej i zgodnie z przepisami prawa, w tym w szczególności art.165 ust. 3 oraz art. 181 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

Specyfika postępowania nadzorczego, określonego trybem art. 163 ustawy o świadczeniach, daje podstawy stwierdzenia, iż nie w każdym przypadku stwierdzonych nieprawidłowości w trakcie badania zarządzeń Prezesa NFZ należy wszcząć sformalizowane postępowanie administracyjne celem wydania decyzji określonej w art. 163 ust. 2 lub 165 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Wpływ poszczególnych zarządzeń Prezesa NFZ nie powoduje bowiem automatycznego wszczęcia postępowania administracyjnego (jurysdykcyjnego). Przedmiotowe postępowanie jest wszczynane z urzędu w celu wykonywania czynności nadzorczych określonych przepisami ustawy, w sytuacji zaistnienia konieczności i celowości ich zastosowania. Wszczęcie postępowania administracyjnego w trybie np. art. 165 ust. 3 ustawy o świadczeniach uzależnione jest zatem od okoliczności danego przypadku, po analizie przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia treści zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, często, choć nie w każdym przypadku, na podstawie niezbędnych konsultacji z innymi komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia.

W związku z powyższym, w przypadkach powoływanych przez Najwyższą Izbę Kontroli dwóch zarządzeń Prezesa NFZ tj.: zarządzenia Nr 59/2009/DSOZ oraz zarządzenia Nr 55/2010/DSOZ, Minister Zdrowia podejmował racjonalne kroki w postaci wskazania stanu nieprawidłowości Prezesowi NFZ, otrzymując zapewnienie o ich wykonaniu w przyszłości. Należy więc podkreślić, iż niecelowe było wszczynanie jurysdykcyjnego postępowania administracyjnego określonego przepisem art. 165 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Argumentem przemawiającym za logiką tego rozumowania były trwające postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (tzw. kontraktowanie). Należy bowiem szczególnie podkreślić, iż zmiana zarządzenia podczas trwającego konkursu ofert może skutkować unieważnieniem postępowania trybie art. 150 ustawy o świadczeniach w związku z normą wynikającą z art. 147 ustawy o świadczeniach, co prowadziłoby do wydłużenia trwających postępowań konkursowych i w konsekwencji mogło prowadzić do wystąpienia czasowych problemów z dostępnością do tego rodzaju świadczeń na poszczególnym (większym lub mniejszym) terytorium kraju.

Ponadto uprzejmie wyjaśniam, iż pomimo nie dokonania zmian w treści zarządzenia Nr 55/2010/DSOZ, umowy realizowane były zgodnie z treścią rozporządzenia od chwili jego wejścia w życie. Zarówno świadczenia *proteza dziecięca częściowa* oraz *proteza dziecięca całkowita* w pakietach świadczeń do systemu KS-SIKCh (systemu informatycznego NFZ

służącego do sprawozdawania wykonanych procedur oraz rozliczania ich) przyporządkowane zostały natychmiast w sposób określony w rozporządzeniu zmieniającym rozporządzenie Ministra Zdrowia w tym zakresie, czyli tylko do jednego zakresu: świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. Należy więc uznać, że pakiety świadczeń przypisane zostały poprawnie, a ich zgodność z rozporządzeniem Ministra Zdrowia była wystarczająca aby stanowić podstawę do rozliczania umów.

Zarzut nieprawidłowości Najwyższej Izby Kontroli o rzekomym przekroczeniu terminów zakończenia postępowania administracyjnego w przypadku badania dwóch zarządzeń Prezesa NFZ tj. zarządzenia Nr 59/2009/DSOZ oraz zarządzenia Nr 55/2010/DSOZ jest niezasadny. Należy wskazać, iż dopiero z momentem wszczęcia postępowania administracyjnego w trybie art. 61 § 1 k.p.a. stosuje się przepisy ogólnego postępowania administracyjnego. Wówczas to dopiero od tego momentu organ administracji publicznej, jakim jest Minister Zdrowia, jest zobligowany do przestrzegania normy wynikającej z art. 35 § 3 k.p.a.. Podobnie jest w przypadku normy wynikającej z art. 36 k.p.a. Minister Zdrowia w związku z tym, iż nie wszczyna postępowania administracyjnego, nie jest, co wydaje się oczywiste, zobowiązany podawać przyczyn zwłoki przedłużenia postępowania administracyjnego, gdyż takie postępowanie nawet się nie toczy.

W sprawie badania powyższych zarządzeń Minister Zdrowia nie wszczął, ani nie przedłużał postępowania administracyjnego, natomiast wyłącznie, jedynie posiłkując się przepisem art. 35 § 3 k.p.a., informował o badaniu zarządzenia Nr 59/2009/DSOZ oraz zarządzenia Nr 55/2010/DSOZ. Ustawa o świadczeniach nie przewiduje wyodrębnionego trybu, formy, terminów lub sposobu prowadzenia wskazanego postępowania nadzorczego. Nie określa więc granic badania i przedłużania badania przedmiotowych zarządzeń NFZ.

2 powołanie

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Cezary Rzemek



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
JACEK JEZIERSKI

KZD-4101-04/2012
P/12/124

Warszawa, dnia 26 lipca 2013 r.

Opinia

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust.2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do informacji o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych”

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż Minister Zdrowia formułuje w stanowisku te same zastrzeżenia, które zgłosił już do wystąpienia pokontrolnego NIK. Zastrzeżenia te zostały oddalone przez Kolegium NIK w uchwale nr 9/2013 z dnia 20 lutego 2013 r. Należy jednocześnie podkreślić, iż mimo że Minister Zdrowia nadal nie zgadza się z niektórymi ocenami sformułowanymi przez NIK, to jednocześnie, jak wynika z pisma Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2013 r. skierowanego do Prezesa NIK, podjęte zostały działania zmierzające do realizacji wniosków pokontrolnych NIK wynikających z kwestionowanych ocen.

W swoim stanowisku Minister Zdrowia podtrzymuje na przykład pogląd, iż art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) zobowiązuje Ministra do oceny dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi jedynie w sytuacji pojawienia się problemów z dostępnością świadczeń sygnalizowanych przez te samorządy (str. 4). Kolegium NIK nie podzieliło tej opinii wskazując, iż przepis ten nie warunkuje podejmowania przez Ministra działań we wskazanym zakresie od aktywności jednostek samorządu województwa. Zdaniem Kolegium NIK ocena dostępności świadczeń stomatologicznych powinna być dokonywana systematycznie, bowiem informacje w tym zakresie są niezbędne przy podejmowaniu decyzji kształtujących politykę zdrowotną państwa (m.in. kształcenie kadr medycznych oraz ocena NFZ mająca wpływ na dostępność świadczeń stomatologicznych).

W piśmie informującym o realizacji wniosków pokontrolnych, Minister Zdrowia poinformował Prezesa NIK m.in., iż: „Nawiązując do informacji (...), dotyczących niedokonywania przez Ministra Zdrowia oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, uznając, iż argumentacja Najwyższej Izby Kontroli może przysłużyć się poprawie jakości i nadzoru Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia, uprzejmie informuję, iż Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia podejmie działania na rzecz dokonywania okresowych konsultacji z samorządami wojewódzkimi w sprawie przeprowadzanej przez Ministra Zdrowia oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych.”

W związku z kwestionowaniem przez Ministra Zdrowia niektórych ocen zawartych w informacji, Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponownie uwagę, że stwierdzone przez NIK zaniedbania stanowią istotne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży, a w konsekwencji dla przyszłej kondycji zdrowotnej całego społeczeństwa.