



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Wojciech Misiąg

KZD – 4101-04-01/2012

P/12/124

WYSTĄPIENIE
POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/12/124 - Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontrolerzy 1. Teresa Zielińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82858 z dnia 5 września 2012 r.
2. Michał Oszukowski, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82859 z dnia 5 września 2012 r.

[dowód: akta kontroli str. 1-4]

Jednostka
kontrolowana Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, ul. Miodowa 15.

Kierownik jednostki
kontrolowanej Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia

[dowód: akta kontroli str. 6]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie¹ działalność Ministra Zdrowia na rzecz zapewnienia wszystkim mieszkańcom kraju równego dostępu do świadczeń stomatologicznych oraz nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w obszarze opieki stomatologicznej.

Kontrolą objęto lata 2010 – 2012 oraz okres wcześniejszy w aspekcie czynności planistycznych, przygotowawczych i danych statystycznych niezbędnych do porównań.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Podstawą wydania oceny negatywnej było w szczególności:

- niedokonywanie ocen dostępności świadczeń stomatologicznych w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, w trybie art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²;
- ograniczony zakres analiz i ocen potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej;
- nieosiągnięcie w 2010 r. większości oczekiwanych efektów programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”;
- niewystarczające monitorowanie efektów działań w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007 – 2015 oraz niedokonywanie oceny osiąganych skutków zdrowotnych, zgodnie z § 7 zarządzenia Prezesa Rady Ministrów

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. – dalej ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

- w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego (MZK) NPZ³ i § 5 Regulaminu Pracy Zespołu;
- niezgodna z art. 165 ust. 3 i art. 181 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i przepisami działu II Kodeksu postępowania administracyjnego - forma nadzoru nad zarządzeniami Prezesa NFZ;
 - niegospodarne wydatkowanie w latach 2010 – 2011 kwoty 130,7 tys. zł na nieudokumentowane badania 3.652 osób przy realizacji Programu monitorowania zdrowia jamy ustnej.

Ponadto NIK oceniła negatywnie:

- nieokreślenie optymalnych wskaźników zatrudnienia lekarzy dentystów i personelu pomocniczego dla określonych grup populacji;
- ustalanie limitów przyjęć na studia na kierunek lekarsko-dentystyczny bez określenia zapotrzebowania na absolwentów tego kierunku, co nie odpowiadało wymaganiom wskazanym w art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym⁴;
- opieszałość przy pracach nad harmonogramem realizacji NPZ, który został uchwalony 2,5 roku po przyjęciu Programu, a po upływie kolejnych 3 lat prace nad nim nadal nie zostały zakończone;
- niezwoływanie w 2012 r. (do 30 listopada) posiedzeń MZK NPZ, pomimo, iż Zespół powinien się zbierać nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy.

Należy zauważyć także, iż podejmowane przez Ministerstwo działania na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki chorób jamy ustnej, zwłaszcza próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, okazały się nieskuteczne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Działania Ministra Zdrowia w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa w dziedzinie stomatologii na rzecz poprawy stanu zdrowia ogółu obywateli

1.1. Analizy i informacje epidemiologiczne o chorobach jamy ustnej

Opis stanu
faktycznego

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. Badaniem obejmowane były corocznie inne grupy wiekowe populacji. Wprowadzenie monitorowania umożliwiło gromadzenie licznych danych niezbędnych do oceny funkcjonującego systemu opieki stomatologicznej, np. odsetka dzieci wolnych od próchnicy, średniej wartości wskaźnika próchnicy w uzębieniu, wskaźnika nasilenia próchnicy. Badano także uwarunkowania stanu zdrowia jamy ustnej.

³ Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów Nr 108 z dnia 2 grudnia 2004 roku w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, z późniejszymi zmianami.

⁴ Dz. U z 2012 r., poz. 572.

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”.

[dowód: akta kontroli, str. 93, 97, 221-268]

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 próchnicy⁵ (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.

[dowód: akta kontroli, str. 269-317]

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.

[dowód: akta kontroli, str. 318-422]

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 żucia⁶ 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.

[dowód: akta kontroli, str. 423-506]

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

⁵ dmft/DMFT (wskaźnik próchnicy w uzębieniu mlecznym/wskaźnik próchnicy w uzębieniu stałym) =0

⁶ To jest mających co najmniej 20 zębów naturalnych bądź sztucznych.

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 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).

[dowód: akta kontroli, str. 506-668, 669-829]

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.

[dowód: akta kontroli, str. 506-668]

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.

[dowód: akta kontroli, str. 669-829]

Na podstawie danych z monitoringów, 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. Brak jest 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.

[dowód: akta kontroli, str. 269-829]

W 2007 r. Minister Zdrowia przeznaczył na monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej 121 tys. zł, w 2008 r. – 300 tys. zł, w 2009 r. – 200 tys. zł. W 2010 i 2011 r. – po 500 tys. zł, a w 2012 r. – zaplanowano 356 tys. zł.

[dowód: akta kontroli, str. 925, 901-910]

Zgromadzone w ramach programu monitorowania dane epidemiologiczne i analizy, zostały wykorzystane, przez Ministerstwo i zespół konsultantów krajowych, do wypracowania kierunkowych działań w zakresie stomatologii. W styczniu 2012 roku przedstawiono je Ministrowi Zdrowia w formie „Notatki służbowej w sprawie kierunków działań w zakresie stomatologii”, a następnie kierownictwu Ministerstwa Zdrowia. Departament Matki i Dziecka otrzymał polecenie kontynuowania prac, i jak wyjaśniono, wraz z konsultantami dopracowuje szczegóły proponowanych zmian. 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, jak też na podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa poprzez edukację zdrowotną kobiet ciężarnych i małych dzieci, kontynuowaną poprzez rozwój programów edukacyjnych dla dzieci przedszkolnych i szkolnych (realizowanych przez nauczycieli przy wsparciu personelu medycznego). W związku z sytuacją epidemiologiczną zdrowia jamy ustnej, stanem stomatologicznej opieki leczniczej oraz niewystarczającą ilością środków finansowych przeznaczonych na ten cel zaproponowano następujące kierunki działań:

- 1) stopniowe ograniczenie gwarantowanych świadczeń stomatologicznych dla populacji dorosłych (ostatecznie pozostawienie dla tej populacji pomocy doraźnej, oraz leczenia protetycznego protezami akrylowymi ludzi starszych);
- 2) leczenie i profilaktykę w ramach świadczeń gwarantowanych: dzieci i młodzieży do 18 roku życia, kobiet w ciąży i w okresie połogu;
- 3) zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prowadzące do podziału opieki stomatologicznej na: stomatologiczną podstawową opiekę zdrowotną i stomatologiczną opiekę specjalistyczną;
- 4) objęcie w ramach opieki podstawowej: udzielanie świadczeń opieki doraźnej, prowadzenie rehabilitacji narządu żucia ludzi starszych (leczenie protetyczne), opiekę leczniczą i profilaktyczną kobiet w ciąży i połogu, a także na podstawie deklaracji wyboru lekarza dentysty opiekę leczniczą oraz profilaktyczną dzieci i młodzieży;
- 5) wprowadzenie leczenia specjalistycznego pacjentów ze schorzeniami narządu żucia będących skutkiem: nowotworów, urazów, chorób przewlekłych;
- 6) organizację profilaktycznej opieki stomatologicznej w przedszkolach poprzez realizację przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną stomatologicznego programu profilaktycznego.

Powyższe propozycje były przedstawione kierownictwu Ministerstwa Zdrowia także w 2010 r. i decyzją ówczesnego kierownictwa skierowano je do dalszych prac.

[dowód: akta kontroli, str. 93-94, 97-99, 103-113]

Jednocześnie współpraca Ministerstwa i konsultantów skutkowałą podjęciem przez Ministra Zdrowia działań na rzecz edukacji prozdrowotnej, profilaktyki i prewencji chorób jamy ustnej, o których mowa w pkt. 1.2 wystąpienia NIK.

Ustalone
nieprawidłowości

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

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. – wynosił 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. 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. 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%).

[dowód: akta kontroli, str. 239-253, 506-668, 169-182]

2. Dokonana w toku kontroli NIK analiza raportów z monitoringu zdrowia jamy ustnej za rok 2010 i 2011 oraz umów: nr 11/1/2010/1210/998 z dnia 5.10.2010 r. i nr 11/1/2011/1210/1018 z dnia 04.08.2011 r., 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 udokumentowano, tj.:
 - w 2010 r., wg danych przedstawionych w monitoringu, Uniwersytet objął badaniem 7.477 osób, w tym: 2.077 osób dorosłych, 2.618 dzieci sześciolletnich i 2.782 – dzieci 12-letnich. Natomiast Ministerstwo zapłaciło za zbadanie 8.700 osób (po 2.900 osób w każdej z ww. grup wiekowych). Różnica pomiędzy kwotą zapłaconą Uniwersytetowi za badania stomatologiczne i ankietowe oraz wprowadzenie wyników badań do bazy danych (pkt. 4 i 5 zał. do umowy), a kwotą wynikającą z wykonanych badań wyniosła 46.010,66 zł;
 - w 2011 r., Uniwersytet objął badaniem 6.271 osób, w tym: 1.819 dzieci pięcioletnich, 1.806 dzieci siedmioletnich i 2.646 – dzieci 15-letnich. Natomiast Ministerstwo zapłaciło za badanie 8.700 osób (po 2.900 osób w każdej z ww. grup wiekowych). Różnica pomiędzy kwotą zapłaconą Uniwersytetowi za badania, a kwotą wynikającą z wykonanych badań wyniosła 84.723,52 zł.

Rozliczenia umów zatwierdziła pod względem merytorycznym Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka, która wyjaśniła m.in., iż zauważono, że analiza epidemiologiczna przedstawiona w raportach dotyczyła mniejszej liczby badanych aniżeli podana w rozliczeniach i dlatego zwróciła się w formie ustnej do realizatorów programu

o wytłumaczenie zaistniałej sytuacji. Wyjaśniła m.in., że „Realizator zapewnił, że badaniu poddano populację w liczbach zgodnych z zapisanymi w umowach. Ponieważ jednak analiza merytoryczna i statystyczna wykonanych badań wykazała, że części tych badań z różnych przyczyn nie można uwzględnić w ostatecznych wynikach, nie zostały one zawarte w raporcie. W związku z powyższym Departament nie miał podstaw do tego, aby podważyć prawdziwość przedstawionych przez realizatora faktur i rozliczeń”.

W ocenie NIK Ministerstwo nie podjęło wystarczających działań w celu zweryfikowania przyczyn wspomnianych rozbieżności podanych przez Uniwersytet. 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.

[dowód: akta kontroli, str. 833-850, 867-887, 216-220]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 2010 r. w badaniach odnotowano spektakularny efekt obniżenia wskaźnika próchnicy (dmft) u dzieci w wieku 6 lat do wartości 0,9 pomimo iż oczekiwano wartości 4,9. Wiarygodność tych wyników budzi zastrzeżenia. Przeprowadzone rok później badania siedmiolatków (a więc tej samej grupy, która była badana w 2010 r.), nie potwierdziło bowiem radykalnej poprawy stanu zdrowotnego badanej populacji. Stan zdrowia siedmiolatków był alarmująco zły. Badania wykazały, że odsetek dzieci wolnych od próchnicy był w badanej grupie wiekowej bardzo niski i wynosił 9,5% (60,5% rok wcześniej), wartość średnia wskaźnika próchnicy uzębienia mlecznego u badanych dzieci wynosiła 5,62 (0,9 rok wcześniej), a średnia wartość wskaźnika dt wyniosła 4,56 (0,8 rok wcześniej).

Zastępca Dyrektora Departamentu Matki i Dziecka wyjaśniła, że wyniki badań wzbudziły zainteresowanie zarówno realizatorów jak i Ministerstwa, co skutkowało dyskusją nad ewentualną wiarygodnością danych i przyczyną otrzymania przedmiotowych wyników. Ponieważ metodologia badań, dobór osób badających nie budziły zastrzeżeń, a literatura światowa podaje przykłady gwałtownych spadków wskaźników próchnicy w badanych populacjach, nie można było, jak wyjaśniła, podważyć wiarygodności przeprowadzonych badań. Otrzymane w następnym roku wyniki dotyczące siedmiolatków nie upoważniają, do czasu przebadania populacji sześciolatków, do tego, aby otrzymanych wyników nie uznać i nimi się nie posługiwać. Zapowiedziano weryfikację danych w badaniach prowadzonych w 2012 r.

[dowód: akta kontroli, str. 525-540, 567-568, 708-721, 169-182]

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

Opis stanu
faktycznego

W sierpniu 2009 roku Minister Zdrowia podpisała rozporządzenie w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą⁷ (dalej: rozporządzenie w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej). W myśl § 3 rozporządzenia, opiekę stomatologiczną sprawują: lekarz dentysta (w miejscu o dowolnej lokalizacji zapisanej w umowie z NFZ) i pielęgniarka albo higienistka szkolna, którzy współpracują ze sobą (§ 5). Opieka lekarza dentysty obejmuje m.in. prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej, profilaktyczne badania stomatologiczne, profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną.

⁷ Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133.

Natomiast opieka sprawowana przez pielęgniarkę albo higienistkę szkolną obejmuje 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 stomatologicznego⁸ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego) i realizowane są przez lekarzy dentystów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W trakcie kontroli NIK trwały prace nad nowelizacją tego rozporządzenia, zmierzające do poszerzenia wykazu profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży o nowe świadczenia.

W celu wprowadzenia lub zintensyfikowania edukacji zdrowotnej wśród rodziców i dzieci w wieku przedszkolnym, uwzględniono – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁹ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu poz), w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki poz, sprawowanych podczas wizyt patronażowych - działania edukacyjne w zakresie zdrowia jamy ustnej skierowane do matek małych dzieci.

W podpisanym w dniu 23 września 2010 roku przez Ministra Zdrowia rozporządzeniu 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 noworodkiem¹⁰ – wprowadzono działania edukacyjne kobiety ciężarnej m.in. w zakresie zdrowia jamy ustnej, a wśród zalecanych badań diagnostycznych i konsultacyjnych u kobiet w okresie ciąży również badanie stomatologiczne.

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 – przekazane do wszystkich szkół i opublikowane na stronach internetowych resortów edukacji i zdrowia – zaleca organom prowadzącym szkoły m.in. zdrowe przekąski i napoje w sklepiku szkolnym, ograniczanie w czasie imprez szkolnych słodczy, słodkich napojów i potraw fast-food, eliminowanie słodczy jako formy nagrody, eliminowanie ze szkoły reklam niezdrowych produktów.

Minister Zdrowia podejmował działania na rzecz optymalizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach. W dniu 25.02.2010 r. w Ministerstwie odbyło się spotkanie, w którym uczestniczyli przedstawiciele: MEN, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Związku Gmin Polskich i Związku Powiatów Polskich. Omówiono raport „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w roku szkolnym 2009/2010 i zmiany w jej realizacji w latach 2005 – 2010”, przygotowany przez Instytut Matki

⁸ Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1144 ze zm.

⁹ Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1138 ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1259 (uchylenie 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.).

i Dziecka, z którego wynikało, że 60% szkół na wsi nie posiadało szkolnego gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. Konieczność działań na rzecz rozwiązania tego problemu wskazano przedstawicielom samorządów terytorialnych, gdyż utworzenie i utrzymanie szkolnych gabinetów pozostaje w kompetencji organów lokalnych samorządów prowadzących szkoły. Kwestie poprawy warunków realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami omówione zostały ponownie z przedstawicielami samorządów lokalnych podczas posiedzenia Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego w dniu 12.01.2012 r. Wskazano wówczas na konieczność dążenia do zapewnienia lub poprawy warunków realizacji tej opieki, w tym: tworzenia i utrzymania szkolnych gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, zwłaszcza w małych szkołach na wsi.

Dla zwiększenia efektów realizowanego programu polityki zdrowotnej, „Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej (...)” został uzupełniony o działalność promocyjną i edukację zdrowotną. Przyjęto, że w każdej miejscowości w dniu zakończenia badań epidemiologicznych w porozumieniu z władzami lokalnymi będą organizowane, otwarte dla całej społeczności lokalnej, spotkania z lekarzem dentystą i higienistką stomatologiczną/mgr zdrowia publicznego/pielęgniarką. Zaprezentowane zostaną wówczas najważniejsze informacje dotyczące zdrowego stylu życia i dostosowanych do wieku metod zapobiegania chorobom jamy ustnej.

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 są też próby finansowania promocji zdrowia jamy ustnej, skierowanego do kobiet w ciąży i matek małych dzieci, w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014.

[dowód: akta kontroli, str. 169-182, 956-965]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

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. NIK dostrzega złożoność tego problemu, którego rozwiązanie utrudnia wiele czynników, m.in. niska świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie rodziców i dzieci oraz ograniczone zaangażowanie lekarzy stomatologów – pracowników medycznych w edukację z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej.

1.3. Realizacja Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015

Opis stanu
faktycznego

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 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 z preparatami fluorkowymi; odsetek małych dzieci z próchnicą 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. [dowód: akta kontroli, str. 966-987]

Narodowy Program Zdrowia zakłada monitorowanie poszczególnych celów jak i osiągniętych skutków zdrowotnych, przez Międzyresortowy Zespół Koordynujący (MZK). 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.

[dowód: akta kontroli, str. 966-982, 1080-1082, 928-941]

Według sprawozdań z działalności Zespołu za rok 2010 i 2011, realizacja celu 11 – „*Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży*” objęła w roku 2008, 2009 i 2010 odpowiednio zaledwie – 3,9%, 4,6%, 3,8% całej populacji objętej działaniami NPZ¹¹. Odsetek samorządów realizujących ten cel wynosił w 2009 – 65,1%, a w 2010 r. zmniejszył się do 41,3% sprawozdających gmin i powiatów. Dla porównania – najczęściej podejmowaną działalnością była w 2009 r. realizacja celu dotyczącego zwalczania problemów alkoholowych, która objęła zasięgiem 24,3% całkowitej populacji, w 99,9% badanych samorządów. Zaznaczyć przy tym należy, że cel 11 adresowany był do węższej grupy ludności i z tego powodu notowana jest mniejsza liczba osób objętych różnymi aktywnościami w ramach celu. [dowód: akta kontroli, str. 988-1147]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Pomimo iż NPZ został przyjęty przez Radę Ministrów w maju 2007 r., inauguracyjne posiedzenie Zespołu Koordynacyjnego odbyło się dopiero 29 lipca 2009 r. Harmonogram realizacji NPZ uchwalono w listopadzie 2009 r. – dwa i pół roku po przyjęciu Programu, z zastrzeżeniem, że członkowie Zespołu będą mogli wносить dalsze uwagi do głosowanego dokumentu. Do dnia zakończenia kontroli NIK prace nad harmonogramem nie zostały zakończone. Jak m.in. wyjaśnił Zastępca

¹¹ W 2009 r. różnymi formami działań w analizowanych województwach objęto ponad 19,4 mln osób, a w 2010 r. – 21,9 mln osób.

Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, „*harmonogram był konsultowany w celu uściślenia nazewnictwa wskaźników oraz korekt związanych z przypisywaniem realizatorów zadań*”.

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). Związane to było, jak wyjaśniono, z koniecznością nowelizacji zarządzenia Prezesa Rady Ministrów (RM) i zmiany składu Zespołu, w związku z powstaniem listopadzie 2011 roku nowych ministerstw. NIK nie podziela argumentacji podanej w wyjaśnieniach. Projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie Prezesa RM przesłano bowiem na Komitet Stały Rady Ministrów dopiero po 8 miesiącach (w lipcu 2012 r.) od wprowadzenia zmian w strukturach administracji rządowej. Zdaniem NIK świadczy to o opieszałości w działaniach Ministerstwa Zdrowia. Zarządzenie zmieniające weszło w życie z dniem 10 października 2012 r.

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

[dowód: akta kontroli, str. 926-955, 1150-1167]

2. W niewystarczającym stopniu monitorowano efekty działań w ramach NPZ oraz nie dokonywano oceny osiąganych skutków zdrowotnych, co przewidziano w Programie¹². 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/aktywność 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*”.

NIK zwraca uwagę, że w 2009 r. niektóre samorządy wycofały się z przekazywania sprawozdań z realizacji NPZ. Sprawozdania przesłało 1270 podmiotów z 13 województw, podczas gdy w roku poprzednim – 1574 podmioty. Odsetek zwrotu wypełnionych formularzy sprawozdawczych z gmin i powiatów, które nadesłały właściwie wypełnione sprawozdania wynosił od 38% (w woj. śląskim) do 70% (w woj. opolskim). W 2010 r. - sprawozdania przesłało 1878 JST z 15 województw a zwrot formularzy kształtował się od 39% (woj. dolnośląskie) do 100% (woj. lubuskie).

3. Minister Zdrowia nie skorzystał z uprawnień, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4 Regulaminu i nie przedłożył Prezesowi Rady Ministrów rekomendacji dotyczących dalszego wdrażania oraz ewentualnych zmian w NPZ. W wyjaśnieniu podano, że zmiany NPZ związane będą z przygotowaniem nowej edycji i aktualnie prowadzone są prace nad projektem ustawy o systemie zdrowia publicznego, która określi m.in. w sposób szczegółowy zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym wynikające z NPZ, realizowane przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego. Zdaniem NIK, nie usprawiedliwia to obecnych zaniechań Ministerstwa i nie daje gwarancji na poprawę realizacji i monitorowania efektów NPZ w przyszłości.

[dowód: akta kontroli, str. 988-1147, 928-955]

¹² Por. Propozycja algorytmu wdrażania NPZ.

4. 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. Wyjaśniono, że przyczyną jest metodologia gromadzenia danych i opracowania końcowego sprawozdania, a zapisy regulaminu winny być przeredagowane, aby nie budziły wątpliwości.

Zadanie dotyczące przeprowadzenia monitoringu zadań wyznaczonych w NPZ wykonywane jest na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Wyniki są oparte na sprawozdaniach pełnomocników wojewódzkich ds. NPZ, którzy oceniali realizację celów NPZ przez samorządy, w oparciu o ujednolicone ankiety.

[dowód: akta kontroli, str. 928-932, 1150-1151]

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 było, jak wyjaśniono, brak obsady kadrowej na stanowisku do spraw NPZ.

[dowód: akta kontroli, str. 926-927]

5. 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. Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka wyjaśniła, że w ramach programu finansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy stomatologiczną opieką profilaktyczną objęte będą dzieci przedszkolne w wieku 4 - 6 lat.

[dowód: akta kontroli, str. 966-987, 928-932, 956-961]

1.4. Rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej

Opis stanu faktycznego

System rozpoznawania potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej na szczeblu krajowym i regionalnym oparty był od 1998 r. na monitorowaniu stanu zdrowia jamy ustnej. W latach 1998 – 2003 realizowany był jako program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia, w latach 2004 – 2007 jako zadanie Ministra oraz ponownie jako program Ministra Zdrowia od 2009 r. W ramach systemu monitorowania badaniami obejmowane były poszczególne grupy wiekowe populacji. W Polsce, jak wyjaśniono, nikt nie prowadził przekrojowych epidemiologicznych badań dotyczących całej populacji. Badania prowadzone na zlecenie Ministerstwa były jedynymi, na których mogli oprzeć się organizatorzy ochrony zdrowia, dokonując oceny systemu opieki zdrowotnej. Jednym z celów głównych programu jest określenie potrzeb leczniczych i profilaktycznych badanej grupy oraz badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych, warunkujących stan zdrowia jamy ustnej. Prowadzone badania epidemiologiczne i socjomedyczne miały w większości charakter ogólnopolski.

[dowód: akta kontroli, str. 187-192]

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż ograniczony zakres analiz i ocen potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej nie daje pełnej wiedzy o istotnych problemach zdrowotnych całej populacji.

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

Opis stanu
faktycznego

W latach 2010 - 2012 kształcenie studentów na kierunku lekarsko-dentystycznym prowadziło 10 uczelni medycznych. Zgodnie z art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym¹³ (dalej: ustawa o szkolnictwie wyższym), Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego określił limity przyjęć w poszczególnych uczelniach - w rozporządzeniach Ministra Zdrowia odpowiednio z dnia: 12 lipca 2010 r., 8 sierpnia 2011 r. i 23 lipca 2012 r.

W okresie objętym kontrolą łączny limit przyjęć 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.

[dowód: akta kontroli, str. 1328-1333, 1345-1346, 1368-1469, 1281-1320]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ministerstwo nie dysponowało dokumentami opisującymi roczne zapotrzebowanie na kształcenie 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 o szkolnictwie wyższym.

NIK nie podziela wyjaśnień zastępcy Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, iż uczelnie wraz z przesłanymi 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 móc prowadzić studia na określonym kierunku i poziomie kształcenia¹⁴, 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

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 572.

¹⁴ Dz. U. z 2006 r. Nr 144, poz. 1048 ze zm. (uchylenie przez art. 1 pkt 7, art. 37 pkt 1 z dniem 30 listopada przez ustawę z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz zmianie niektórych innych ustaw – Dz. U. Nr 84, poz. 455 ze zm.).

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.

[dowód: akta kontroli, str. 1280-1320, 1437-1440, 1465-1469]

1.6. Kadra medyczna w opiece stomatologicznej

Opis stanu
faktycznego

Według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, na koniec 2009 r. w Polsce było 36.945 dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu, z tego 31.643¹⁵ (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.

[dowód: akta kontroli, str. 1470-1499]

Ustalone
nieprawidłowości

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

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.).

Zdaniem NIK, znaczne zróżnicowanie wskaźników aktywnych zawodowo lekarzy dentystów 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. Mimo wiedzy w tym zakresie, Ministerstwo nie określiło optymalnych wskaźników, które należałoby osiągnąć, co może utrudniać organom odpowiedzialnym za tworzenie warunków do funkcjonowania opieki zdrowotnej, zapewnienie równego dostępu do tych świadczeń. Utrudnia też realizację polityki Ministerstwa w zakresie kształcenia dentystów oraz wyrównywania istniejących różnic między regionami w dostępie do świadczeń stomatologicznych o odpowiedniej jakości.

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 zdrowia¹⁶ (dalej: ustawa o konsultantach) - 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 opiniodawcze w tym zakresie, dotyczące oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych. Tym samym nie mają uprawnień władczych i nie mogą kreować polityki

¹⁵ Liczbę lekarzy wykonujących zawód wyliczono odejmując od ogółu lekarzy liczbę lekarzy nie wykonujących zawodu (na podstawie danych CSIOZ).

¹⁶ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, ze zm.

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 dentystów.

[dowód: akta kontroli, str. 1280-1284, 1321-1327, 1271-1274]

1.7. Organizacja warunków specjalizacji dla absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego

Opis stanu
faktycznego

Sprawy związane z naborem lekarzy do odbywania specjalizacji regulowały przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁷ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów¹⁸. Na podstawie art. 16h ust. 1 i 2 ww. ustawy, lekarz dentysta może odbywać szkolenie specjalizacyjne 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 pozarezydenckich¹⁹.

Umowy zapewniające pokrycie kosztów wypłaty wynagrodzeń lekarzy rezydentów z jednostkami szkoleniowymi zawierał Minister Zdrowia. W latach 2010-2012 rezydentury były finansowane ze środków Funduszu Pracy.

Zgodnie z art. 16e ust. 1 ustawy, przed postępowaniem kwalifikacyjnym Minister Zdrowia zobowiązany był określić i ogłosić na swojej stronie internetowej liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy dentystów w ramach „rezydentury”, z podziałem na województwa - na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów, uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze województwa. Natomiast liczbę miejsc szkoleniowych nieobjętych rezydenturą ogłasza wojewoda, na podst. art. 16 e ust. 2 ustawy²⁰.

W latach 2010 – 2012 Minister Zdrowia przyznał ogółem 273 rezydentury, tj. 84,5% zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów, z tego:

- stomatologia zachowawcza z endodoncją	57 rezydentur (21+21+15) ²¹
- protetyka stomatologiczna	51 rezydentur (16+15+20)
- stomatologia dziecięca	46 rezydentur (17+14+15)
- chirurgia stomatologiczna	42 rezydentury (11+9+22)
- chirurgia szczękowo twarzowa	35 rezydentur (15+12+8)
- ortodoncja	26 rezydentur (10+10+6)
- periodontologia	16 rezydentur (6+5+5)

Największą liczbę rezydentur (we wszystkich dziedzinach stomatologicznych) otrzymały woj. mazowieckie (44) i śląskie (33), które ubiegały się odpowiednio o 53 i 37 rezydentur.

¹⁷ J.t. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, ze zm.

¹⁸ Dz. U. z 2005 r. Nr 213, poz. 1779, ze zm.

¹⁹ 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.

²⁰ Przed zmianą ustawy w kwietniu 2011 r. taką informację zamieszczał Minister na podstawie art. 30 ust 1 rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

²¹ Odpowiednio w 2010, 2011 i 2012 r.

Najmniej rezydentur Ministerstwo przyznało dla woj. lubuskiego (4 rezydentury), opolskiego (4 rezydentury) i świętokrzyskiego (3 rezydentury), które wystąpiły odpowiednio o 4, 5 i 3 rezydentury.

Ponadto, w latach 2010 – 2011 zostało przyznanych 196 „miejsc pozarezydenckich”. Na dzień zakończenia kontroli NIK, Ministerstwo nie posiadało danych dotyczących 2012 roku, ze względu na trwający proces odwoławczy dotyczący postępowań kwalifikacyjnych prowadzonych przez wojewodów w terminie 1-31.10.2012 r.

[dowód: akta kontroli, str. 1328-1344]

Każdorazowo przed przyznaniem liczby rezydentur dla poszczególnych postępowań kwalifikacyjnych (odbywających się w terminach 1-31 marzec i 1-31 październik), Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego przyjmował kryteria podziału rezydentur na województwa. Z ustaleń kontroli wynika, że podziału dokonywano zgodnie z przyjmowanymi zasadami i każdorazowo podział miejsc rezydenckich był akceptowany przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia.

W latach 2010 – 2012 przyznawano 100% wnioskowanych miejsc (za wyjątkiem postępowania w lutym 2011 r.) w dziedzinie priorytetowej, za jaką uznana została stomatologia dziecięca, natomiast przy podziale pozostałych rezydentur zakładano maksymalną liczbę rezydentur dla każdej dziedziny, np. po jednej w województwie. Przy podziale rezydentur dla województw na ostatnie postępowanie kwalifikacyjne (w październiku 2012 r.) kierowano się także wiekiem specjalistów wykonujących zawód.

[dowód: akta kontroli, str. 1334-1338, 1347-1360]

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).

[dowód: akta kontroli, str. 1275-1279]

1.8. Wykorzystywanie informacji konsultantów krajowych

Opis stanu
faktycznego

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.

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

[dowód: akta kontroli, str. 97-99]

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 priorytetowe²², 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. Ponadto Departament Matki i Dziecka wykorzystywał wiedzę konsultantów do oceny merytorycznej międzynarodowych dokumentów oraz w trakcie przygotowywania konferencji szkoleniowych dla lekarzy dentystów.

[dowód: akta kontroli, str. 1271-1272, 220]

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. następujące opinie:²³

- w zakresie dostępności świadczeń stomatologicznych konsultanci stwierdzili, że jest ona terytorialnie bardzo zróżnicowana. Ponadto w swoich opiniach wskazali:

- 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

²² Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 709.

²³ Opracowanie NIK na podstawie sprawozdań konsultantów krajowych.

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 konsultanci stwierdzili m.in.:

- 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,

- 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.

[dowód: akta kontroli, str. 1500-1655]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

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. Zdaniem NIK wynikało to z faktu, że Ministerstwo nie określiło optymalnych wskaźników zatrudnienia ani metodologii

wyliczenia zapotrzebowania na lekarzy dentystów w poszczególnych dziedzinach. Na problemy związane z określaniem zapotrzebowania, zwrócili uwagę także niektórzy konsultanci.

Przy ocenie dostępności świadczeń stomatologicznych i potrzeb kadrowych konsultanci odnosili się jedynie do reprezentowanych przez siebie dziedzin. Żaden z konsultantów nie monitoruje natomiast zagadnień związanych z dostępnością do

świadczeń ogólnostomatologicznych i nie odniósł się do liczby lekarzy dentystów bez specjalizacji – udzielających świadczeń.

[dowód: akta kontroli, str. 1275-1278]

1.9. Zasady i metodologia prac nad rozporządzeniem w sprawie zakresu gwarantowanych świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu faktycznego

Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wydano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Rozporządzenie weszło w życie z dniem wejścia w życie nowelizacji ustawy. Zastępca Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego wyjaśnił, że Ministerstwo nie stosowało żadnej szczególnej metodologii przy opracowywaniu powyższego projektu rozporządzenia (w 2009 r.). Podstawą do opracowania projektu rozporządzenia stanowiła rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych, wyrażona w stanowisku nr 54/16/2009 Rady Konsultacyjnej AOTM, z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych. Rada rekomendowała finansowanie świadczeń zawartych w wykazach załączonych do projektu rozporządzenia, pod warunkiem, że obejmują one wszystkie świadczenia wówczas finansowane ze środków publicznych, uznając przedmiotowe świadczenia za gwarantowane. Przy opracowywaniu rozporządzenia AOTM nie przeprowadzało symulacji potrzeb kadrowych i kosztów. Rada Agencji uznała, że rozporządzenie nie będzie miało wpływu na budżet państwa. Rozporządzenie było trzykrotnie nowelizowane. Zmiany dotyczyły doprecyzowania użytej w rozporządzeniu terminologii i zagwarantowania świadczeniobiorcom pominiętych świadczeń stomatologicznych w pierwszej wersji rozporządzenia, a obowiązujących przed 6 sierpnia 2009 r. (data rekomendacji AOTM nr 54/16/2009).

[dowód: akta kontroli str. 97-102, 1656-1664]

W trakcie kontroli NIK Ministerstwo Zdrowia prowadziło prace nad kolejną nowelizacją rozporządzenia. Zgodnie z przedłożonymi dokumentami przeprowadzono symulację kosztów proponowanych zmian i symulację potrzeb kadrowych. Wszystkie proponowane zmiany uzyskały rekomendację AOTM.

[dowód: akta kontroli str. 1667-1845]

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność Ministra Zdrowia w obszarze kształtowania polityki zdrowotnej państwa w dziedzinie stomatologii, wobec nieprawidłowości opisanych w pkt. 1.1, 1.3, 1.5, 1.6.

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

2.1. Dokumenty wykorzystywane przez Ministerstwo przy ocenie ww. zagadnień

Opis stanu faktycznego

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

2.1.1. Według rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, opiekę tą 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 współpracę pielęgniarki/higienistki szkolnej z lekarzem dentystą.

Kontrola funkcjonowania profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą opierała się na raportach dotyczących liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową w danym roku szkolnym. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia raporty sporządzane były przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie (IMiDz) i opierały się na danych statystycznych zawartych w „Rocznych sprawozdaniach o realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach” (druk MZ-06), zbieranych ze szkół wszystkich typów w Polsce.

[dowód: akta kontroli: str. 93-106, 159-162, 187-195, 1174-1198]

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%.

[dowód: akta kontroli, str. 1168-1207]

Uwagi dotyczące badanej działalności

Ministerstwo Zdrowia nie monitorowało funkcjonowania profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą przez lekarzy dentystów. Nie posiada 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, nie posiada informacji o liczbie uczniów jaka była objęta ich opieką w poszczególnych latach 2010-2012.

[dowód: akta kontroli, str. 187-194]

W ocenie NIK, pomimo iż Ministerstwo Zdrowia stworzyło uregulowania prawne w celu zapewnienia profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą, nie dokonuje kompleksowej oceny funkcjonowania wprowadzonego systemu, ze względu m.in. na brak uregulowań pozwalających na dokonanie kompleksowej oceny profilaktyki stomatologicznej realizowanej przez lekarzy.

Skutki działań profilaktycznych, mierzone badaniami epidemiologicznymi, wykazywane w raportach z monitoringu wykazują, że przyjęte uregulowania są nieskuteczne.

2.1.2. Do Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia przekazywane są 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).

[dowód: akta kontroli, str. 1208-1270, 187-192]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. 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.

[dowód: akta kontroli, str. 1208-1218, 187-192]

2. 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 informacje*²⁴. 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.

[dowód: akta kontroli, str. 1208-1270]

2.1.3. 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

²⁴ Dz. U. Nr 163, poz. 1024.

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 eliminowane²⁵.

[dowód: akta kontroli, str. 97-120]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

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 podpisanych z gabinetami stomatologicznymi w szkołach (ranking ofert konkursowych), monitorowało jedynie warunki dodatkowe zamieszczone w ofertach konkursowych.

[dowód: akta kontroli, str. 212-215]

2.2. Programy profilaktyczne z zakresu przeciwdziałania próchnicy u dzieci i młodzieży

Opis stanu
faktycznego

W latach 2010-2012 nie funkcjonował na szczeblu 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.

Programów takich nie finansował też NFZ. Natomiast świadczenia z zakresu profilaktyki profesjonalnej, wskazane do finansowania ze środków publicznych (zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym, lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej 1 raz na kwartał, impregnacja zębiny zębów mlecznych) NFZ finansował ze środków publicznych w ramach umów zawartych ze świadczeniodawcami. Ponadto w ramach kontraktów, NFZ finansował fluorkową profilaktykę grupową w klasach I-VI, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

[dowód: akta kontroli, str. 93-94, 159-162, 165]

W lipcu 2012 r. podpisana została umowa pomiędzy Biurem do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia²⁶ (Instytucją Pośredniczącą) oraz Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu w sprawie realizacji projektu „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”. Celem głównym projektu jest zmniejszenie nasilenia i częstości występowania choroby próchnicowej zębów u małych dzieci (0-5 lat). Projekt będzie realizowany na terenie całego kraju do 2016 r. w grupie 300 tys. dzieci. Zakłada się, iż objęcie działaniami dzieci, które są populacją najbardziej obciążoną ryzykiem zachorowalności na próchnicę pozwoli na obniżenie występowania próchnicy i potrzeb leczenia

²⁵ 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.

²⁶ Państwowa jednostka budżetowa podległa Ministrowi Zdrowia.

stomatologicznego w Polsce. Działania projektowe będą ukierunkowane także na podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w tym kobiet ciężarnych i matek małych dzieci oraz rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. W październiku 2012 r. projekt był we wstępnej, organizacyjnej fazie wdrażania. Szacowane koszty kwalifikowane projektu wynoszą około 6 mln CHF, jednak nie więcej niż 19,2 mln zł. Strona szwajcarska sfinansuje 85% kosztów kwalifikowanych, pozostałe 15% zapewni Ministerstwo Zdrowia.

Ponadto w związku z podpisanym w czerwcu 2011 r. Memorandum dotyczącym wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014, Ministerstwo Zdrowia (Departament Funduszy Europejskich) realizować będzie program „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”. W ramach jednego z obszarów interwencji tego Programu²⁷, wnioskodawcy będą mogli ubiegać się o dofinansowanie przedsięwzięcia w zakresie profilaktyki stomatologicznej dla kobiet ciężarnych - w ramach otwartego naboru wniosków do konkursu. W listopadzie 2012 r. trwał proces zatwierdzania propozycji Programu.

[dowód: akta kontroli, str. 121-158]

Przepisy art. 151 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁸ oraz art. 11 ust.1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie²⁹ przewidują możliwość współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pozarządowymi. Zgodnie z przepisami tych aktów prawnych Ministerstwo powierza lub wspiera realizację zadań publicznych przez organizacje pozarządowe – po przeprowadzeniu otwartego konkursu ofert. W 2010 r. w programie współpracy Ministerstwa Zdrowia zostało ujęte zadanie publiczne pt. „Program edukacyjno-profilaktyczny dotyczący zapobiegania próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym”, na którego realizację zaplanowano 200 tys. zł. W otwartym konkursie ofert wpłynęła jedna oferta, którą odrzucono z powodu niespełniania wymogów formalnych. W latach 2011 – 2012 zadanie nie było przez MZ realizowane. Uzasadnieniem takiej decyzji, jak wyjaśnił zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, było m.in. małe zainteresowanie ze strony organizacji pozarządowych realizacją zadania.

[dowód: akta kontroli, str. 166-168]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK pozytywnie ocenia podjęcie próby finansowania programu ukierunkowanego na wdrożenie i utrwalenie nawyku szczotkowania zębów pastą z fluorem u dzieci w wieku przedszkolnym w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Zauważyć jednak należy, że programem objęte zostaną jedynie małe dzieci, podczas gdy NPZ zakłada realizację programu zdrowotnego, którym objęta zostałyby także młodzież.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie³⁰ działalność w badanym obszarze. Jednocześnie NIK zwraca uwagę, iż niedysponowanie informacjami o kompleksowej opiece profilaktycznej adresowanej m.in. do dzieci i młodzieży, utrudnia Ministrowi Zdrowia prowadzenie spójnej polityki zdrowotnej.

²⁷ Poprawa opieki okołoporodowej – świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie w celu zwiększenia liczby urodzeń.

²⁸ Dz. U. z 2009 r., nr 157, poz. 1240 ze zm.

²⁹ Dz. U. z 2010 r., Nr 234, poz. 1536 ze zm.

³⁰ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

3. Dostęp do usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych

3.1. Ocena dostępności świadczeń stomatologicznych przez Ministra, w konsultacji z samorządami wojewódzkimi

Opis stanu faktycznego

W latach 2010 – 2012 Minister Zdrowia nie dokonywał oceny dostępności świadczeń stomatologicznych w konsultacji z samorządami wojewódzkimi.

Zgodnie ze stanowiskiem Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego (dalej: DUZ) ocena dostępności świadczeń stomatologicznych odbywa się w ramach posiadanych przez Ministra kompetencji, które można pogrupować na dwie zasadnicze sfery uprawnień: uprawnienia o charakterze regulacyjnym (rozporządzenia) i nadzorczym (badanie uchwał Prezesa NFZ i uchwał Rady Funduszu, możliwość prowadzenia nadzoru i kontroli nad NFZ i świadczeniodawcami oraz możliwość badania decyzji Dyrektorów Wojewódzkich Oddziałów Funduszu).

Źródłem informacji na temat dostępności świadczeń stomatologicznych są informacje zawarte w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu. W latach 2010 i 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.

Zgodnie ze stanowiskiem DUZ, przekazywane przez NFZ informacje na temat dostępności leczenia stomatologicznego wykorzystywane są w ramach kompetencji nadzorczych i regulacyjnych (np. przy wydaniu rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej), a także przy udzielaniu odpowiedzi na wpływające do Ministerstwa pisma, dotyczące dostępu do świadczeń.

[dowód: akta kontroli str. 1846-1889]

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.

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego posiada opinie dotyczące dostępności świadczeń stomatologicznych, zawarte w raportach konsultantów krajowych w dziedzinach stomatologicznych (pkt 1.8 wystąpienia), które udostępnione są w wewnętrznej sieci Ministerstwa (intranet).

Ustalone nieprawidłowości

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

Minister Zdrowia nie dokonywał oceny dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, co jest 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.

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

Opis stanu
faktycznego

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

[dowód: akta kontroli str. 1890-2004]

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 zarządzenia³¹ - 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 postępowaniach konkursowych w rodzaju leczenia stomatologicznego. 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.

[dowód: akta kontroli str. 1890-1913, 1949-1998]

W latach 2010 – 2012 Ministerstwo Zdrowia, poza badaniem zarządzeń Prezesa NFZ nie korzystało z innych możliwości nadzoru i kontroli nad NFZ i świadczeniodawcami w zakresie gwarantowanych świadczeń stomatologicznych.

W opinii Zastępcy Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego wpływające skargi i wnioski dotyczące obszaru ubezpieczenia zdrowotnego – leczenie stomatologiczne (6 skarg i wniosków w latach 2010-2012) nie stanowiły przesłanek do podjęcia działań kontrolnych.

[dowód: akta kontroli str. 1890-1913, 2005-2122]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ministerstwo Zdrowia niewłaściwie stosowało przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz przepisy działu II Kodeksu postępowania administracyjnego³² (KPA) przy badaniu zarządzeń Prezesa NFZ. W przypadku dwóch wadliwych prawnie zarządzeń Prezesa NFZ nie wydano, stosownie do art. 165 ust. 3 oraz art.

³¹ Wymagania dla świadczeniodawców oraz warunki i zasady udzielania świadczeń w rodzaju leczenia stomatologicznego. w ramach warunków realizacji świadczeń.

³² Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz 1071 ze zm.).

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

[dowód: akta kontroli str. 1890-2004, 2123-2128]

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.

[dowód: akta kontroli str. 1890-1901, 1949-1998, 2123-2128]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

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.

[dowód: akta kontroli str. 1890-2004, 2123-2128]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³³, wnosi o:

- 1) skoordynowanie monitorowania efektów NPZ, dotyczących stanu zdrowia jamy ustnej oraz Programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej, w celu opracowania wskaźników możliwych do zastosowania w obu programach;
- 2) podjęcie działań zmierzających do dostosowania metodologii gromadzenia danych o realizacji NPZ i terminu opracowania końcowego sprawozdania z działalności MZK, do postanowień Regulaminu pracy ZK NPZ;
- 3) opracowanie wskaźników kadry medycznej niezbędnej do zabezpieczenia potrzeb opieki stomatologicznej w skali kraju i regionów;
- 4) ustalanie limitów przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny z uwzględnieniem zapotrzebowania na absolwentów;
- 5) przeprowadzenie szczegółowej kontroli wykonania i rozliczenia umów z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym o realizację Programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej w latach 2010-2011 i na podstawie jej wyników rozważenie podjęcia działań w celu odzyskania kwoty 130.734 zł z tytułu niezrealizowania przez Uniwersytet pełnego zakresu umów;
- 6) zapewnienie przestrzegania postanowień Kodeksu postępowania administracyjnego przy badaniu przez Ministra Zdrowia decyzji Prezesa NFZ oraz uchwał Rady Funduszu;

³³ Dz. U. z 2012 r., poz.82

- 7) rozważenie weryfikacji dotychczasowych działań w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki chorób jamy ustnej, w celu zapewnienia większej skuteczności działań Ministra Zdrowia;
- 8) weryfikację przydatności w pracach Ministerstwa Zdrowia gromadzonych informacji o programach zdrowotnych, tworzonych przez samorządy terytorialne.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

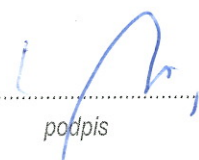
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 11 marca 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor


.....
podpis

