

WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Jacek Uczkiewicz

KZD – 4101-003-01/2014

P/14/062

WYSTĄPIENIE
POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/062 – Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Julita Łuczak, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr 90814 z dnia 2 czerwca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bartosz Artukowicz, Minister Zdrowia (dowód: akta kontroli str. 1496-1498)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia¹, że działania podejmowane przez Ministra Zdrowia w celu wypracowania rozwiązań systemowych usprawniających opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym, zwiększenia dostępności świadczeń z zakresu geriatry oraz zapewnienia odpowiedniej ich jakości były nieskuteczne.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Z ustaleń kontroli wynika bowiem, iż:

- nie zwiększyła się dostępność osób w wieku podeszłym do opieki geriatrycznej,
- nie określono wskaźników dotyczących liczebności kadry medycznej dla potrzeb opieki nad osobami w wieku podeszłym, w odniesieniu do liczby mieszkańców,
- nadzór nad powołanym przez Ministra Zdrowia Zespołem do spraw gerontologii był nieprawidłowy, a przygotowane przez Zespół „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej” nie stały się dokumentem powszechnie obowiązującym, co ogranicza ich wpływ na jakość i efektywność leczenia pacjentów,
- istnieje ryzyko nieosiągnięcia celów założonych w projekcie „Wsparcie kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę, iż Narodowy Program Zdrowia tylko w niewielkim stopniu odnosi się do potrzeb osób w wieku podeszłym, a sposób monitorowania zadań realizowanych w tym zakresie utrudnia rzetelną ocenę jego efektów.

Nie funkcjonuje również System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, mimo iż zgodnie z art. 57 ust. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,² dane w tym systemie powinny być przetwarzane od dnia 1 sierpnia 2014 r.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

² Dz.U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Kształtowanie polityki zdrowotnej dotyczącej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym

Opis stanu faktycznego

1. Zgodnie z art. 6 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Realizując politykę zdrowotną, w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, Minister Zdrowia:

- brał udział w pracach nad „Załoženiami długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014 – 2020”, przyjętymi Uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r.⁴
- opracował dokument pn. „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020 Krajowe Strategiczne Ramy”, który ma charakter dokumentu wdrożeniowego wobec krajowych dokumentów strategicznych⁵,
- zwrócił się do marszałków wszystkich województw o przedstawienie informacji w zakresie potrzeb zdrowotnych populacji województwa dotyczących świadczeń geriatrycznych oraz obecnego zabezpieczenia dostępu pacjentów do poradni i oddziałów geriatrycznych,
- wystąpił do Prezesa NFZ z prośbą o rozważenie możliwości dokonania zmiany wyceny świadczeń realizowanych w zakresie geriatryki oraz świadczeń dedykowanych pacjentom w podeszłym wieku z obszaru chorób wewnętrznych, tak aby zapewnić kompleksowe udzielanie świadczeń tej grupie pacjentów w odpowiednich poradniach i oddziałach,
- zwrócił się do Prezesa NFZ z prośbą o przedstawienie informacji o możliwości sukcesywnego wprowadzania do katalogu procedur medycznych finansowanych ze środków publicznych innowacyjnych produktów kontraktowych, takich jak telekonsultacje geriatryczne.

Odpowiedzi na ww. wystąpienia były przedmiotem analiz prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia. Podjęcie odpowiednich działań uzależnione jest jednak w szczególności od środków finansowych będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia.

(Dowód: akta kontroli str. 8-11, 1361-1363, 1499-1508, 1515-1577, 1662-1663)

³ Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴ M.P. z 2014 r. poz. 118

⁵ Dokument został przyjęty w dniu 3 marca 2014 r. Celem głównym działań, przewidzianych do realizacji w tym dokumencie, jest zwiększenie długości życia w zdrowiu, jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce, a jednym z celów długoterminowych jest dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi. W ramach powyższego celu zaplanowano następujące narzędzia: wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki geriatrycznej (roboty budowlane, doposażenie, itp.) – projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny w jednostkach zajmujących się leczeniem w zakresie geriatryki (wsparcie zostanie ograniczone wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego), wypracowanie i wdrożenie rozwiązań systemowych i standardów usług w zakresie tworzenia i rozwoju alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym starszymi i niepełnosprawnymi) – w ramach tego narzędzia wspierane będą projekty przyczyniające się do rozwoju form opieki nad osobami starszymi poprzez pilotażowe opracowanie standardu dla dziennego domu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, szkolenia dla opiekunów, tworzenie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagającego, wsparcie projektów teleopieki, szkolenia oraz doradztwo w zakresie dostosowania szpitali/oddziałów do odpowiedniego standardu hospitalizacji osób starszych. Na obecnym etapie programowania perspektywy finansowej na lata 2014 – 2020 nie ma jeszcze wykazu konkretnych projektów finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego lub Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego wdrażających ww. planowane działania na rzecz osób w wieku podeszłym.

2. Uchwałą Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. został wprowadzony Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015 (NPZ), którego cel główny „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” osiągnięty ma być poprzez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu, aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Cel operacyjny nr 9 NPZ dotyczy „Tworzenia warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”. Wśród oczekiwanych efektów, które mają zostać osiągnięte do 2015 roku wymienione zostało propagowanie idei „aktywnego starzenia się”, uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym, zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia, a także zmniejszenie rozpowszechnienia czynników ryzyka związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych.

Do zadań administracji rządowej w tym zakresie należy między innymi:

- promocja zdrowia i zapobiegania chorobom w ciągu trwania całego życia,
- budowa i implementacja programów zdrowotnych nakierowanych na tworzenie warunków do aktywnego fizycznie i psychicznie stylu życia osób powyżej 60 roku życia,
- tworzenie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekę nad osobą starszą i/lub niepełnosprawną w środowisku zamieszkania z poszanowaniem jej praw i zapewnieniem najwyższej z możliwych jakości usług opiekuńczo-leczniczych,
- podejmowanie działań na rzecz powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w tym leków dla osób starszych.

Wśród wskaźników do monitorowania i ewaluacji realizacji tego celu wymienione zostały: liczba niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia, wskaźnik umieralności w populacji powyżej 60 roku życia, liczba lat wolnych od niepełnosprawności (współczynnik HALE), przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat, poziom życia gospodarstw domowych osób starszych, nasycenie instytucjonalnymi formami opieki nad osobami starszymi o niepełnej sprawności funkcjonalnej lub mentalnej.⁶

(Dowód: akta kontroli str. 182-215)

Zadaniem realizowanym przez Ministra Zdrowia, w ramach wspomnianego celu operacyjnego, był współudział w opracowaniu dokumentu pn. „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014 – 2020”.⁷ W ww. dokumencie określono następujące priorytety w zakresie ochrony zdrowia:

- stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych (rozwój geriatry jako specjalizacji, przygotowanie i doskonalenie zawodowe kadry medycznej w kierunku całościowej i kompleksowej opieki nad starszymi pacjentami, wspieranie i rozwój poradni i opieki geriatrycznej w Polsce),
- promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna (promocja właściwego stylu życia w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, rozwój i wspieranie aktywności fizycznej, itp.),
- rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych (m.in. zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności poprzez rozwój usług opiekuńczych, opracowanie i wdrożenie systemu teleopieki, stworzenie systemu wsparcia dla opiekunów nieformalnych, itp.).

⁶ Dane dotyczące wskaźników monitorujących cel Minister Zdrowia pozyskiwał między innymi z: Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 r., stron internetowych Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, publikacji Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Eurostatu, publikacji EHLEIS, Głównego Urzędu Statystycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, itp.

⁷Szczegółowe informacje odnośnie realizacji zadań związanych z przygotowaniem ww. dokumentu posiada Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

(Dowód: akta kontroli str. 1350-1357)

Wyniki monitorowania w 2012 r.⁸ opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny wskazały, że działaniami w ramach poszczególnych programów objęto ogółem ponad 2 760 595 osób. Wśród nich 381 979 (13,8% wszystkich osób) objętych było programami wpisującymi się w realizację Celu Operacyjnego nr 9.

W 2013 r., z uwagi na brak środków finansowych, monitoring realizacji celów NPZ przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia we własnym zakresie. Informacje o podjętych działaniach były gromadzone w oparciu o dane przekazywane w sprawozdaniach wojewodów na temat programów zdrowotnych realizowanych na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹. Wynika z nich, że około 8% ogólnej liczby programów skierowanych było do osób, które ukończyły 65 rok życia. Wysokość środków przeznaczonych na realizację ww. programów obniżyła się z 10 315 894 zł w 2011 r. do 7 205 466 zł w 2013 r.

Na podstawie analizy tych danych (informacje zbyt lakoniczne i nierzetelne) trudno ocenić, czy realizowane przez JST działania stanowią programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czy też są inną formą działań profilaktycznych lub prozdrowotnych. Ponadto, na podstawie informacji przekazywanych przez wojewodów wykorzystanych do sporządzenia opracowania w 2013 r. nie było możliwe dokonanie analizy ilościowej i jakościowej efektów NPZ.

(Dowód: akta kontroli str. 182-215, 230-235, 1077-1338)

Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów Nr 108 z dnia 2 grudnia 2004 r. został powołany Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia. W ramach Zespołu został powołany Podzespół do spraw dzieci, młodzieży i osób starszych. Ze sprawozdań z działalności Zespołu wynika, że Podzespół spotykał się w dniach: 29 listopada 2011 r., 23 lipca 2013 r. i 10 grudnia 2013 r. Tylko jedno spotkanie poświęcone było problematyce osób starszych – omówiono na nim wyniki badania POLSENIOR.

(Dowód: akta kontroli, str. 1185-1338)

3. Przy Ministrze Zdrowia od 2008 r. funkcjonuje Zespół do spraw gerontologii (wcześniej – w latach 2007 – 2008 – zespół do spraw geriatрії).¹⁰

Zespół został powołany w celu:

- monitorowania realizacji rekomendacji strategii rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia;
- opiniowania rozwiązań legislacyjnych i działań opartych o standardy europejskie, w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego personelu medycznego i innych osób realizujących opiekę nad ludźmi starszymi, dystrybucji świadczeń medycznych kierowanych do osób starszych we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, reorganizacji i adaptacji zasobów systemu dla ich efektywniejszego wykorzystania przez osoby starsze, integracji systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na rzecz poprawy jakości w geriatрії, poprawy

⁸ W latach 2010 – 2012 Ministerstwo Zdrowia zawierało z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie umowy, których przedmiotem było przeprowadzenie monitoringu realizacji zadań wyznaczonych w NPZ i przekazanie go w formie opracowania oraz promowanie NPZ. Przedstawiane wyniki oparte były na sprawozdaniach nadesłanych przez Pełnomocników wojewódzkich ds. NPZ, opartych na ujednoliconej ankiecie. W raporcie analizowane była jedynie aktywność jednostek samorządu terytorialnego bez oceny wpływu tych działań na sytuację zdrowotną populacji.

⁹ Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wojewodowie zobowiązani są do przekazywania Ministrowi Zdrowia rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok.

¹⁰ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania zespołu do spraw geriatрії (Dz.Urz.MZ Nr 11, poz. 41), został powołany opiniodawczo-doradczy zespół do spraw geriatрії. Następnie, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania zespołu do spraw gerontologii, został powołany zespół do spraw gerontologii (Dz.Urz.MZ Nr 13, poz. 87 ze zm.).

dostępności świadczeń geriatrycznych, profilaktyki przedwczesnego starzenia się i ograniczania niepełnosprawności osób starszych;

- proponowania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki geriatrycznej w Rzeczypospolitej Polskiej, poprawy jakości opieki geriatrycznej, dostępności świadczeń medycznych w tym zakresie, a także stanu zasobów w geriatryi oraz innych celów mających służyć rozwiązywaniu problemów i zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych osób starszych;
- wsparcia merytorycznego ministra właściwego do spraw zdrowia, polegającego na opracowaniu programów kształcenia w zakresie opieki geriatrycznej dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych oraz terapeutów środowiskowych oraz przygotowania materiału szkoleniowego, stanowiącego integralną część przedmiotowych programów kształcenia, w ramach projektu systemowego pn. "Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej", współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Przepisy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania zespołu do spraw gerontologii stanowią ponadto:

- pracami Zespołu kieruje jego przewodniczący¹¹,
- do zadań przewodniczącego należy w szczególności planowanie i organizowanie pracy tego gremium, zwoływanie posiedzeń, ustalanie ich porządku dziennego i prowadzenie posiedzeń, reprezentowanie Zespołu na zewnątrz oraz informowanie ministra właściwego do spraw zdrowia o bieżącej działalności,
- Zespół obraduje na posiedzeniach, z którego sekretarz sporządza protokół, podpisywany przez przewodniczącego,
- Zespół podejmuje decyzje, w drodze uchwał, zwykłą większością głosów,
- szczegółowy tryb pracy określa regulamin pracy uchwalony przez Zespół, na wniosek przewodniczącego,
- przewodniczący, nie rzadziej niż raz na pół roku, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia pisemne raporty z działalności Zespołu.

W wyniku prowadzonych prac, Zespół opracował dokument pn. „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”, który został opublikowany na łamach kwartalnika Gerontologia Polska (2013, tom 21, nr 2, 33-47).

Zespół przygotował również programy kształcenia w zakresie opieki geriatrycznej dla lekarzy POZ i innych grup zawodowych.

(Dowód: akta kontroli str. 16, 21-134)

Jedyny przedłożony do kontroli protokół z posiedzeń Zespołu dotyczy spotkania w dniu 10 marca 2014 r., na którym ustalono m.in. że:

- w związku z przedstawioną propozycją dotyczącą telekonsultacji geriatrycznych, w celu oszacowania kosztów ewentualnego wprowadzenia tego rodzaju świadczenia jako świadczenia gwarantowanego, niezbędne jest określenie liczby pacjentów, do których skierowane będzie tego rodzaju rozwiązanie,
- mając na uwadze zgłaszane przez lekarzy geriatrów kwestie zbyt niskiej wyceny świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatryi, zasadne jest uzyskanie od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji na temat sposobu wyceny tego rodzaju świadczeń i danych na temat projektu planu finansowego na rok 2015 w części dotyczącej geriatryi,
- należy się zastanowić nad zmianą treści zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii w części dotyczącej składu ww. Zespołu oraz wstępnego określenia planu pracy i harmonogramu posiedzeń.

¹¹ Przewodniczącym Zespołu jest prof. dr hab. Barbara Bień, kierownik Kliniki Geriatryi Akademii Medycznej w Białymstoku.

Ustalone
nieprawidłowości

(Dowód: akta kontroli str. 179-181, 1572-1577)

Nie zostały sporządzone uchwały, regulamin pracy, protokoły z posiedzeń Zespołu w latach 2005 – 2013, raporty z działalności – wymagane zgodnie z przepisami zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie powołania zespołu do spraw gerontologii.

(Dowód: akta kontroli str. 15-16)

Pani Justyna Mieszalska, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego podała w wyjaśnieniach, że:

- z uwagi na fakt trwającej działalności Zespołu, decyzje podejmowane w wyniku jego prac, wymagające nadania im formy uchwały, będą dokumentowane w sposób określony przepisami zarządzenia,
- Departament wystąpi do pani prof. Bień z prośbą o przygotowanie stosownego regulaminu pracy, a następnie jego uchwalenie przez Zespół,
- z uwagi na dokonane zmiany kadrowe na stanowisku zastępcy dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, z dniem 18 lutego 2013 r., jak również powierzenie zadań związanych z obsługą techniczno-organizacyjną Zespołu innym pracownikom Departamentu – obecnie wymagane jest sprawowanie nadzoru nad właściwym funkcjonowaniem Zespołu i prowadzenie stosownej dokumentacji z przebiegu jego prac.

(Dowód: akta kontroli str. 235-236)

Ponadto, pan Marcin Antoniak, dyrektor generalny MZ, stwierdził, że „niewłaściwe dokumentowanie prac Zespołu było przede wszystkim wynikiem nienależytego wypełniania obowiązków wynikających z § 6 zarządzenia Ministra Zdrowia (...) w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii przez przedstawicieli Departamentu Zdrowia Publicznego oraz braku należytego nadzoru ze strony zastępcy dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego”.

(Dowód: akta kontroli str. 1398-1401)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Niewprowadzenie standardów postępowania w opiece geriatrycznej, opracowanych przez Zespół do spraw gerontologii, w formie powszechnie obowiązującego prawa powoduje, że ich wpływ na jakość i efektywność leczenia pacjentów jest ograniczony.

Świadczenia w zakresie geriatry, zgodnie z opracowanymi Standardami, miałyby być realizowane między innymi w warunkach dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego, geriatrycznej wizyty konsultacyjnej oraz przez zespoły geriatryczne. Świadczenia takie nie są realizowane.

Zdaniem pana Piotra Warczyńskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 i 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹² pojęcie „dzienny” odnosi się do ośrodka realizującego ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, natomiast szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju leczenia szpitalnego, tj. wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. W związku z tym realizacja w oddziale szpitalnym świadczeń stanowiących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, a tym samym wyodrębnienie ich warunków, pozostaje w sprzeczności z przepisami ww. ustawy.

Odnosząc się do braku wyodrębnienia geriatrycznej wizyty konsultacyjnej – definicja określona w Standardach wskazuje jako sposób jej realizacji całościową ocenę geriatryczną realizowaną przez lekarza geriatrę lub zespół konsultacyjny dla lecznictwa zamkniętego. Zobowiązanie świadczeniodawców realizujących świadczenia gwarantowane do powoływania zespołów geriatrycznych, w sytuacji gdy w Polsce jest 316 lekarzy

¹² Dz.U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.

specjalistów w dziedzinie geriatry wykonujących zawód, a więc jeden lekarz specjalista przypada na ok. 3,5 szpitala nie jest uzasadnione z uwagi na brak możliwości spełnienia przedmiotowych warunków. Standardy stanowią wzorzec postępowania medycznego w danej dziedzinie i z uwagi na uwarunkowania (w tym niedobór lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry) na tym etapie nie mogą stanowić przepisów prawa powszechnie obowiązującego, gdyż mogłoby to spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń z tego zakresu.

Minister Zdrowia rozumiejąc potrzebę zapewnienia opieki medycznej osobom w podeszłym wieku, jak również biorąc pod uwagę możliwość realizacji postulatów środowiska geriatrycznego, w projekcie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zobowiązał świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta – z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym.

(Dowód: akta kontroli str. 1501-1508)

Pan Igor Radziewicz-Winnicki, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w wyjaśnieniach podał, że „dokument pn. „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”, opracowany przez Zespół do spraw gerontologii, został opublikowany w piśmie specjalistycznym z uwagi na fakt, iż standardy medyczne, jako zbiory rekomendacji (zaleceń) odnoszących się do określonych działań w obszarze medycyny, co do zasady nie mają charakteru prawnego, a co za tym idzie – nie są bezwzględnie obowiązujące. Natomiast jako schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej, tworzone zgodnie z zasadami *Evidence Based Medicine* (EBM), stanowią ważne wskazówki w codziennej praktyce medycznej. (...) standardy nie powinny stanowić obligatoryjnego wymogu ich stosowania poprzez publikowanie w formie aktów prawnych, ponieważ odnoszą się do sytuacji przeciętnych, najczęściej występujących w medycynie. Przyjmowanie standardów w postaci aktów normatywnych (...) wiąże się z daleko idącymi konsekwencjami. Standardy wydane w takiej formie stają się bezwzględnie wiążące dla lekarzy oraz dla kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą (...). Jedną z najważniejszych cech zawodu lekarza jest natomiast jego autonomia w podejmowaniu decyzji o sposobie postępowania z pacjentem.”

(Dowód: akta kontroli str. 1364-1366)

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska Ministra Zdrowia, gdyż w ocenie NIK standardy opracowane przez Zespół do spraw gerontologii stanowią wymogi, których spełnienie mogłoby poprawić dostęp do odpowiedniej jakości świadczeń adresowanych do osób w wieku podeszłym. Wprowadzenie standardów zapewniłoby pacjentom optymalizację opieki, a świadczeniodawcy i płatnikowi – możliwość redukcji kosztów, nie naruszając autonomii podejmowania decyzji przez lekarza.

2. Realizowane przez Ministra Zdrowia zadania, w ramach Narodowego Programu Zdrowia, tylko w niewielkim stopniu odnoszą się do potrzeb pacjentów w podeszłym wieku. Ponadto, brak jednolitych i wiarygodnych danych dotyczących programów realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego uniemożliwia rzetelną ocenę stopnia realizacji poszczególnych celów Narodowego Programu Zdrowia. Ocenę taką utrudnia również fakt, iż monitoring nie obejmuje oceny efektów zdrowotnych podejmowanych działań, a także analiz dotyczących potrzeb społeczeństwa w tym zakresie.

Ponadto dla niektórych wskaźników celu operacyjnego nr 9 trudno uzyskać jednorodne pod względem metodologicznym dane (dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 r.ż., poziomu życia gospodarstw domowych osób starszych, nasycenie instytucjonalnymi formami opieki nad osobami starszymi o niepełnej sprawności funkcjonalnej lub mentalnej), co utrudnia monitorowanie realizacji Programu¹³. Nie zostały

¹³ Cel operacyjny nr 9 został sformułowany w sposób niezgodny z koncepcją SMART (akronim od angielskich słów: *Simple, Measurable, Achievable, Relevant, Timely defined.*) Jest to koncepcja formułowania celów w dziedzinie planowania, będąca zbiorem pięciu postulatów dotyczących cech, którymi powinien się charakteryzować poprawnie sformułowany cel. Zgodnie z akronimem tworzącym nazwę koncepcji, sformułowany cel powinien być: prosty – jego zrozumienie nie powinno stanowić

również określone wartości docelowe tych wskaźników. Wartości wskaźników nie były też gromadzone w ramach monitoringu realizacji zadań NPZ, w latach 2010 – 2011, prowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

(Dowód: akta kontroli str. 182-209)

Pani Justyna Mieszalska, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego podała w wyjaśnieniach, że „mierzenie skuteczności i efektywności interwencji na poziomie populacyjnym jest niezwykle trudne. Podstawowe problemy wynikają przede wszystkim z wielości czynników zakłócających relację przyczynowo-skutkową pomiędzy działaniem w obszarze zdrowia publicznego, a efektem w postaci zmiany sytuacji zdrowotnej mierzonej na poziomie krajowym. (...) Współczynniki dobierane do obserwacji stanu zdrowia populacji często są pewnym przybliżeniem, co wynika między innymi z trudności metodologicznych przy prowadzeniu badań dotyczących jakości życia (...). Wiele ze wskaźników zdrowotnych to miary syntetyczne, nie stanowiące prostej informacji epidemiologicznej (...). Coroczne powtarzanie pomiaru wskaźników jakościowych wiązałoby się z utworzeniem nieefektywnego kosztowo systemu badawczego. Podsumowując, Departament uprzejmie informuje, iż w jego ocenie całościowa ewaluacja programu powinna zostać dokonana w ostatnim roku jego realizacji.”

(Dowód: akta kontroli str. 1760-1764)

NIK zwraca uwagę, iż poza końcową ewaluacją potrzebny jest efektywny monitoring programu zapewniający dane, które umożliwią okresową ocenę jego realizacji. Dla przeprowadzenia ewaluacji końcowej potrzebne jest z kolei odniesienie do docelowych wartości wskaźników. Te natomiast dla 9 celu operacyjnego NPZ nie zostały określone, mimo iż w programie zostało zastrzeżone, że tabela wskaźników docelowych zostanie rozszerzona i skorygowana przez koordynatorów poszczególnych celów po rozpoczęciu pracy Zespołu Koordynującego NPZ.

Istnieją również istotne różnice pomiędzy danymi uzyskanymi na podstawie kwestionariuszy przesłanych do Ministerstwa Zdrowia przez Pełnomocników wojewódzkich do spraw Narodowego Programu Zdrowia, a tymi danymi, które zgromadzono na podstawie informacji przekazywanych przez wojewodów, na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Według pierwszego źródła w 2012 r. było łącznie 136 programów wpisujących się w realizację celu operacyjnego nr 9 NPZ „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”, według drugiego – 377.

(Dowód: akta kontroli str. 14-15, 240, 1082-1338)

Pani Justyna Mieszalska, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego podała w wyjaśnieniach, że „dane liczbowe dotyczące kosztów realizacji programów zdrowotnych wpisujących się w realizację celu operacyjnego nr 9 NPZ na lata 2007 – 2015 w poszczególnych województwach w latach 2011 - 2013 (...) zostały opracowane na podstawie wszystkich programów zdrowotnych skierowanych do osób powyżej 65 r.ż., uwzględniających nie tylko realizację przez jednostki samorządu terytorialnego celu operacyjnego nr 9 – Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych (oznacza to, że w przypadku 377 programów zdrowotnych było kilka celów operacyjnych, przy których wskazano, że adresatami były osoby starsze).”

(Dowód: akta kontroli str. 1576-1577, 1760-1764)

W ocenie NIK Minister Zdrowia nie posiada narzędzi do oceny realizacji Celu Operacyjnego nr 9.

kłopotu, sformułowanie powinno być jednoznaczne i nie pozostawiające miejsca na luźną interpretację; mierzalny – a więc tak sformułowany, by można było liczbowo wyrazić stopień realizacji celu, lub przynajmniej umożliwić jednoznaczną "sprawdzalność" jego realizacji, osiągalny; istotny; określony w czasie – cel powinien mieć dokładnie określony horyzont czasowy w jakim zamierzamy go osiągnąć.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie¹⁴ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Zapewnienie warunków do kształcenia kadry medycznej dla potrzeb opieki zdrowotnej nad osobami w wieku podeszłym

Opis stanu faktycznego

1. Geriatria jest priorytetową dziedziną medycyny od 23 stycznia 2004 r.¹⁵

Uznanie geriatrii za dziedzinę priorytetową uzasadnione było deficytem lekarzy w tej specjalności, co niejednokrotnie uniemożliwiało zabezpieczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w dziedzinie geriatrii. Zaszeregowanie ww. specjalności do kategorii priorytetowej miało doprowadzić do zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych oraz do większego zainteresowania lekarzy specjalizacją w tej dziedzinie. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej liczba specjalistów wykonujących zawód geriatry wzrosła ze 162 w 2005 r. do 298 w roku 2013.

(Dowód: akta kontroli str. 18-19)

2. W dniu 11 czerwca 2014 r. Minister Zdrowia zatwierdził nowe programy specjalizacji, co umożliwi lekarzom rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego, m.in. w dziedzinie geriatrii, zaraz po ukończeniu stażu podyplomowego. Dotychczas podjęcie szkolenia w dziedzinach szczegółowych, w tym geriatrii wymagało wcześniejszego uzyskania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny. Wprowadzenie modułowego systemu specjalizacji umożliwi uzyskanie tytułu specjalisty w krótszym niż dotychczas czasie. Ubieganie się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w systemie modułowym możliwe będzie podczas najbliższego postępowania kwalifikacyjnego (1-31 października 2014 r.).

(Dowód: akta kontroli str. 237)

3. Program specjalizacji w dziedzinie geriatrii opracowany dla systemu modułowego przewiduje, że specjalizacja ta dla lekarzy bez specjalizacji będzie trwała 5 lat (trzyletni moduł podstawowy w dziedzinie chorób wewnętrznych i dwuletni moduł specjalistyczny w dziedzinie geriatrii). Specjalizacje w dziedzinie geriatrii w nowym systemie będą mogły odbywać, tak jak dotychczas, również lekarze posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej lub neurologii. Ponadto, dodatkowo wprowadzono możliwość realizowania specjalizacji w dziedzinie geriatrii przez lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Dla lekarzy posiadających ww. specjalizacje są opracowywane odpowiednie programy specjalizacji, znacznie krótsze niż dla lekarzy bez specjalizacji.

(Dowód: akta kontroli str. 1357-1358)

4. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 31 sierpnia 2014 r. było łącznie 321 specjalistów w dziedzinie geriatrii wykonujących zawód, co w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców daje wskaźnik na poziomie 0,8. Przy czym zaobserwować można znaczne zróżnicowanie terytorialne w tym zakresie. Najwyższy wskaźnik był w województwie małopolskim – 1,46, najniższy – w województwie opolskim – 0,3. W trakcie szkolenia

¹⁴ 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.

¹⁵ Obecnie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. poz. 1489), poprzednio na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U. Nr 84, poz. 709) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7).

specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry według danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w dniu 31 marca 2014 r. było ogółem 119 lekarzy.¹⁶

Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje danymi dotyczącymi liczby specjalistów w dziedzinie geriatry z uwzględnieniem wieku, ponieważ dane takie są gromadzone w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej prowadzonym przez Naczelną Izbę Lekarską.

(Dowód: akta kontroli str. 1489-1492)

Dane dotyczące liczby fizjoterapeutów, techników fizjoterapii, techników masażyistów oraz opiekunów medycznych Ministerstwo Zdrowia pozyskuje poprzez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej.¹⁷ Według stanu na dzień 31 grudnia 2013 r. było łącznie 6461 techników fizjoterapii (16,8 na 100 tys. mieszkańców), 1659 masażyistów/techników masażyistów (4,3 na 100 tys. mieszkańców), 2355 opiekunów medycznych (6,1 na 100 tys. mieszkańców), 14881 fizjoterapeutów z wyższym wykształceniem (38,7 na 100 tys. mieszkańców). Dane na temat wieku tego typu personelu medycznego nie są zbierane.

(Dowód: akta kontroli str. 1489-1492)

Liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów w rodzaju POZ¹⁸ wynosiła łącznie 19650, w tym pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego¹⁹ stanowiły 374 (1,9%).

(Dowód: akta kontroli str. 1641)

Minister Zdrowia planuje utworzenie Instytutu Geriatry. Obecnie trwa analiza możliwości utworzenia oddziału geriatrycznego w Instytucie Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie. Ostateczne decyzje w tej sprawie nie zostały jednak jeszcze podjęte.

(Dowód: akta kontroli str. 1673-1676)

Uwagi dotyczące badanej działalności

1. Na podstawie art. 30 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia miał zostać utworzony System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, w celu realizacji następujących zadań:

- gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia,
- monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych;
- monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych;
- wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych.

Zgodnie z art. 57 ust. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia²⁰ dane w tym systemie powinny być przetwarzane od dnia 1 sierpnia 2014 r. W dniu zakończenia kontroli ww. system nadal nie funkcjonował.

(Dowód: akta kontroli str. 1489)

Pani Edyta Kramek, zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego poinformowała, iż: „Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wskazało, że dopiero w dniu 15 września 2014 r. zostało podpisane porozumienie o dofinansowanie dla projektu „Dziedzinowe systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia”, w ramach którego zrealizowany zostanie System Monitorowania Kształcenia Pracowników

¹⁶ W tym 3 lekarzy będących funkcjonariuszami w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub pełniący służbę albo zatrudnieni w podmiotach leczniczych utworzonych przez tego ministra.

¹⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2012 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2013, Dz.U. poz. 1391 ze zm.

¹⁸ Dane NFZ według stanu na dzień 28 lutego 2013 r.

¹⁹ Dane na dzień 31.12.2013 r.

²⁰ Dz.U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

Medycznych. Celem tego projektu jest usprawnienie procesów biznesowych związanych z dostępem do informacji o stanie zasobów kadry pracowników medycznych z uwzględnieniem wieku, specjalizacji, stażu, kursów doszkalających. Zgodnie z harmonogramem uruchomienie niniejszego projektu planowane jest na dzień 15 października 2015 r. W ostatnich miesiącach trwały bardzo zaawansowane prace nad opracowaniem wymagań dla systemu. Powstało Studium Wykonalności dla projektu Dziedziny systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia. W najbliższym czasie planowane jest rozpoczęcie prac nad opracowaniem analiz systemowych oraz projektów technicznych dla systemu SMKPM. Wyniki tej kilkumiesięcznej pracy pozwolą na wdrożenie prototypu funkcjonalnego systemu SMKPM. System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych jest systemem bardzo złożonym i w celu opracowania szczegółowej koncepcji systemu wymagał zaangażowania około 20 interesariuszy systemu. Ponadto, konieczne było wprowadzenie szeregu zmian w określonych wcześniej przepisami prawa wymaganiach dla systemu tak, aby funkcjonalności, które zostaną dostarczone w ramach realizacji projektu spełniały wymagania użytkowników systemu.”

(Dowód: akta kontroli str. 1659-1661)

2. Minister nie określił wskaźników dotyczących liczebności kadry medycznej dla potrzeb opieki nad osobami w wieku podeszłym, w odniesieniu do liczby mieszkańców. Zatem nie był w stanie ocenić, czy liczba lekarzy jest odpowiednia w stosunku do potrzeb i liczby świadczeniobiorców, a tym samym skutecznie działać na rzecz zapewnienia odpowiedniej liczby specjalistów i równego dostępu pacjentów do świadczeń medycznych.

Pani Edyta Kramek, zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w wyjaśnieniach podała, że „precyzyjne określenie wskaźników wiąże się z koniecznością kompleksowego opracowania zapotrzebowania na kadre medyczną. W tym celu Ministerstwo Zdrowia zgłosiło swój udział w *Joint Action on Health Workforce Planning* (wspólne działanie w planowaniu kadr medycznych). (...) Głównym celem *Joint Action* jest stworzenie platformy współpracy i wymiany informacji (doświadczeń, praktyk, itp.) między państwami członkowskimi Unii Europejskiej – celem tej platformy jest stanowienie wsparcia dla państw członkowskich w zakresie wprowadzania trwałych i skutecznych narzędzi planowania kadr medycznych.”

(Dowód: akta kontroli str. 1488-1489, 1659-1661)

Najwyższa Izba Kontroli podkreśla, że na potrzebę określenia wskaźników kadry medycznej zwracała już uwagę m.in. podczas kontroli dotyczącej dostępności świadczeń rehabilitacji medycznej²¹. Wówczas składano wyjaśnienia o podobnej treści. NIK zauważa, że nadal brakuje wymiernych rezultatów prac nad systemem planowania kadr medycznych.

3. Liczba miejsc szkoleniowych w jednostkach uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie geriatry nie jest w pełni wykorzystywana. Według stanu na dzień 4 lipca 2014 r. wynosi łącznie (uwzględniając wszystkich lekarzy będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatry) średnio 80% (od 0% w województwie świętokrzyskim do 100% w województwie śląskim).

Pani Edyta Kramek, zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w wyjaśnieniach podała, że „liczbę miejsc szkoleniowych nieobjętych rezydenturą (miejsca pozarezydenckie) dla lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny, z uwzględnieniem miejsc szkoleniowych dla lekarzy bez specjalizacji oraz lekarzy posiadających odpowiednią specjalizację ogłasza wojewoda na swojej stronie internetowej. (...) Wojewoda określając liczbę miejsc pozarezydenckich uwzględnia przede wszystkim liczbę wolnych miejsc szkoleniowych, liczbę przyznanych przez Ministra Zdrowia miejsc rezydenckich oraz opinie konsultantów wojewódzkich dotyczące oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb w poszczególnych dziedzinach.”

(Dowód: akta kontroli str. 1664-1668)

²¹ Wystąpienie pokontrolne do Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2014 r. podpisane przez Wiceprezesa NIK Jacka Uczkiewicza.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie²² działalność w badanym obszarze.

3. Współpraca z organami samorządu terytorialnego oraz innymi podmiotami w zakresie oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych, skierowanych do osób w wieku podeszłym

Opis stanu faktycznego

1. Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi.

Minister Zdrowia dokonywał tego rodzaju oceny w przypadku zgłaszanych problemów z dostępnością, na przykład na skutek pism Marszałka Województwa Mazowieckiego pana Adama Struzika, który w 2013 r. sygnalizował kwestię niskiej wyceny świadczeń realizowanych w zakresie geriatrycznej opieki szpitalnej w Warszawie i w województwie mazowieckim.

(Dowód: akta kontroli str. 1418-1432)

2. Uprawnienia Ministra Zdrowia o charakterze nadzorczym, związane z badaniem poszczególnych uchwał Rady Funduszu oraz zarządzeń Prezesa NFZ dotyczących świadczeń z zakresu geriatry, są określone przepisami ustawy o świadczeniach. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia wskazane uprawnienia Ministra realizuje Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego.

W ramach sprawowanego nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym, w latach 2011 – 2014, Minister Zdrowia nie stwierdził nieważności decyzji podejmowanych przez Prezesa NFZ lub uchwał Rady Funduszu, ani nie wydał zaleceń w tym zakresie.

(Dowód: akta kontroli str. 1418-1432)

3. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia²³, minister właściwy do spraw zdrowia może powołać konsultanta krajowego spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 7 ww. ustawy do zadań konsultanta krajowego należy m.in. sporządzanie rocznego raportu dokumentującego wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez właściwego konsultanta dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia.

Informacje zawarte w raportach przekazywanych przez konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry służą tworzeniu rozwiązań mających na celu poprawę jakości i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób starszych w Polsce.

Konsultant krajowy w dziedzinie geriatry uczestniczył również w pracach grupy roboczej do spraw osób w wieku poprodukcyjnym, powstałej w ramach Zespołu do spraw opracowania dokumentów programowych dla nowej perspektywy finansowej funduszy strukturalnych na lata 2014 – 2020 w obszarze zdrowia, powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2011 r. w sprawie powołania Zespołu (...).²⁴ W dniu 6 listopada odbyło się posiedzenie grupy roboczej ds. osób w wieku poprodukcyjnym, na którym omawiano propozycje głównych inicjatyw do objęcia wsparciem w ramach nowej perspektywy.

²² 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.

²³ Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.

²⁴ Dz.Urz.MZ Nr 7, poz. 65 ze zm.

Stanowiska i opinie członków ww. grupy roboczej były przesłanką do wyodrębnienia w dokumencie pn. „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020 Krajowe Strategiczne Ramy” celu operacyjnego B pn. „Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi” oraz narzędzi implementacji tego celu.

(Dowód: akta kontroli str. 1358-1361)

Ustalone
nieprawidłowości

Minister Zdrowia nie dokonywał bieżącej oceny dostępności świadczeń z zakresu geriatry – nie przedłożył dokumentów świadczących o dokonywaniu takiej oceny, mimo iż zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi.

Według wyjaśnień pana Tomasza Pawłęgi, zastępcy dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego, „Minister Zdrowia stoi na stanowisku, iż celem 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 geriatry w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, w sytuacji pojawiających się problemów ze wskazaną dostępnością. Zatem a contrario przepis powyższy nie powinien być rozumiany w sposób, który stanowiłby samoistną podstawę do dokonywania oceny we współpracy z samorządami wojewódzkimi polegającej na stałym i okresowym dokonywaniu tej oceny i dokumentowaniu jej wyników.”

(Dowód: akta kontroli str. 1418-1419)

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska Ministra Zdrowia i uważa, że ocena dostępności świadczeń powinna być dokonywana systematycznie, bowiem jest ona istotna przy podejmowaniu decyzji kształtujących politykę zdrowotną państwa. Sporadyczne i fragmentaryczne działania w tym zakresie, które nie są oparte o stały przepływ informacji pomiędzy podmiotami i organami odpowiedzialnymi za system opieki zdrowotnej, mogą okazać się nieefektywne²⁵. Stanowiska Ministra Zdrowia nie podzieliło Kolegium NIK odrzucając zastrzeżenie oparte na analogicznej argumentacji, a dotyczące świadczeń rehabilitacji medycznej.²⁶

Opis stanu
faktycznego

Według danych NFZ, w latach 2011 – 2014, liczba osób ubezpieczonych w wieku 60 lat i więcej wzrosła o 3,3% (z 8 274 022 do 8 550 032). W analogicznym okresie zwiększyła się zarówno liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry wykonujących zawód (z 254 do 321 – wg danych Naczelnej Izby Lekarskiej), jak również liczba poradni geriatrycznych i łóżek na szpitalnych oddziałach geriatrycznych (poradni – z 322 do 356, łóżek – z 871 do 901 – wg danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą). Nie wpłynęło to jednak na wzrost dostępności do świadczeń dla pacjentów korzystających z nich w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jedynie część świadczeniodawców zawarła umowy z NFZ.

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej, w 2013 r., 298 specjalistów wykonywało zawód geriatry, ale jedynie 160 lekarzy tej specjalności udzielało świadczeń w ramach kontraktu z Funduszem. Ich liczba była zróżnicowana w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i wynosiła od 1 lekarza w Zachodniopomorskim OW (0,01 na 10 tys. mieszkańców) do 42 w Śląskim OW (0,1 na 10 tys. mieszkańców). Na terenie woj. warmińsko-mazurskiego żaden lekarz tej specjalności nie udzielał świadczeń w ramach umowy z NFZ.

Odsetek poradni geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania, w ramach umowy z NFZ, spadł, w latach 2011 – 2014, z 44% do 26%, a oddziałów geriatrycznych – z 50% do 36%. Średni czas oczekiwania do poradni

²⁵ NIK podkreśla, że na konieczność systematycznej oceny dostępności świadczeń zdrowotnych zwracała już uwagę podczas kontroli dotyczącej świadczeń stomatologicznych: Informacja o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych”, Warszawa, lipiec 2013 r.

²⁶ Uchwała Nr 12/2014 Kolegium NIK z dnia 26 marca 2014 r. w sprawie zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego.

geriatrycznej²⁷ wzrósł z 5 do 14 dni (o 180%), a na przyjęcie na oddział geriatryczny – z 2 do 10 dni (o 400%).

Istniało ponadto duże zróżnicowanie terytorialne w dostępie do świadczeń z zakresu geriatry.

W sześciu województwach²⁸, mimo wzrostu wartości zrealizowanych świadczeń w roku 2013 w stosunku do 2011 r., wzrósł czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w oddziale geriatrycznym. W przypadku poradni geriatrycznej sytuacja taka miała miejsce również w sześciu województwach²⁹.

Różnice w wartościach zrealizowanych świadczeń z zakresu geriatry w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w 2013 r., w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i lecznictwie szpitalnym, między poszczególnymi województwami sięgały kilku tysięcy procent.³⁰

W 2014 r. czas oczekiwania do poradni³¹ wynosił od 0 dni (w województwie lubuskim, podkarpackim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim) do 104 dni (w województwie podlaskim). W przypadku oddziałów geriatrycznych czas ten wynosił od 0 dni (w województwie lubelskim, świętokrzyskim, wielkopolskim) do 136 dni (w województwie podlaskim).

W województwie warmińsko-mazurskim nie ma szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej.

(Dowód: akta kontroli str. 1669-1672, 1728-1759)

Pani Sylwia Lis, dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego podała w wyjaśnieniach, że „problem kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej dotyka wszystkie europejskie systemy ochrony zdrowia, m.in. ze względu na stały wzrost zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej, jak również na wzrost kosztów udzielanych świadczeń. Spowodowane jest to w szczególności zmianami demograficznymi (...), niewystarczającą liczbą lekarzy określonych specjalności, nierównomiernym rozmieszczeniem podmiotów leczniczych oraz zróżnicowanym poziomem ich wyposażenia. (...) Dodatkowo należy zaznaczyć, iż NFZ w drodze konkursów ofert, zawiera umowy o realizację świadczeń w danych zakresach z podmiotami, które przystąpiły do konkursu i spełniły wymagania, określone przez Ministra Zdrowia w odpowiednim rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, dla realizacji świadczeń w danym zakresie. Zatem brak lub niewystarczająca liczba poradni lub oddziałów geriatrycznych wynika z braku świadczeniodawców spełniających wymagania do realizacji przedmiotowych świadczeń. Nie bez znaczenia jest także ograniczona liczba lekarzy posiadających specjalizację z geriatry.”

(Dowód: akta kontroli str. 1728-1732)

NIK nie podziela ww. poglądu, zwracając uwagę, że zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zagwarantowanego Konstytucją³², należy, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do zadań władz publicznych – w tym Ministra Zdrowia.

²⁷ Mierzony medianą.

²⁸ Dolnośląski OW NFZ, Kujawsko-Pomorski OW NFZ, Opolski OW NFZ, Podlaski OW NFZ, Śląski OW NFZ, Zachodniopomorski OW NFZ.

²⁹ Dolnośląski OW NFZ, Kujawsko-Pomorski OW NFZ, Łódzki OW NFZ, Mazowiecki OW NFZ, Podlaski OW NFZ, Śląski OW NFZ.

³⁰ Wartość zrealizowanych świadczeń z zakresu geriatry w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w 2013 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w województwie podkarpackim wynosiła 2,61 zł, podczas gdy w województwie śląskim – 179,78 zł, czyli była o 6.791,2% wyższa. Średnio dla całego kraju wartość ta wynosiła 70,94 zł.

W lecznictwie szpitalnym analogicznie: najniższa wartość była w województwie mazowieckim – 70,38 zł, najwyższa – w województwie śląskim, gdzie wynosiła 4.650,14 zł, tj. o 6.507,2% więcej. Średnio dla całego kraju było to 1 712,44 zł.

³¹ Dotyczy przypadków stabilnych i średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

³² Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483) władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

4. Realizacja projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”

Opis stanu faktycznego

Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia realizuje w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, od 1 stycznia 2012 r., projekt systemowy „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (projekt)³³. Zakończenie projektu jest przewidziane do 30 czerwca 2015 r.

(Dowód: akta kontroli str. 219, 312-496)

Celem głównym projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej.

W ramach projektu założono przeszkolenie 2000 lekarzy POZ, 4000 pielęgniarek POZ, 1420 fizjoterapeutów, 400 opiekunów medycznych i 200 terapeutów środowiskowych.

Na jego realizację (wartość dofinansowania) przeznaczono 20 918 849 zł.

(Dowód: akta kontroli str. 304-496)

Do dnia 31 sierpnia 2014 r. w szkoleniach wzięło udział:

- 644 lekarzy POZ (32,20% docelowo zaplanowanych),
- 1953 pielęgniarki POZ (48,82%),
- 897 fizjoterapeutów (63,17%),
- 144 opiekunów medycznych (36,00%),
- 67 terapeutów środowiskowych (33,50%).

(Dowód: akta kontroli str. 1580-1640)

W latach 2012 – 2014 (do 31 sierpnia) na projekt wydatkowano ogółem 9 182 501,84 zł (43,9% zaplanowanego budżetu). Z tego:

- na organizację specjalistycznych kursów doskonalących w zakresie opieki geriatrycznej dla poszczególnych grup zawodowych (zadania 1-5) przeznaczono 4 500 154,87 zł (49,01% ogółu wydatków, 35,58% kwoty zaplanowanej),
- na informację i promocję problematyki dotyczącej osób starszych (zadanie 7) – 2 447 741,35 zł (26,66% ogółu wydatków, 51,21% kwoty zaplanowanej),
- na zarządzanie Projektem oraz koszty pośrednie wydatkowano 2 099 618,77 zł (22,87% ogółu wydatków, 68,24% kwoty zaplanowanej).

(Dowód: akta kontroli str. 1587-1588)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że istnieje ryzyko nieosiągnięcia celów założonych w projekcie „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”.

W ciągu 32 miesięcy realizacji projektu (76,2% przewidzianego czasu) wydatkowano nieco ponad 40% budżetu, przy czym na szkolenia poszczególnych grup zawodowych, które stanowią jego istotę, przeznaczono jedynie 35,6% zaplanowanej kwoty, podczas gdy na zarządzanie tym przedsięwzięciem oraz koszty pośrednie – 68,2%. W szkoleniach wzięło udział ogółem 46,2% z zaplanowanej docelowo liczby personelu medycznego, przy najmniejszej reprezentacji lekarzy POZ (32,2%).

Zgodnie z rozdziałem XIII punkt 5 Zasad realizacji projektu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki stanowiącego załącznik nr 1 do Decyzji Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2014 r., w razie stwierdzenia nieosiągnięcia na danym etapie projektu założonych we wniosku rezultatów, Instytucja Wdrażająca (Pośrednicząca II stopnia) ma prawo renegocjować z beneficjentem

³³ Projekt jest realizowany w oparciu o Decyzję Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2012 r. (zmienianą w dniach 2 lipca 2012 r., 24 kwietnia 2013 r., 7 maja 2014 r.), wniosek o dofinansowanie realizacji projektu nr POKL.02.03.02-00-008/11 oraz dokumenty stanowiące System realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

warunki niniejszego dokumentu, o ile w wyniku analizy wniosków o płatność i przeprowadzonych kontroli zachodzi podejrzenie nieosiągnięcia ww. rezultatów. Funkcję Instytucji Wdrażającej (Pośredniczącej II stopnia) pełni w ww. projekcie Ministerstwo Zdrowia – Departament Funduszy Europejskich.

Instytucja Wdrażająca trzykrotnie renegotjowała z beneficjentem warunki realizacji projektu. Zmiany dotyczyły rozszerzenia grupy docelowej o wszystkich lekarzy (bez względu na posiadaną specjalizację), którzy są zatrudnieni w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej, uelastycznienia liczebności grup w kursach, zwiększenia liczby fizjoterapeutów (z 1000 do 1420), pielęgniarek (z 2000 do 4000) i opiekunów medycznych (z 200 do 400).

Pani Małgorzata Zadorożna, zastępca dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich podała w wyjaśnieniach, że „we wnioskach o płatność jako główny problem związany z realizacją projektu beneficjent wskazuje brak chętnych uczestników na kursy dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Na obecnym etapie prowadzony jest przez Instytucję Wdrażającą (Pośredniczącą II stopnia) wzmożony monitoring działań związanych z rekrutacją lekarzy POZ. Ze wstępnej analizy wynika, że wskaźnik dotyczący ww. lekarzy może zostać zrealizowany na poziomie niższym od zaplanowanego. Ostateczną wartość rezultatu beneficjent ma określić do końca grudnia b.r., gdyż nadal podejmowane są działania mające na celu zwiększenie zainteresowania lekarzy realizowanymi w ramach projektu szkoleniami. Jednocześnie, zgodnie z zaleceniami Komisji Europejskiej zawartymi w dokumencie pn. Zalecenia Rady w sprawie krajowego programu reform Polski z 2013 r., w którym podkreśla się potrzebę wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej, w celu zwiększenia jej dostępności w perspektywie średnio i długoterminowej z powodu starzenia się społeczeństwa, IW/IP2 rekomenduje wzmożenie działań wzmacniających rekrutację przed podjęciem ostatecznej decyzji o zmniejszeniu ww. wskaźnika rezultatu.”

(Dowód: akta kontroli str. 1767-1769)

Pani Jolanta Skolimowska, zastępca dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych podała w wyjaśnieniach, że „działania informacyjno-promocyjne prowadzone w ramach kampanii kierowane są łącznie do wszystkich grup zawodowych objętych projektem. Beneficjent systemowy (Departament Pielęgniarek i Położnych MZ) nie prowadzi analiz, których głównym celem jest bezpośrednia ocena efektywności wydatków związanych z promocją szkoleń wśród poszczególnych grup zawodowych (...). Zespół odpowiedzialny za realizację projektu na bieżąco analizuje wyniki rekrutacji na szkolenia poszczególnych grup zawodowych oraz stopień osiągnięcia zakładanych wskaźników realizacji projektu. (...) Z przeprowadzonych analiz wynika, że grupą zawodową, która w sposób najmniej liczny jest rekrutowana do udziału w szkoleniach są lekarze POZ. W związku z powyższym postanowiono o modyfikacji dotychczas realizowanych działań informacyjno-promocyjnych kierowanych wyłącznie do tej grupy zawodowej. Efektem tego jest przygotowanie nowego ogłoszenia prasowego i baneru internetowego zachęcającego lekarzy POZ do udziału w szkoleniach.”

(Dowód: akta kontroli str. 243-246, 1580-1582)

W ocenie NIK zintensyfikowanie działań, które już wcześniej nie przyniosły spodziewanego efektu, bez rozpoznania przyczyn niskiej zgłaszalności na szkolenia, nie spowoduje osiągnięcia założonych wskaźników rezultatu.

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 Kontroli³⁴, wnosi o:

³⁴ Dz.U. z 2012 r., poz.82.

1. stworzenie rozwiązań systemowych usprawniających opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym,
2. ustalenie docelowych wskaźników dotyczących kadry medycznej sprawującej opiekę nad pacjentami w wieku podeszłym,
3. udoskonalenie metodologii monitorowania realizacji celów NPZ,
4. zwiększenie nadzoru nad Departamentem Zdrowia Publicznego w celu zorganizowania właściwej i skutecznej współpracy z Zespołem do spraw gerontologii,
5. wyegzekwowanie od Zespołu do spraw gerontologii wywiązywanie się z powierzonych mu obowiązków,
6. niezwłoczne zrealizowanie ustawowego obowiązku utworzenia Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych.

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 21 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 3 listopada 2014 r.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia
Najwyższej Izby Kontroli
Piotr Wasilewski



.....
podpis

