KZD.430.009.2017
Nr ewid. 12/2018/P/17/058/KZD

Informacja o wynikach kontroli

OPIEKA ZDROWOTNA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ W WIEKU SZKOLNYM

DEPARTAMENT ZDROWIA

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

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

Informacja o wynikach kontroli
Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym

Dyrektor Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

Piotr Wasilewski

Zatwierdzam:
Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Krzysztof Kwiatkowski
Warszawa, dnia 26. IV. 2018 r.

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ 4

1. WPROWADZENIE 7

2. OCENA OGÓLNA 10

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI 11

4. WNIOSKI 18

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 20

5.1. Organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym 20
5.2. Zakres świadczeń medycznych udzielanych dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym 34
5.3. Dostępność świadczeń profilaktyczno-leczniczych dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym 49
5.4. Działania w ramach systemu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym 73
5.4.1. Wyniki badania dotyczącego opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą skierowanego do rodziców/opiekunów 83

6. ZAŁĄCZNIKI 86

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe 86
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych 94
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności 102
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli 106
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli 107

Zdjęcie na okładce:
©Christian Schwier - stock.adobe.com/Fotolia.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
IMiD	Instytut Matki i Dziecka
Jst	Jednostka samorządu terytorialnego
NZF lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia
OW NFZ	oddział wojewódzki NFZ
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
POZ	podstawowa opieka zdrowotna, czyli świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 27 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[1]).
Bilans zdrowia	to powszechne, pogłębione i kompleksowe badanie lekarskie, które powinno być elementem aktywnej opieki zdrowotnej nad dzieckiem i młodzieżą. Celem bilansu zdrowia jest: wczesne wykrywanie zaburzeń rozwoju, określenie potrzeb zdrowotnych dziecka oraz dostarczenie danych o częstości występowania różnych zaburzeń wśród dzieci.
Badanie bilansowe	to rutynowe, profilaktyczne badanie zdrowia dziecka przeprowadzane w określonych etapach jego rozwoju przez lekarza pediatrę lub lekarza rodzinnego. Badania bilansowe obejmują noworodki w 0–4 dobie życia oraz dzieci w wieku: 2, 4, 6, 10 lat i młodzież w wieku: 14, 16, 18 lat.
Bezpieczeństwo zdrowotne	to pewność działania organów administracji rządowej, samorządowej i podległych im służb w zakresie ochrony życia i zdrowia, ponadto to proces ciągłych dążeń państwa oraz jednostki do zaspokojenia jej potrzeb zdrowotnych[2].
Dostępność świadczeń	osiągalność świadczenia opieki zdrowotnej i dogodność (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona (a produkt wytwarzany) w ramach systemu opieki zdrowotnej i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Dogodność natomiast jest wyznaczona przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek pacjenta związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumiane koszty jakie ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego[3].
Dostęp/ zapewnienie realizacji	zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia[4].
Kapitacyjna stawka roczna	to kwota określona przez NFZ, stosowana przy finansowaniu świadczeń w zakresie POZ metodą kapitacyjną, udzielanych w ramach gotowości lekarza POZ, pielęgniarki POZ, pielęgniarki szkolnej, położnej POZ czy jednostki transportu sanitarnego.

[1] Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm., zwana dalej *ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej*. Art. 5 pkt 27 z dniem 1 grudnia 2017 r. został zmieniony przez art. 29 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217, zwana dalej *ustawą o POZ*).

[2] Paplicki M. „Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w państwowym systemie bezpieczeństwa wewnętrznego", Przegląd Prawa i Administracji CVI, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2016.

[3] Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2004 r., Ministerstwo Zdrowia, 2004 r., str. 59–60.

[4] Zarządzenie Nr 122/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. NFZ poz. 122), zwane dalej *Zarządzeniem Nr 122/2017/DSOZ Prezesa NFZ. Zarządzenie obwiązuje od dnia 1 grudnia 2017 r.*

Obowiązek szkolny nauka jest obowiązkowa do ukończenia 18. roku życia. Obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat, oraz trwa do ukończenia gimnazjum, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18. roku życia (art. 15 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty[5]). Dziecko 6-letnie, jeśli taka była wola rodziców, mogło zostać przyjęte do klasy I szkoły podstawowej i tym samym zostać objęte obowiązkiem szkolnym. Obecnie, tj. od 1 września 2017 r., zgodnie z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe[6], obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat oraz trwa do ukończenia szkoły podstawowej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18. roku życia. Na wniosek rodziców naukę w szkole podstawowej może także rozpocząć dziecko, które w danym roku kalendarzowym kończy 6 lat (art. 36 ust. 1 prawa oświatowego).

Potrzeby zdrowotne liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Program polityki zdrowotnej zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego (art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Program zdrowotny zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz (art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Rodzaj/typ szkół zgodnie z art. 9 ustawy o systemie oświaty[7] m.in.: szkoła podstawowa (sześcioletnia), gimnazjum (trzyletnie), szkoła ponadgimnazjalna, w tym: liceum ogólnokształcące (trzyletnie), technikum (czteroletnie), zasadnicza szkoła zawodowa (trzyletnia), szkoła specjalna. Od dnia 1 września 2017 r., zgodnie z art. 18 ust. 1 prawa oświatowego m.in.: ośmioletnia szkoła podstawowa, szkoły ponadpodstawowe, w tym: czteroletnie liceum ogólnokształcące, pięcioletnie technikum, trzyletnia branżowa szkoła I stopnia, trzyletnia szkoła specjalna przysposabiająca do pracy[8].

Rodzaj świadczeń grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, np.: POZ, AOS czy leczenie szpitalne.

---

[5] Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, ze zm., zwana dalej *ustawą o systemie oświaty*. Art. 15 uchylony przez art. 15 pkt 24 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 60, zwana dalej ustawą wprowadzającą *ustawę – Prawo oświatowe*), zmieniającej niniejszą ustawę z dniem 1 września 2017 r.

[6] Dz. U. z 2017 r. poz. 59, ze zm., zwana dalej *prawo oświatowe*.

[7] Z dniem 1 września 2017 r. art. 9 uchylony przez art. 15 pkt 9 ustawy wprowadzającej ustawę – Prawo oświatowe.

[8] Zmiany w systemie oświaty rozpoczęły się od roku szkolnego 2017/2018. Wówczas uczniowie kończący klasę VI szkoły podstawowej podlegali promocji do klasy VII szkoły podstawowej. Rozpoczęło się tym samym wygaszanie gimnazjów i nie była już prowadzona rekrutacja. W roku szkolnym 2018/2019 ostatni rocznik dzieci klas III ukończy gimnazjum i z dniem 1 września 2019 r. w ustroju szkolnym nie będą funkcjonować.

System opieki zdrowotnej uporządkowany zbiór zasobów (osób i instytucji) tworzących zorganizowaną całość, odpowiednio finansowaną i zarządzaną mającą na celu zapewnienie opieki medycznej oraz poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

Szczepienie ochronne podanie szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie (art. 2 pkt 26 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi[9]).

Wiek szkolny należy rozumieć wiek od 6–7 do ukończenia 19. roku życia[10].

Zakres świadczeń świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona dla każdego rodzaju w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

[9] Dz. U. z 2018 r. poz. 151, zwana dalej u*stawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych.*

[10] Przyjęty w ramach kontroli wiek szkolny wynika z organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych/ponadpodstawowych do ich ukończenia. Ponadto, zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują m.in. promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy funkcjonujący system opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, szczególnie w zakresie opieki profilaktycznej, zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne tej populacji?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy sposób organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym efektywnie wykorzystywał istniejące zasoby finansowe i osobowe?
2. Czy zapewniono dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym zakres świadczeń medycznych, których ona wymaga?
3. Czy zapewniono całej populacji dzieci i młodzieży równy dostęp do usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych?
4. Czy systematycznie wdrażano działania doskonalące system opieki i zapewniające satysfakcję dzieci i rodziców, jak i personelu medycznego realizującego te usługi?

Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia,

cztery Urzędy Marszałkowskie,

12 Urzędów Gmin (w tym: cztery miejskie, cztery miejsko-wiejskie i cztery wiejskie) oraz 12 podmiotów leczniczych

Okres objęty kontrolą

2015–2017 (do 30 listopada) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka, a zdrowie warunkuje pomyślność fizyczną, umysłową oraz społeczną[11]. Głównym wskaźnikiem efektywności systemu opieki zdrowotnej jest stan zdrowia populacji. Bardzo istotne znaczenie dla jego zachowania ma jakość tej opieki w okresie rozwoju człowieka, dlatego szczególna uwaga powinna być kierowana na dzieci i młodzież. Sposób opieki nad ich zdrowiem przekłada się bowiem na kondycję zdrowotną przyszłego społeczeństwa.

Stan zdrowia dzieci w wieku szkolnym zależy m.in. od realizowanej polityki zdrowotnej, która ma wpływ na rozmieszczenie i funkcjonowanie podmiotów leczniczych, odpowiednie szkolenie kadr medycznych, w liczbie, która powinna zapewniać bezpieczeństwo zdrowotne oraz wykorzystywanie nowych osiągnięć nauki.

Analizując problematykę dotyczącą zdrowia tej populacji, należy więc mieć na uwadze, że poza polityką zdrowotną, mają na nią wpływ także inne istotne obszary aktywności państwa, jak np. oświata i wychowanie, kultura fizyczna, ochrona środowiska, rozwój, polityka regionalna, czy regulacje dotyczące produktów farmaceutycznych i żywności. Dlatego niezwykle istotne jest stworzenie synergii pomiędzy tymi najważniejszymi dla zdrowia sektorami. Proces budowania skutecznego systemu ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, oprócz współdziałania różnych resortów, powinien uwzględniać również administrację samorządową, organizacje pozarządowe, udział przedstawicieli nauki, a przede wszystkim rodziców.

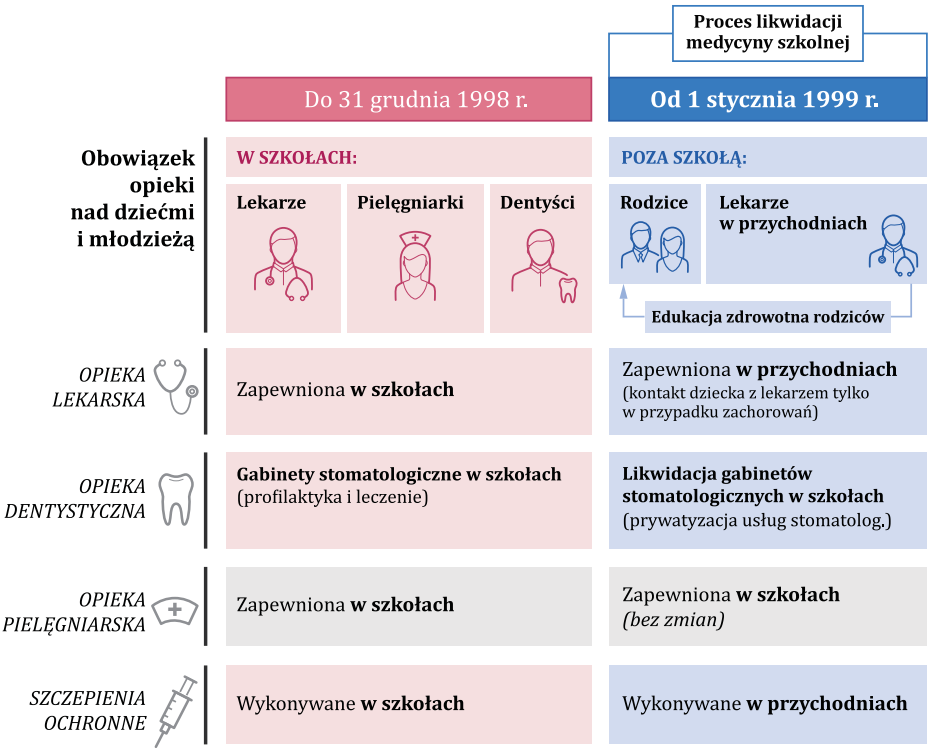
Infografika nr 1
Uczestnicy systemu opieki zdrowotnej nad dzieci i młodzieżą w wieku szkolnym

Źródło: Opracowanie własne NIK.

[11] Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477, ze zm.).

Koncepcja i organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym w Polsce, na przestrzeni lat, ulegały zmianom. Najpoważniejsza reorganizacja nastąpiła w 1999 r., gdy wprowadzono instytucję lekarza rodzinnego, sprawującego opiekę zdrowotną nad całą rodziną, w tym również nad dzieckiem. Przyjęte rozwiązanie miało zapewnić ciągłość opieki sprawowanej przez jednego lekarza. Zrezygnowano wówczas z opieki lekarskiej i dentystycznej w szkołach. Nastąpiła zmiana postrzegania rozwoju i zdrowia dziecka. Wartości te zaczęły być oceniane w kontekście jego sytuacji rodzinnej. Kluczowa miała stać się edukacja zdrowotna rodziców i tworzenie dla dzieci i młodzieży wzorców troski o zdrowie.

Infografika nr 2
Reorganizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym



Źródło: Opracowanie własne NIK.

W krajach Unii Europejskiej rozwiązania przyjęte w zakresie odpowiedzialności za opiekę zdrowotną sprawowaną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym są różnorodne. Za opiekę zdrowotną nad dziećmi w szkołach w Austrii i Francji odpowiada minister edukacji. Minister właściwy do spraw zdrowia odpowiada za jej funkcjonowanie w Bułgarii, Chorwacji, Holandii, Luksemburgu, Rumunii na Cyprze i Malcie. Z kolei Dania, Portugalia, Węgry i Wielka Brytania powierzyły te zadania władzom lokalnym. W niektórych krajach (Szwecja, Hiszpania, Łotwa i Włochy) zadanie to jest współorganizowane przez władze lokalne, ministra edukacji i ministra zdrowia.

Przyjęto również różne sposoby zapewnienia tej opieki. Na przykład w Holandii lekarze lub pielęgniarki wykonują te zadania na terenie szkoły, w innych krajach opieka jest realizowana w ramach podstawowej opieki

zdrowotnej i badania są przeprowadzane systematycznie w ramach praktyk lekarza rodzinnego. Warte podkreślenia jest podejście zastosowane w Belgii (Flandria), polegające na ścisłym zespoleniu działań systemu opieki zdrowotnej i edukacji, w związku z potrzebą integracyjnego podejścia do uzyskania dobrego samopoczucia i zdrowia uczniów.

W krajach Unii Europejskiej przyjęte rozwiązania organizacyjne nie uwzględniają realizacji świadczeń leczniczych przez lekarza dentystę w szkole. W placówkach oświatowych tych krajów promocja zdrowia i edukacja w obszarze zdrowia jamy ustnej realizowane są przez pielęgniarki lub asystentki stomatologiczne[12]. Stan zdrowotny uzębienia dzieci w Polsce różni się jednak od tego, który jest obserwowany nie tylko w krajach rozwiniętych, ale także w większości krajów europejskich podlegających, podobnie jak Polska, transformacji systemowej. W naszym kraju ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej 1 zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 1,7%, a u młodzieży w wieku 18 lat – 8,8%[13].

[12] European Child Services and Systems: Lessons without Borders – Ingrid Wolfe, Martin Mckee, Open University Press, 2013.

[13] Program polityki zdrowotnej „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016–2020", Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015 r.

2. OCENA OGÓLNA

System opieki zdrowotnej nie zapewnia bezpieczeństwa zdrowotnego dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym

System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, szczególnie w zakresie opieki profilaktycznej, nie gwarantuje bezpieczeństwa zdrowotnego tej populacji, o czym świadczy zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi. Uczniowie nie mają zapewnionej spójnej i kompleksowej opieki zdrowotnej, zarówno z uwagi na niewystarczające współdziałanie podmiotów funkcjonujących w ochronie zdrowia oraz brak koordynacji w tym zakresie, jak również niewystarczającą współpracę lekarza i pielęgniarki z rodzicami w trosce o zdrowie ich dzieci.

Przyjęty sposób organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym nieefektywnie wykorzystuje istniejące zasoby finansowe i osobowe. Brak jest wskaźników określających pożądaną liczbę kadry medycznej, sprawującej opiekę medyczną nad uczniami, w odniesieniu do wielkości populacji. Minister Zdrowia nie jest zatem w stanie rzetelnie ocenić niedoborów specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych tej populacji. Występują znaczące dysproporcje w rozkładzie terytorialnym i strukturze wiekowej kadry medycznej oraz duży odsetek osób w wieku powyżej 60 lat.

Nie zapewniono również całej populacji dzieci i młodzieży równego dostępu do świadczeń profilaktyczno-leczniczych oraz nie podejmowano skutecznych działań w celu zapewnienia pełnego zakresu świadczeń, których ona wymagała. Funkcjonujący model profilaktycznej opieki zdrowotnej nie gwarantuje dostępności świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do planu godzin lekcyjnych, odpowiedniego dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej oraz dostatecznych działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Rozproszenie opieki zdrowotnej nad uczniami, która jest sprawowana przez różne podmioty, a także brak opieki lekarskiej i dentystycznej, w przeważającej większości szkół, uniemożliwia zapewnienie kompleksowej opieki nad uczniami.

W badanym okresie nie podejmowano systematycznie działań doskonalących system opieki zdrowotnej nad uczniami oraz zapewniających satysfakcję dzieci i rodziców, jak i personelu medycznego realizującego te usługi. Brakowało spójnego systemu monitorowania i nadzoru nad sposobem sprawowania tej opieki, jej efektami, dostępnością świadczeń gwarantowanych i jakością świadczonych usług zdrowotnych. W efekcie, nie dokonano oceny stopnia osiągnięcia celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 w odniesieniu do dzieci i młodzieży, pomimo że w Programie określono oczekiwane do 2015 r. efekty i korzyści zdrowotne oraz wskaźniki będące podstawą monitorowania i ewaluacji.

Działania podejmowane przez Ministra Zdrowia, od II półrocza 2016 r., zmierzające do stworzenia warunków dla pełnej realizacji świadczeń zdrowotnych i edukacji zdrowotnej, bez względu na miejsce zamieszkania ucznia i typ szkoły, oraz podniesienia jakości i zwiększenia efektywności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, nie miały wpływu na poprawę stanu bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży w okresie objętym kontrolą. Konieczne jest zatem zintensyfikowanie prac legislacyjnych nad projektem ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, gdyż planowany termin wejścia w życie przepisów może być zagrożony.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Braki kadrowe i dysproporcje struktury wiekowej lekarzy specjalistów

Liczba personelu medycznego sprawującego opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym była niewystarczająca, co utrudniało zapewnienie równego dostępu do świadczeń oraz wydłużało czas oczekiwania na udzielenie świadczenia. Pomimo, że w roku 2017 nastąpił wzrost liczby lekarzy specjalistów dziecięcych o 3,5% w stosunku do 2015 r., to jednak nadal występowały duże dysproporcje w strukturze wiekowej oraz rozkładzie terytorialnym. Duży odsetek lekarzy w wieku powyżej 60 lat, w szczególności w dziedzinie chirurgii dziecięcej, neurologii dziecięcej oraz otolaryngologii dziecięcej może, w perspektywie kilku lat, skutkować odejściem z zawodu znacznej liczby specjalistów, a tym samym zmniejszyć dostępność świadczeń zdrowotnych w tych zakresach. [str. 21–25]

Braki kadrowe i dysproporcje struktury wiekowej pielęgniarek

Pomimo że w badanym okresie odnotowano wzrost liczby kadry pielęgniarskiej sprawującej profilaktyczną opiekę nad uczniami niepokojący jest fakt, że dynamika tego wzrostu utrzymywała się na bardzo niskim poziomie. Zwraca uwagę duża dysproporcja struktury wiekowej pielęgniarek szkolnych. W 2017 r. odsetek osób w wieku powyżej 60. lat wynosił 22,5%, wieku od 41 do 60. lat – 73,2% oraz w wieku do 40. lat – 4,3%. Minister Zdrowia dopiero w 2017 r. uznał dziedziny pielęgniarstwa pediatrycznego i rodzinnego za priorytetowe, mając na uwadze planowane zmiany w ustawie o POZ oraz średni wiek zatrudnionych pielęgniarek, zgodnie z uwagami konsultantów krajowych. Powołany został Zespół, który wypracował propozycje działań mających na celu m.in. zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych. [str. 20–21, 26–28]

Brak opinii konsultantów o zasobach kadrowych

Minister Zdrowia w okresie objętym kontrolą nie otrzymał 31 opinii o zasobach kadrowych, do złożenia których zobowiązanych było 10 konsultantów krajowych, w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w opiece nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Pomimo tego wypłacano im z tytułu zawartych umów zlecenia pełne wynagrodzenie. W ocenie Izby wypłacenie wynagrodzeń za niewykonane zadania wynikające z zawartych umów było działaniem niegospodarnym, a umowy, które nie przewidywały sankcji za niewykonanie zadań, za opracowane nierzetelnie. [str. 26]

Brak wskaźników minimalnej liczby kadry medycznej

Minister Zdrowia nie opracował wskaźników określających pożądaną liczbę kadry medycznej sprawującej opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym w odniesieniu do wielkości populacji. Nie był zatem w stanie ocenić, czy liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny jest wystarczająca w stosunku do potrzeb. W Ministerstwie zostały jedynie podjęte prace dotyczące ustalenia wskaźnika określającego faktyczną liczbę lekarzy specjalistów i pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tys. ludności, co pozwoliło tylko na porównanie sytuacji kadrowej w poszczególnych dziedzinach medycyny. [str. 25–26]

Brak szkoleń w zakresie opieki profilaktycznej nad uczniami

W niewystarczającym stopniu organizowano szkolenia kadry medycznej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, pomimo że zgodnie ze standardami IMiD kadra medyczna udzielająca profilaktycznych świadczeń zdrowotnych powinna uczestniczyć w czasie wykonywania pracy w co najmniej jednym kursie w okresie trzech lat, o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami. W czterech spośród 12 kontrolowanych podmiotów leczniczych stwierdzono, że kadra medyczna sprawująca opiekę nad uczniami nie uczestniczyła w tego rodzaju kursach i szkoleniach. [str. 28–29, 67–68]

Brak sprawnego systemu monitorowania i nadzoru

Brak było systemowych rozwiązań umożliwiających efektywne monitorowanie oraz nadzór nad organizacją i sposobem sprawowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, jej efektami, dostępnością świadczeń gwarantowanych i jakością świadczonych usług zdrowotnych dla tej populacji. Tym samym nie można było dokonać rzetelnej analizy i doskonalenia systemu ochrony zdrowia w zakresie sprawowanej opieki nad populacją dzieci i młodzieży. W ocenie NIK system nadzoru powinien w sposób szczególny uwzględniać realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarzy rodzinnych, pielęgniarki i pielęgniarki/higienistki szkolne oraz przez lekarzy dentystów w leczeniu stomatologicznym. [str. 73–75, 79–80]

Brak dostępu do gabinetów profilaktyki zdrowotnej

Ograniczony był dostęp do gabinetów profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych, ponieważ znacząca liczba szkół ich nie posiadała. Występowały również duże dysproporcje w liczbie szkół posiadających gabinet profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej pomiędzy miastem a wsią. Działania zmierzające do poprawy tej sytuacji podjęto dopiero od 2016 r., dotychczas brak jest jednak ich efektów.

Odsetek szkół podstawowych posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wynosił średnio 49,7%, gabinety posiadało 86,4% szkół w miastach oraz 31,6% szkół na wsi. W gimnazjach odsetek szkół posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wynosił średnio 46,0%, w miastach gabinety posiadało średnio 62,8% i 29,8% na wsi, natomiast w pozostałych rodzajach szkół[14] gabinet profilaktyki posiadało średnio 59,9% szkół (tj. od 44,1% do 70,3%), w miastach 62,0% (tj. od 45,7% do 73,3%) i 43,8% na wsi (tj. od 30,7% do 53,8%).

W szkołach znajdowało się 7,3% ogólnej liczby gabinetów stomatologicznych (8,6 tys.), a najwyższy ich odsetek odnotowano w województwie lubelskim 22,5%. W szkołach w województwie lubuskim i podkarpackim nie było gabinetów stomatologicznych. [str. 29–32]

Brak wsparcia finansowego szkół i podmiotów leczniczych

Spośród 16 kontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego dziewięć (56,3%) nie udzielało wsparcia finansowego szkołom, dla których były organem prowadzącym, w tym trzy jednostki nie podejmowały działań w celu stworzenia warunków równego dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej uczniom w szkołach. W badanym okresie jst nie udzielały wsparcia finansowego podmiotom leczniczym, dla których były organem tworzącym, w zakresie przygotowania gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, prac remontowych lub zakupu aparatury i doposażenia tych gabinetów.

Przyczyną był brak wpływu wniosków w tym zakresie lub brak warunków lokalowych do wydzielenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkołach.

Spośród 16 kontrolowanych jst tylko 6 (37,5%) w 2017 r. złożyło wnioski o dofinansowanie wyposażenia 55 gabinetów profilaktyki zdrowotnej, na łączną kwotę 324,6 tys. zł. [str. 32–33, 76]

[14] Tj. liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa i szkoła specjalna.

Udzielanie świadczeń w pomieszczeniach niespełniających warunków

W pięciu spośród 11 kontrolowanych podmiotów leczniczych[15] (45,5%) pielęgniarki lub higienistki szkolne udzielały uczniom profilaktycznych świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach niespełniających warunków realizacji świadczeń określonych w pkt 3 i 4 części III załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[16]. Powodem był brak w szkołach gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Świadczenia udzielane były w tzw. pomieszczeniach zastępczych, w tym m.in. w salach klasowych, pokojach nauczycielskich, bibliotece, sali komputerowej, stołówce szkolnej, w gabinecie logopedy, a nawet w pomieszczeniach piwnic. [str. 68–70]

Brak dostępności świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej

W 7 z 11 kontrolowanych podmiotów leczniczych (63,6%) stwierdzono brak dostępności świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką. Pomimo że wymagana dostępność pielęgniarki/higienistki szkolnej udzielającej świadczeń w środowisku nauczania i wychowania została określona – w części III pkt 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, to w kontrolowanych podmiotach wymiar czasu był niższy od wymaganego w stosunku do liczby uczniów objętych opieką.

W trzech z 11 (27,3%) kontrolowanych podmiotów stwierdzono, że świadczenia pielęgniarki/higienistki szkolnej udzielane były niezgodnie z harmonogramem czasu pracy, będącym załącznikiem do umowy z NFZ, co stanowiło naruszenie zawartej umowy. Świadczeniodawcy nie dokonywali bieżących zmian w harmonogramach. [str. 55–60]

Wypadki wśród uczniów w szkołach

Ogółem w Polsce wśród uczniów na terenie szkoły, w rocznikach szkolnych 2014/2015, 2015/2016 i 2016/2017, doszło do 195,9 tys. wypadków, w tym z tendencją malejącą w poszczególnych rocznikach, odpowiednio: 71,1 tys., 65,2 tys. i 59,6 tys. Najwięcej wypadków, łącznie w badanym okresie, miało miejsce w szkołach w województwie śląskim – 30,0 tys., a najmniej w województwie lubuskim – 5,3 tys. W tym, m.in. w szkołach podstawowych doszło do 91,9 tys. wypadków (największy udział 46,9%), w gimnazjach 65,0 tys. (33,2%), w liceach ogólnokształcących 14,1 tys. (7,2%), w technikach 12,2 tys. (6,2%), a w zasadniczych szkołach zawodowych 3,2 tys. (1,6%). Uczniowie najczęściej ulegali wypadkom na zajęciach wychowania fizycznego oraz na przerwach międzylekcyjnych, a najczęstszą przyczyną była nieuwaga lub nieumyślne uderzenie.

W ocenie NIK, duża liczba wypadków, w szczególności wśród dzieci w szkołach podstawowych, wymaga obecności pielęgniarki, tak aby w trakcie zajęć lekcyjnych możliwe było szybkie udzielenie fachowej pomocy medycznej. [str. 60–61]

[15] Spośród 12 kontrolowanych podmiotów leczniczych 11 udzielało świadczeń w zakresach: świadczenia pielęgniarki szkolnej oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej.

[16] Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm., dalej *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.*

Testy przesiewowe wykonano u dużego odsetka uczniów

Odsetek uczniów w Polsce, którym pielęgniarki lub higienistki szkolne wykonały testy przesiewowe, wyniósł 99,1% spośród podlegających testom, w tym w roczniku 2014/2015 – 98,8%, w 2015/2016 – 99,1% oraz w 2016/2017 – 99,2% uczniom. Z tego, 93,3% testów przesiewowych zostało wykonanych na terenie szkoły, a 6,7% poza szkołą.

Odsetek wykonanych testów przesiewowych spośród uczniów objętych opieką w 11 kontrolowanych podmiotach, w rocznikach szkolnych określonych dla bilansów zdrowia, w roku szkolnym 2016/2017 wyniósł 99,2%, a w roku szkolnym 2015/2016 wyniósł 98,9%.

Pielęgniarki nie otrzymywały zwrotnych informacji w zakresie objęcia ucznia opieką czynną. W ocenie Izby świadczy to o braku wymiany informacji o uczniu między pielęgniarką/higienistką szkolną a lekarzem POZ oraz braku współpracy w tym zakresie. [str. 29, 62–64]

Badaniom bilansowym nie poddano wszystkich uczniów

Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży (sprawozdane przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza POZ) w roku szkolnym 2014/2015, wykonano u 88,9% uczniów spośród podlegających badaniu, u 88,6% w roku szkolnym 2015/2016 oraz u 88,3% uczniów w roku szkolnym 2016/2017.

W ramach profilaktycznych badań lekarskich sprawozdanych przez lekarzy POZ w 2015 r. zbadano 65,3% uczniów spośród podlegających badaniu, a w 2016 r. 65,2%. Najmniejszy udział zbadanych wystąpił w populacji uczniów z ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. roku życia odpowiednio: 51,1% i 51,9%, a największy wśród uczniów klasy I gimnazjum odpowiednio: 73,2% i 74,1%. Na terenie szkoły zostało zbadanych w 2015 r. 75,3 tys. uczniów (6,4%), a w 2016 r. 68,5 tys. uczniów (6,3%).

Odsetek wykonanych badań bilansowych uczniów podlegających badaniu i sprawozdanych przez lekarza POZ w 6 kontrolowanych podmiotach, za lata 2015–2016 wyniósł 76,0%.

W ocenie NIK, sprawozdawane dane nie zapewniają pełnego i spójnego monitorowania oraz nadzoru nad sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

[str. 35, 64–65, 73–74]

Wzrost liczby osób uchylających się od obowiązku szczepień

W Polsce w 2017 r. liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień wyniosła 30,1 tys. i wzrosła o 30,0% w stosunku do roku 2016, tj. o 6,9 tys. osób oraz o 305,1%, tj. 22,7 tys. osób w stosunku do 2013 r. Występująca tendencja wzrostu liczby osób uchylających się od obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży budzi niepokój i może w przyszłości skutkować zagrożeniem epidemiologicznym i odrodzeniem się chorób dziś uważanych za „wymarłe".

Występuje systematyczny wzrost zachorowań na krztusiec. W 2016 r. odnotowano 6828 przypadków i w porównaniu do 2015 r. ich liczba wzrosła o 37,8%, a w porównaniu do 2014 r. wzrosła o 224,8%. Wzrosła również zachorowalność na odrę, w 2016 r. wystąpiły 133 przypadki i w porównaniu do 2015 r. ich liczba wzrosła o 177,1%.

Minister Zdrowia nie posiadał informacji o liczbie osób (rodziców lub opiekunów) ukaranych za uchylanie się od obowiązku szczepień oraz informacji o liczbie dzieci i młodzieży, u których nie wykonano obowiązkowych szczepień ochronnych ze wskazań medycznych. Nie prowadził również odrębnej oceny realizacji szczepień oraz analizy wpływu działań edukacyjnych na wzrost zaszczepienia populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. [str. 35–40, 65–66]

Wzrost zachorowań i czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia

W 2016 r. największym problemem zdrowotnym wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–18 lat były: zniekształcenia kręgosłupa – 219,7 tys., alergie (dychawica oskrzelowa) – 194,8 tys., zaburzenia refrakcji i akomodacji oka – 186,8 tys., otyłość – 93,2 tys., niedokrwistość – 52,4 tys., zaburzenia rozwoju – 50,7 tys., choroby tarczycy – 46,9 tys., alergie skórne – 35,7 tys. oraz choroby układu moczowego – 29,2 tys. W stosunku do roku poprzedniego największy wzrost nastąpił w przypadku rozpoznanych chorób tarczycy o 2,3 tys. (o 5,3%), nowotworów o 2,2 tys. (o 14,7%), niedokrwistości o 1,8 tys. (o 3,6%). Natomiast liczba dzieci z cukrzycą wzrosła o 1,0%.

Mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży dla przypadków stabilnych, pod koniec II kwartału 2017 r. w stosunku do IV kwartału 2015 r., zwiększyła się w przypadku sześciu rodzajów komórek organizacyjnych. [str. 49–55]

Brak współpracy między podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniem

Brak było przepływu informacji pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką lub higienistką szkolną udzielającymi świadczeń w różnych podmiotach, m.in. w zakresie wykonanych badań bilansowych, obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zwrotnej informacji w zakresie dodatnich testów przesiewowych, pomimo że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą[17] określa, że kadra medyczna powinna współpracować ze sobą. W praktyce współpraca ta była jednak bardzo ograniczona. Sytuacja taka nie zapewnia spójnej i kompleksowej opieki nad uczniem.

W ocenie NIK, konieczne jest opracowanie i wdrożenie systemu pozwalającego na rzetelną i efektywną współpracę między lekarzem POZ, pielęgniarką lub higienistką szkolną oraz lekarzem dentystą. [str. 34–35]

Zakup dentobusów nie zapewni poprawy stanu uzębienia u dzieci i młodzieży

Podejmowane działania w celu poprawy dostępności profilaktycznej opieki zdrowotnej w zakresie stomatologii, poprzez zakup pojazdów medycznych, w których mają być udzielane świadczenia (tzw. dentobusy), nie zapewnią poprawy stanu uzębienia u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. W ocenie NIK, zakup 16 dentobusów, po jednym na województwo, o łącznej wartości 23 940,8 tys. zł, jest działaniem doraźnym nierozwiązującym istoty problemu. Pomimo formalnego odbioru przedmiotu zamówienia i przekazania protokołami zdawczo-odbiorczymi wojewodom, dentobusy do dnia 21 marca 2018 r. nie zostały przekazane do używania i pozostawały w depozycie u sprzedającego. NFZ nie podpisał w tym okresie żadnej umowy na udzielanie świadczeń stomatologicznych w dentobusach. [str. 76–78]

[17] Dz. U. Nr 139, poz. 1133, dalej *rozporządzenie w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej.*

Brak systematycznej oceny jakości i skuteczności opieki profilaktycznej

Minister Zdrowia nie prowadził systematycznej oceny jakości i skuteczności profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Zidentyfikował jednak problemy w zakresie funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, co było podstawą do podjęcia prac nad projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym[18]. Prace legislacyjne, mające na celu doskonalenie systemu opieki zdrowotnej, podjęto dopiero w 2016 r., pomimo że obecny model profilaktycznej opieki zdrowotnej funkcjonuje od 1999 r. [str. 74–76, 80–81]

Niedokonanie oceny stopnia osiągnięcia założonych celów NPZ na lata 2007–2015

Minister Zdrowia nie dokonał oceny stopnia osiągnięcia celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 w odniesieniu do dzieci i młodzieży, pomimo że w Programie określono oczekiwane do 2015 r. efekty i korzyści zdrowotne oraz wskaźniki będące podstawą monitorowania i ewaluacji. Po ośmiu latach realizacji Narodowego Programu Zdrowia nie przeprowadzono analiz w celu określenia osiągniętych efektów oraz wysokości środków, jakie wydatkowano na ten cel. [str. 41]

Programy polityki zdrowotnej realizowane przez jst skierowane do dzieci

W 2015 r. jednostki samorządu terytorialnego realizowały 443 programy polityki zdrowotnej, w tym 185 dedykowanych dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym. Koszt programów dotyczących dzieci i młodzieży wyniósł 12 467,0 tys. zł, co stanowiło 29% kosztów wszystkich realizowanych programów w Polsce.

Jedynie pięć jst (31,3%), spośród 16 skontrolowanych, realizowało programy polityki zdrowotnej skierowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. [str. 44–48]

Jst nie przeprowadzały analizy i oceny potrzeb zdrowotnych

W dziewięciu jednostkach samorządu terytorialnego (samorządy gminne) (56,3%) nie przeprowadzano analizy i oceny potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz czynników powodujących ich zmiany, w celu podejmowania działań uwzględniających zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Obowiązek takiego działania wynikał z art. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W rezultacie nie mogły tym samym realizować zadań wskazanych w art. 7 ust. 1 pkt 1 i 4 ww. ustawy, tj. opracowywać i realizować programów polityki zdrowotnej ani podejmować innych działań, z powodu nierozeznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. [str. 45–46]

Współpraca jst z organizacjami pozarządowymi

Jednostki samorządu terytorialnego corocznie udzielały dotacji na realizację zadań z zakresu profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom oraz inne działania prozdrowotne, skierowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym zamieszkałych na terenie jst. Dotacje przyznawane były zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie[19]. Zasady oraz formy współpracy regulowały przyjmowane uchwałami organu stanowiącego jst programy współpracy. Wyjątek stanowiła tylko jedna jst, która nie współpracowała z organizacjami pozarządowymi w tym zakresie. [str. 48]

[18] W oparciu o zgłoszone w toku uzgodnień i konsultacji publicznych uwagi, opracowano projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

[19] Dz. U. z 2018 r. poz. 450, dalej: *ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.*

Rozpoczęcie prac legislacyjnych

Rozpoczęte zostały prace nad projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Celem projektowanej ustawy miało być wprowadzenie kompleksowych rozwiązań służących zintegrowaniu systemu ochrony zdrowia oraz systemu edukacji w zakresie umacniania potencjału zdrowotnego dzieci i młodzieży przez promocję, edukację zdrowotną i profilaktyczną opiekę zdrowotną oraz zapewnienie odpowiedniego wsparcia dzieciom z niepełnosprawnością lub chorobą przewlekłą. W styczniu 2018 r. zakończono prace nad projektem założeń do projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. W oparciu o zgłoszone w toku uzgodnień i konsultacji publicznych uwagi, opracowany został projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, który w dniu 7 lutego 2018 r. został umieszczony w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Przewidywanym terminem wejścia w życie tej ustawy ma być dzień 1 września 2018 r. W ocenie NIK, planowany termin wejścia w życie przepisów ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami może być zagrożony. [str. 82–83]

Opinia rodziców na podstawie badania ankietowego

Niespełna połowa rodziców była bardzo zadowolona ze sprawowanej opieki przez lekarzy na terenie szkoły. Opiekę pielęgniarki lub higienistki szkolnej sprawowaną na terenie 84% szkół oraz profilaktyczną opiekę lekarza dentysty obejmującą 6% szkół oceniono na poziomie średnio zadowalającym.

Według opinii rodziców aż 65% z nich uważa, że w szkole powinien być utworzony gabinet lekarski, gdzie byłyby wykonywane badania bilansowe przeprowadzane na określonym etapie edukacyjnym. Za utworzeniem gabinetu stomatologicznego na terenie szkoły wypowiedziało się aż 71% rodziców. Jednak połowa udzielających odpowiedzi była przeciwna wykonywaniu obowiązkowych szczepień ochronnych w szkole. [str. 83–85]

Brak systemu medycyny szkolnej

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w Polsce nie funkcjonuje system medycyny szkolnej, a podejmowane są jedynie wybiórcze i fragmentaryczne działania profilaktyczne. W ocenie Izby konieczne jest zatem całościowe podejście do zdrowia uczniów. Charakter zmian demograficznych oraz warunków społeczno-ekonomicznych, w których funkcjonuje ta populacja narzuca potrzebę podjęcia skoordynowanych działań w sferze polityki zdrowotnej, m.in. poprzez rozwój medycyny szkolnej. Zwiększająca się liczba lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii oraz medycyny rodzinnej powinna pozwolić na wprowadzenie systemu medycyny szkolnej, co pozwoli na efektywne wykorzystanie istniejących kadr medycznych i zapewni lepszą niż obecna opiekę wszystkim dzieciom, niezależnie od miejsca zamieszkania i statusu materialnego rodziców. System ten pozwoli eliminować w odpowiednim czasie zagrożenia w rozwoju dziecka i zapobiegać występowaniu nieodwracalnych strat, także dla zdrowia przyszłych pokoleń.

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia

Mając na uwadze konieczność zapewnienia kompleksowej i systematycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym poprzez reaktywację i rozwój medycyny szkolnej, Najwyższa Izba Kontroli uznaje za niezbędne:

1) dokonanie analizy funkcjonowania systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, mając na uwadze zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki zdrowotnej w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji;
2) zapewnienie systemu monitorowania i nadzoru nad organizacją i sposobem sprawowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, w szczególności opieki profilaktycznej, jej efektami, dostępnością do świadczeń gwarantowanych oraz jakością świadczonych usług zdrowotnych na poziomie regionalnym;
3) opracowanie wskaźników określających niezbędną liczbę kadry medycznej sprawującej opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym;
4) podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w dziecięcych dziedzinach medycyny na podstawie opracowanych wskaźników, w szczególności na terenach wiejskich i mniejszych miast, poprzez umożliwienie specjalizowania się w tym zakresie oraz stworzenie specjalistom odpowiednich zachęt do podejmowania pracy na tych terenach;
5) podjęcie skutecznych działań na rzecz zapewnienia odpowiedniej liczby pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania, w celu objęcia opieką uczniów w szkołach w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do planu godzin lekcyjnych;
6) zwiększenie skuteczności Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 poprzez wnikliwą ocenę efektów, na podstawie monitorowania stopnia realizacji zadań oraz w oparciu o wskaźniki ewaluacji, ze zwróceniem szczególnej uwagi na działania skierowane do dzieci i młodzieży w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki, w tym edukacji zdrowotnej;
7) zapewnienie skutecznej edukacji dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów w zakresie czynników ryzyka zachorowalności, w celu ukształtowania prozdrowotnych postaw, zachowań i umiejętności.

Minister Zdrowia
Wnioski *de lege ferenda*

Ponadto NIK kieruje do Ministra Zdrowia wnioski o podjęcie działań legislacyjnych mających na celu:

1) określenie w drodze rozporządzenia standardów organizacyjnych postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej;
2) opracowanie, w porozumieniu z Ministrem Edukacji Narodowej, standardów funkcjonowania gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach dla każdego poziomu edukacyjnego, niezbędnych dla zapewnienia każdemu uczniowi optymalnej profilaktycznej opieki zdrowotnej;

3) gromadzenie danych, w ramach statystyki publicznej, o wykonanych badaniach profilaktyki stomatologicznej oraz stanie zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, co pozwoli m.in. na dokonywanie oceny stopnia zaawansowania próchnicy i przeciwdziałanie temu zjawisku.

Najwyższa Izba Kontroli wnosi również o zintensyfikowanie prac, w ramach rozpoczętego procesu legislacyjnego, nad projektem ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym

Profilaktyczna opieka zdrowotna ma na celu zapobieganie powstawaniu schorzeń i eliminowanie ich przyczyn. Nad uczniami profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawują lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru, pielęgniarka lub higienistka szkolna oraz lekarz dentysta.

Dzieci i młodzież na liście aktywnej lekarza POZ oraz objęci opieką pielęgniarki lub higienistki szkolnej

Liczba dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 19 lat zadeklarowana na listach aktywnych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wynosiła[20] 5171,8 tys. w 2015 r., 5180,5 tys. w 2016 r. oraz 5140,3 tys. w 2017 r. Najwięcej dzieci zadeklarowanych na listach było w województwie mazowieckim, a najmniej w województwie opolskim. Opieką pielęgniarki lub higienistki szkolnej objęto 4836,8 tys. uczniów w 2015 r.[21], 4840,2 tys. w 2016 r.[22] i 4629,8 tys. w 2017 r.[23]

Kadra medyczna sprawująca opiekę profilaktyczną

W 2015 r. profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym sprawowało 25,0 tys. lekarzy POZ, w tym 7,8 tys. ze specjalizacją w dziedzinie medycyny rodzinnej i 5,5 tys. ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii, 11,3 tys. lekarzy dentystów[24] oraz 7,1 tys. pielęgniarek/higienistek szkolnych. Najwyższy wskaźnik, określający liczbę lekarzy POZ przypadającą na 10,0 tys. dzieci i młodzieży zadeklarowanych na listach aktywnych, odnotowano w województwie dolnośląskim – 71,8; a najniższy w województwie łódzkim – 30,4. Największa liczba pielęgniarek/higienistek szkolnych przypadała na 10 tys. dzieci i młodzieży w województwie podkarpackim – 26,3, a najmniejsza w województwie łódzkim – 2,5.

W 2016 r. liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej zwiększyła się, w porównaniu do 2015 r., o 9% i wynosiła 27,2 tys., w tym 8,8 tys. ze specjalizacją w dziedzinie medycyny rodzinnej i 6,4 tys. ze specjalizacją w dziedzinie pediatrii. Liczba lekarzy dentystów wzrosła, w porównaniu do roku 2015, o 17% i wynosiła 13,2 tys. Wzrost odnotowano również w liczbie pielęgniarek/higienistek szkolnych. W tej grupie zawodowej, w porównaniu do roku 2015, nastąpił wzrost o 9,5%. Najwyższy wskaźnik lekarzy POZ przypadających na 10,0 tys. dzieci i młodzieży odnotowano w województwie śląskim – 80,6, a najniższy w województwie łódzkim – 30,1. Największa liczba pielęgniarek/higienistek szkolnych przypadała na 10 tys. dzieci i młodzieży w województwie podkarpackim – 29,0, a najniższa w województwie łódzkim – 2,6.

W pierwszym półroczu 2017 r. liczba kadry medycznej, sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, była porównywalna do roku 2016.

[20] Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 i 2016 r. oraz 13 października 2017 r.

[21] W tym, dzieci poniżej 6. r.ż. – 119 281, młodzież w szkołach specjalnych powyżej 19. r.ż. – 16 596 i młodzież w szkołach policealnych z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 6236.

[22] W tym, dzieci poniżej 6. r.ż. – 104 445, młodzież w szkołach specjalnych powyżej 19. r.ż. – 15 920 i młodzież w szkołach policealnych z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 6527.

[23] I półrocze 2017 r., w tym, dzieci poniżej 6. r.ż. – 46 878, młodzież w szkołach specjalnych powyżej 19. r.ż. – 14.606 i młodzież w szkołach policealnych z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku – 6672.

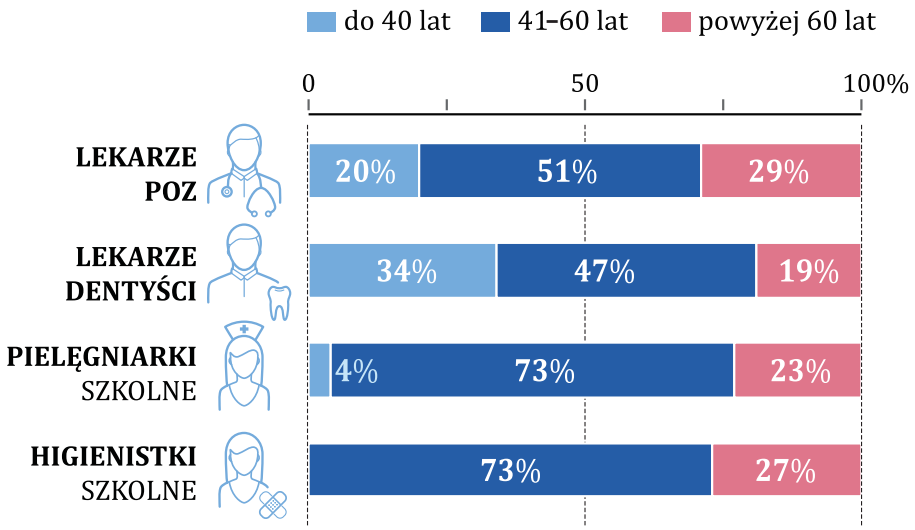
[24] Dotyczy wyłącznie umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresach: leczenie ogólnostomatologiczne i leczenie ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.

Na przestrzeni lat 2015–2017 ogólna średnia liczba uczniów przypadających na jedną pielęgniarkę/higienistkę szkolną zmniejszała się i wynosiła odpowiednio: 680, 621, 597. W 2017 r. najmniej pielęgniarek/higienistek szkolnych było w województwie lubelskim i łódzkim i średnio na jedną przypadało odpowiednio: 3 516 i 3 666 uczniów, a najwięcej w województwie mazowieckim i śląskim, gdzie średnio na jedną przypadało odpowiednio: 492 i 470 uczniów.

Struktura wiekowa kadry medycznej sprawującej opiekę profilaktyczną

W strukturze wiekowej tego personelu zwraca uwagę duży odsetek osób w wieku powyżej 60. lat. Udział ten, w przypadku lekarzy POZ, wykazywał tendencję wzrostową i wynosił 27,8% w 2015 i 2016 r. oraz 29,1% w 2017 r. Podobnie było w grupie zawodowej pielęgniarek szkolnych, gdzie udział ten wynosił 22,5% w 2017 r. i był wyższy o 3,5 punktu procentowego w porównaniu do 2015 r. Wzrost odsetka osób tej grupy wiekowej odnotowano również w kadrze higienistek szkolnych, gdzie udział osób powyżej 60. lat wynosił 27,1% w 2017 r. i był wyższy o 7,2 punktu procentowego w stosunku do 2015 r. W badanym okresie nastąpił również wzrost udziału osób w wieku powyżej 60. lat wśród lekarzy dentystów o 2,1 punktu procentowego.

Wykres nr 1
Struktura wiekowa aktywnej zawodowo w 2017 r. kadry medycznej sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia.

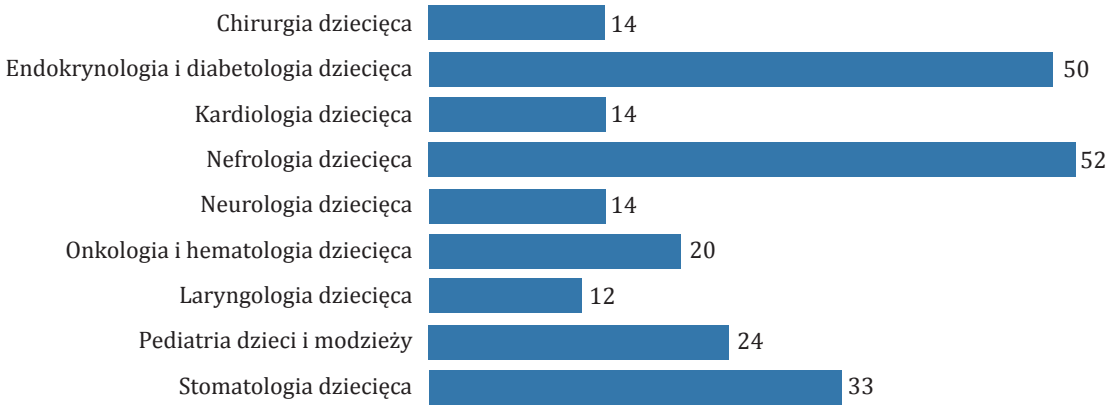
Nastąpił wzrost liczby lekarzy specjalistów dziecięcych o 3,5%

W 2017 r.[25] liczba aktywnych zawodowo lekarzy specjalistów w dziedzinach medycyny[26] mających zastosowanie w opiece nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym wynosiła 22,1 tys. i była wyższa o 3,5% w porównaniu do 2015 r.

[25] Według stanu na dzień 30 czerwca.

[26] Pediatria metaboliczna, chirurgia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży, stomatologia dziecięca, ortodoncja, otorynolaryngologia dziecięca, choroby płuc dzieci, endokrynologia i diabetologia dziecięca, kardiologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, nefrologia dziecięca, gastroenterologia dziecięca, neurologia dziecięca, urologia dziecięca, medycyna rodzinna. Na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Wykres nr 2
Wzrost liczby lekarzy poszczególnych specjalizacji dziecięcych w 2017 r. w stosunku do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NIL przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Najwięcej lekarzy posiadało specjalizację z medycyny rodzinnej – 10,7 tys., najmniej w zakresie pediatrii metabolicznej – 16 w skali całego kraju. Współczynnik liczby lekarzy przypadających na 10,0 tys. dzieci i młodzieży[27] wskazał duże dysproporcje w tym zakresie między poszczególnymi województwami. Wskaźnik określający liczbę lekarzy pediatrów dla całego kraju wynosił 9,5. Najwyższy był w województwie łódzkim – 13,3, a najniższy w województwie lubuskim – 5,3. W dziedzinie kardiologii dziecięcej najwyższy wskaźnik był w województwie łódzkim – 0,5, a w województwie lubuskim nie było lekarzy o tej specjalizacji. Najwyższe wskaźniki określające liczbę lekarzy specjalistów dziecięcych przypadających na 10,0 tys. dzieci i młodzieży były w województwie łódzkim[28]. Najbardziej niekorzystna dla pacjentów była sytuacja w województwie lubuskim, w którym nie było żadnego specjalisty w siedmiu specjalizacjach[29], a w dwóch[30] wskaźnik był najniższy w skali kraju.

[27] Do wyliczenia wskaźnika przyjęto całą populacją dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat, ponieważ nie było możliwe określenie liczby lekarzy, udzielających świadczeń tylko dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym.

[28] W siedmiu na 16 specjalizacji lekarskich województwo łódzkie miało najwyższy wskaźnik w skali kraju, tj. pediatria, psychiatria dzieci i młodzieży, stomatologia dziecięca, otorynolaryngologia dziecięca, choroby płuc dzieci, endokrynologia i diabetologia dziecięca, kardiologia dziecięca.

[29] Tj. pediatria metaboliczna, otorynolaryngologia dziecięca, choroby płuc dzieci, endokrynologia i diabetologia dziecięca, kardiologia dziecięca, nefrologia dziecięca, gastroenterologia dziecięca.

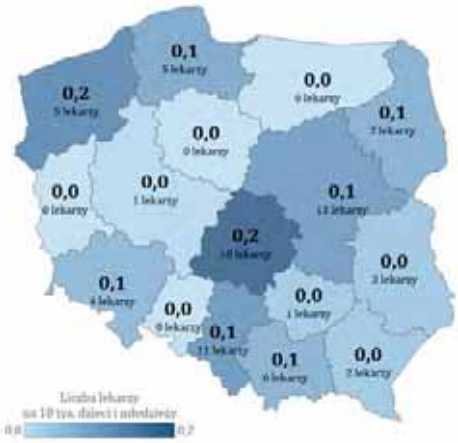
[30] Tj. pediatria i stomatologia dziecięca.

Mapa nr 1

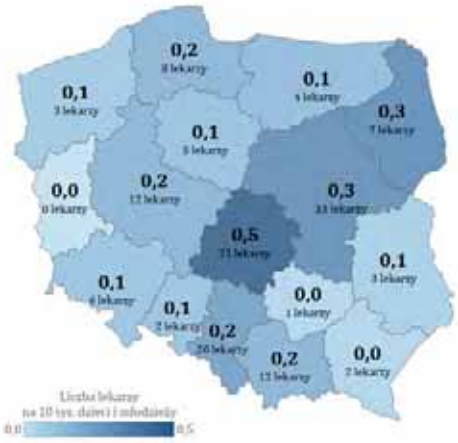
Wskaźnik i liczba wybranych lekarzy specjalistów dziecięcych w 2017 r. na 10 tys. dzieci i młodzieży na tle województw

Chirurgia dziecięca

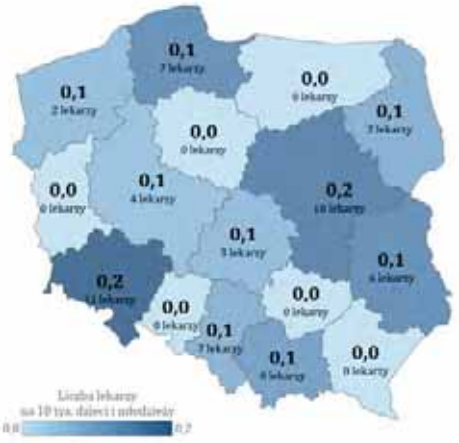
Endokrynologia i diabetologia dziecięca



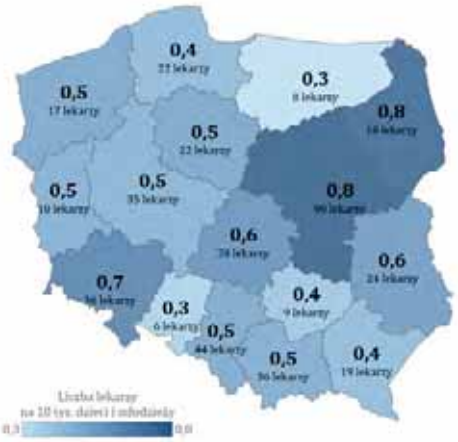
Kardiologia dziecięca



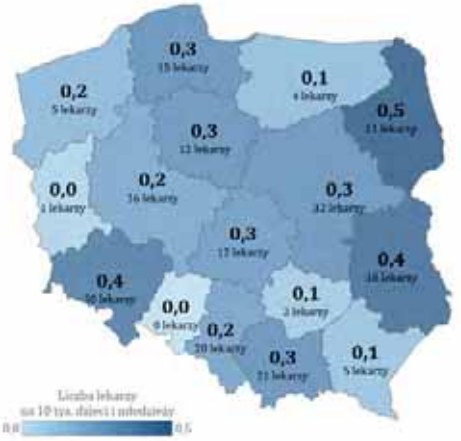
Nefrologia dziecięca



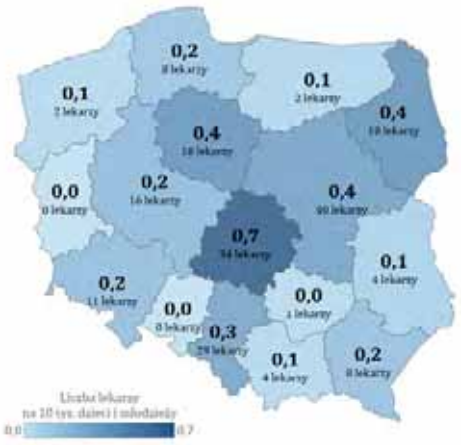
Neurologia dziecięca



Onkologia i hematologia dziecięca



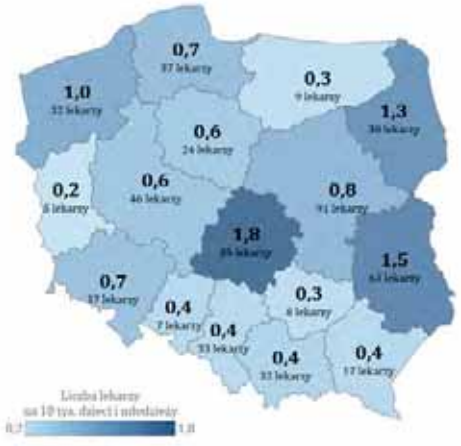
Otolaryngologia dziecięca



Pediatria

Psychiatria dzieci i młodzieży

Stomatologia dziecięca

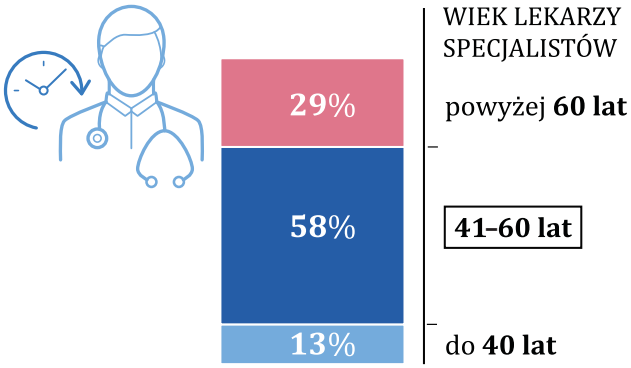


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NIL przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Duży odsetek lekarzy w wieku powyżej 60 lat

Analiza struktury wiekowej aktywnych zawodowo lekarzy wskazuje na duży odsetek osób w wieku powyżej 60. lat, szczególnie w trzech specjalizacjach – chirurgii dziecięcej, neurologii dziecięcej i otolaryngologii dziecięcej. Udział ten w przypadku lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej wykazywał tendencję wzrostową i wynosił 36,8% w 2015 r. i 39,4% w 2017 r., w dziedzinie neurologii dziecięcej odsetek ten wynosił 39,0% w 2017 r. i był wyższy o 23,7% w porównaniu do 2015 r., a w dziedzinie otolaryngologii dziecięcej odsetek lekarzy wynosił 36,8% w 2017 r. i był wyższy o 16,7% w porównaniu do 2015 r.

Wykres nr 3
Struktura wiekowa lekarzy specjalistów dziecięcych w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NIL przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Nie zostały opracowane wskaźniki określające pożądaną liczbę kadry medycznej

Minister Zdrowia nie opracował wskaźników określających pożądaną liczbę kadry medycznej sprawującej opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym w odniesieniu do wielkości populacji. Nie był zatem w stanie ocenić, czy liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach jest wystarczająca w stosunku do potrzeb. Przy przyznawaniu miejsc rezydenckich brano pod uwagę liczbę lekarzy, którzy w danym roku kończą staż podyplomowy, zapotrzebowanie zgłaszane przez wojewodów i konsultantów krajowych oraz liczbę aktualnie wolnych miejsc szkoleniowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia realizowany jest projekt tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych[31], jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia, wynikający z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych analizie poddano liczbę zarejestrowanych lekarzy specjalistów w podziale na województwa, przeanalizowano wiek oraz wyliczono wskaźnik specjalistów w poszczególnych specjalizacjach na 100 tys. ludności.

Zgodne z wyjaśnieniem, przedmiotowa analiza stanowi początek pracy nad opracowaniem modelu zapotrzebowania na lekarzy specjalistów. Ponadto, jak wyjaśniono, określenie wskaźników pożądanej liczby lekarzy specjalistów w odniesieniu do liczby mieszkańców jest procesem bardzo złożonym i wymaga uwzględnienia wielu czynników, w tym głównie demograficzno-epidemiologicznych. Obecnie trwają prace nad opracowaniem metodologii, która miałaby posłużyć oszacowaniu docelowej liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, koniecznej do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców Polski.

Konsultanci krajowi w dziedzinach medycyny dotyczących dzieci w swoich raportach przedstawiali niepokojący obraz sytuacji kadry medycznej. Wskazywane problemy dotyczyły m.in. braków kadrowych, które będą się pogłębiać w kolejnych latach w związku z odchodzeniem kadry medycznej na emerytury, nierówności w dostępie do lekarzy specjalistów oraz kształcenia specjalistycznego.

[31] Przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, w ramach projektu „Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych".

W praktyce jednak opinie konsultantów krajowych przy przyznawaniu miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystów były uwzględniane w niewielkim stopniu. Nie były również wykorzystywane podczas prac nad raportem dotyczącym zasobów kadrowych, wykorzystywanym w mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego.

Brak opinii konsultantów o zasobach kadrowych

Minister Zdrowia w okresie objętym kontrolą nie otrzymał 31 opinii o zasobach kadrowych, do złożenia których zobowiązanych było 10 konsultantów krajowych, w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w opiece nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Konsultanci krajowi w ramach zawartych umów zlecenia z Ministrem Zdrowia zobowiązani byli do wykonywania w danym roku zadań określonych w art. 9 oraz w art. 10 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia[32]. Jednym z zadań wymienionych w art. 10 ust. 1 pkt 5 tej ustawy było m.in. sporządzenie opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny reprezentowanej przez właściwego konsultanta. Zgodnie z § 4 ust. 1 umowy zlecenia, zleceniobiorcy przysługiwało wynagrodzenie za wykonanie zadań określonych w § 1 umowy. Wynagrodzenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni po zatwierdzeniu przez zleceniodawcę sprawozdania z wykonania zleconych zadań.

Umowy zlecenia zawierane z konsultantami krajowymi nie zabezpieczały należycie interesów Ministra Zdrowia w zakresie wykonywania obligatoryjnych zadań. W latach 2015–2016 wypłacano, z tytułu zawartych umów zlecenia, pełne wynagrodzenie wszystkim konsultantom krajowym w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w opiece nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, mimo że część z nich nie wywiązywała się ze swoich zadań, tj. nie przedstawiła opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych, do czego zobowiązuje art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia oraz § 1 zawartych umów zleceń.

Wyjaśniając przyczynę podano, że do zadań konsultantów krajowych należy sporządzanie opinii, jednak brak takiej opinii nie stanowi przesłanki do wstrzymania wypłaty wynagrodzenia. Zgodnie z treścią umowy cywilnoprawnej, warunkiem wypłaty wynagrodzenia było wyłącznie przesłanie sprawozdania z wykonania zleconych zadań.

W ocenie NIK, wypłacanie wynagrodzeń za niewykonane zadania wynikające z zawartych umów uznać należy za niegospodarne, a umowy, które nie przewidywały sankcji za niewykonanie zadań, za opracowane nierzetelnie.

Niedobory kadrowe w dziedzinie pielęgniarstwa

Istotnym uczestnikiem systemu opieki zdrowotnej są pielęgniarki, a podstawowym problemem w przypadku tej grupy zawodowej, podobnie jak w przypadku lekarzy, jest mała liczba osób wykonujących ten zawód.

Uwagi dotyczące niedoborów kadrowych zgłaszane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego zostały uwzględnione przez Ministra Zdrowia i w 2017 r. specjalizacja ta została uznana za priorytetową dla siedmiu województw[33].

[32] Dz. U. z 2017 r. poz. 890, zwany dalej *ustawą o konsultantach w ochronie zdrowia.*

[33] W tym dla województw: łódzkiego, mazowieckiego, pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego; www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-i-ksztalcenie/pielegniarki-i-polozne/komunikaty-w-sprawie-ksztalcenia-podyplomowego-pielegniarek-i-poloznych/wykaz-priorytetowych-dziedzin-specjalizacji-dla-pielegniarek-i-poloznych-w-2017-r/.

Według opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego we wszystkich województwach świadczenia zdrowotne pielęgniarki POZ były zabezpieczone. Mając jednak na uwadze planowane zmiany w ustawie o POZ oraz średni wiek zatrudnionych pielęgniarek, również tę dziedzinę pielęgniarstwa Minister Zdrowia uznał za priorytetową w 2017 r. dla ośmiu województw[34].

Minister Zdrowia, biorąc pod uwagę opinie konsultantów krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa dotyczące zasobów kadry pielęgniarskiej, zarządzeniem z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie powołania zespołu do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce[35], powołał zespół, który wypracuje propozycje działań mających na celu m.in. zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych. Pierwotnie prace miały zakończyć się z dniem 31 października 2017 r.

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 16 października 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce[36], wydłużył prace Zespołu do 31 grudnia 2017 r., tj. o trzy miesiące w stosunku do pierwotnego terminu. Zespół zakończył prace 29 grudnia 2017 r.

Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce określa kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów i społeczeństwa. Zakłada zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej oraz zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie i utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek/położnych nabywających uprawnienia emerytalne.

Minister Zdrowia, podejmując decyzje dotyczące organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, w szczególności w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa, będzie uwzględniał propozycje działań Zespołu określone w Strategii, mając na uwadze możliwości i zasoby (m.in. finansowe) budżetu państwa oraz systemu ochrony zdrowia. Strategia będzie jednym z ważnych narzędzi w realizacji polityki zdrowotnej w najbliższej perspektywie czasowej[37].

Minister Zdrowia, na podstawie zawartych umów zlecenia, żądał od konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i pielęgniarstwa rodzinnego składania rocznych raportów z wykonania zadań za dziewięć lub 10 miesięcy i o zadaniach planowanych do końca danego roku, wraz z opinią o zasobach kadrowych, co było niezgodne z art. 13 ust. 1 i 3 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, który stanowi, że konsultanci krajowi składają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia roczny raport dokumentujący wykonanie zadań w terminie do 31 marca za rok

[34] W tym dla województwa: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, mazowieckiego, podlaskiego i śląskiego.

[35] Dz. Urz. MZ, poz. 50.

[36] Dz. Urz. MZ, poz. 102.

[37] Źródło: http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/zespol-ds-opracowania-strategii-na-rzecz-rozwoju-pielegniarstwa-i-poloznictwa-w-polsce-zakonczyl-prace/.

poprzedni, natomiast opinię dotyczącą oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych, jako odrębny dokument – w terminie do dnia 30 listopada każdego roku.

Wyjaśniając przyczynę podano, że termin określony w ustawie jest granicznym terminem złożenia raportu, dlatego termin wcześniejszy należałoby uznać jako dopuszczalny.

W ocenie NIK, wcześniejsze złożenie raportu jest dopuszczalne, o ile dotyczy on zadań wykonanych w ciągu całego roku. Raport informujący o zadaniach planowanych nie był równoznaczny z raportem dotyczącym wykonania zadań.

Finansowanie szkoleń specjalizacyjnych

Minister Zdrowia, na finansowanie wszystkich specjalizacji lekarskich odbywanych w trybie rezydentury, wydatkował środki w wysokości 624 112,2 tys. zł w 2015 r. i 691 857,6 tys. zł w 2016 r. Na szkolenia specjalizacyjne w 15 dziedzinach medycyny mających zastosowanie w opiece nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym[38] w 2015 r. przeznaczono[39] 24,7% kwoty ogółem, a w 2016 r. 23,8%.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w opiece nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym w 2017 r. realizowało 4381 lekarzy[40]. W porównaniu do 2015 r. nastąpił wzrost liczby osób szkolących się o 6,6%. Największa liczba lekarzy odbywała specjalizację w dziedzinie pediatrii – 1883 i medycyny rodzinnej – 1362.

W 2017 r. Minister Zdrowia przyznał 1464 miejsca na szkolenia specjalizacyjne w trybie rezydentury w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w opiece nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. W porównaniu do 2015 r. liczba tych miejsc zmniejszyła się o 11,1%.

W ustawach budżetowych na lata 2015–2017 na wszystkie szkolenia specjalizacyjne pielęgniarek planowano środki finansowe w wysokości 8000,0 tys. zł rocznie. Z zaplanowanej kwoty wydatkowano tylko 73,3% (5867,5 tys. zł) w 2015 r. oraz 77,6% (6204,1 tys. zł) w 2016 r., w tym na specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego 168,8 tys. zł w 2015 r. i 193,8 tys. zł w 2016 r oraz w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego 198,9 tys. zł w 2015 r. i 245,1 tys. zł w 2016 r.

Przyczyną niepełnego wykorzystania środków na szkolenia specjalizacyjne było oferowanie w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego przez organizatorów szkoleń, z którymi zawarte zostały umowy, cen niższych od wysokości planowanego dofinansowania ze środków publicznych, jak również rezygnacje pielęgniarek lub położnych z udziału w szkoleniu. Brak było podstaw prawnych do zwiększenia liczby miejsc objętych dofinansowaniem w przypadku niepełnego wykorzystania środków. Wpro-

[38] Pediatria, pediatria metaboliczna, chirurgia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży, stomatologia dziecięca, ortodoncja, otorynolaryngologia dziecięca, choroby płuc dzieci, endokrynologia i diabetologia dziecięca, kardiologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, nefrologia dziecięca, gastroenterologia dziecięca, neurologia dziecięca, medycyna rodzinna.

[39] Koszty skalkulowane przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie zawartych umów na szkolenia specjalizacyjne.

[40] Dane według stanu na dzień 18 września 2017 r.

wadzone w 2015 r. zmiany legislacyjne[41] umożliwiły od 2016 r. zwiększanie liczby miejsc objętych dofinansowaniem w sytuacji niewykorzystania wszystkich zaplanowanych środków.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego realizowało w 2017 r. 836 pielęgniarek, w porównaniu do 2015 r. nastąpił wzrost liczby osób szkolących się o 163%. W trakcie realizacji szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w 2017 r. było 576 pielęgniarek. W porównaniu do 2015 r. nastąpił wzrost liczby osób szkolących się o 140%. W ramach specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dofinansowanie do szkoleń uzyskało 100 pielęgniarek w 2015 r. oraz 275 w 2016 i w 2017 r. Dofinansowanie do szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego uzyskało 150 pielęgniarek w 2015 r., 275 w 2016 r. i 250 w 2017 r.

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie organizował i nie finansował szkoleń kadry medycznej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, poza szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy i pielęgniarek.

Zgodnie ze Standardami w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wskazane jest by kadra medyczna udzielająca profilaktycznych świadczeń zdrowotnych uczestniczyła w czasie wykonywania pracy w co najmniej jednym kursie w okresie trzech lat, o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami[42].

Gabinety lekarzy POZ

W okresie objętym kontrolą liczba gabinetów lekarza POZ (miejsc udzielania świadczeń) była na porównywalnym poziomie i wynosiła 9,4 tys. w 2015 i 2016 r. oraz 9,5 tys. w I półroczu 2017 r. Udział publicznych gabinetów lekarza POZ w całkowitej liczbie tych gabinetów wynosił 19,3% w I półroczu 2017 r. i był niższy o 0,7% w porównaniu do 2015 r. Najwyższy był w województwie świętokrzyskim – 46,6%, a najniższy w województwie wielkopolskim – 2,8%.

Gabinety stomatologiczne

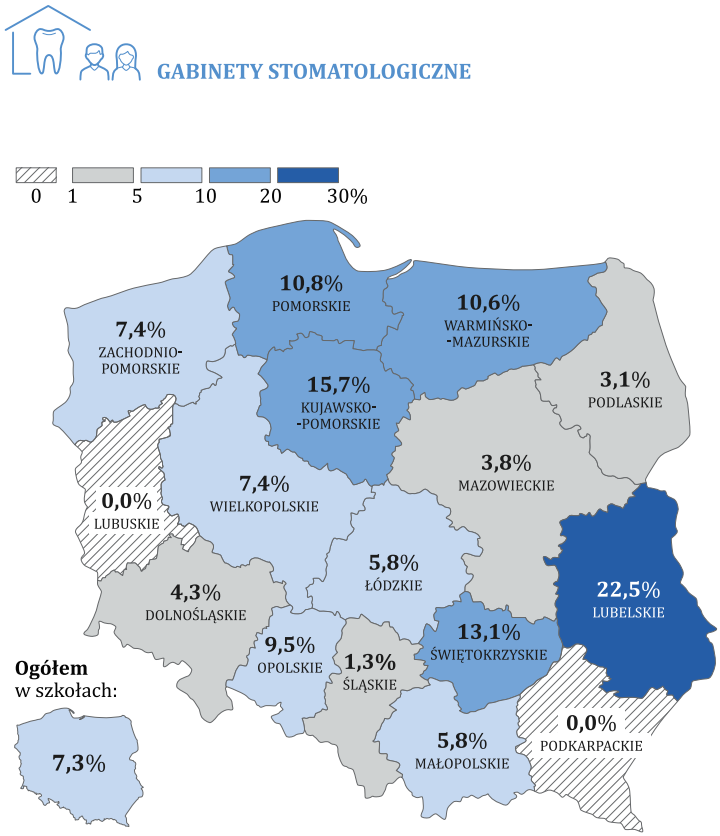
Liczba gabinetów stomatologicznych[43] w I półroczu 2017 r. wynosiła 8,6 tys. i była wyższa o 6,5% w stosunku do 2015 r. W szkołach znajdowało się 7,3% ogólnej liczby gabinetów stomatologicznych, a najwyższy ich odsetek odnotowano w województwie lubelskim – 22,5%. W szkołach w województwie lubuskim i podkarpackim nie było gabinetów stomatologicznych.

[41] Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1640).

[42] Standardy są zamieszczone na stronie Ministerstwa Zdrowia pod adresem http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/Standardy-w-profilaktycznej-opiece-zdrowotnej-nad-uczniami-s.pdf.

[43] W których udzielane były świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.

Mapa nr 2
Odsetek gabinetów stomatologicznych w szkołach w ogólnej liczbie gabinetów stomatologicznych w 2017 r. (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej

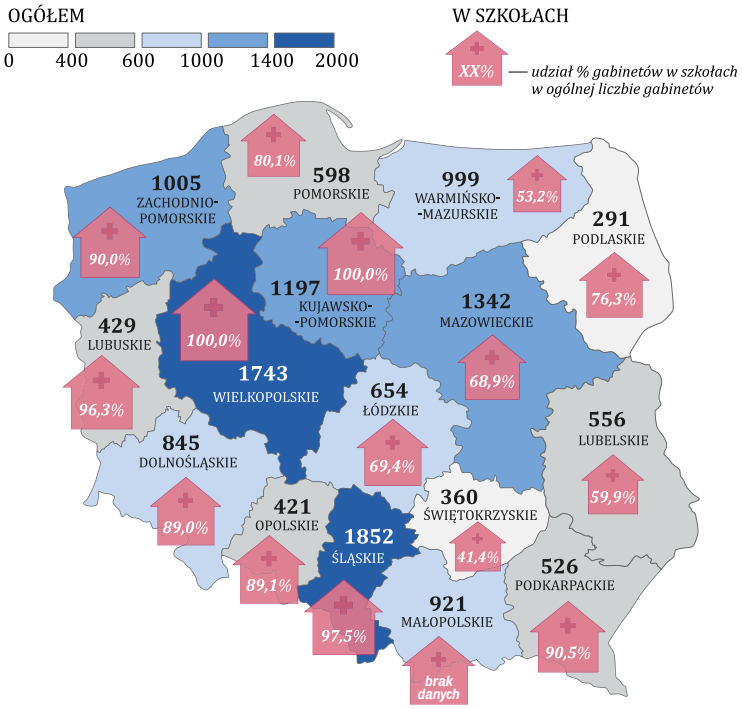
Liczba gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej[44] w I półroczu 2017 r. wynosiła 13,7 tys. i była wyższa o 1,6% w porównaniu do 2015 r. Z tej liczby 78,3% gabinetów znajdowało się w szkołach. Najwyższy odsetek (100%) odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim i wielkopolskim, a najniższy (41,4%) w województwie świętokrzyskim[45].

[44] W których udzielane były świadczenia pielęgniarki szkolnej.

[45] Nie uwzględniono danych o liczbie gabinetów znajdujących się w szkołach w województwie małopolskim, ponieważ zestawienia przekazane przez Ministerstwo Zdrowia nie zawierały takiej informacji.

Mapa nr 3

Liczba gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej i ich udział w szkołach w 2017 r. (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym jest sprawowana w celu ochrony zdrowia i zapewnienia prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży w perspektywie funkcjonowania w życiu dorosłym. Konieczne jest zatem zapewnienie wszystkim uczniom dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej, który jest miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną. W części tych szkół nie ma takiego gabinetu, co uniemożliwia pielęgniarce i higienistce szkolnej realizację profilaktycznych świadczeń zdrowotnych w szkole.

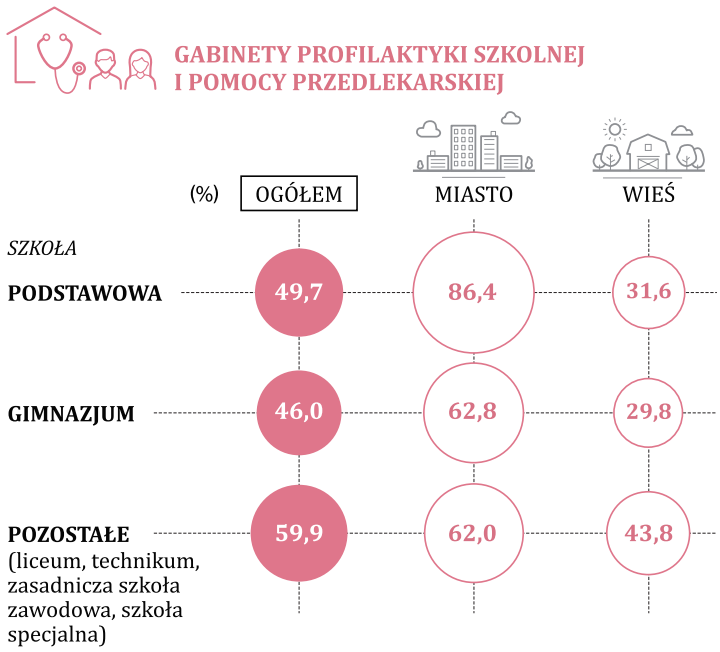
W okresie objętym kontrolą dostęp do gabinetów profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w szkołach był ograniczony, ponieważ znacząca liczba szkół ich nie posiadała. Występowały również duże dysproporcje w liczbie szkół posiadających gabinet profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej[46] między miastem a wsią. Odsetek szkół podstawowych w rocznikach szkolnych 2014/2015, 2015/2016 i 2016/2017 posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wynosił średnio 49,7%, gabinety posiadało 86,4% szkół w miastach oraz 31,6% szkół na wsi. W gimnazjach odsetek szkół posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wynosił średnio 46,0%, w miastach gabinety posiadało średnio 62,8% i 29,8% na wsi, natomiast w pozostałych rodzajach szkół[47] gabinet profilaktyki

[46] Dane CSIOZ uzyskane w trybie art. 29 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524, zwana dalej *ustawą o NIK*).

[47] Tj. liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa i szkoła specjalna.

posiadało średnio 59,9% szkół (tj. od 44,1% do 70,3%), w miastach 62,0% (tj. od 45,7% do 73,3%) i 43,8% na wsi (tj. od 30,7% do 53,8%).

Infografika nr 3
Średni odsetek szkół posiadających gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w latach 2014–2017 (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CSIOZ.

W okresie od 1 września 2016 r. do 1 września 2017 r. w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty[48] w art. 67 ust. 1 pkt 4 obowiązywał zapis, zgodnie z którym, do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna zapewnić uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej spełniającego szczegółowe wymagania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[49], oraz wyposażonego w sprzęt, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

W 2016 r. dofinansowano łącznie 2072 szkolnych gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej we wszystkich województwach, na łączną kwotę 9780,2 tys. zł, w tym najwięcej w województwie mazowieckim – 278, podkarpackim – 264, śląskim – 246 oraz wielkopolskim – 239. W 2017 r. nie było udzielanego wsparcia z rezerwy 0,4% części oświatowej subwencji ogólnej na gabinety profilaktyki zdrowotnej.

Dotacje na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej

W celu poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 r. zostały podjęte działania poprzez zagwarantowanie środków budżetowych na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach oraz zakup pojazdów (dentobusów), w których będą udzielane usługi stomatologiczne. Na podstawie ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szcze-

[48] Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, ze zm.

[49] Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.

gólnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej[50] Wojewoda przekazywał jednostkom samorządu terytorialnego dotację na zadanie własne polegające na prowadzeniu szkoły z przeznaczeniem na wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej, o którym mowa w art. 103 ust. 1 pkt 4 ustawy Prawo oświatowe, w sprzęt, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Dotacja mogła obejmować do 100% kosztów poniesionych na wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej, jednak do kwoty nie wyższej niż 6,7 tys. zł na jeden gabinet.
Według stanu na dzień 13 października 2017 r. jednostki samorządu terytorialnego złożyły wnioski o dofinansowanie 9518 gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach na kwotę 45 782,0 tys. zł.

Spośród 16 kontrolowanych jst tylko sześć (37,5%) złożyło wnioski o dofinansowanie wyposażenia 55 gabinetów profilaktyki zdrowotnej.

Brak wsparcia finansowego szkół

Spośród 16 kontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego dziewięciu (56,3%) nie udzielało wsparcia finansowego szkołom, dla których były organem prowadzącym, w tym trzy jednostki nie podejmowały działań w celu stworzenia warunków równego dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej uczniom w szkołach.

Przyczyną, jak wyjaśniano, był m.in. brak wniosków od dyrektorów szkół o udzielenie takiego wsparcia lub trudności lokalowe w zakresie wydzielenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkołach.

Od 1 września 2017 r., zgodnie z art. 103 ust. 1 pkt 4 ustawy Prawo oświatowe, szkoła zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej, spełniającego szczegółowe wymagania dla pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wyposażonego w sprzęt określony w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki albo higienistki szkolnej.

W ocenie NIK, w każdej szkole powinien być gabinet profilaktyki zdrowotnej, a jego utworzenie i wyposażenie w przypadku szkół prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego należy do zadań własnych tej jednostki.

Brak wsparcia finansowego podmiotów leczniczych

W badanym okresie jst nie udzielały wsparcia finansowego podmiotom leczniczym, dla których były organem tworzącym, w zakresie przygotowania gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, prac remontowych lub zakupu aparatury i doposażenia tych gabinetów[51]. Przyczyną był brak wniosków w tym zakresie.

[50] Dz. U. poz. 1774, dalej *ustawa o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.*

[51] W okresie objętym kontrolą trzy jst dofinansowywały zakupy aparatury i sprzętu medycznego podmiotom leczniczym, dla których były organem tworzącym, ale dokonywane zakupy nie dotyczyły doposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej.

5.2. Zakres świadczeń medycznych udzielanych dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym

Świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej finansowane są w postaci rocznej stawki kapitacyjnej na dziecko, na podstawie deklaracji wyboru składanej przez rodziców lub opiekunów dziecka.

Profilaktyczne badania lekarskie

Świadczenia obejmujące badania bilansowe, w tym przesiewowe dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz obowiązkowe szczepienia ochronne wykonywało w 2015 r. – 6292, w 2016 r. – 6442 i w 2017 r.[52] – 6435 podmiotów. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła odpowiednio: 1 661 518, 1 609 156 i 807 482 (I kwartał), a koszty kapitacyjnego finansowania świadczeń wyniosły: 834 031,7 tys. zł, 811 916,4 tys. zł i 427 683,5 tys. zł[53].

W rocznikach 2014/2015, 2015/2016 i 2016/2017 liczba uczniów podlegających testom przesiewowym wynosiła łącznie 6084,3 tys.[54], w tym odpowiednio: 2090,1 tys., 2055,2 tys. i 1939,0 tys. Odsetek uczniów, którym pielęgniarki/higienistki szkolne wykonały testy przesiewowe wyniósł 99,1%. W badanych rocznikach odsetek ten wynosił odpowiednio: 98,8%, 99,1% i 99,2%. Z tego 93,3% testów przesiewowych zostało wykonanych na terenie szkoły, a 6,7% poza szkołą.

Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży (na podstawie zwróconych kart badania profilaktycznego wypełnionych przez lekarza POZ, według sprawozdań MZ-06 – Sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach) w roku szkolnym 2014/2015, wykonano u 88,9% uczniów spośród podlegających badaniu, u 88,6% w roku szkolnym 2015/2016 oraz u 88,3% uczniów w roku szkolnym 2016/2017.

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka wyjaśniła, że wskaźniki wykonania badań bilansowych mogą być faktycznie wyższe, ponieważ dane o badaniach pochodzą ze sprawozdań składanych przez pielęgniarki/higienistki szkolne na podstawie zwróconych im przez lekarza POZ kart badania.

W ocenie Izby świadczy to o braku wymiany informacji o uczniu między pielęgniarką/higienistką szkolną a lekarzem POZ oraz braku współpracy w tym zakresie. Zgodnie z projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży planowane było wprowadzenie rozwiązań, które miały zapewnić wymianę informacji o uczniu między pielęgniarką/higienistką szkolną, lekarzem POZ i lekarzem dentystą.

Zgodnie z przekazaną informacją Ministra Zdrowia[55], projektowana ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami ma określać sposób sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami, z uwzględnieniem zapewnienia efektywnej współpracy pomiędzy podmiotami sprawującymi tę opiekę.

---

52 Do 30 czerwca 2017 r.

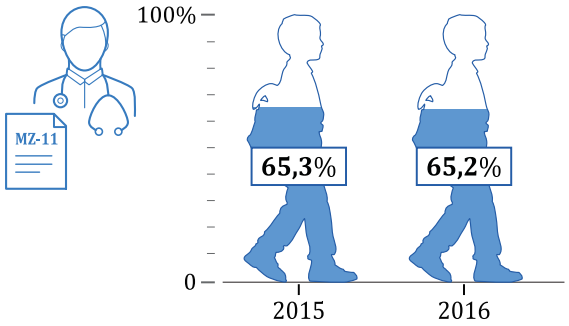
53 Dane NFZ przekazane przez Ministerstwo Zdrowia.

54 Dane przekazane przez CSIOZ, na podstawie sprawozdań MZ-06 – Sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej.

55 Pismo z dnia 8 marca 2018 r. o sygn. DNM.073.26.2017.13.AK, w sprawie przekazania informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych (nr kontroli P/17/058, KZD.410.006.01.2017), zwane dalej *Pismem z dnia 8 marca 2018 r. o sygn. DNM.073.26.2017.13.AK.*

W ramach profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży (dane na podstawie sprawozdań MZ-11 – Sprawozdanie o działalności pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej)[56] w 2015 r. zbadano 65,3% uczniów spośród podlegających badaniu, a w 2016 r. 65,2%. Najmniejszy udział zbadanych wystąpił w populacji uczniów z ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. r.ż. odpowiednio: 51,1% i 51,9%, a największy wśród uczniów klasy I gimnazjum odpowiednio: 73,2% i 74,1%.
Na terenie szkoły zostało zbadanych w 2015 r. 75,3 tys. uczniów (6,4%), a w 2016 r. 68,5 tys. uczniów (6,3%).

Infografika nr 4
Odsetek wykonanych i sprawozdanych w MZ-11 badań bilansowych dzieci i młodzieży w latach 2015–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CSIOZ.

Szczepienia ochronne

Obowiązkowe szczepienia ochronne są skuteczną i generalnie powszechnie społecznie akceptowalną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby podanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji na zachorowania jest bowiem wysoki odsetek zaszczepionych osób, sięgający obecnie do 95%, co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań nie tylko na osoby uodpornione w drodze szczepienia, ale również te osoby, które ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogą być szczepione lub osób, które pomimo prawidłowo przeprowadzonego szczepienia nie wykształciły odporności immunologicznej.

Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na lata 2015–2017 obowiązkowe szczepienia ochronne dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym obejmowały szczepienia przeciwko błonicy-tężcowi-krztuścowi[57], poliomyelitis[58] oraz odrze-śwince-różyczce[59].

[56] Dane uzyskane z CSIOZ.

[57] Pierwsza dawka szczepienia przypominającego w 6. r.ż. (po ukończeniu 5. r.ż.) i druga dawka szczepienia przypominającego w 14. r.ż. (po ukończeniu 13. r.ż.) przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi oraz trzecia dawka szczepienia przypominającego w 19. r.ż. (po ukończeniu 18. r.ż.) przeciwko błonicy i tężcowi. Program Szczepień Ochronnych na 2015 r. obejmował u dzieci w wieku 14. lat wykonanie szczepienia tylko przeciw błonicy i tężcowi.

[58] Szczepienie przypominające w 6. r.ż. (po ukończeniu 5. r.ż.).

[59] Szczepienie przypominające w 10. r.ż. (po ukończeniu 9. r.ż.).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Corocznie opracowywana była szczegółowa analiza przeprowadzonych szczepień ochronnych. Dokonywana na podstawie danych uzyskanych ze sprawozdania rocznego ze szczepień ochronnych (MZ-54[60]). Analiza uwzględniała m.in. stan zaszczepienia przeciwko poszczególnym chorobom zakaźnym dzieci z poszczególnych roczników, w odniesieniu do województw oraz całego kraju, porównanie stanu zaszczepienia osób podlegających szczepieniom w roku bieżącym do roku poprzedniego oraz występowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

Stan zaszczepienia monitorowany był w oparciu o biuletyn „Szczepienia Ochronne w Polsce"[61] opracowywany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (dalej NIZP-PZH), na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego.

Minister Zdrowia nie prowadził odrębnej oceny realizacji szczepień oraz analizy wpływu działań edukacyjnych na wzrost zaszczepienia populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

W latach 2015–2016 wystąpiły czasowe braki szczepionki przeciwko błonicy-tężcowi-krztuścowi zawierającej bezkomórkowy komponent krztuśca stosowanej do realizacji szczepień przypominających u dzieci w wieku lat 6 i 14. Przyczyną braków były opóźnienia w produkcji.

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka poinformowała, że skutkiem czasowego braku szczepionek była konieczność miesięcznego lub kilkumiesięcznego przesunięcia terminów szczepień i w jej ocenie nie miało to wpływu na realizację programu szczepień ochronnych u pacjentów.

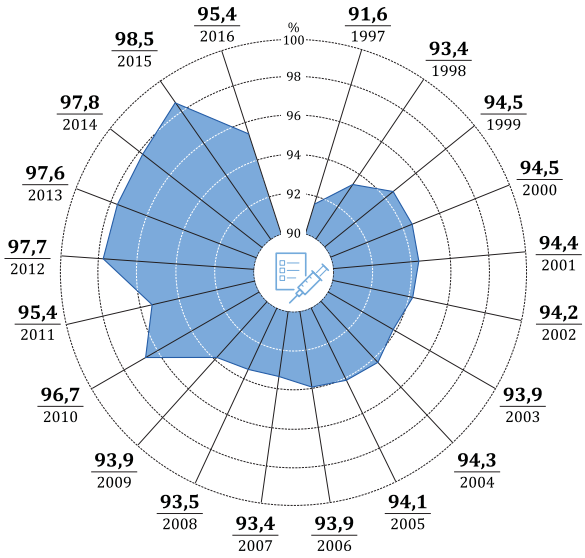
W 2016 r. odsetek populacji objętych sprawozdaniami ze szczepień ochronnych MZ-54 wyniósł 95,4%, w stosunku do 2015 r. zmniejszył się o 3,1 punktu procentowego, a w stosunku do 2014 r. zmniejszył się o 2,4 punktu procentowego. Najwyższy odsetek odnotowano w województwie dolnośląskim (98,3%), a najniższy w województwie podkarpackim 93,1%[62].

[60] Roczne sprawozdanie MZ-54 ze szczepień ochronnych przekazywane było przez podmioty wykonujące działalność leczniczą i biorące udział w szczepieniach ochronnych do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Natomiast stacje powiatowe przekazywały je do wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej, ta z kolei przekazywała je do NIZP-PZH.

[61] Który stanowi główne źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce.

[62] Biuletyn „Szczepienia ochronne w Polsce w 2016 r.", Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Warszawa 2017.

Wykres nr 4
Odsetek populacji objętych sprawozdaniami ze szczepień ochronnych MZ-54 w latach 1997–2016



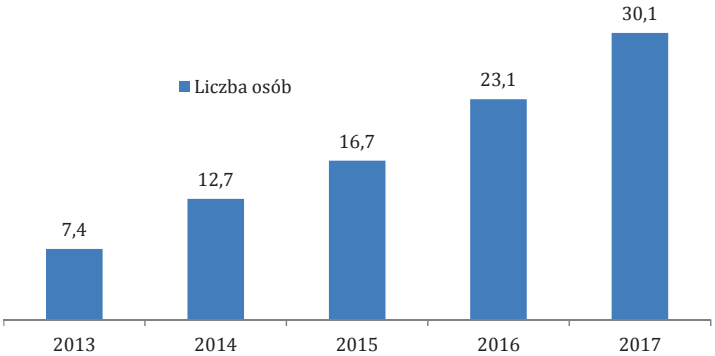
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NIZP-PZH.

Wzrost liczby rodziców uchylających się od obowiązku szczepienia dzieci

W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba osób uchylających się od obowiązku szczepienia dzieci. Według danych uzyskanych w Ministerstwie Zdrowia w 2015 r. od obowiązku szczepień ochronnych uchylało się 22,4 tys. osób, a w 2016 r. – 29,0 tys., co stanowi wzrost o 29,4% (6,6 tys. osób) w stosunku do roku poprzedniego. Minister Zdrowia nie posiadał informacji o liczbie osób (rodziców lub opiekunów) ukaranych za uchylanie się od obowiązku szczepień oraz informacji o liczbie dzieci i młodzieży, u których nie wykonano obowiązkowych szczepień ochronnych ze wskazań medycznych.

Według danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego[63], uzyskanych w trybie art. 29 ustawy o NIK, w 2017 r. liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień wyniosła 30,1 tys. i wzrosła o 30,0% w stosunku do roku 2016, tj. o 6,9 tys. osób oraz o 80,3% w stosunku do 2015 r., tj. o 13,4 tys. osób, natomiast w stosunku do 2014 r. wzrosła o 137,3%, tj. o 17,4 tys. osób, a w stosunku do 2013 r. o 305,1%, tj. 22,7 tys. osób.

Wykres nr 5
Dynamika wzrostu liczby osób uchylających się od obowiązkowych szczepień (w tys.) w latach 2013–2017

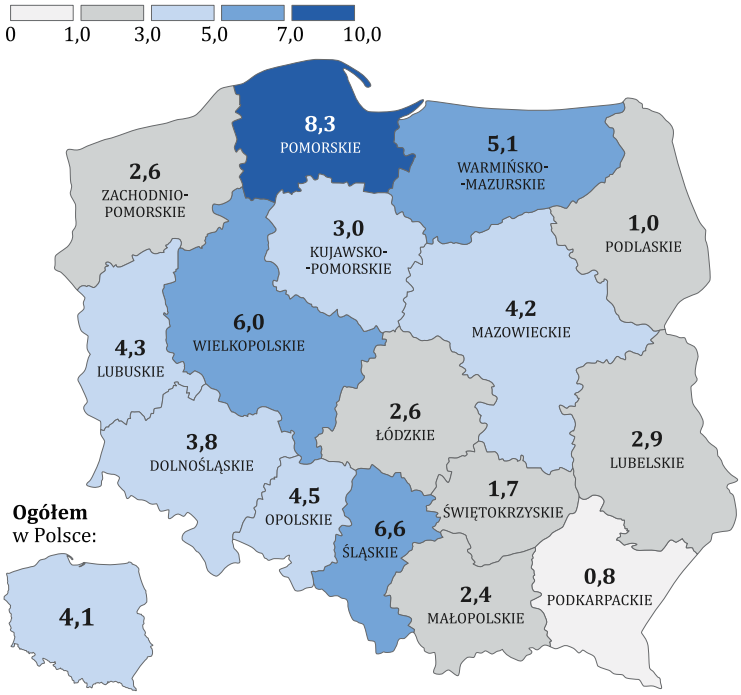


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

[63] Pismo z dnia 27 lutego 2018 r. o sygn. GIS-EP-SO-073-00038/JP/17, SK 48125/2017.

W ocenie NIK, występująca tendencja wzrostu liczby osób uchylających się od obowiązkowych szczepień dzieci na przełomie lat 2013–2017 (o 305,1%) budzi niepokój i może w przyszłości skutkować zagrożeniem epidemiologicznym i odrodzeniem się chorób dziś uważanych za „wymarłe".

Mapa nr 4
Wskaźnik odmów szczepień na 1000 osób w wieku 0–19 lat, w podziale na województwa w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego, według stanu na 31 grudnia 2017 r.

Wzrost zachorowań na choroby zakaźne

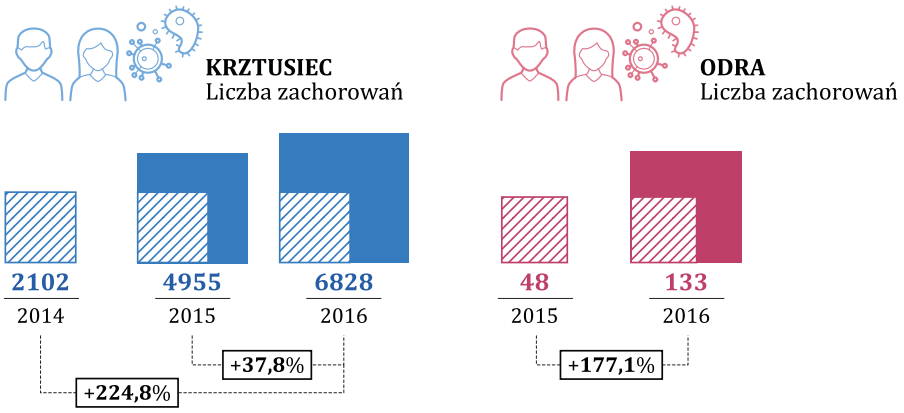
Od 2014 r. występuje systematyczny wzrost zachorowań na krztusiec. W 2016 r. odnotowano 6828 przypadków i w porównaniu do 2015 r. ich liczba wzrosła o 1873 przypadki, tj. wzrost o 37,8%, a w porównaniu do 2014 r. nastąpił wzrost o 4726 przypadków zachorowań, tj. 224,8%[64]. Choroba jest przenoszona drogą oddechową i jest bardzo zaraźliwa – w wyniku kontaktu z chorą osobą zakażeniu ulega do 90% nieuodpornionych osób.

W 2016 r. liczba zachorowań na odrę wyniosła 133 przypadki i w porównaniu do 2015 r. wzrosła o 85 przypadków. Zachorowania na odrę były związane przede wszystkim z zawlekaniem choroby z zagranicy[65].

[64] Biuletyn „Szczepienia ochronne w Polsce w 2016 r." i „Szczepienia ochronne w Polsce w 2015 r.".

[65] Raport Państwowej Inspekcji Sanitarnej „Stan sanitarny kraju w roku 2016".

Infografika nr 5
Wzrost zachorowań na choroby zakaźne w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Przyczyną zwiększającej się liczby nieszczepionych dzieci jest przede wszystkim obawa rodziców przed wystąpieniem niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Odpowiedzialność za wypełnienie obowiązku szczepienia dzieci

Odpowiedzialność za wypełnienie obowiązku szczepień ochronnych dzieci ponosi, stosownie do art. 5 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, osoba, która sprawuje prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekun faktyczny w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[66].

Nadzór nad prawidłowym wykonywaniem szczepień ochronnych sprawuje właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny, który jest odpowiedzialny również za dystrybucję szczepionek (zakupionych przez Ministra Zdrowia) do świadczeniodawców wykonujących obowiązkowe szczepienia ochronne.

Na podstawie danych uzyskanych z Głównego Inspektoratu Sanitarnego stwierdzono, że w latach 2015–2016:

- liczba upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień z zagrożeniem sprawy na drogę egzekucji administracyjnej wynosiła łącznie 8,5 tys., w 2016 r. zmniejszyła się o 7,5% stosunku do roku poprzedniego;
- liczba wystawionych tytułów wykonawczych wyniosła 3,7 tys., w 2016 r. zwiększyła się 20,5% w stosunku do roku poprzedniego;
- liczba wniosków do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień wyniosła 4,7 tys., w 2016 r. zwiększyła się o 90,1% w stosunku do roku poprzedniego;
- liczba postępowań dotyczących zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej wyniosła 1,5 tys., w 2016 r. zwiększyła się o 79,6% w stosunku do roku poprzedniego.

[66] Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.

Do Ministerstwa Zdrowia w latach 2015–2017 wpłynęło łącznie 3,1tys. zażaleń na postanowienia o nałożeniu grzywien i postanowienia w sprawie zarzutów dotyczących prowadzenia egzekucji administracyjnej. W 2017 r. wydano łącznie 483 postanowienia w sprawach zażaleń z lat 2014–2017r.

Spośród postępowań w sprawie rozpatrywania zażaleń na postanowienia organów egzekucyjnych, związanych z egzekucją obowiązku szczepień ochronnych, pozostaje w toku 2,8 tys. postępowań wszczętych w Ministerstwie Zdrowia przed 1 stycznia 2018 r., z czego 145 zostało wszczętych przed 1 stycznia 2015 r. Spośród spraw pozostających w toku najwcześniejsza data wpływu zażalenia to 24 lipca 2014 r.

Koszty szczepionek i przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych finansowane są ze środków publicznych. Szczepionki zakupuje minister właściwy do spraw zdrowia w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie zapotrzebowania szacowanego przez GIS oraz w oparciu o limity środków budżetowych.

Ogółem koszt szczepionek dla dzieci i młodzieży od 6. do 19. r.ż. w latach 2015–2017 (do 30 września) wyniósł 296 984,4.tys. zł, w tym w 2015 r. 48 319,5 tys. zł, w 2016 r. 134 058,3 tys. zł oraz w 2017 r. 114 606,7 tys. zł.

Świadczenia pielęgniarki/ higienistki szkolnej

Świadczenia pielęgniarki szkolnej lub higienistki szkolnej finansowane są w postaci rocznej stawki kapitacyjnej na ucznia[67], korygowanej współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły i charakterystyki zdrowotnej ucznia. Koszty świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania wykazywały tendencję wzrostu i w okresie 2015–2017 (do 30 czerwca) wyniosły łącznie 868 223,2 tys. zł, w tym, w 2015 r. 307 073,9 tys. zł, w 2016 r. 368 199,2 tys. zł i w I połowie 2017 r. 192 950,1 tys. zł[68].

Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne

Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. r.ż. w 2015 r. udzielało 5373 podmioty, w 2016 r. 5426 i w I połowie 2017 r. 5136 podmiotów. Liczba udzielonych świadczeń w 2016 r. wykazywała tendencję wzrostu w stosunku do roku poprzedniego i wyniosła 6778,6 tys. w 2015 r., 7233,0 tys. w 2016 r. i 3455,6 tys. w okresie do 30 czerwca 2017 r. Koszty profilaktycznych świadczeń stomatologicznych w okresie 2015–2017 (do 30 czerwca) wyniosły łącznie 133 298,2 tys. zł, w tym odpowiednio: 50 846,0 tys. zł, 58 946,9 tys. zł i 23 505,2 tys. zł[69].

Programy polityki zdrowotnej

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie realizował odrębnego programu polityki zdrowotnej, dedykowanego tylko dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym. Działania skierowane do tej grupy wiekowej realizowano jako zadania w ramach programów kierowanych do szerszego kręgu odbiorców. Zawarto je m.in. w dwóch edycjach Narodowego Programu Zdrowia (dalej NPZ), na lata 2007–2015 oraz 2016–2020, a w szczególności w programach, które realizowano w ramach celów strategicznych i operacyjnych NPZ.

---

67 W 2015 r. stawka kapitacyjna wynosiła 48,00 zł, w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. stawka kapitacyjna wynosiła 55,08 zł, w okresie od 1 września 2016 r. do 31 grudnia 2017 r. – 62,16 zł, a w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2018 r. wynosi 76,56 zł.

68 Dane NFZ przekazane przez Ministerstwo Zdrowia.

69 Ibidem.

Niedokonanie oceny stopnia założonych celów NPZ na lata 2007–2015

W 2015 r. zakończono realizację NPZ opracowanego na lata 2007–2015, który w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, w ramach ośmiu celów operacyjnych, zakładał do 2015 r. osiągnięcie 22 oczekiwanych efektów poprzez realizację 38 zadań.
Oczekiwane do roku 2015 efekty NPZ to m.in.: eliminowanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży oraz wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania tytoniu w szkołach i innych placówkach oświatowych i kulturalnych; zmniejszenie liczby nastolatków regularnie pijących napoje alkoholowe o 10% oraz wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania alkoholu w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz instytucjach kultury; spadek zawartości tłuszczu w diecie tak, aby stanowił on mniej niż 30% wartości energetycznej oraz dalsza poprawa w strukturze spożycia tłuszczów jadalnych; zaangażowanie w różne formy aktywności ruchowej o określonej intensywności i częstotliwości w czasie wolnym, co najmniej 60% dzieci młodzieży oraz 35% dorosłych; zahamowanie tempa wzrostu liczby dzieci i młodzieży używających substancji psychoaktywnych oraz wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania substancji psychoaktywnych w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz w instytucjach kultury; zwiększenie odsetka młodzieży, która osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej i racjonalnie się odżywia; zahamowanie tendencji wzrostowej w częstości występowania u młodzieży zachowań ryzykownych dla zdrowia; zwiększenie, co najmniej o 10–20%, odsetka dzieci i młodzieży objętych edukacją prozdrowotną w ramach promocji zdrowia jamy ustnej.
Minister Zdrowia, po ośmiu latach realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, nie dokonał oceny stopnia osiągnięcia założonych celów, w odniesieniu do dzieci i młodzieży, pomimo że w Programie[70] określono oczekiwane do 2015 r. efekty i korzyści zdrowotne oraz wskaźniki będące podstawą monitorowania i ewaluacji. Minister Zdrowia nie dysponował jednak informacjami o osiągniętych efektach oraz poniesionych na realizację NPZ wydatkach.
W wyjaśnieniach jako przyczynę podano, że uchwała nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 nie przewidziała obowiązku sprawozdawczego z realizacji podjętych działań po zakończeniu Programu oraz opracowania raportu końcowego z jego ewaluacji.

Najwyższa Izba Kontroli nie przyjęła wyjaśnień, ponieważ w NPZ na lata 2007–2015 określone zostały oczekiwane do 2015 r. efekty, oczekiwane korzyści zdrowotne oraz wskaźniki będące podstawą monitorowania i ewaluacji.

NPZ na lata 2016–2020

W 2016 r. rozpoczęto realizację zadań w ramach NPZ na lata 2016–2020. Zadania skierowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, które miały zarówno bezpośredni jak i pośredni wpływ na odbiorców, polegały głównie na prowadzeniu działań edukacyjnych, informacyjnych oraz zapobie-

[70] Przyjęty uchwałą nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015.

gawczych w ramach czterech celów operacyjnych. W 2016 r. w ramach celu operacyjnego *Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa* prowadzono działania edukacyjne i informacyjne, w tym podejmowano inicjatywy upowszechniające prawidłowe żywienie oraz upowszechniano wiedzę na temat powiązań między różnymi zagrożeniami dla zdrowia. Wartość umów zawartych na rok 2016 wyniosła 1367,7 tys. zł.

W 2017 r. realizowano m.in zadania w ramach niżej wymienionych celów operacyjnych:

– Cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa – szkolenia, warsztaty oraz zajęcia edukacyjne;

– Cel operacyjny 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa – działania na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży, działania na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom i innym zachowaniom autodestrukcyjnym w populacjach o zwiększonym ryzyku, działania na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym (w tym anoreksja i bulimia) oraz prowadzenie badań dotyczących kontaktu dzieci i młodzieży z materiałami pornograficznymi i seksualizującymi, a także skutków tego kontaktu dla rozwoju psychoseksualnego i zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w 2017 r.;

– Cel operacyjny 4: Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki – działalność edukacyjna oraz działania zapobiegawcze;

– Cel operacyjny 6: Poprawa zdrowia prokreacyjnego – prowadzenie edukacji zdrowotnej i działalności informacyjnej i profilaktycznej, przeciwdziałanie skutkom seksualizacji dzieci i młodzieży, zachowań ryzykownych, uzależnień behawioralnych, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz kształtowanie postaw sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym; oraz zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych – prowadzenie badań w obszarach celów operacyjnych 1–6, ukierunkowanych na wspólną analizę czynników ryzyka i czynników wspierających prawidłowy rozwój, w szczególności dzieci i młodzieży.
Wartość umów zawartych na rok 2017 wyniosła 19 418,7 tys. zł.
Wymienione wyżej zadania były w trakcie realizacji i nie była możliwa ocena ich efektów.

Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016 przewidywał realizację działania 5.5 Program edukacji młodzieży licealnej w zakresie zarządzania zdrowiem SYNDROM. Celem tego zadania było zwiększenie wiedzy kilku tysięcy uczniów szkół średnich w zakresie zagadnień związanych z profilaktyką zdrowotną. Dwukrotne przeprowadzenie

konkursu nie doprowadziło do wyłonienia realizatora. Rada Programu Zdrowotnego Uchwałą nr 2/2014 z dnia 24 stycznia 2014 r. postanowiła, że zadanie to nie będzie realizowane w kolejnych latach.

Kolejnym programem zawierającym działania skierowane do dzieci i młodzieży jest *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020*. Zaburzenia depresyjne w 2015 r. leczono[71] u 4467 pacjentów poniżej 18. r.ż. oraz 5021 w 2016 r. Celem tego programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych w Polsce poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych w tym zakresie. W ramach programu prowadzona będzie m.in. edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu. Celem tych działań będzie wzmocnienie indywidualnych, rodzinnych i społecznych czynników, które chronią przed zachorowaniem oraz skutkami zdrowotnymi depresji. Po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym, w dniu 12 października 2017 r., zawarto umowę na opracowanie kampanii edukacyjnej, oprawy graficznej, druku i dystrybucji materiałów informacyjnych oraz przeprowadzenie kampanii za pomocą środków masowego przekazu. Wartość umowy zawartej na lata 2017–2020 wynosi 8704,5 tys. zł.

Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia realizował program *Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015* oraz 2016–2020. Program jest badaniem epidemiologicznym z elementami socjomedycznymi i ma na celu ocenę stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci i dorosłych oraz badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stwierdzony w badaniach stomatologicznych stan zdrowia. Opracowane w ramach realizacji programu raporty za rok 2015 i 2016 zawierały propozycje kierunków działań dotyczących utrzymania zdrowia jamy ustnej i zostały wykorzystane do prowadzenia działań edukacyjnych oraz do poszerzenia katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu stomatologii dla dzieci i młodzieży. Na realizację programu, w latach 2015–2016, wydatkowano 300,0 tys. zł rocznie.
Według opinii konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej głównym problemem zdrowotnym w zakresie jamy ustnej dzieci i młodzieży w Polsce jest próchnica zębów i jej powikłania, kolejnym uszkodzenia urazowe oraz nieprawidłowości rozwojowe zębów. Próchnica i urazy zębów należą do najczęstszych przyczyn utraty zębów.
U dzieci w wieku 5 lat próchnica obejmuje średnio dwie powierzchnie zęba mlecznego, w tym wieku obserwuje się również ubytki próchnicowe w pojawiających się pierwszych trzonowych zębach stałych.
U dzieci w wieku 7 lat tylko u co trzeciego dziecka stwierdzono ząb stały z uszczelnionymi bruzdami. Próchnica u dzieci w tym wieku dotyczy 0,3% spośród obecnych w jamie ustnej stałych zębów siecznych szczęki, 14,1% obecnych pierwszych zębów trzonowych szczęki i 18,0% pierwszych zębów trzonowych żuchwy.

[71] Dane według stanu na dzień 30 marca 2017 r.

U dzieci w wieku 12 lat próchnicę stwierdzono już w 67,8% spośród obecnych w jamie ustnej pierwszych zębów trzonowych żuchwy i 54,9% szczęki oraz 28,9% drugich zębów trzonowych żuchwy i 15,8% szczęki.

W odniesieniu do uzębienia mlecznego zaspokojenie potrzeb w zakresie leczenia zachowawczego zębów mlecznych nie przekracza 20%. W odniesieniu do zębów stałych wzrasta z wiekiem od 20% u 5-latków do 69% u osób w wieku 18 lat.

Stan zdrowia uzębienia dzieci w Polsce jest gorszy wśród mieszkańców regionów wiejskich. Na wsi większe są także potrzeby w zakresie profilaktyki i leczenia próchnicy zębów oraz jej powikłań. Konsultant krajowy zwracał uwagę na duże różnice dotyczące choroby próchnicowej między województwami. Dokładna analiza problemów zdrowotnych w poszczególnych województwach wymaga jednak przeprowadzenia badania epidemiologicznego obejmującego wszystkie województwa w Polsce[72].

Programy polityki zdrowotnej realizowane przez jst skierowane do dzieci

Zadania w zakresie ochrony zdrowia przede wszystkim realizowane są na szczeblu centralnym przez właściwe organy administracji rządowej i utworzone przez nie jednostki, ale również przez organy samorządu terytorialnego, w tym m.in. samorządy województw, które wykonują zadania w zakresie ochrony i promocji zdrowia o charakterze wojewódzkim[73]. Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty lokalnej w zakresie ochrony zdrowia należy także do zadań własnych gminy[74]. W katalogu zadań własnych gminy w obszarze ochrony zdrowia można wskazać zarówno zadania o charakterze obligatoryjnym, do których należą działania na rzecz wychowania w trzeźwości oraz przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, a także zadania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, jak i zadania o charakterze fakultatywnym obejmujące tworzenie i prowadzenie podmiotów leczniczych, opracowanie i realizację programów polityki zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, w tym m.in. działania edukacyjne oraz prozdrowotne.

W 2015 r. jednostki samorządu terytorialnego realizowały 443 programy polityki zdrowotnej, w tym 185 dedykowanych dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym. Koszt programów dotyczących dzieci i młodzieży wyniósł 12 467,0 tys. zł, co stanowiło 29% kosztów wszystkich realizowanych programów. Za rok 2016, w zakresie realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego programów po 12 ust. 8 ustawy o zdrowiu publicznym[75], Minister Zdrowia informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego sporządza co dwa lata.

W 2017 r. 10 oddziałów wojewódzkich NFZ, na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przekazało środki na dofinansowanie

[72] Informacja na podstawie raportu rocznego konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej za 2016 r.

[73] Art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2017 r. poz. 2096, ze zm.).

[74] Art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875, ze zm.).

[75] Dz. U. z 2017 r. poz. 2237, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

48 programów polityki zdrowotnej skierowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, w łącznej kwocie 1372,5 tys. zł[76]. W ramach realizowanych programów wykonywane były przede wszystkim szczepienia HPV, kontrolne badania stomatologiczne, badania wzroku, badania wad postawy, badania przesiewowe słuchu oraz prowadzona była edukacja zdrowotna.

Jst nie przeprowadzały analizy i oceny potrzeb zdrowotnych

W dziewięciu jednostkach samorządu terytorialnego (samorządy gminne) spośród 16 skontrolowanych (56,3%) nie przeprowadzano analizy i oceny potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz czynników powodujących ich zmiany, w celu podejmowania działań uwzględniających zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, mimo że obowiązek takiego działania wynikał z art. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W rezultacie nie mogły realizować zadań wskazanych w art. 7 ust. 1 pkt 1 i 4 ww. ustawy, tj. opracowywać i realizować programów polityki zdrowotnej ani podejmować innych działań, z powodu nierozeznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Należą do nich: Urząd Miejski w Tczewie, Urząd Miejski w Kartuzach, Urząd Gminy Sierakowice, Urząd Miasta w Nowym Targu, Urząd Miasta i Gminy w Wieliczce, Urząd Gminy Chełmiec, Urząd Miejski w Giżycku, Urząd Miejski w Piszu oraz Urząd Gminy Iława.

Samorządy gminne w pierwszej kolejności skupiały się na realizacji zadań obligatoryjnych. W ramach programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz zapobiegania narkomanii podejmowane były zadania i działania skierowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, ich rodzin oraz nauczycieli.

W ocenie NIK, brak rozeznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym uniemożliwiał identyfikację innych, niż zorientowanych na problemy alkoholizmu i narkomanii, działań. Tym samym ograniczona była aktywność gmin w zakresie tworzenia warunków dla zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawy stanu zdrowia tej populacji.

W kontrolowanych jst tylko pięć (31,3%) spośród 16 skontrolowanych realizowało programy polityki zdrowotnej skierowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, w tym dwa samorządy województw i trzy samorządy gminne (gminy miejskie).

Głównymi przyczynami braku realizacji programów polityki zdrowotnej, jak wyjaśniano, były m.in. ograniczone środki finansowe budżetu gmin, realizacja w pierwszej kolejności zadań obligatoryjnych oraz skupianie się na realizacji innych działań i wydarzeń edukacyjnych promujących zdrowy i aktywny styl życia.

Łączne koszty sześciu realizowanych programów polityki zdrowotnej skierowanych do dzieci i młodzieży w okresie 2015–2017 (do dnia zakończenia kontroli) przez dwa samorządy województw[77] wyniosły 3361,4 tys. zł, w tym w 2015 r. – 995,5 tys. zł, w 2016 r. 1191,3 tys. zł i w 2017 r.

[76] Całkowity koszt realizowanych programów wynosił 3968,0 tys. zł.

[77] Samorząd Województwa Wielkopolskiego oraz Samorząd Województwa Małopolskiego.

1174,6 tys. zł. Programy dotyczyły: prewencji i wykrywania chorób układu krążenia (szkolenia uczniów i nauczycieli), profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV (szczepienia i działania edukacyjne), badań przesiewowych słuchu uczniów klas szóstych szkół podstawowych (badania diagnostyczne) oraz wielospecjalistycznej terapii osób z wrodzonymi wadami twarzy (działania edukacyjne rodziców i opiekunów). Programami objęto 130,3 tys. osób.
Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że działania realizowane w ramach tych programów były często powielane z roku na rok, bez dokonywania ich ewaluacji.

W 2016 r. w jednej jst (Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego) rozpoczęto prace nad opracowaniem dwóch Regionalnych Programów Zdrowotnych skierowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Prace polegały na czynnościach związanych z możliwością wdrożenia programów do realizacji, w tym szacowaniu wartości zamówienia na realizację opracowania programów, zapytaniu ofertowym, wybraniu oferenta, zawarciu umowy z oferentem na zlecenie opracowania programu, opracowaniu szkiców programu, dla których niezbędne było otrzymanie pozytywnej oceny AOTMiT. W marcu 2017 r. uzyskano pozytywną ocenę AOTMiT dla opracowanych programów, w kwietniu 2017 r. uchwałą nr 24/287/17/V Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego przyjął powyższe Regionalne Programy Zdrowotne do realizacji. Do dnia zakończenia kontroli nie dokonano wyboru realizatorów programów (planowano na grudzień 2017 r.).

Opracowane programy wynikały z założeń przyjętych do Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020 oraz były zgodne z założeniami dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020" oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych[78].
Przesłanką wdrożenia programu profilaktyki, wczesnego wykrywania i rehabilitacji zaburzeń ze spektrum autyzmu była chęć przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu dzieci dotkniętych autyzmem oraz ich rodzin, a także realizacja rekomendacji o potrzebie podjęcia jak najwcześniejszej interwencji terapeutycznej względem dzieci z zaburzeniami ASD. Grupę docelową, tj. dzieci ze spektrum autyzmu, pochodzące z rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym w województwie warmińsko-mazurskim oszacowano na ok. 930 dzieci.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

Samorządy województw w procesie opracowywania programów polityki zdrowotnej nie konsultowały projektów z gminami i powiatami z terenu danego województwa, co było niezgodne z art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, który stanowi, że do zadań samorządu województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powia-

[78] Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126.

tami. Sytuacja dotyczyła pięciu programów polityki zdrowotnej, w tym trzech opracowywanych przez **samorząd województwa wielkopolskiego oraz dwóch przez samorząd województwa warmińsko-mazurskiego**.

Samorząd Województwa Wielkopolskiego dokonał wyboru realizatora Programu szczepień przeciwko zakażeniom HPV w latach 2015–2016 z pominięciem obligatoryjnego konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Realizację tego programu powierzono poprzez bezpośrednie zlecenie jednostce organizacyjnej utworzonej przez samorząd województwa na podstawie przepisów ustawy o samorządzie województwa.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę, że treść art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach (do dnia 31 grudnia 2014 r. art. 48 ust. 4 ww. ustawy) nie budzi wątpliwości interpretacyjnych, a co za tym idzie nie podlega wykładni[79]. Wprost z niej bowiem wynika, że wyboru realizatora programu zdrowotnego, w tym również realizowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego, dokonuje się w drodze konkursu ofert i od tej reguły nie przewiduje się żadnych wyjątków. Jest to szczególnie widoczne po dniu 1 stycznia 2015 r., kiedy to w miejsce wcześniej obowiązującego zapisu art. 48 ust. 4 ustawy „[…] wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów", w art. 48b ust. 1 ustawodawca poprzestał na zapisie „[…] wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert". Przepisy te mają charakter bezwzględnie obowiązujący, a więc decydując się na realizację programów zdrowotnych Samorząd zobowiązany był przeprowadzić postępowanie konkursowe. Nic nie stało na przeszkodzie, by wzięła w nim udział ww. spółka Samorządu. NIK podkreśla, że w świetle wniosku pokontrolnego sformułowanego w kontroli P/15/063[80], dokonanie wyboru ww. realizatora programu zdrowotnego na 2016 r.[81], kolejny raz bez przeprowadzenia konkursu, świadczyło o świadomym naruszeniu obowiązującego prawa.

Łączne koszty czterech realizowanych przez samorządy gminne programów polityki zdrowotnej, skierowanych do dzieci i młodzieży, w okresie 2015–2017 (do dnia zakończenia kontroli) wyniosły 183,7 tys. zł, w tym w 2015 r. – 55,0 tys. zł, w 2016 r. 82,6 tys. zł i w 2017 r. 46,2 tys. zł. Programy dotyczyły: profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV (szczepienia), medycyny sportowej dla dzieci i młodzieży (badania diagnostyczne) oraz profilaktyki zakażeń wirusem HCV (informacje medialne, plakaty). Realizowane programy były finansowane przez Urząd Miejski w Kaliszu i Urząd Miejski w Giżycku oraz jeden powiatowy współfinansowany przez Urząd Miejski w Tczewie. Programami objęto 3,9 tys. osób.

Ponadto, Urząd Miejski w Giżycku, w okresie 2015–2017 r., realizował na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi[82] dwa programy: w tym przeciw-

[79] Zgodnie z zasadą *clara non sunt interpretanda* (łac. nie dokonuje się wykładni tego, co jasne).

[80] „[…] dokonywanie wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej w drodze konkursu ofert, […]".

[81] Uchwała Zarządu Nr 1847/2016 z 7 kwietnia 2016 r.

[82] Dz. U. z 2016 r. poz. 487, ze zm.

działania narkomanii (kontynuacja z 2009 r.), w ramach którego przeprowadzono odpowiednio osiem, dziewięć i pięć zajęć o tzw. „dopalaczach" dla 372, 179 i 215 uczniów oraz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (coroczne), w ramach których przeprowadzono 66, 48 i 28 zajęć dla 2,9 tys., 2,7 tys. i 2,7 tys. uczniów. Uzasadnieniem realizacji programów były dane Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Giżycku, dotyczące rodzin z problemem alkoholowym i rozmiarów przemocy w tych rodzinach i środowisku szkolnym, w odniesieniu do danych krajowych. Diagnoza dotycząca narkomanii była oparta na podstawie badań ankietowych w szkołach, danych Policji, Straży Miejskiej i MOPS oraz informacji ze szkół. Z danych tych wynikało, że do przyjmowania narkotyków przyznało się 7% uczniów szkół podstawowych, 26% dziewcząt i 41% chłopców gimnazjum oraz 12% i 31% uczniów szkół średnich.

Współpraca jst z organizacjami pozarządowymi

Jednostki samorządu terytorialnego corocznie udzielały dotacji na realizację zadań z zakresu profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom oraz inne działania prozdrowotne, skierowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym zamieszkałych na terenie jst. Dotacje przyznawane były zgodnie z ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Zasady oraz formy współpracy regulowały przyjmowane uchwałami organu stanowiącego jst programy współpracy.

Wyjątek stanowiła tylko jedna jst, która nie współpracowała z organizacjami pozarządowymi w zakresie szeroko rozumianej opieki zdrowotnej i profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, tj. Urząd Gminy w Gnieźnie. Przyczyną było m.in. realizowanie szkolnych programów profilaktycznych i podejmowanie wielu działań prozdrowotnych przez szkoły[83], dla których gmina była organem prowadzącym oraz łatwy dostęp do podmiotów leczniczych usytuowanych na terenie miasta[84].

Opis przypadku

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła również uwagę Samorządowi Województwa Małopolskiego, że skala przedsięwzięć w ramach współpracy z organizacjami pozarządowymi była jednak niewspółmierna do potrzeb wynikających z diagnozy zawartej w programie strategicznym ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Ponadto, w niewystarczającym zakresie wdrażano opiekę profilaktyczną nad populacją dzieci i młodzieży szkolnej.

[83] Należały do nich takie programy i działania jak: przeglądy czystości, programy: „Akademia dojrzewania", „Bądźmy zdrowi", Mleko w szkole", „Szklanka mleka", „10 zasad zdrowego odżywiania", „Moje dziecko idzie do szkoły", „Owoce i warzywa w szkole", „Pozytywna porcja energii, „Zdrowy uśmiech", „Żyj smacznie i zdrowo" itp., a także konkursy plastyczne, sportowe, festyny rodzinne, prelekcje, filmy i pogadanki.

[84] Gmina wiejska Gniezno bezpośrednio otaczała gminę miejską Gniezno.

5.3. Dostępność świadczeń profilaktyczno-leczniczych dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

Wiek szkolny, ze względu na intensywny rozwój fizyczny i psychiczny, sprzyja powstawaniu oraz ujawnianiu się zaburzeń zdrowotnych, które bez wczesnego rozpoznania i leczenia mogą w późniejszym okresie życia prowadzić do choroby lub niepełnosprawności.

Opieka czynna nad osobami w wieku 5–18 lat

Opieką czynną[85] w 2015 r. w poradni lekarza POZ objętych było 1094,2 tys. dzieci i młodzieży w wieku 5–18 lat, co stanowiło 77,7% wszystkich objętych opieką czynną w wieku od 0 do 18 lat, w tym 363,4 tys. w wieku od 5 do 9 lat, 405,1 tys. w wieku od 10–14 lat oraz 325,7 tys. w wieku 15–18 lat. W 2016 r. opieką czynną objętych było 1067,7 tys. dzieci i młodzieży, co stanowiło 77,8% wszystkich w wieku od 0 do 18 lat, w tym 354,2 tys. w wieku od 5 do 9 lat, 396,4 tys. w wieku od 10–14 lat oraz 317,2 tys. w wieku 15–18 lat.

W badanym okresie największy udział wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym objętych opieką czynną stanowiły dzieci w wieku 10–14 lat – 37%.

Liczba rozpoznanych schorzeń w wieku 5–18 lat

W 2016 r. najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–18[86], objętych opieką czynną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, były m.in.: zniekształcenia kręgosłupa – dotyczyły 219,7 tys. osób, alergie (dychawica oskrzelowa) – 194,8 tys., zaburzenia refrakcji i akomodacji oka – 186,8 tys., otyłość – 93,2 tys., niedokrwistość – 52,4 tys., zaburzenia rozwoju – 50,7 tys., choroby tarczycy – 46,9 tys., alergie skórne – 35,7 tys. oraz choroby układu moczowego – 29,2 tys. Liczba zachorowań na nowotwory wynosiła 17,5 tys., a na cukrzycę 13,2 tys. tej populacji.

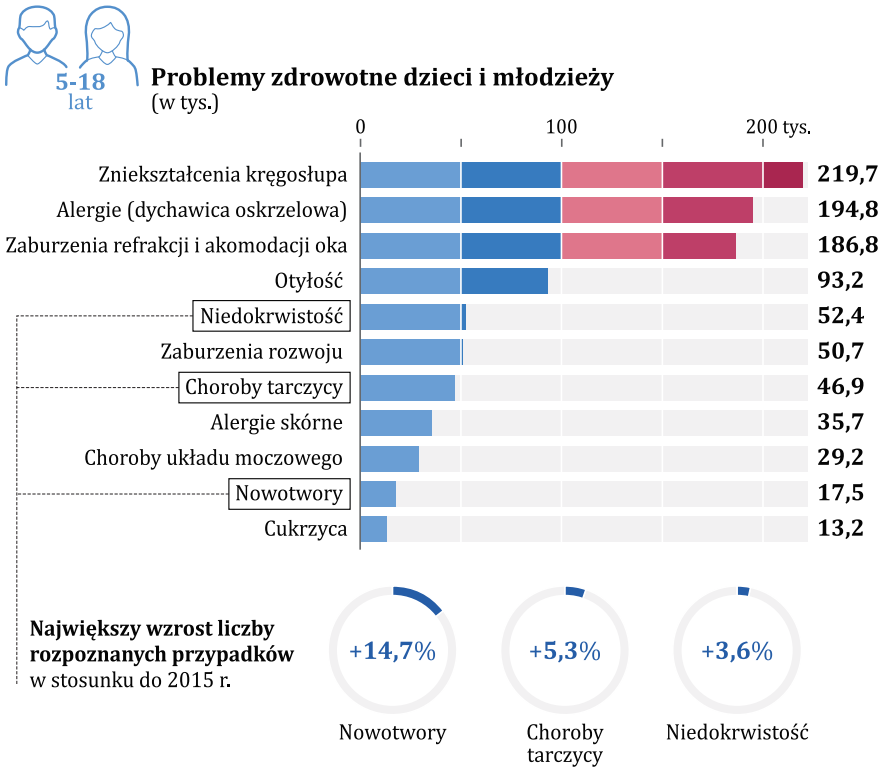
W stosunku do 2015 r. nastąpił wzrost przypadków z rozpoznanymi wśród dzieci i młodzieży chorobami tarczycy o 2,3 tys. (wzrost o 5,3%), nowotworami o 2,2 tys. (wzrost o 14,7%), niedokrwistością o 1,8 tys. (wzrost o 3,6%). Natomiast liczba dzieci z cukrzycą w 2016 r. wynosiła 13,2 tys. i zwiększyła się w stosunku do 2015 r. o 137 przypadków zachorowań (wzrost o 1,0%)[87].

[85] Opieka czynna dotyczy pacjentów, którym wyznaczane i egzekwowane są terminy następnych wizyt w ciągu roku.

[86] Według kodu ICD 10, dane uzyskane z CSIOZ, na podstawie sprawozdań MZ-11.

[87] Dane CSIOZ.

Infografika nr 6
Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w 2016 r. (w tys.)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CSIOZ.

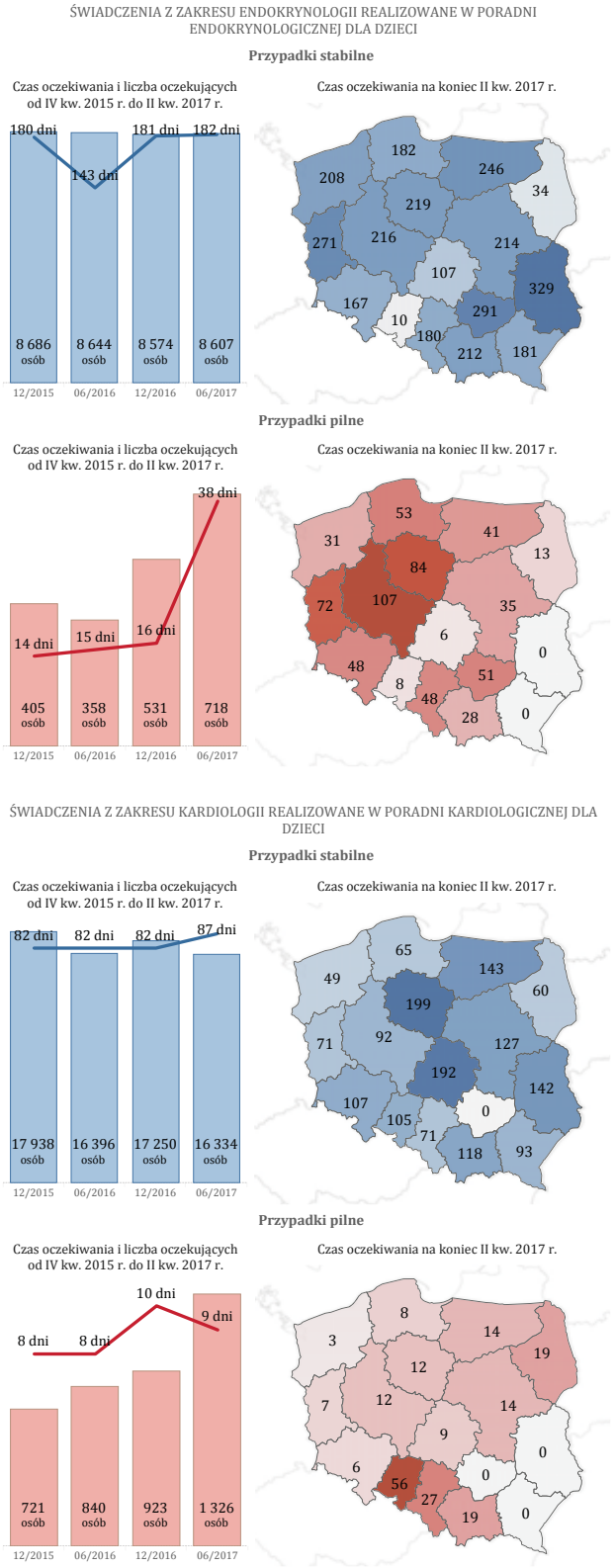
Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia

Mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń dzieciom i młodzieży w wybranych komórkach organizacyjnych, pod koniec II kwartału 2017 r. w stosunku do IV kwartału 2015 r., dla przypadków stabilnych zwiększyła się dla sześciu rodzajów komórek organizacyjnych, w tym m.in. w zakresie świadczeń ortopedii i traumatologii narządu ruchu o 13 dni w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, o dziewięć dni w poradni otorynolaryngologicznej dla dzieci i siedem dni w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci. Natomiast mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych nieznacznie zmniejszyła się w zakresie świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży w poradni nefrologicznej.

Mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń dzieciom i młodzieży z zakresu endokrynologii dla przypadków pilnych zwiększyła się o 24 dni w poradni endokrynologicznej dla dzieci.

Infografika nr 7

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom i młodzieży w czerwcu 2017 r.[88], z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.

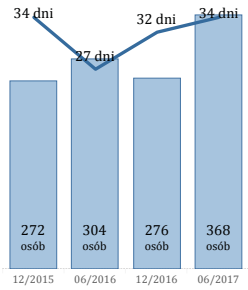


88 Uchwała Nr 18/2017/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2017 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2017 r.

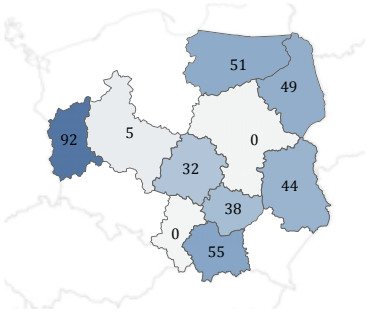
ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU ONKOLOGII REALIZOWANE W PORADNI ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących od IV kw. 2015 r. do II kw. 2017 r.

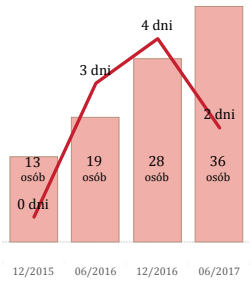


Czas oczekiwania na koniec II kw. 2017 r.

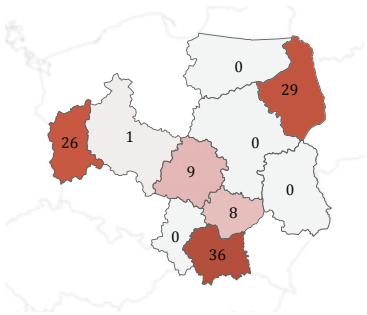


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących od IV kw. 2015 r. do II kw. 2017 r.



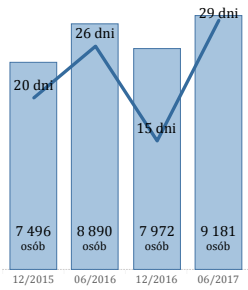
Czas oczekiwania na koniec II kw. 2017 r.



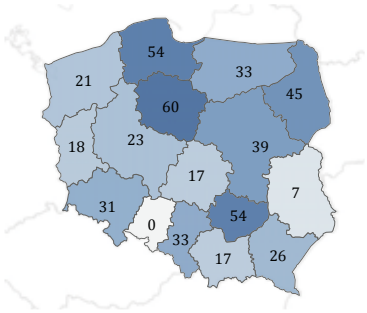
PORADNIA OTORYNOLARYNGOLOGICZNA DLA DZIECI

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących od IV kw. 2015 r. do II kw. 2017 r.

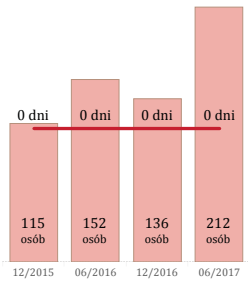


Czas oczekiwania na koniec II kw. 2017 r.

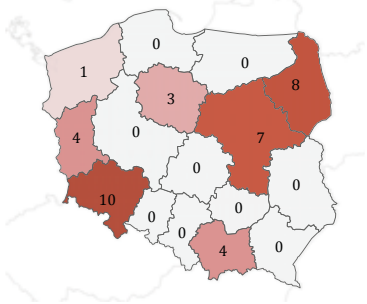


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących od IV kw. 2015 r. do II kw. 2017 r.



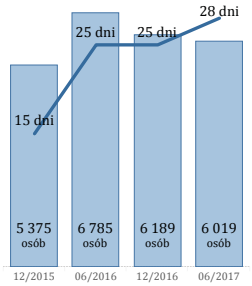
Czas oczekiwania na koniec II kw. 2017 r.



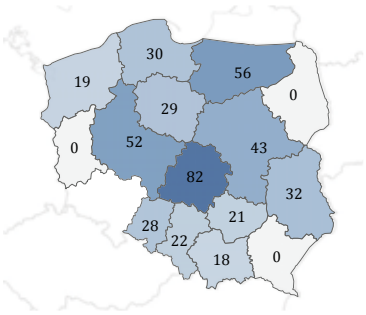
ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU REALIZOWANE W PORADNI CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ DLA DZIECI

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących od IV kw. 2015 r. do II kw. 2017 r.

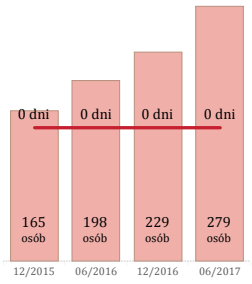


Czas oczekiwania na koniec II kw. 2017 r.

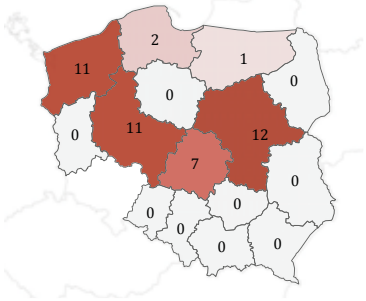


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących od IV kw. 2015 r. do II kw. 2017 r.



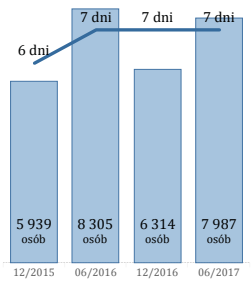
Czas oczekiwania na koniec II kw. 2017 r.



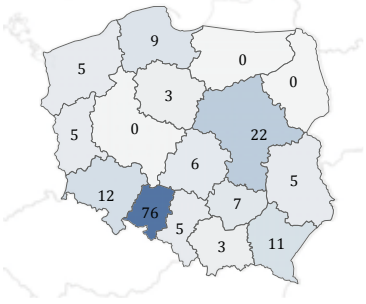
PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ DLA DZIECI

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących od IV kw. 2015 r. do II kw. 2017 r.

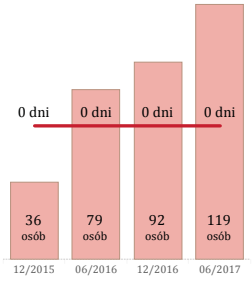


Czas oczekiwania na koniec II kw. 2017 r.

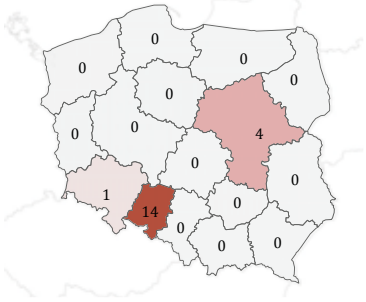


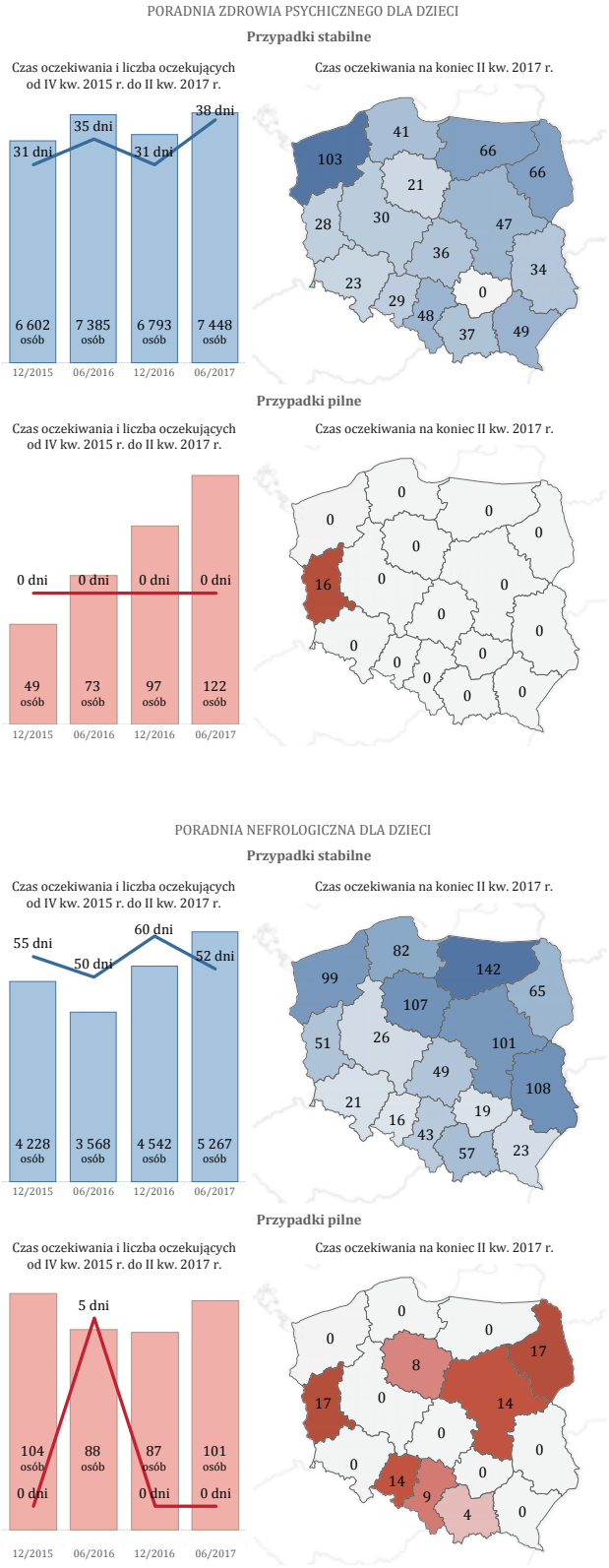
Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących od IV kw. 2015 r. do II kw. 2017 r.



Czas oczekiwania na koniec II kw. 2017 r.





Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ, wg stanu na koniec czerwca 2017 r.

Zapewnienie dzieciom i młodzieży dostępu do ochrony zdrowia polegające przede wszystkim na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. medycyny naprawczej) może przyczynić się jedynie w niewielkim

stopniu do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji. Niezbędne jest systematyczne oddziaływanie mające na celu zmniejszenie skali występowania głównych czynników ryzyka powstawania chorób niezakaźnych i urazów, wczesne wykrywanie chorób, a także kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia. Tym samym, promocja zdrowia i zapobieganie chorobom otwierają drogę do bardziej skutecznego i wydajnego systemu opieki zdrowotnej.

Realizacja opieki profilaktycznej nad uczniami odbywała się na podstawie umów zawartych przez Fundusz w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, a największym problemem organizacyjnym było zapewnienie współpracy pomiędzy lekarzem POZ i pielęgniarką szkolną w zakresie swoich kompetencji. Spowodowane to było realizacją zadań przez pielęgniarkę szkolną przeważnie w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki lekarskiej i pomocy przedlekarskiej, a w sytuacji jego braku na terenie szkoły, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast lekarze POZ realizowali swoje zadania w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. w poradni lub przychodni, przy czym najczęściej dzieci i młodzież była zadeklarowana do lekarzy w różnych podmiotach realizujących umowę w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej.

Opieka zdrowotna sprawowana przez kontrolowane podmioty

Sprawowana opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą, w szczególności opieka profilaktyczna była rozproszona. Kontrolowane podmioty udzielały świadczeń w różnych formach organizacyjno-prawnych prowadzonej działalności oraz w ramach wybranych zakresów świadczeń. Wśród kontrolowanych podmiotów był jeden samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz 11 niepublicznych, w tym sześć działających w formie spółki osobowej, trzy w formie spółki kapitałowej, jeden w formie grupowej praktyki pielęgniarskiej oraz jeden będący jednostką organizacyjną stowarzyszenia. Świadczenia udzielane były na podstawie umów zawartych z NFZ.

Spośród kontrolowanych podmiotów leczniczych tylko dwa udzielały kompleksowo profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla uczniów, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (w zakresach: świadczenia pielęgniarki szkolnej, świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej, świadczenia lekarza POZ i świadczenia pielęgniarki POZ) oraz w rodzaju leczenie stomatologiczne (w zakresach: świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.). Do podmiotów tych należały: Kaszubskie Centrum Medyczne w Sierakowicach oraz Ośrodek Zdrowia Rodzina sp. z o.o. w Iławie.

Taka sytuacja powodowała brak przepływu informacji pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką lub higienistką szkolną, m.in. w zakresie wykonanych badań bilansowych. Wprawdzie rozporządzenie w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej określa, że ta kadra medyczna powinna współpracować ze sobą, to jednak w praktyce współpraca była bardzo ograniczona lub nie było takiej współpracy.

Opieka pielęgniarki/higienistki szkolnej w kontrolowanych podmiotach

W obecnie funkcjonującym systemie ochrony zdrowia główną rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami pełni pielęgniarka lub higienista szkolna. Obejmuje opieką uczniów w szkołach, pracując na jej terenie, i w większości szkół jest jedyną osobą z przygotowaniem medycznym.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2017 r. kontrolowane podmioty objęły opieką pielęgniarki/higienistki szkolnej łącznie 78,1 tys. uczniów w 263 szkołach, w stosunku do poprzedniego liczba uczniów objętych opieką zmniejszyła się o 2,0%, a w stosunku do 2015 r. zmniejszyła się o 4,4%. Liczba szkół w stosunku do lat poprzednich zmniejszyła się o 11,1%, głównie z powodu przeprowadzonej reformy systemu oświaty realizowanej od 1 września 2017 r.

Liczba uczniów w klasach sportowych stanowiła 3,0% i w stosunku do roku 2015 r. zwiększyła się o 25,2%, liczba uczniów z niepełnosprawnością (łącznie typu A[89], B[90] i C[91]) stanowiła 3,3% z tendencją malejącą w stosunku do roku 2015 r. (tj. o 133 uczniów mniej).

Opis przypadku

W **Ośrodku Medycyny Szkolnej „PROFMED" s.c. w Swarzędzu** pielęgniarki nie posiadały informacji o typie niepełnosprawności (A, B lub C) uczniów szkół pozostających pod ich opieką medyczną. W świetle § 27 ust. 5 zarządzenia nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej[92], na Ośrodku spoczywał obowiązek przypisania ucznia do określonego typu niepełnosprawności[93]. Podstawę takiego przypisania powinno stanowić znajdujące się w dokumentacji szkoły lub w posiadaniu ucznia orzeczenie o niepełnosprawności.

Na przestrzeni lat 2015–2017[94] średnia liczba uczniów przypadających na etat pielęgniarki/higienistki szkolnej w kontrolowanych podmiotach zmniejszyła się z 817 do 685 uczniów, przy zwiększonej liczbie tej kadry udzielającej świadczeń o 14,0% w stosunku do 2015 r.

Brak dostępności świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej

W siedmiu z 11 (63,6%) kontrolowanych podmiotów stwierdzono brak dostępności świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką.

Wymagana dostępność pielęgniarki/higienistki szkolnej udzielającej świadczeń w środowisku nauczania i wychowania została określona – w części III pkt 2 złącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a w kontrolowanych podmiotach wymiar czasu był niższy od wymaganego w stosunku do liczby uczniów objętych opieką.

[89] Typ niepełnosprawności A – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawni ruchowo; słabowidzący i niedowidzący; słabosłyszący i niesłyszący; przewlekle chorzy (w tym osoby w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie).

[90] Typ niepełnosprawności B – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawni ruchowo.

[91] Typ niepełnosprawności C – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawni ruchowo.

[92] Dz. Urz. NFZ poz. 50, ze zm. Obecnie obowiązuje zarządzenie nr 122/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. NFZ poz. 122, ze zm.).

[93] Z wyłączeniem uczniów szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie.

[94] Dotyczy lat roku szkolnego, tj. 2015/2016, 2016/2017 i 2017/2018.

Przykłady

W **Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PRAXIS" sp. z o.o.** w Nowym Sączu dla objętych opieką uczniów w czterech szkołach pielęgniarki były dostępne tylko pod telefonem i do szkół udawały się w razie potrzeby zgłaszanej przez dyrekcję. Powodem takiej sytuacji było niespełnianie warunków udzielania świadczeń przez udostępniane pomieszczenia.

W **Kaszubskim Centrum Medycznym w Sierakowicach** nie zapewniono dostępności świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką w ośmiu szkołach, co było niezgodne z wymogami określonymi w części III pkt 2 złącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W tym:

– do szkoły podstawowej im. J. Piłsudskiego w Sierakowicach uczęszczało 614 uczniów, a pielęgniarka była dostępna trzy razy w tygodniu (poniedziałek, środa i czwartek) w godz. 8.00–14.00; przepis (pkt 2.1.) wymagał dostępności pielęgniarki od poniedziałku do piątku;

– do Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Gowidlinie uczęszczało 370 uczniów, a pielęgniarka była dostępna jeden raz w tygodniu (środa) w godz. 7.30 –15.05; do Zespołu Szkół w Kamienicy Królewskiej uczęszczało 274 uczniów, a pielęgniarka była dostępna jeden raz w tygodniu (wtorek) w godz. 7.30–14.00; do Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych w Sierakowicach uczęszczało 278 uczniów, a pielęgniarka była dostępna jeden raz w tygodniu (poniedziałek) w godz. 11.00–15.05; dyżury pielęgniarki szkolnej były niezgodne z ww. przepisem (pkt 2.3s), który wymagał dostępności pielęgniarki nie mniej, niż dwa razy w tygodniu i nie mniej, niż cztery godziny dziennie;

– do Szkoły Podstawowej w Mojuszu uczęszczało 95 uczniów, a pielęgniarka była dostępna jeden raz w tygodniu (poniedziałek) w godz. 7.30–11.00; do Szkoły Podstawowej w Jelonku uczęszczało 75 uczniów, a pielęgniarka była dostępna jeden raz w tygodniu (wtorek) w godz. 7.30–11.00; do Szkoły Podstawowej w Łyśniewie uczęszczało 97 uczniów, a pielęgniarka była dostępna jeden raz w tygodniu (poniedziałek) w godz. 7.30–11.00; do Branżowej Szkoły I Stopnia w Sierakowicach uczęszczało 170 uczniów, a pielęgniarka była dostępna jeden raz w tygodniu (piątek) w godz. 7.30–9.30; dyżury pielęgniarki w szkołach były niezgodne z ww. przepisem (pkt 2.4.), który wymagał dostępności nie mniej, niż jeden raz w tygodniu i nie mniej, niż cztery godziny dziennie.
Brak wymaganej dostępności pielęgniarek/higienistek szkolnych, jak wyjaśniono, wynikał m.in. z niedostatecznego finansowania medycyny szkolnej. Środki uzyskane z NFZ pokrywały jedynie koszty osobowe czterech osób w niepełnym wymiarze godzin pracy, które obsługiwały dużą liczbę szkół znajdujących się w dużych odległościach od siebie.

W **Niepublicznym Zakładzie Medycyny Szkolnej PRO-MED w Kartuzach** nie zapewniono dostępności świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką, co było niezgodne z wymogami określonymi w pkt 2 części III załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku siedmiu gabinetów;

– gabinet przy ul. 3 Maja 14 w Kartuzach (prowadzony w szkole podstawowej), zgodnie z wykazaną przez PRO-MED liczbą uczniów powinien być czynny nie mniej niż trzy razy w tygodniu przez nie mniej niż cztery godziny dziennie; zgodnie z przedłożonym do kontroli harmonogramem pracy był dostępny dwa razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie;

– gabinet przy ul. Wzgórze Wolności 3 w Kartuzach (prowadzony w zespole szkół zawodowych i ogólnokształcących), zgodnie z wykazaną liczbą uczniów,

powinien być czynny pięć razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie; zgodnie z przedłożonym do kontroli harmonogramem pracy był dostępny cztery razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie;
– gabinet przy ul. 3 maja 34 w Kartuzach (prowadzony w zespole placówek specjalnych), zgodnie z wykazaną liczbą uczniów powinien być czynny pięć razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie; zgodnie z przedłożonym do kontroli harmonogramem pracy był dostępny cztery razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie, a raz przez cztery godziny;

– gabinet przy ul. Edukacji Narodowej 4 w Dzierżążnie (prowadzony w szkole podstawowej), zgodnie z wykazaną liczbą uczniów powinien być czynny dwa razy w tygodniu nie mniej niż przez cztery godziny dziennie; zgodnie z przedłożonym do kontroli harmonogramem pracy był dostępny jeden raz w tygodniu przez cztery godziny;

– gabinet przy ul. Klasztornej 4 w Kartuzach (prowadzony w liceum ogólnokształcącym), zgodnie z wykazaną liczbą uczniów powinien być czynny pięć razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie; zgodnie z przedłożonym do kontroli harmonogramem pracy był dostępny trzy razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie;

– gabinet przy ul. Sportowej 1 w Przodkowie (prowadzony w szkole podstawowej), zgodnie z wykazaną liczbą uczniów powinien być czynny pięć razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie; zgodnie z przedłożonym do kontroli harmonogramem pracy był dostępny dwa razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie i raz przez cztery godziny;

– gabinet przy ul. Szkolnej 29 w Kiełpinie (prowadzony w szkole podstawowej), zgodnie z wykazaną liczbą uczniów powinien być czynny pięć razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie; zgodnie z przedłożonym do kontroli harmonogramem pracy był dostępny trzy razy w tygodniu przez osiem godzin dziennie.

Właścicielka PRO-MED jako przyczynę zaistniałych sytuacji podała m.in., że dzielenie dnia pracy na dwie szkoły powoduje stratę czasu na dojście lub dojazd, wykonywanie badań przesiewowych jednej klasy przez kilka dni powoduje dezorganizację zajęć szkolnych oraz konieczność skierowania pielęgniarek do szkoły potrzebującej wzmocnienia obsady. Ponadto wyjaśniła, że przekroczenia liczby uczniów objętych opieką nie były jej zdaniem wskazaniem do zmiany harmonogramu i wymiar czasu pracy pielęgniarki był czasem wystarczającym, a wymogi, stawka kapitacyjna i liczba dzieci objętych opieką nie pozwalały na utrzymanie etatu i gabinetu pielęgniarki. Dodatkowo wyjaśniła, że była wzmocnieniem obsady pielęgniarskiej, mimo że nie posiadała ustalonych stałych godzin w harmonogramie. NIK nie przyjęła złożonych wyjaśnień, gdyż czas pracy gabinetów, które nie muszą być dostępne przez pięć dni w tygodniu, dotyczy szkół, w których liczba uczniów jest mniejsza od 499 osób. Warunek ten nie dotyczył szkół specjalnych.

W **Niepublicznym Ambulatoryjnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stowarzyszenia „Zdrowie" w Piszu** w latach szkolnych 2015/2016 oraz 2016/2017 w 10 szkołach, a w roku szkolnym 2017/2018 (wg stanu na 8 października)w pięciu szkołach nie zapewniono pełnej dostępności świadczeń pielęgniarki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką. I tak:
– jedna pielęgniarka w latach szkolnych 2015/2016 i 2016/2017 obejmowała opieką medyczną odpowiednio 1171 i 1101 uczniów;
– druga z pielęgniarek w latach szkolnych 2015/2016, 2016/2017 i 2017/2018 obejmowała opieką medyczną odpowiednio 1346, 1207 oraz 1447 uczniów. Zgodnie z ww. rozporządzeniem dla tego typu szkół zaleca się liczbę uczniów od 880 do 1100.
Prezes Stowarzyszenia wyjaśniła, że wszystkie pielęgniarki szkolne mają zbyt duże populacje dzieci i młodzieży pod swoją opieką medyczną. Pomimo starań, nie ma możliwości zatrudnienia kolejnych pielęgniarek, gdyż zgłaszające się osoby nie spełniają kryteriów kwalifikacyjnych.

Udzielanie świadczeń pielęgniarki/ higienistki szkolnej niezgodnie z harmonogramem

Ponadto, w trzech spośród 11 kontrolowanych podmiotów (27,3%) stwierdzono, że świadczenia pielęgniarki/higienistki szkolnej udzielane były niezgodnie z harmonogramem czasu pracy, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ, co stanowiło naruszenie zawartej umowy. Świadczeniodawcy nie dokonywali bieżących zmian w harmonogramach, których należało dokonywać za pomocą udostępnionych przez NFZ aplikacji informatycznych. W tym: w Niepublicznym Zakładzie Medycyny Szkolnej PRO-MED w Kartuzach, w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PRAXIS" sp. z o.o. w Nowym Sączu, w Ośrodku Medycyny Szkolnej „PROFMED" s.c. w Swarzędzu oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PULS" s.j. w Nowym Targu.

Stanowiło to naruszenie § 6 ust. 1 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[95], że świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z harmonogramem i osoby te w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego. Ponadto, zgodnie z § 10 ust. 6 ww. rozporządzenia, świadczeniodawca jest obowiązany korzystać z dedykowanych przez Fundusz serwisów internetowych lub usług informatycznych i dbać o aktualność dostępnych w nich informacji przez bieżącą aktualizację dotyczących ich danych.

W jednym z 11 podmiotów, tj. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PULS" s.j. w Nowym Targu, stwierdzono brak harmonogramów pracy pielęgniarki/higienistki szkolnej w poszczególnych gabinetach profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz określenia dni i godzin, w których miała być zapewniona dostępność do tych świadczeń w zawartych umowach z pielęgniarkami i higienistkami (umowy zlecenia) oraz w umowach o współpracy z dyrektorami szkół i specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego. Czas pracy nie został również w żaden sposób udokumentowany, co uniemożliwiło ustalenie, czy Spółka faktycznie zapewniła dostępność świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką.

Przykład

W **Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PULS" s.j. w Nowym Targu**, w ramach kontroli dokumentacji trzech gabinetów za miesiące maj i październik 2015 r. i 2016 r. oraz styczeń i maj 2017 r.[96] stwierdzono, że nie we wszystkich dniach, w których gabinet (według pielęgniarki/higienistki) miał być udostępniony uczniom, odnotowano udzielanie świadczeń.

1) Gabinet w Szkole Podstawowej Nr 2 w Nowym Targu – miał być czynny trzy dni w tygodniu, tj. w poniedziałek, środę i czwartek. Ustalono, że 6 i 7 maja, 14 października 2015 r., 31 października 2016 r. oraz 18 stycznia 2017 r. nie odnotowano żadnej czynności wykonanej w gabinecie.

[95] Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.

[96] Książka gabinetu, do której wpisywano jaką pomoc udzielono uczniowi w danym dniu oraz karty zdrowia ucznia.

2) Gabinet w Zespole Szkół Technicznych w Nowym Targu – miał być czynny pięć dni w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku. Kontrola dokumentacji za maj i październik 2016 r. oraz styczeń i maj 2017 r. wykazała, że w dniach 14 października 2016 r., 6, 9 maja 2017 r. nie odnotowano żadnej czynności wykonanej w gabinecie.

3) Gabinet w Szkole Podstawowej Nr 6 w Nowym Targu – zgodnie z harmonogramem miał być czynny trzy dni w tygodniu, tj. w środę, czwartek i piątek. Ustalono, że w dniach 15 października 2015 r., 5, 12, 13, 20, 26, 27 maja i 7, 13, 14, 18, 20, 28 października 2016 r. oraz 5, 10, 19, 20, 27 stycznia 2017 r. nie odnotowano żadnej czynności wykonanej w gabinecie.

Jedną z przyczyn powyższej sytuacji, według wyjaśnień, były ograniczenia na rynku pracy pielęgniarek i higienistek posiadających kwalifikacje do wykonywania świadczeń w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

Nagłe urazy i zachorowania wśród uczniów

W latach 2015–2017 (do 30 czerwca) w szkołach objętych opieką przez pielęgniarki/higienistki szkolne jedenastu kontrolowanych podmiotów odnotowano 142,0 tys. przypadków nagłych urazów i zachorowań wśród uczniów, do których zaliczane są wypadki i urazy, nasilenia objawów choroby przewlekłej, zasłabnięcia, omdlenia, złe samopoczucia, wszelkiego rodzaju bóle i zakładanie opatrunków. W każdym przypadku nagłego zachorowania i urazu udzielano pierwszej pomocy medycznej, zawiadamiano rodziców/opiekunów, wykonywano czynności diagnostyczne (pomiar temperatury, ciśnienia krwi i tętna, sprawdzenia źrenic oraz stanu ogólnego skóry), w miarę możliwości przeprowadzano wywiad z uczniem. Wszystkie przypadki nagłych urazów i zachorowań odnotowywane były w dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej danego ucznia.

Podczas nieobecności pielęgniarki/higienistki szkolnej nie gromadzono informacji o zachorowaniach i urazach, które miały miejsce w szkołach. Dyrektorzy szkół nie przekazywali takich informacji poza poważniejszymi wypadkami np. skutkującymi wezwaniem karetki. Wszystkie przypadki nagłych wypadków i urazów odnotowywane były w rejestrach prowadzonych przez dyrektorów szkół.

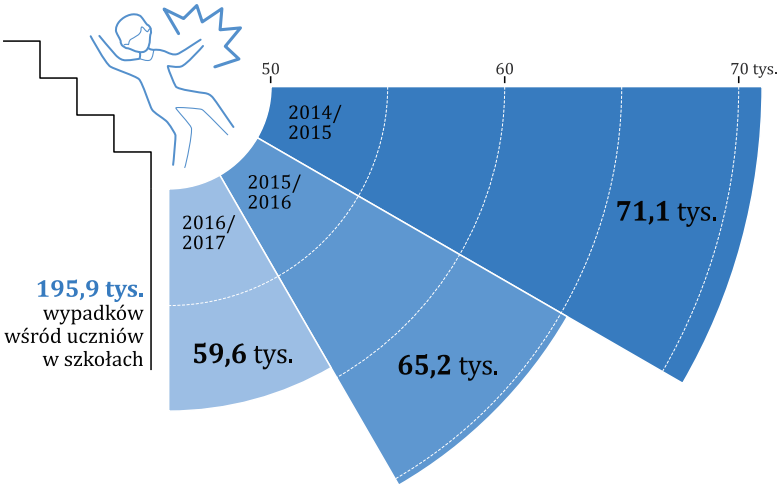
Na podstawie uzyskanych informacji w ośmiu kontrolowanych podmiotach podczas nieobecności pielęgniarki/higienistki szkolnej odnotowano 3,6 tys. nagłych urazów i wypadków w szkołach objętych opieką uczniów.

Wypadki wśród uczniów w szkołach

Ogółem w Polsce wśród uczniów na terenie szkoły w roku szkolnym 2014/2015, 2015/2016 i 2016/2017 doszło do 195,9 tys. wypadków[97], w tym z tendencją malejącą w poszczególnych rocznikach.

[97] Dane Ministerstwa Edukacji Narodowej, pismo z dnia 15 stycznia 2018 r., sygn. DWST-WS.72.19.2018.AR.

Infografika nr 8
Liczba wypadków wśród uczniów w szkołach w latach 2014–2017

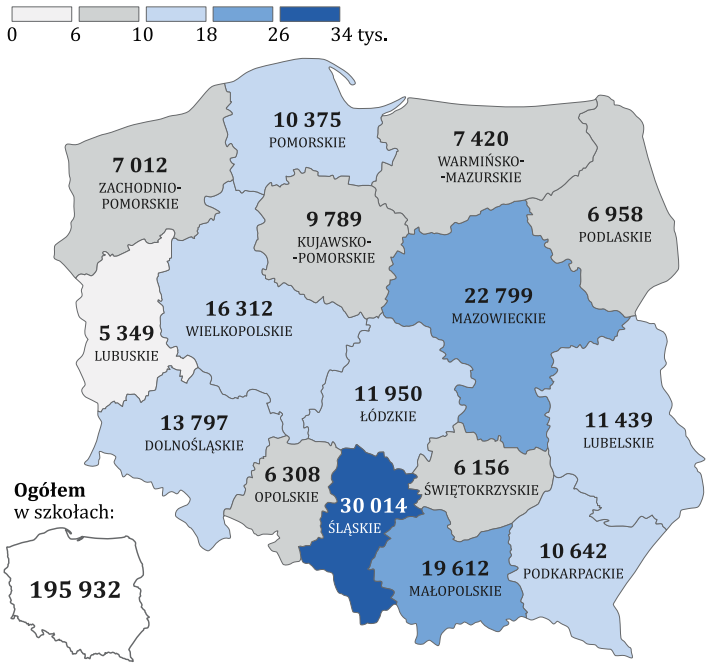


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Najwięcej wypadków, łącznie w badanym okresie, miało miejsce w szkołach w województwie śląskim – 30,0 tys., a najmniej w województwie lubuskim – 5,3 tys. W tym, m.in. w szkołach podstawowych doszło do 91,9 tys. wypadków (największy udział 46,9%), w gimnazjach 65,0 tys. (33,2%), w liceach ogólnokształcących 14,1 tys. (7,2%), w technikach 12,2 tys. (6,2%), a w zasadniczych szkołach zawodowych 3,2 tys. (1,6%).

W badanym okresie najwięcej urazów dotyczyło zwichnięć i skręceń (67,9 tys.), złamań (49,6 tys.) oraz ran zewnętrznych (15,3 tys.), w rodzaju ciężkich klasyfikowało się 221 złamań oraz 64 urazy wewnętrzne. W tym okresie doszło również do 27 wypadków śmiertelnych.

Mapa nr 5
Liczba wypadków wśród uczniów w szkołach, według województw w latach 2014–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Wykonywanie testów przesiewowych

Uczniowie najczęściej ulegali wypadkom na zajęciach wychowania fizycznego oraz na przerwach międzylekcyjnych, a najczęstszą przyczyną była nieuwaga lub nieumyślne uderzenie.

Zdaniem NIK, skala występowania wypadków, w szczególności wśród dzieci w szkołach podstawowych, wymaga dostępności świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do planu godzin lekcyjnych oraz dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej w każdej szkole.

Przeprowadzanie testów przesiewowych i kierowanie postępowaniem przesiewowym w stosunku do uczniów z dodatnimi wynikami testów należy do podstawowych zadań pielęgniarki szkolnej w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Odsetek wszystkich wykonanych testów przesiewowych przez pielęgniarki/higienistki szkolne spośród uczniów objętych opieką w 11 kontrolowanych podmiotach, w rocznikach szkolnych określonych dla bilansów zdrowia, w roku szkolnym 2016/2017 wyniósł 99,2%, a w roku szkolnym 2015/2016 wyniósł 98,9%. W tym, odsetek na poszczególnych etapach edukacyjnych wynosił, odpowiednio:

- roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne[98] – 5,3 tys. przebadanych dzieci (co stanowiło 99,3% objętych opieką) w 2015/2016; 2.8 tys. (99,0%) w 2016/2017;
- klasa III szkoły podstawowej – 5,9 tys. (99,5%), 7,7 tys. (99,3%);
- klasa V szkoły podstawowej – 7,6 tys. (99,9%), 6,1 tys. (99,7%);
- klasa I gimnazjum – 5,7 tys. (99,3%), 5,8 tys. (99,3%);
- klasa I szkoły ponadgimnazjalnej – 6,5 tys. (96,4%), 6,5 tys. (98,6%);
- ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 r.ż. – 6,2 tys. (99,3%), 5,9 tys. (99,0%).

W pozostałych rocznikach edukacyjnych nieokreślonych dla bilansów badań wykonano w roku szkolnym 2015/2016 – 12,1 tys. testów przesiewowych oraz w 2016/2017 – 10,6 tys. testów.
Łączna liczba uczniów, którym nie wykonano testów przesiewowych w rocznikach szkolnych określonych dla bilansów zdrowia, wyniosła 295 (tj. 0,8%) w roku szkolnym 2016/2017 i w stosunku do poprzedniego roku szkolnego zmniejszyła się o 26,6%.
Najczęstszymi przyczynami niewykonania testów przesiewowych wszystkim uczniom objętym opieką, w rocznikach szkolnych określonych dla bilansów zdrowia, była odmowa rodzica/opiekuna, pomimo prośby ze strony wychowawcy i pielęgniarki szkolnej, nieobecność uczniów w danym dniu w szkole z powodu absencji chorobowej, świadomie unikanie badań przez uczniów (klasy gimnazjum oraz szkół ponadgimnazjalnych, zwłaszcza szkół zawodowych) oraz brak współpracy ze strony nauczycieli, związany z uzyskaniem zwolnienia ucznia z lekcji na czas wykonania testów.

[98] W przypadku niewykonania badania w terminie testy wykonuje się w klasie I szkoły podstawowej.

Wśród badanych uczniów, którym wykonywano testy przesiewowe, wykrywano problemy zdrowotne, jednak pielęgniarki/higienistki szkolne nie miały dostarczonych zwrotnych odpowiedzi w zakresie objęcia opieką czynną uczniów. W tym m.in.:

Przykłady

W **Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe sp. z o.o. w Krakowie** analiza postępowania po wykonanych testach przesiewowych na próbie 11 szkół wykazała, że w roku szkolnym 2015/2016 wśród 2225 przebadanych uczniów pielęgniarki wykryły problemy zdrowotne u 776 uczniów (35%) i skierowały ich do lekarza POZ, z tego 579 uczniów (75%) zostało objętych opieką medyczną, a 197 (25%) uczniów nie dostarczyło zwrotnych odpowiedzi, pomimo upomnień pielęgniarek. W roku szkolnym 2016/2017 wśród 1879 przebadanych uczniów pielęgniarki wykryły problemy zdrowotne u 593 uczniów (32%), z tego 431 zostało objętych opieką medyczną (73%), a 162 uczniów (27%) nie dostarczyło zwrotnych odpowiedzi.

Ośrodek Medycyny Szkolnej „PROFMED" s.c. w Swarzędzu nie posiadał zbiorczych danych o liczbie testów przesiewowych z wynikiem pozytywnym oraz o wykonanych badaniach diagnostycznych w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń ujawnionych w teście.

W **Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PULS" s.j. w Nowym Targu** kontrola dokumentacji z wykonanych testów przesiewowych w Szkole Podstawowej nr 2 w Nowym Targu, Szkole Podstawowej nr 11 i Gimnazjum nr 2[99] oraz Zespole Szkół Technicznych w Nowym Targu[100] wykazała, że:

– u 611 spośród 862 uczniów, u których wykonano test przesiewowy, stwierdzono nieprawidłowości w rozwoju,

– wyniki badania odnotowano w karcie profilaktycznego badania lekarskiego ucznia, ponadto w przypadku Szkoły Podstawowej Nr 2 w karcie zdrowia dziecka odnotowano, że informacja o wynikach testu została przekazana rodzicom/opiekunom dziecka,

– w dokumentacji ucznia, u którego stwierdzono nieprawidłowości w rozwoju, brak było informacji o wykonaniu dodatkowych badań.

Spółka nie posiadała uregulowań dotyczących postępowania w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w rozwoju dziecka.

W **Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Profilaktyki Szkolnej „Zdrowie Ucznia" s.c. w Giżycku** po wykonaniu badań przesiewowych pielęgniarki szkolne dokonywały w kartach zdrowia uczniów i kartach bilansowych adnotacji o przypadkach podejrzeń zaburzeń zdrowotnych. Ze sprawozdań złożonych dyrektorom 14 szkół wynikało, że w latach 2015/2016 i 2016/2017 stwierdzono 2174 i 2207 różnych podejrzeń zaburzeń zdrowotnych u 2883 i 2957 uczniów. Występujące schorzenia dotyczyły najczęściej wad postawy (764 i 668 przypadków), wad wzroku (568 i 699), nadwagi i otyłości (218 i 261), alergii (217 i 178) oraz niedoboru wagi i wzrostu (90 i 100).

Odsetek wykonanych badań bilansowych przez lekarzy POZ wśród populacji uczniów objętych opieką pielęgniarki/higienistki szkolnej w 6 kontrolowanych podmiotach, które nie udzielały świadczeń w zakresie lekarza POZ,

[99] Kontrolą objęto dokumentację 196 uczniów, z tego 121 uczniów szkoły podstawowej (z 6 oddziałów) i 75 uczniów gimnazjum (z trzech oddziałów). W przypadku 122 uczniów stwierdzono nieprawidłowości w rozwoju dziecka.

[100] Kontrolą objęto dokumentację 352 uczniów z 16 oddziałów (10 w roku szkolnym 2016/2017 – 282 uczniów i sześciu w roku szkolnym 2017/2018 – 170 uczniów), w przypadku 308 uczniów stwierdzono nieprawidłowości w rozwoju dziecka.

wyniósł 87,5% na podstawie zwróconych kart badań bilansowych, w tym 87,2% w roku szkolnym 2015/2016 i 87,8% w 2016/2017.

Grupowa profilaktyka fluorkowa

Prowadzenie grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi (tzw. fluoryzacja) przez pielęgniarki/higienistki szkolne dotyczy uczniów klas I–IV szkół podstawowych, znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l.

Grupową profilaktyką fluorkową w 11 kontrolowanych podmiotach objęto w roku szkolnym 2015/2016 32,0 tys. uczniów, co stanowiło 91,6% podlegających fluoryzacji, a w roku szkolnym 2016/2017 objęto 31,4 tys. uczniów, tj. 95,1% populacji podlegającej świadczeniu.
Najniższy odsetek dzieci został rozliczony w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medycyny Szkolnej „SZKOLMED" s.c. w Kaliszu (89,6% podlegających fluoryzacji) oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe sp. z o.o. w Krakowie (89,9%). Odsetek 100% dzieci rozliczonych w ramach fluoryzacji odnotowano w czterech kontrolowanych podmiotach.
Przyczyną nieobjęcia wszystkich dzieci grupową profilaktyką fluorkową był brak zgody rodziców na przeprowadzenie zabiegu lub odmowa uczniów z powodu towarzyszących odruchów wymiotnych ze względu na smak i zapach preparatu.

Fluoryzacji dokonuje się sześć razy w roku w odstępach co sześć tygodni, zgodnie z pkt 2 ppkt 8 części I załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W jednym podmiocie tj., w „PRAXIS" sp. z o.o. w Nowym Sączu w czterech szkołach fluoryzacje zębów przeprowadzano w odstępach od dwóch do dziewięciu tygodni.

Opieka lekarza POZ w kontrolowanych podmiotach

Spośród 12 kontrolowanych jednostek tylko sześć podmiotów udzielało świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza POZ.

Liczba dzieci i młodzieży w wieku 6–19 lat zadeklarowana na listach aktywnych lekarzy POZ w latach 2015–2017 w kontrolowanych sześciu podmiotach leczniczych wahała się od 90 osób do 14,8 tys. osób[101] i stanowiła odpowiednio 16% ogólnej liczby pacjentów zadeklarowanych[102]. Największy udział pacjentów zadeklarowanych na listach aktywnych lekarzy POZ stanowiła grupa wiekowa 20–65 lat – 61%, a dzieci w wieku 0–6 stanowiły 9%, natomiast osoby w wieku powyżej 65. lat stanowiły 14%.

Odsetek wszystkich wykonanych profilaktycznych badań lekarskich (badań bilansowych) dzieci i młodzieży podlegających badaniu i sprawozdanych przez lekarza POZ[103] w 6 kontrolowanych podmiotach, za lata 2015–2016, wynosił łącznie 76,0%. W tym, na poszczególnych etapach edukacyjnych, odpowiednio:

[101] Najwięcej w czerwcu 2017 r. w NZOZ Kraków-Południe sp. z o.o., najmniej w Niepublicznym Ambulatoryjnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stowarzyszenia „Zdrowie".

[102] Dane za styczeń, czerwiec 2015, 2016, 2017 r.

[103] W sprawozdaniach MZ-11.

– roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne[104] – 2,0 tys. przebadanych dzieci (co stanowiło 72,8% podlegających badaniu) w 2015 r. 2,0 tys. (71,3%) w 2016 r.;
– klasa III szkoły podstawowej – 2,4 tys. (86,3%), 2,8 tys. (88,2%);
– klasa I gimnazjum –2,1 tys. (87,9%), 2,2 tys. (83,2%);
– klasa I szkoły ponadgimnazjalnej – 1,6 tys. (70,3%), 1,5 tys. (66,7%);
– ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. r.ż. – 1,3 tys. (60,1%), 1,4 tys. (65,8%).

Najwyższy odsetek dzieci i młodzieży zbadano w Kaszubskim Centrum Medycznym w Sierakowicach (93,5%, 93,4% podlegających badaniu), a najniższy w Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Vitamed" s.j. w Gnieźnie (15,3%, 24,2%)[105].

Jako przyczynę nieobjęcia badaniami bilansowymi wszystkich świadczeniobiorców kontrolowane jednostki podawały m.in. rozdzielność organizacyjną i brak współpracy (odrębne kontrakty pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką/higienistką szkolną), lekceważenie obowiązku przez rodziców i niezgłaszanie się z dzieckiem w wyznaczonym terminie oraz brak sankcji w celu egzekwowania od rodziców/opiekunów prawnych wykonania przedmiotowych badań u dzieci oraz w przypadku młodzieży pełnoletniej w wieku od 18. do 19. r.ż.

Obowiązkowe szczepienia ochronne w kontrolowanych podmiotach

W latach 2015–2016 w sześciu kontrolowanych podmiotach[106] obowiązkowym szczepieniom ochronnym podlegało łącznie 23,8 tys. dzieci i młodzieży w poszczególnym wieku, tj. w 6, 10, 14 i 19 r.ż. Szczepieniami objęto 17,8 tys. osób, co stanowiło 74,7% podlegających obowiązkowym szczepieniom. Obowiązkowych szczepień nie wykonano u 25,3% dzieci podlegających szczepieniom, w tym:
– w 6. r.ż. (po ukończeniu 5. r.ż.) szczepienia przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, pierwszej dawki przypominającej nie wykonano u 2,1 tys. dzieci, co stanowiło 29,4% dzieci;
– w 6. r.ż. (po ukończeniu 5. r.ż.) szczepienia przeciw poliomyelitis, szczepienia przypominającego, nie wykonano u 1,3 tys. dzieci (26,5%);
– w 10. r.ż. (po ukończeniu 9. r.ż) szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce, szczepienia przypominającego nie wykonano u 0,8 tys. dzieci (18,7%);
– w 14. r.ż. (po ukończeniu 13. r.ż.) szczepienia przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, drugiej dawki przypominającej nie wykonano u 0,7 tys. dzieci (19,2%);
– w 19. r.ż. (po ukończeniu 18. r.ż.) szczepienia przeciw błonicy i tężcowi, trzeciej dawki przypominającej nie wykonano u 1,1 tys. dzieci (29,5%).

[104] W przypadku niewykonania badania w terminie testy wykonuje się w klasie I szkoły podstawowej.

[105] Wyliczenie odsetka dokonano na podstawie zsumowanej łącznej liczby dzieci i młodzieży, u których wykonano profilaktyczne badanie lekarskie (badanie bilansowe) na poszczególnych etapach edukacyjnych i podzielonej przez łączną liczbę dzieci i młodzieży podlegających badaniu.

[106] W których udzielane były świadczenia w zakresie lekarza POZ, w ramach zawartej umowy z NFZ.

Najwyższy odsetek zaszczepionych dzieci i młodzieży w badanym okresie odnotowano w Niepublicznym Ambulatoryjnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stowarzyszenia „Zdrowie" w Piszu (100%) oraz w Ośrodku Zdrowia Rodzina sp. z o.o. w Iławie (99,7%). Natomiast najniższy odsetek zaszczepionych odnotowano w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe sp. z o.o. w Krakowie (58,1%) oraz Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Vitamed" s.j. w Gnieźnie (73%). Ponadto, odsetek zaszczepionych dzieci i młodzieży w Kaszubskim Centrum Medycznym w Sierakowicach wynosił 99,3%, a Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PRAXIS" sp. z o.o. w Nowym Sączu 88,7%.

Przyczynami niewykonywania obowiązkowych szczepień ochronnych, jak wyjaśniano w kontrolowanych podmiotach, było m.in. niezgłoszenie się rodziców/opiekunów prawnych z dziećmi w wyznaczonym terminie pomimo wezwań, brak zgody rodzica/opiekuna na wykonanie szczepienia, przeciwwskazanie zdrowotne oraz migracja ludności.

Kontrolowane podmioty każdorazowo zgłaszały uchylanie się rodziców dzieci od wypełnienia ustawowego obowiązku szczepień ochronnych do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

Ze względu na rosnącą liczbę osób uchylających się od wypełnienia obowiązku szczepień ochronnych, konieczne jest zwiększenie akcji edukacyjnych i szukanie sposobów dotarcia do opiekunów z informacjami wskazującymi na zasadność realizacji szczepień ochronnych.

Podmioty lecznicze, które nie udzielały świadczeń w zakresie świadczeń lekarza POZ, nie posiadały wiedzy o stanie zaszczepienia populacji dzieci i młodzieży objętej opieką. Tylko dwa z tych podmiotów, tj.:

– Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SALUS s.c. Medycyna Szkolna w Tczewie, w ramach współpracy z jednym podmiotem, przekazywał informacje o zbliżających się terminach szczepień w danym roczniku, zgodnie z obowiązującym „kalendarzem szczepień" rodzicom/opiekunom za pośrednictwem pielęgniarki szkolnej w e-dziennikach, dzienniczkach ucznia, na zebraniach z rodzicami oraz na spotkaniach klasowych z wychowawcą;
– Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Profilaktyki Szkolnej „Zdrowie Ucznia" s.c. w Giżycku powiadamiał rodziców o termiach i miejscach szczepień, które wykonywały inne podmioty lecznicze.

Świadczenia lekarza dentysty

Świadczenia lekarza dentysty w ramach umowy z NFZ w rodzaju leczenie stomatologiczne dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym były udzielane w dwóch spośród 12 kontrolowanych podmiotów leczniczych, tj. w Ośrodku Zdrowia Rodzina sp. z o.o. w Iławie w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne i w Kaszubskim Centrum Medycznym w Sierakowicach w zakresach: świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.

Realizując umowę w rodzaju leczenie stomatologiczne w Centrum Medycznym w Sierakowicach, przyjęto w 2015 r. 37 818 pacjentów, w tym 16 014 (42,3%) to uczniowie; w 2016 r. – 54 843 pacjentów, w tym 18 422 (33,6%) to uczniowie, a w 2017 r. (I półrocze)– 19 483 pacjentów, w tym 7780 (39,9%) to uczniowie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Prowadzona ewidencja kosztów w kontrolowanych podmiotach nie pozwoliła na wydzielenie kosztów świadczeń stomatologicznych udzielnych dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

Kwalifikacje kadry medycznej

Personel medyczny udzielający profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w 10 spośród 12 kontrolowanych podmiotów posiadał wymagane kwalifikacje. W ośmiu podmiotach kadra medyczna systematycznie uczestniczyła w kursach doskonalących i specjalistycznych o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami.

W czterech kontrolowanych podmiotach stwierdzono jednak, że kadra medyczna sprawująca opiekę nad uczniami nie uczestniczyła w kursach i szkoleniach o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną.

Zgodnie ze standardami IMiD kadra medyczna udzielająca profilaktycznych świadczeń zdrowotnych powinna uczestniczyć w okresie wykonywania pracy w co najmniej jednym kursie raz na trzy lata o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami.

Przykłady

W **Ośrodku Medycyny Szkolnej „PROFMED" s.c. w Swarzędzu** zatrudniony personel medyczny udzielający w latach szkolnych 2015/2016–2017/2018 profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym stanowił łącznie 13 osób, z których dziewięć posiadało kwalifikacje, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej. Cztery osoby zostały warunkowo dopuszczone przez NFZ do udzielania świadczeń, spośród których trzy miały rozpocząć szkolenie 24 listopada 2017 r., a jedna rozwiązała stosunek pracy 28 lutego 2017 r.

W **Niepublicznym Ambulatoryjnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stowarzyszenia „Zdrowie" w Piszu** w okresie ostatnich pięciu lat trzech lekarzy POZ oraz osiem pielęgniarek POZ nie brało udziału w żadnych szkoleniach. Zgodnie ze standardami IMiD lekarze sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną oraz pielęgniarki winni brać udział w kursach doskonalących i specjalistycznych o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą (co najmniej jeden kurs w okresie trzech lat), w tym w zakresie realizacji szczepień ochronnych).

W **Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe sp. z o.o. w Krakowie** pielęgniarka, której od 18 września 2017 r. powierzono sprawowanie opieki profilaktycznej w jednym z gabinetów w łącznym wymiarze ośmiu godzin tygodniowo, nie ukończyła kursu kwalifikacyjnego wymaganego przez § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z wyjaśnieniem, pielęgniarka została zatrudniona od 18 września do 18 grudnia 2017 r. na okres próbny po potwierdzeniu zakwalifikowania na kurs rozpoczynający się 14 października 2017 r. w Małopolskim Oddziale Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy. Dnia 13 października otrzymała informację o przesunięciu terminu rozpoczęcia kursu. Nie było możliwości uczestnictwa w kursie, gdyż w żadnym z miejsc kurs kwalifikacyjny nie był organizowany. Od 1 listopada 2017 r. dokonano zmiany w obsadzie i opiekę nad uczniami powierzono pielęgniarce, która posiada wymagane uprawnienia.

W **Ośrodku Zdrowia Rodzina sp. z o.o. w Iławie** żaden z 20 lekarzy realizujących świadczenia POZ, udzielających profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, nie uczestniczył w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, a tylko pięciu posiadało ukończone szkolenie w zakresie realizacji szczepień ochronnych. Szkolenia te zrealizowane zostały w okresie 1999–2003, mimo że zgodnie z ww. standardami Instytutu Matki i Dziecka wskazane jest, aby lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami posiadał ukończone kursy doskonalące i specjalistyczne o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą (co najmniej jeden kurs w okresie trzech lat), w tym w zakresie realizacji szczepień ochronnych.

Warunki udzielania świadczeń

Profilaktyczne świadczenia zdrowotne udzielane były w przeważającej mierze w warunkach określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Oględzinom poddano 66 gabinetów w 12 kontrolowanych podmiotach, w tym 44 gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, sześć gabinetów lekarza POZ, cztery gabinety poradni dziecięcej, pięć gabinetów pielęgniarki POZ/gabinetów zabiegowych, cztery punkty szczepień, trzy gabinety stomatologiczne. Gabinety spełniały warunki lokalowe, sanitarne i techniczne. W wyniku oględzin stwierdzono jednak, że 20 (30,3%) gabinetów w pięciu (41,7%) kontrolowanych podmiotach nie było kompletnie wyposażonych w wymagany sprzęt, aparaturę medyczną lub produkty lecznicze. W tym m.in.: w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PULS" s.j. w Nowym Targu, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe sp. z o.o. w Krakowie, Ośrodku Medycyny Szkolnej „PROF-MED" s.c. w Swarzędzu, Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medycyny Szkolnej „SZKOLMED" s.c. w Kaliszu oraz w Niepublicznym Ambulatoryjnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stowarzyszenia „Zdrowie" w Piszu.

Ponadto, w jednym podmiocie stwierdzono wykorzystywanie aparatu EKG niepoddawanego badaniom i kontroli parametrów pracy i konserwacji z częstotliwością zgodną z zaleceniami producentów i autoryzowanego serwisu, co było niezgodne z art. 6 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych[107], który stanowi, że zabrania się używania wyrobów, które stwarzają zagrożenie dla bezpieczeństwa, życia lub zdrowia pacjentów.

Przykład

W **Niepublicznym Ambulatoryjnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stowarzyszenia „Zdrowie" w Piszu** nie przeprowadzono w wymaganym terminie przeglądu technicznego wykorzystywanego aparatu EKG, znajdującego się w gabinecie zabiegowym. Ostatni przegląd spełnienia wymagań technicznych przez to urządzenie został przeprowadzony w dniu 22 października 2014 r., a następny powinien odbyć się do końca października 2015 r. Takiej kontroli do 16 października 2017 r. jednak nie wykonano. Z prowadzonej ewidencji wynikało, że od 1 listopada 2015 r. do 10 października 2017 r. (okres braku przeglądu) wykonano na nim 1.364 badania pacjentów.

[107] Dz. U. z 2017 r. poz. 211, ze zm.

Natomiast jeden podmiot, tj. Niepubliczny Zakład Medycyny Szkolnej PRO-MED w Kartuzach, nie posiadał dokumentacji wykonywanych napraw, konserwacji i wzorcowań używanych wyrobów medycznych (tj. aparatów do pomiaru ciśnienia oraz wag) w pięciu gabinetach poddanych kontroli, co było niezgodne z art. 90 ust. 6 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, który stanowi, że świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych napraw, konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu.

Profilaktyczne świadczenia zdrowotne w sześciu spośród 11 kontrolowanych podmiotów udzielane były przez pielęgniarki w gabinetach profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej znajdujących się na terenie szkół (udostępnianych nieodpłatnie przez dyrektorów szkół na podstawie umów użyczenia lub najmu[108]). W części szkół, w których gabinety profilaktyki zdrowotnej nie były tworzone i wyposażone przez podmiot tworzący, świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane były w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. w siedzibie podmiotu leczniczego lub gabinecie innej szkoły najbliżej zlokalizowanej.

Udzielanie świadczeń w pomieszczeniach niespełniających warunków

W pięciu spośród 11 (45,5%) kontrolowanych podmiotów leczniczych pielęgniarki lub higienistki szkolne udzielały uczniom profilaktyczne świadczenia zdrowotne w pomieszczeniach niespełniających warunków realizacji świadczeń określonych w pkt 3 i 4 części III załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Powodem był brak w szkołach gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Świadczenia udzielane były w tzw. pomieszczeniach zastępczych, w tym m.in. w salach klasowych, pokojach nauczycielskich, bibliotece, sali komputerowej, pomieszczeniach piwnic szkolnych, stołówce szkolnej lub w gabinecie logopedy. Dokumentacja medyczna w takich przypadkach była przewożona przez pielęgniarki, z uwagi na brak możliwości ich właściwego zabezpieczenia na terenie szkoły.

Sytuacja taka wystąpiła w: Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medycyny Szkolnej „SZKOLMED" s.c. w Kaliszu i dotyczyła uczniów objętych opieką w pięciu szkołach, Niepublicznym Zakładzie Medycyny Szkolnej PRO-MED w Kartuzach (w 13 szkołach), Kaszubskim Centrum Medycznym w Sierakowicach (w 13 szkołach), Niepublicznym Ambulatoryjnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stowarzyszenia „Zdrowie" w Piszu (w 11 szkołach) oraz Ośrodku Zdrowia Rodzina sp. z o.o. w Iławie (w 12 szkołach).

[108] Z wyjątkiem dwóch przypadków, w Niepublicznym Zakładzie Medycyny Szkolnej PRO-MED s.c. w Kartuzach, gdzie ustalono odpłatność miesięczną w wysokości 1 zł w umowie z dnia 19 marca 2001 r. z Dyrektorem Szkoły Podstawowej nr 2 w Kartuzach (opłata nie była uiszczana) oraz w Ośrodku Medycyny Szkolnej „PROFMED" s.c. w Swarzędzu Burmistrz Miasta i Gminy Swarzędz obciążył Ośrodek opłatą w wysokości 18 zł (0,10 zł za 1 m^2) za korzystanie w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2015 r. z gabinetu profilaktyki zdrowotnej w Szkole Podstawowej nr 1 w Swarzędzu.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, w przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, profilaktyczną opiekę zdrowotną pielęgniarka sprawuje w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, zgodnie z treścią odpowiednio art. 67 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty[109] i z art. 103 ust. 1 ust. 4 ustawy Prawo oświatowe[110], szkoła w zakresie realizacji zadań statutowych zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej spełniającego szczegółowe wymagania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, oraz wyposażonego w sprzęt, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Programy profilaktyczne w szkołach

Żaden z kontrolowanych podmiotów leczniczych nie realizował profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowanych ze środków budżetu gminy, dla uczniów objętych opieką w szkołach.

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna w szkole jest fundamentalnym prawem każdego dziecka. Przekazując uczniom wiedzę o zdrowiu, pielęgniarka kształtuje w nich odpowiednie umiejętności, przekonania i motywacje, przez co modyfikuje ich zachowania prozdrowotne. Zadania edukacyjne powinny być dostosowane do możliwości ucznia.

Podmioty lecznicze prowadziły w sposób zindywidualizowany działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, np. poprzez współpracę z dyrekcją szkół i nauczycielami (w szczególności z wychowawcami klas na godzinach wychowawczych), współpracę z rodzicami oraz indywidualne rozmowy z uczniami. Edukacja obejmowała prelekcje, pogadanki, filmy, gazetki i ulotki o tematyce zdrowotnej.

Rozmowy indywidulne z uczniami dostosowane były do wieku, a często też do istniejących problemów zdrowotnych i prowadzone były przede wszystkim podczas wizyt lekarskich oraz wykonywania badań bilansowych lub podczas wykonywania testów przesiewowych przez pielęgniarki/higienistki szkolne, w tym m.in. na temat higieny osobistej uczniów, zaleceń lekarskich, zdrowego odżywiania, zakażeń i szczepień ochronnych oraz schorzeń i podejrzeń zaburzeń zdrowotnych, np. wad postawy, wzroku i otyłości. Działania te były ukierunkowane na identyfikację czynników ryzyka, zagrożenia zdrowotne i ich ograniczenie oraz odnotowywane w dokumentacji dotyczącej pracy środowiskowej.

[109] Art. obowiązywał do 31 sierpnia 2017 r. i stanowił, że do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna zapewnić uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej spełniającego szczegółowe wymagania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, oraz wyposażonego w sprzęt, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

[110] Obowiązującym od 1 września 2017 r.

Brak edukacji zdrowotnej

Jeden podmiot, tj. Ośrodek Medycyny Szkolnej PROFMED s.c., nie prowadził działalności edukacyjnej w zakresie profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży oraz nie informował opiekunów o szczepieniach, w tym zalecanych, niepożądanych odczynach poszczepiennych oraz konsekwencjach nieszczepienia, a także o profilaktycznych świadczeniach stomatologicznych.
NIK zwróciła również uwagę na niewystarczającą edukację w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe sp. z o.o. w Krakowie.

Przykład dobrej praktyki

W badanym okresie Ośrodek Zdrowia Rodzina sp. z o.o. w Iławie prowadził szeroką działalność edukacyjną w zakresie profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w ramach akcji i zadań prowadzonych przez lekarzy, pielęgniarki oraz położną, w tym:

1) pielęgniarki w szkołach objętych opieką uczniów, realizowały profilaktyczne akcje lub zadania, którymi objęto łącznie 11,5 tys. uczniów, w tym w 2,1 tys. 2015 r., 5,6 tys. w 2016 r. oraz 3,9 tys. w 2017 r. Zadania realizowane były w formie pogadanek, akcji promujących zdrowie lub indywidulanych rozmów, w tym m.in.:

a) w latach 2015–2016 na temat:
- „Nie daj się grypie" – dotycząca profilaktyki w czasie dużej zachorowalności na grypę, propagowanie szczepień przeciwko grypie, rozdano ulotki;
- „Moje dziecko idzie do szkoły" – na temat bezpieczeństwa na drodze, bezpiecznego korzystania z komputera oraz omówiono zagrożenia w trakcie powrotu do domu;

b) w latach 2015–2017 na temat:
- „Higiena osobista ucznia, higiena otoczenia" – w zakresie higieny oraz zapobiegania wszawicy;
- „Jedz warzywa i owoce 5x dziennie" – o potrzebie codziennego spożywania owoców i warzyw, omawiano wartości odżywcze niektórych owoców i warzyw; a w latach 2016–2017 o zdrowym odżywianiu i zapobieganiu otyłości oraz skutkach złego odżywiania i odchudzania;
- „Profilaktyka wad postawy" – na temat prawidłowej postawy ucznia w ławce, o potrzebie ćwiczeń wzmacniających mięśnie grzbietu kręgosłupa;
- „Higiena wieku dojrzewania" – na temat codziennej higieny osobistej, wzmożonej higieny w okresie miesiączki, zmiany bielizny osobistej, porady dotyczące problemów skórnych;
- „Dopalacze – fakty i mity" – dyskusja na temat czym są dopalacze, jaki mają wpływ na organizm ludzki, jakie niosą zagrożenia;
- „Higiena jamy ustnej" – o potrzebie mycia codziennego zębów oraz systematycznej kontroli w poradni stomatologicznej;
- „Wolność oddechu" – na temat profilaktyki astmy oskrzelowej, alergii oraz ćwiczono prawidłowość oddychania podczas wykonywania ćwiczeń gimnastycznych;

c) w latach 2016–2017 na temat:
- „Wpływ alkoholu na organizm dziecka" – odnośnie negatywnych skutków spożywania alkoholu, zachodzących zmianach w mózgu i narządach wewnętrznych młodego człowieka;
- „Uwaga kleszcze" – dotycząca zagrożeń i powikłań jakie niosą choroby roznoszone przez kleszcze, zapobieganie i leczenie;

c) w 2016 r. na temat:
- „Profilaktyka próchnicy zębów" – dotycząca higieny jamy ustnej, kontroli stomatologicznej – profilaktyka i leczenie;
- „Stop agresji" – na temat rodzajów przemocy i zapobiegania negatywnym skutkom, informacja odnośnie grup wsparcia;

d) w 2017 r. na temat:
- „Europejski tydzień szczepień" – o zalecanych szczepieniach;

ponadto:
- w 2016 r. prowadzono akcję promującą szczepienia pn. „Szczepienia dobrodziejstwem dla dzieci", rozdawano broszury i ulotki;
- w latach 2015–2017 instruowano dzieci oraz organizowano pokazy udzielania pierwszej pomocy w razie zranień, złamań i utraty przytomności, ćwiczenia w grupach – „Pierwsza pomoc w nagłych wpadkach";

2) lekarzy w gabinetach dzieci zdrowych i chorych podczas porad lekarskich w zakresie, m.in.:
- edukacji w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zalecanych – rodzice informowani byli o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych (informacja dokumentowana była w dokumentacji medycznej i podpisywana przez pacjenta),
- harmonogramu prawidłowego żywienia,
- edukacji w zakresie higieny snu i otoczenia,
- profilaktyki wad postawy oraz kontroli stomatologicznej;

3) pielęgniarki i położna prowadziły edukacyjne spotkania i akcje profilaktyczne w przychodni według potrzeb pacjentów. Spotkania skierowane były dla rodziców i ich dzieci (wykonanie odnotowane zostało w rejestrze edukacji zdrowotnej):
- w 2015 r. przeprowadzono 68 spotkań, w tym dziesięć spotkań dotyczących: żywienia dzieci zdrowych, szkodliwości hałasu na rozwój dziecka, jak uchronić dziecko przed wadami wrodzonymi, profilaktyki w zakresie zalecanych szczepień, biegunek u dzieci oraz zapobiegania wadom postawy u dzieci;
- w 2016 r. przeprowadzono 61 spotkań, w tym sześć spotkań dotyczących: żywienia dzieci zdrowych oraz szkodliwości hałasu na rozwój dziecka;
- w 2017 r. przeprowadzono 54 spotkania, w tym sześć spotkań dotyczących: profilaktyki szczepień ochronnych, zapobiegania wadom postawy, jak uchronić dziecko przed wadami wrodzonymi, żywienia dzieci zdrowych.

Koszty świadczeń pielęgniarki szkolnej

Łączne koszty udzielanych świadczeń w ramach zawartych umów z NFZ w dziewięciu kontrolowanych podmiotach w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej oraz świadczeń pielęgniarki szkolnej udzielanych w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej wyniosły w badanym okresie[111] 10 489,5 tys. zł, co stanowiło 84,0% osiąganych przychodów[112] w tych zakresach.

Pozostałe kontrolowane podmioty nie prowadziły wydzielonej ewidencji księgowej w sposób umożliwiający ich przypisanie w poszczególnych rodzajach i zakresach realizowanych świadczeń dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

[111] Badany okres 2015–2017 (do 30 czerwca).

[112] Osiągnięte przychody w tych zakresach wyniosły łącznie 12 481,5 tys. zł.

5.4. Działania w ramach systemu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym

Współpraca międzyresortowa

Minister Zdrowia, w ramach współpracy z innymi resortami, zawarł porozumienia mające na celu wspieranie rozwoju i edukacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz współdziałanie na rzecz ochrony i promocji zdrowia uczniów w szkole. W dniu 5 listopada 2008 r. zawarto porozumienie o współpracy, między Ministrem Sportu i Turystyki, Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia, przy wdrażaniu programu *Przeciwdziałanie poprzez sport agresji i patologii wśród dzieci i młodzieży*[113]. W ramach porozumienia Minister Zdrowia m.in. zapewniał profilaktyczne badania lekarskie dzieciom i młodzieży uprawiającym sport oraz podejmował działania mające na celu zapobieganie nadwadze i otyłości poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej. Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka poinformowała, że od 2014 r. porozumienie nie było koordynowane przez Ministra Sportu i Turystyki, a działania w celu realizacji programu nie są planowane i realizowane.

W dniu 23 listopada 2009 r. zawarto kolejne porozumienie międzyresortowe, o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. Zawarcie porozumienia było warunkiem koniecznym do dalszego rozwoju programu „Szkoły dla zdrowia w Europie". W ramach zawartego porozumienia Minister Zdrowia podjął działania mające na celu zapobieganie nadwadze i otyłości poprzez promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Od 2016 r. działania te realizowane są jako zadania *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020*, w ramach celu operacyjnego 1: Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.

Monitorowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej

Minister Zdrowia monitorował stan zdrowia uczniów oraz zabezpieczenie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami jedynie w oparciu o dane przekazywane przez świadczeniodawców do CSIOZ na druku MZ-11 – Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz MZ-06 – Sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach, dane Narodowego Funduszu Zdrowia oraz raporty opracowane przez podległe Ministrowi Zdrowia instytuty badawcze. Wnioski z dokonywanej oceny funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą były podstawą podjęcia prac legislacyjnych, których celem jest skoordynowanie oraz zwiększenie dostępności tej opieki dla uczniów.

[113] Od 2009 r. stroną porozumienia był również Minister Sprawiedliwości.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zgodnie z wydanymi na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej[114] rozporządzeniami Rady Ministrów[115], podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą i udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki profilaktycznej dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym mają obowiązek sporządzania raz do roku (do 30 września za poprzedni rok szkolny) sprawozdania MZ-06 z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach. Natomiast sprawozdania MZ-11 o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, w których sprawozdawana jest opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą, w tym m.in. profilaktyczne badania lekarskie raz w roku do 30 marca za poprzedni rok kalendarzowy.
W ramach statystyki publicznej nie zapewniono gromadzenia pełnych informacji o realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Informacje gromadzone w sprawozdaniach MZ-06 i MZ-11 nie zawierają żadnych danych o wykonywanych przez lekarza dentystę profilaktycznych badaniach stomatologicznych oraz stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne, z wyjątkiem nadzorowanego szczotkowania zębów, nie były ujęte w badaniach statystyki publicznej.

W ocenie NIK, sprawozdawane dane nie zapewniają pełnego i spójnego monitorowania oraz nadzoru nad sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Brak jest systemowych rozwiązań umożliwiających efektywne monitorowanie, organizację oraz sposób sprawowania tej opieki, jej efektami, dostępnością do świadczeń gwarantowanych i jakością świadczonych usług zdrowotnych dla tej populacji.

Brak systematycznej oceny jakości i skuteczności opieki zdrowotnej

W okresie objętym kontrolą, Minister Zdrowia nie przeprowadzał systematycznej oceny jakości i skuteczności profilaktycznej opieki zdrowotnej. Oceny dostępności świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej dokonywano w oparciu o dane przekazywane przez świadczeniodawców do CSIOZ oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w ramach programu statystyki publicznej. Ocena ta stanowiła podstawę do podjęcia decyzji o rozpoczęciu prac legislacyjnych, których celem było doskonalenie systemu opieki zdrowotnej nad uczniami oraz poprawa jakości udzielanych świadczeń. W toku prac nad projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym[116] wykorzystano raporty i opracowania podmiotów[117] związanych z obszarem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

[114] Dz. U. z 2016 r. poz. 1068, ze zm.

[115] W okresie objętym kontrolą obowiązywały rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej: na rok 2015 z dnia 27 sierpnia 2014 r. (Dz. U. poz. 1330, ze zm.); na rok 2016 z dnia 21 lipca 2015 r. (Dz. U. poz. 1304, ze zm.); na rok 2017 z dnia 28 lipca 2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1426, ze zm.).

[116] W oparciu o zgłoszone w toku uzgodnień i konsultacji publicznych uwagi, opracowano projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, który w dniu 7 lutego został umieszczony w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów.

[117] Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, Instytut Matki i Dziecka, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W celu doskonalenia systemu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, w październiku 2014 r. rozpoczęto prace nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą. Celem projektu miała być poprawa jakości opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą oraz zapewnienie jednolitej organizacji i zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej nad dziećmi i młodzieżą przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze. Decyzją Sekretarza Stanu, w styczniu 2016 r. zakończono prace nad projektem. Przyczyną zakończenia prac nad projektem było określenie w dniu 3 grudnia 2015 r. priorytetów Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, w szczególności powołania zespołu do opracowania projektu założeń do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

Jednostki samorządu terytorialnego nie dokonywały oceny funkcjonowania systemu opieki profilaktycznej nad uczniami w szkołach i placówkach, dla których były organami prowadzącymi. Nie monitorowały też funkcjonowania tego systemu i nie analizowały stanu zdrowia uczniów w celu zaprogramowania działań doskonalących system opieki na dziećmi i młodzieżą na terenie gminy/województwa, w ramach profilaktycznej opieki nad uczniami.

Główną przyczyną, jak wyjaśniano, była m.in. niezależność funkcjonalna i finansowa podmiotów sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w szkołach.

Samorządy województw współpracowały z konsultantami wojewódzkimi, w zależności od bieżących potrzeb, między innymi w zakresie problematyki zdrowotnej dzieci i młodzieży szkolnej, z wyjątkiem Samorządu Województwa Pomorskiego. Nie otrzymywały jednak informacji o ustaleniach kontroli przeprowadzanych przez konsultantów, a najczęstszą formą współpracy były rozmowy i spotkania o charakterze doradczym, a także powoływanie konsultantów i przedstawicieli NFZ do pracy w zespołach programowych lub monitorujących.

Przykłady dobrych praktyk

Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego najczęściej współpracował z wojewódzkim konsultantem w dziedzinie pediatrii i chirurgii dziecięcej, natomiast konsultanta w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej powołano w skład zespołu do opracowania Wojewódzkiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015.

Samorząd Województwa Pomorskiego w ramach prac Pomorskiej Rady Oświatowej[118] powołał zespół ds. edukacji prozdrowotnej, którego zakres prac dotyczył edukacji prozdrowotnej i ekologicznej, szkolnej i pozaszkolnej oferty zajęć sportowych, promocji aktywności fizycznej i sportu, zdrowego odżywiania, promocji działań służących zdrowiu psychicznemu dzieci i młodzieży, profilaktyki uzależnień i bezpieczeństwa w szkole.

[118] Uchwała nr 157/XIII/15 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 26 października 2015 r. w sprawie powołania Pomorskiej Rady Oświatowej, Uchwała nr 792/XXXVII/14 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 24 lutego 2014 r. w sprawie powołania Pomorskiej Rady Oświatowej. Rada działała przy Sejmiku Województwa Pomorskiego.

W ramach działań podjętych przez Wojewódzką Radę Dialogu Społecznego w Gdańsku[119] wypracowane zostało stanowisko w sprawie działania gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkołach i placówkach województwa pomorskiego[120]. W stanowisku uznano za niezbędne zapewnienie każdemu uczniowi optymalnej profilaktycznej opieki zdrowotnej. Stwierdzono konieczność opracowania przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia, standardów funkcjonowania gabinetów profilaktyki zdrowotnej dla każdego poziomu edukacyjnego, uwzględniających m.in.: ogólne zadania medyczne gabinetów w zakresie opieki nad dzieckiem zdrowym, zadania z zakresu kontroli rozwoju psychofizycznego dziecka, zadania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, w tym dotyczące przeciwdziałaniu uzależnieniom, liczbę uczniów przypadających na jeden gabinet, czas pracy gabinetów.

Finansowanie wyposażenia gabinetów

Poprawę dostępności profilaktycznej opieki zdrowotnej w szkołach mają umożliwić środki budżetowe zagwarantowane w ustawie o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, na finansowanie wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego. Według stanu na dzień 13 października 2017 r. jednostki samorządu terytorialnego złożyły wnioski o dofinansowanie 9518 gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach na kwotę 45 782,0 tys. zł.

Z uwagi na mniejszą niż zakładano liczbę wniosków, zostały podjęte działania mające na celu maksymalne wykorzystanie zaplanowanych środków. W konsekwencji, w ramach nowelizacji ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017[121], zaproponowano umożliwienie złożenia wniosków przez podmioty prowadzące szkoły, które z tej możliwości nie skorzystały, a także rozszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do skorzystania z dotacji na inne niż jst podmioty prowadzące szkoły publiczne.

W dwóch turach naboru podmioty prowadzące szkoły publiczne złożyły wnioski o dotację na ogólną kwotę 55 626,1 tys. zł, z przeznaczeniem na wyposażenie 10 733 gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach[122].

Zakup dentobusów

Oprócz zakupu wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej ustawa przewidywała również zakup pojazdów medycznych, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii (tzw. dentobu-

[119] Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego (WRDS) jest regionalną instytucją dialogu społecznego. Tworzenie oraz zapewnienie funkcjonowania WRDS jest zadaniem z zakresu administracji rządowej, zleconym Marszałkowi Województwa. Zarządzeniem Nr 41/2015 z dnia 19 października 2015 r. Marszałek Województwa Pomorskiego powołał Wojewódzką Radę Dialogu Społecznego. Zadaniem WRDS jest prowadzenie dialogu czterech stron: strony pracowników, strony pracodawców, strony rządowej oraz samorządowej, w celu zapewnienia warunków rozwoju społeczno-gospodarczego o zasięgu wojewódzkim.

[120] Przyjęte w dniu 28 września 2017 r. podczas obrad Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Gdańsku.

[121] Dz. U. z 2016 r. poz. 1984, ze zm., zmieniony m.in. ustawą z dnia 2 grudnia 2016 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2161).

[122] Pismo z dnia 8 marca 2018 r. o sygn. DNM.073.26.2017.13.AK.

sy)[123]. Przeprowadzono postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego[124] i wyłoniono dostawcę 16 dentobusów, po jednym dla każdego województwa. Zgodnie z zawartymi umowami dostawa nastąpiła w dniach 19 i 20 grudnia 2017 r., zgodnie z podpisanymi protokołami zdawczo-odbiorczymi, jednak pojazdy pozostały w depozycie u sprzedającego do czasu przejęcia do używania. Łączna wartość zakupu 16 dentobusów wyniosła 23 940,8 tys. zł[125].

Zakupione pojazdy mają umożliwić zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy.

W celu zapewnienia możliwości udzielania świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych w dentobusach, konieczne było wprowadzenie stosownych zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego[126] oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[127]. Następnie zostały wydane: 1) zarządzenie nr 6/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 stycznia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne[128] oraz zarządzenie nr 8/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 stycznia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne[129].

Zgodnie z uzyskaną informacją[130], oddziały wojewódzkie NFZ ogłosiły postępowania konkursowe w celu wyłonienia do zawarcia umów świadczeniodawców mających realizować świadczenia w dentobusach. W siedmiu województwach (dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim i zachodniopomorskim) do postępowań prowadzonych w tym zakresie nie przystąpił żaden podmiot. Skutkowało to koniecznością unieważnienia tych postępowań i ponownego ogłoszenia konkursów ofert na udzielanie świadczeń stomatologicznych w dentobu-

[123] Które mają umożliwić zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy.

[124] Procedura została przeprowadzona w trybie przetargu nieograniczonego, nr ZZP-217/17, nr ZZP-218/17, nr ZZP-219/17 i nr ZZP-220/17 z dnia 26 października 2017 r.

[125] Jeden dentobus kosztował 1496,3 tys. zł.

[126] Dz. U. z 2017 r. poz. 193, ze zm., zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2397). Nowelizacja rozporządzenia weszła w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

[127] Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, ze zm., zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2484). Nowelizacja rozporządzenia weszła w życie z dniem 30 grudnia 2017 r.

[128] Dz. Urz. NFZ, poz. 6.

[129] Dz. Urz. NFZ, poz. 8.

[130] Pismo NFZ z dnia 23 marca 2018 r., sygn. DSOZ.401.543.2018.

sach. Udostępnienie dentobusów przez wojewodów nastąpi po zakończeniu postępowań konkursowych i dokonaniu przez właściwe wojewódzkie oddziały NFZ wyboru świadczeniodawców. Do dnia 21 marca 2018 r. w żadnym województwie nie zostały zawarte umowy o udzielanie świadczeń stomatologicznych w dentobusach.

Świadczenia udzielane w dentobusach mają umożliwić zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom i młodzieży w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole lub w najbliższej okolicy. Zdaniem NIK, dentobus nie zapewni realizacji nawet profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, nie mówiąc już o leczeniu stomatologicznym. Na przykład, w województwie dolnośląskim spośród 690 szkół podstawowych – 333 szkoły, tj. 48% znajduje się na terenie wsi, gdzie może być utrudniony dostęp do tych świadczeń. W województwie mazowieckim spośród 1483 szkół podstawowych – 942 szkoły, tj. 64% znajduje się na terenie wsi, a województwie kujawsko-pomorskim spośród 717 szkół – 325, tj. 45% znajduje się na terenie wsi, natomiast w województwie wielkopolskim spośród 1116 szkół podstawowych aż 739, tj. 66% znajduje się na terenie wsi[131].

Infografika nr 9
Udzielanie świadczeń w dentobusach

Źródło: Opracowanie własne NIK.

W ocenie NIK, zakup dentobusów dla poszczególnych województw, jako mobilnego punktu udzielanych świadczeń stomatologicznych, jest działaniem doraźnym, nierozwiązującym istoty problemu, które nie zapewni poprawy stanu uzębienia u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

[131] Dane NFZ, według stanu na 2017 r. (I półrocze).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Skargi w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą

W okresie objętym kontrolą[132] do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 26 skarg dotyczących problemów w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, w tym jedna dotycząca profilaktycznej opieki zdrowotnej[133]. Przedmiotem skarg były m.in. trudności w dostępie do świadczeń – 10 skarg oraz zastrzeżenia do realizacji świadczeń i funkcjonowania placówek medycznych – pięć skarg.

Minister Zdrowia, działając na podstawie art. 231 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego[134], przekazał 17 skarg do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami właściwym jednostkom. Na podstawie analizy sześciu skarg objętych badaniem stwierdzono, że były one przekazywane z zachowaniem siedmiodniowego terminu oraz z równoczesnym zawiadomieniem skarżącego o przekazaniu skargi.

Dziewięć skarg pozostawił do rozpatrzenia we własnym zakresie, w tym przeprowadził siedem postępowań wyjaśniających, zlecił jedną kontrolę oraz wystąpił o opinię do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Osiem skarg zostało uznanych za bezzasadne, w przypadku jednej sprawa była w toku.

Brak kontroli w zakresie profilaktycznych świadczeń zdrowotnych

W latach 2015–2017 Minister Zdrowia nie uwzględniał w planach kontroli i nie przeprowadzał kontroli podmiotów wykonujących profilaktyczne świadczenia zdrowotne w środowisku nauczania oraz gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkołach, gdyż Departamenty Ministerstwa Zdrowia nie zgłaszały takiej tematyki do planu kontroli. Przeprowadzenia kontroli w tym zakresie nie zlecał również innym podmiotom.

Nadzór nad profilaktyczną opieką zdrowotną

Minister Zdrowia sprawował nadzór nad profilaktyczną opieką zdrowotną dzieci i młodzieży w wieku szkolnym powołując konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny i pielęgniarstwa, nadzorując Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego oraz nadzorując działalność Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizacji umów zawieranych ze świadczeniodawcami.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, wybrane funkcje nadzoru (w tym merytorycznego) i kontroli jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami sprawują również podmioty, w zależności od kompetencji i przypisanych zadań, w tym: NFZ, wojewodowie, konsultanci krajowi i wojewódzcy, jednostki samorządu terytorialnego, samorządy zawodowe lekarskie oraz Główny Inspektor Sanitarny.

Kontrolowane jst nie sprawowały nadzoru i nie przeprowadzały kontroli w celu zidentyfikowania problemów w zakresie funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania.

[132] Lata 2015–2017 (do 1 września).

[133] Skarga dotyczyła realizacji szczepień ochronnych oraz zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych.

[134] Dz. U. z 2017 r. poz. 1257, ze zm.

Najczęstszą przyczyną, jak wyjaśniano, był brak formalnych zgłoszeń problemów w zakresie sprawowanej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w szkołach oraz brak możliwości merytorycznego nadzorowania niezależnych funkcjonalnie i finansowo podmiotów sprawujących tę opiekę. Ponadto, gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej nie były w strukturze organizacyjnej szkół.

Kontrolowane jst nie otrzymywały również informacji o przeprowadzanych kontrolach przez konsultantów krajowych i wojewódzkich lub przez NFZ w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

W okresie objętym kontrolą OW NFZ tylko w 3 spośród 12 (25%) kontrolowanych podmiotów leczniczych przeprowadzały kontrole. Łącznie przeprowadzonych zostało pięć kontroli, których przedmiotem było sprawdzenie prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń lekarza POZ. Stwierdzone nieprawidłowości nie dotyczyły obszaru kontroli NIK.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w tym Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny i Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny) w badanym okresie przeprowadzały kontrole w 10 spośród 12 (83%) kontrolowanych podmiotów leczniczych w zakresie: szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą; szczepień ochronnych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej.

Stwierdzone w trzech podmiotach leczniczych nieprawidłowości dotyczyły m.in. zniszczonej, trudnej do mycia i dezynfekcji tapicerki foteli, kozetek i krzeseł, zniszczonego parkietu oraz złego stanu toalet. Wydane zostały decyzje nakazujące dokonanie stosownych napraw i remontów.

Ponadto w jednym przypadku, w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „PRAXIS" sp. z o.o. w Nowym Sączu, w ramach kontroli oceny szczepień ochronnych, wydane zostało zalecenie dotyczące uzupełnienia zaległych szczepień. Przyczyną powstania tych zaległości, jak wyjaśniono, były m.in. okresowe braki szczepionek lub ograniczona ich dystrybucja przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną. W celu realizacji zalecenia pokontrolnego na bieżąco, telefonicznie lub pisemnie, wzywano do zgłoszenia się na szczepienie i rozmawiano z rodzicami o obowiązku poddawania dzieci szczepieniom.

W ocenie NIK, sprawowanie nadzoru nad profilaktyczną opieką zdrowotną dzieci i młodzieży w wieku szkolnym powinno być realizowane w celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń i równego dostępu do tej opieki. Powinno polegać przede wszystkim na ocenie organizacji opieki zdrowotnej oraz zgodności realizacji zadań ze standardami postępowania profilaktycznego.

Zidentyfikowane problemy w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej

Na podstawie analizy aktów prawnych, danych statystycznych oraz opinii podmiotów zaangażowanych w profilaktyczną opiekę zdrowotną Minister Zdrowia zidentyfikował problemy w zakresie funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, tj. zbyt małą liczbę uczniów korzystających z gwarantowanych świadczeń stomato-

logicznych, trudności w dostępie do świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej w szkołach, szczególnie na obszarach wiejskich, zbyt dużą liczbę uczniów w przeliczeniu na etat pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz brak właściwej współpracy między podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami. Zidentyfikowane problemy były podstawą do podjęcia prac nad projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

Wykorzystanie wniosków NIK

Minister Zdrowia, w pracach doskonalących system opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, wykorzystywał wnioski sformułowane przez NIK w informacjach o wynikach wcześniejszych kontroli, dotyczących wybranych obszarów z zakresu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Wnioski sformułowane po kontroli profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim wykorzystano m.in. w pracach nad projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz do poszerzenia katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu stomatologii dla dzieci i młodzieży.

Rekomendacje dla Ministra Zdrowia zawarte w informacji o wynikach kontroli „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego" zostały uwzględnione w ustawie z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[135]. Celem wprowadzonych zmian jest m.in. uproszczenie i doprecyzowanie procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej, a także zapewnienie standaryzacji podejmowanych działań.

Wnioski sformułowane po kontroli „System szczepień ochronnych dzieci", które wskazywały na potrzebę efektywniejszego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych Skarbu Państwa z tytułu szkód spowodowanych nieprawidłowym przechowywaniem przez świadczeniodawców szczepionek, zostały wykorzystane w pracach nad projektem ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw[136]. Ponadto, projekt przedmiotowej ustawy wprowadza zmiany o charakterze porządkującym i doprecyzowującym przeprowadzanie, dokumentowanie i sprawozdawczość w zakresie szczepień ochronnych. Projektowane przepisy stosują się do wszystkich rodzajów szczepień, zarówno tych obowiązkowych, jak również nieobowiązkowych. Nowelizowana ustawa zakłada utrzymanie dotychczasowego katalogu szczepień ochronnych dzieci i młodzieży, które są obecnie wykonywane jako szczepienia obowiązkowe. Utrzymanie obowiązku szczepień u dzieci i młodzieży jest uzasadnione zmieniającą się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną chorób zakaźnych w Europie[137].

[135] Dz. U. z 2017 r. poz. 2110.

[136] Projekt z dnia 27 października 2017 r. Wykaz prac legislacyjnych Rady Ministrów, numer z wykazu: UD90. Projekt jest na etapie konsultacji publicznych, ostatniej modyfikacji dokonano 12 grudnia 2017 r.

[137] Obecnie w Europie pojawiła się tendencja do rozszerzania katalogu szczepień obowiązkowych u dzieci również w tych krajach, w których dominowały dotąd szczepienia rekomendowane.

Założenia projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

W lipcu 2016 r. rozpoczęto prace nad projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Celem projektowanej ustawy było wprowadzenie kompleksowych rozwiązań służących zintegrowaniu systemu ochrony zdrowia oraz systemu edukacji w zakresie umacniania potencjału zdrowotnego dzieci i młodzieży przez promocję, edukację zdrowotną i profilaktyczną opiekę zdrowotną oraz zapewnienie odpowiedniego wsparcia dzieciom z niepełnospawnością lub chorobą przewlekłą. Działania te miały być realizowane w szczególności przez wskazywanie podmiotów odpowiedzialnych za organizację i zapewnienie uczniom dostępu do świadczeń profilaktycznych, określenie zadań każdego z tych podmiotów oraz zasad i form współpracy międzyresortowej. Ponadto, nowa ustawa miała określić formy współpracy podmiotów sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną z jednostkami samorządu terytorialnego, zasady finansowania, dokumentowania i sprawozdawania realizacji zadań oraz monitorowania i sprawowania nadzoru. Określona miała zostać również rola Instytutu Matki i Dziecka w zakresie wytyczania kierunków i rekomendacji w opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą oraz kształcenie podyplomowe pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania. Planowanym terminem wejścia w życie przepisów ustawy miał być rok szkolny 2018/2019[138]. W styczniu 2018 r. zakończono prace nad projektem założeń do projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym i wycofano ten projekt z Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów.

Prace legislacyjne nad projektem ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami

W oparciu o zgłoszone, w toku uzgodnień i konsultacji publicznych, uwagi do projektu założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, opracowany został projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, który w dniu 7 lutego 2018 r. został umieszczony pod numerem UD349 w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów.

Projektowana ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami ma określić:

1) cele profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami;
2) podmioty sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną oraz opiekę stomatologiczną nad uczniami;
3) podmioty działające na rzecz zapewnienia warunków realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami;
4) organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami oraz zadania podmiotów, o których mowa w pkt 2 i 3;
5) koordynowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami;
6) sprawowanie opieki nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi podczas pobytu w szkole;
7) monitorowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami;
8) finansowanie zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami;
9) dokumentowanie i sprawozdawanie realizacji zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami.

[138] Projekt założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym do konsultacji publicznych skierowany został 26 września 2017 r.

Zgodnie z informacją uzyskaną z Ministerstwa Zdrowia[139] przewidywanym terminem wejścia w życie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami jest dzień 1 września 2018 r., tj. od nowego roku szkolnego 2018/2019.

W ocenie NIK, planowany termin wejścia w życie przepisów ustawy może być zagrożony.

5.4.1. Wyniki badania dotyczącego opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą skierowanego do rodziców/opiekunów

W trakcie kontroli wśród rodziców uczniów ze szkół podstawowych, gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych, dla których kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego były organami prowadzącymi, została przeprowadzona anonimowa ankieta on-line w celu uzyskania informacji oraz poznania opinii rodziców na temat funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Ankieta została przekazana za pośrednictwem kierowników kontrolowanych jednostek, korzystając z uprawnień art. 29 ust. 1, pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Z ankietowania wyłączono rodziców uczniów klas pierwszych szkół podstawowych.

Link do formularza ankiety został przekazany pod koniec września 2017 r., a formularze elektronicznego kwestionariusza były aktywne do 30 listopada 2017 r. Wsparcie informatyczne i analiza danych wynikowych badania były realizowane przez Zespół Wsparcia Informatycznego i Analitycznego w Departamencie Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK.

Kwestionariusz został wypełniony przez 3514 rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży, zamieszkałych na terenie województwa małopolskiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego oraz wielkopolskiego. Najwięcej odpowiedzi zostało udzielonych przez rodziców dzieci szkół podstawowych zamieszkałych na terenie województwa wielkopolskiego. Szkoły dzieci osób udzielających odpowiedzi w 76% zlokalizowane były na terenie miasta. Tylko na terenie 3% szkół świadczeń opieki zdrowotnej udzielali lekarze, z czego niespełna połowa rodziców była bardzo zadowolona. Lekarz dentysta udzielał świadczeń na terenie 6% szkół, z czego rodzice dzieci ocenili sprawowanie tej opieki na poziomie średnio zadowalającym. Sprawowaną nad dziećmi opiekę pielęgniarki lub higienistki szkolnej na terenie 84% szkół w nieznacznej większości oceniono również na poziomie średnim.

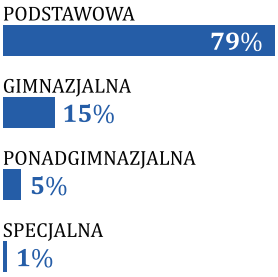
Według opinii rodziców, aż 65% uważa, że w szkole powinien być utworzony gabinet lekarski, gdzie byłyby wykonywane badania bilansowe przeprowadzane na określonym etapie edukacyjnym. Za utworzeniem gabinetu stomatologicznego na terenie szkoły wypowiedziało się aż 71% rodziców. Jednak połowa udzielających odpowiedzi była przeciwna wykonywaniu obowiązkowych szczepień ochronnych dziecku w szkole.

[139] Pismo z dnia 8 marca 2018 r. o sygn. DNM.073.26.2017.13.AK.

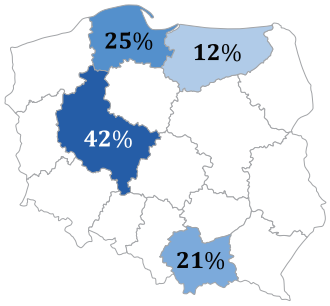
Infografika nr 10

Zestawienie pytań i wyników badania ankietowego

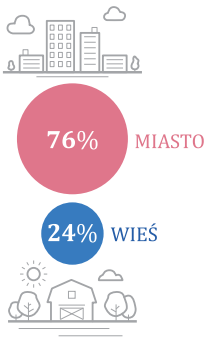
Rodzaj szkoły, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko:



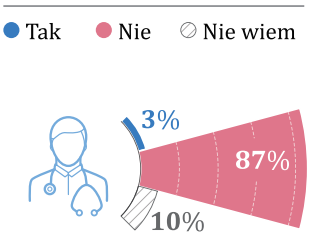
Wojewódzka lokalizacja szkoły dziecka:



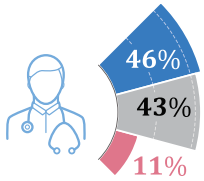
Lokalizacja szkoły dziecka:



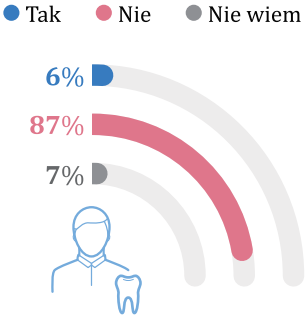
*Czy na terenie szkoły, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko **przyjmuje lekarz?***



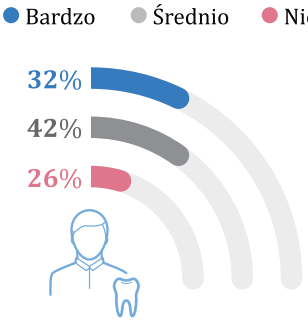
*Czy jest Pani/Pan **zadowolona/y z opieki lekarskiej** na terenie szkoły, do której uczęszcza dziecko?*



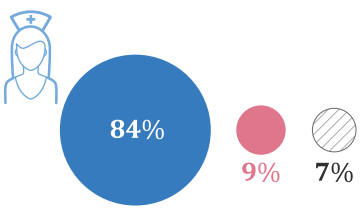
*Czy na terenie szkoły, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko **przyjmuje lekarz dentysta?***



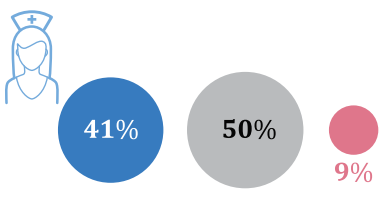
*Czy jest Pani/Pan **zadowolona/y z opieki sprawowanej przez lekarza dentystę** na terenie szkoły, do której uczęszcza dziecko?*



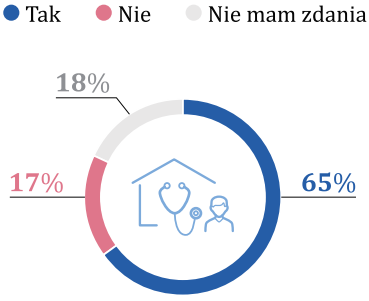
*Czy Pani/Pana dziecko jest objęte w szkole opieką **pielęgniarki/higienistki szkolnej**?*



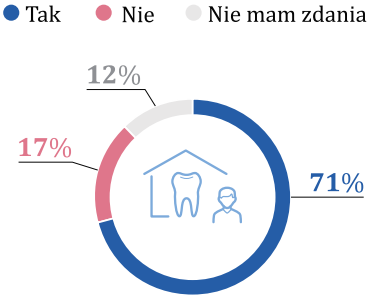
Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze sprawowanej w szkole opieki pielęgniarki/higienistki szkolnej?



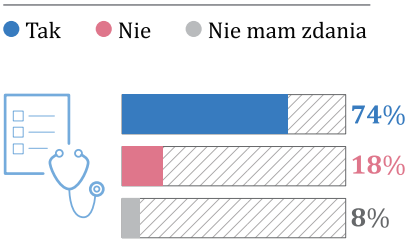
*Czy w szkole powinien być **gabinet lekarski?***



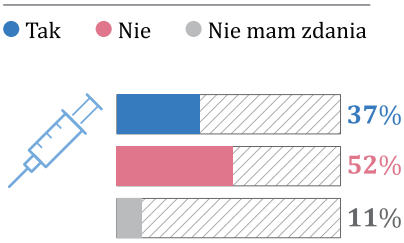
*Czy w szkole powinien być **gabinet stomatologiczny?***



*Czy wykonywanie **badań bilansowych** dziecka powinno być zapewnione w szkole?*



*Czy wykonywanie **obowiązkowych szczepień ochronnych** dziecka powinno być przeprowadzane w szkole?*



Źródło: Opracowanie własne NIK.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli

Celem kontroli była ocena, czy funkcjonujący system opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, szczególnie w zakresie opieki profilaktycznej, zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne tej populacji.

Cele szczegółowe

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

1. Czy zapewniono dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym zakres świadczeń medycznych, których ona wymaga?
2. Czy zapewniono całej populacji dzieci i młodzieży równy dostęp do usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych?
3. Czy sposób organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym efektywnie wykorzystywał istniejące zasoby finansowe i osobowe?
4. Czy systematycznie wdrażano działania doskonalące system opieki i zapewniające satysfakcję dzieci i rodziców, jak i personelu medycznego realizującego te usługi?

Zakres podmiotowy

Kontrola została przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia, czterech urzędach marszałkowskich, 12 urzędach gmin i 12 podmiotach leczniczych realizujących umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna[140] oraz leczenia stomatologicznego[141].

Kryteria kontroli

Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli w 29 jednostkach:

Ministerstwo Zdrowia na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

Urzędy marszałkowskie i gminy (miejskie, wiejskie, miejsko-wiejskie) na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.

Podmioty lecznicze na podstawie art. 2 ust. 2 albo ust. 3 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 albo 3 ustawy o NIK, ocena odpowiednio[142] pod względem legalności, gospodarności i rzetelności lub legalności i gospodarności.

Okres objęty kontrolą

2015–2017 (do czasu zakończenia kontroli) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres. Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od dnia 5 września do 30 listopada 2017 r.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W ramach przygotowania przedkontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, uzyskano z Ministerstwa Zdrowia informacje dotyczące

[140] W zakresach: świadczenia pielęgniarki szkolnej, świadczenia pielęgniarki POZ i świadczenia lekarza POZ.

[141] W zakresie: świadczenia ogónostomatologiczne oraz świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. Opcjonalnie, w sytuacji gdy na terenie kontrolowanej gminy funkcjonowały podmioty lecznicze udzielające profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ, pielęgniarkę/higienistkę szkolną oraz lekarza dentystę.

[142] W zależności od formy prowadzonej działalności leczniczej.

funkcjonowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, w tym m.in. przygotowywanego materiału na posiedzenia sejmowych lub senackich Komisji Zdrowia, interpelacji, skarg i wniosków skierowanych do Ministra Zdrowia oraz prowadzonych prac legislacyjnych w tym zakresie.

W ramach postępowania kontrolnego, korzystając z uprawnień określonych w art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zasięgano informacji w następujących jednostkach – Głównym Inspektoracie Sanitarnym, Ministerstwie Edukacji Narodowej, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych oraz Narodowym Funduszu Zdrowia.

Do przygotowania informacji o wynikach kontroli wykorzystano również zebrany materiał w ramach kontroli: P/17/056 „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r.".

Pozostałe informacje

Kontrola została podjęta zgodnie z sugestią Sejmu RP i ujęta w planie pracy na 2017 r. W ramach przygotowania przedkontrolnego zostały przeprowadzone analizy wyników wcześniejszych kontroli, informacji prasowych dotyczących funkcjonowania opieki zdrowotnej, w szczególności opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, a także stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.

Departament Zdrowia w ramach przygotowania do kontroli planowej koordynowanej przeprowadził w 2016 r. kontrolę rozpoznawczą R/16/001 – „Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym" w trzech podmiotach:

- Urzędzie Miejskim w Wołominie, w zakresie tworzenia warunków dla organizacji i profilaktyki oraz opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w szkołach, dla których jest organem prowadzącym;
- Miejskim Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 1, w zakresie stopnia spełniania wymogów NFZ i MZ realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, realizacji umów z NFZ oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie zgodności z obowiązującymi standardami;
- Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie stopnia spełniania wymogów NFZ i MZ realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (dostosowania pomieszczeń, wyposażenia w sprzęt, kwalifikacje i liczby personelu medycznego), realizacji umów z NFZ, sposobu prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń, realizacji świadczeń pediatrycznej opieki zdrowotnej w zakresie zgodności z obowiązującymi standardami oraz efektów procesu restrukturyzacji.

W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia (jednostka koordynująca kontrolę) oraz cztery Delegatury NIK w Gdańsku, Krakowie, Olsztynie i Poznaniu. Departament Zdrowia przeprowadził trzy kontrole, a Delegatury NIK przeprowadziły łącznie 26 kontroli jednostkowych.

ZAŁĄCZNIKI

Wybór jednostek do kontroli wynikał z realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia, w tym:
- Minister Zdrowia – decydent kierujący działem administracji rządowej zdrowie i kreator polityki zdrowotnej Państwa;
- jednostki samorządu terytorialnego – organy prowadzące szkoły, do ich zadań należy m.in. ochrona zdrowia w przypadku samorządów gmin (miejskich, wiejskich oraz miejsko-wiejskich) oraz promocja i ochrona zdrowia w przypadku samorządów województw;
- podmioty lecznicze – podmioty wykonujące działalność leczniczą na rzecz dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

Wyboru województw dokonano na podstawie kryterium – największej i najmniejszej populacji dzieci i młodzieży w wieku edukacyjnym, zamieszkałej na terenie województwa. Wyboru jednostek samorządu terytorialnego (gmin miejskich, wiejskich oraz miejsko-wiejskich) dokonano na podstawie kryterium – największej populacji dzieci i młodzieży w wieku edukacyjnym, zamieszkałej na terenie gminy w danym województwie.

Wyboru podmiotów leczniczych dokonano uwzględniając największą populację dzieci i młodzieży w szkołach na terenie każdej z kontrolowanych gmin oraz biorąc pod uwagę realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresach: świadczenia pielęgniarki szkolnej i świadczenia lekarza POZ oraz w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresach: świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym do ukończenia 18. r.ż. i świadczenia ogólnostomatologiczne.

Kontrolą objęto 12 podmiotów leczniczych w różnych formach prowadzonej działalności leczniczej oraz udzielających profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w różnych zakresach i rodzajach, w tym rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i leczenie stomatologiczne.

Spośród 12 podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna:
- 11 podmiotów leczniczych udzielało świadczeń w zakresach: 1) świadczenia pielęgniarki szkolnej oraz 2) świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej; w tym pięć podmiotów leczniczych udzielało świadczeń w zakresach: 1) świadczenia lekarza POZ oraz 2) świadczenia pielęgniarki POZ;
- jeden podmiot leczniczy udzielał świadczeń tylko w zakresie świadczeń lekarza POZ.

Spośród kontrolowanych podmiotów leczniczych tylko dwa udzielały kompleksowo świadczeń w dwóch rodzajach świadczeń, tj. w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej (w zakresach: świadczenia pielęgniarki szkolnej, świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej, świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ) oraz w rodzaju leczenie stomatologiczne (w zakresach: świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.).

W trakcie kontroli wśród rodziców uczniów ze szkół podstawowych, gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych, dla których kontrolowane jednostki były organami prowadzącymi, została przeprowadzona anonimowa ankieta on-line w celu uzyskania informacji oraz poznania opinii rodziców na temat funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Ankieta została przekazana za pośrednictwem kierowników kontrolowanych jednostek. Z ankietowania wyłączono rodziców uczniów klas pierwszych szkół podstawowych. Formularze elektronicznego kwestionariusza były aktywne do 30 listopada 2017 r.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

W ramach postępowania kontrolnego na podstawie art. 53 ust. 6 ustawy o NIK skierowano wystąpienia pokontrolne do kierowników wszystkich 29 jednostek kontrolowanych. Do oceny ogólnej oraz ocen szczegółowych zastosowano ocenę opisową, z odwołaniem do kryteriów kontroli NIK.

Sformułowano 48 wniosków pokontrolnych. Adresaci wystąpień pokontrolnych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu bądź niewykonaniu wniosków. Według stanu na dzień 15 kwietnia 2018 r. zrealizowano 29 wniosków, 17 było w trakcie realizacji, a dwa nie zostały zrealizowane.

Pod adresem Ministra Zdrowia skierowano wnioski dotyczące:
- bieżącego monitorowania realizowanych zadań i ich efektów, w oparciu o wskaźniki ewaluacji, w celu dokonywania systematycznej oceny stopnia realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020;
- wprowadzenia do umów cywilnoprawnych zawieranych z konsultantami krajowymi postanowień umożliwiających egzekwowanie realizacji zleconych zadań oraz składanie raportów w zakresie zrealizowanych zadań z całego roku.

Wnioski skierowane pod adresem jst dotyczyły następujących kwestii:
- planowania i realizacji wydatków budżetowych na ochronę zdrowia zgodnie z klasyfikacją budżetową w zakresie programów polityki zdrowotnej;
- podjęcia działań zmierzających do rozpoznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, których analiza umożliwiałaby diagnozowanie i ocenę skali występowania problemów, a tym samym stanowiła podstawę do ewentualnego zaplanowania i wdrażania programów polityki zdrowotnej;
- dokonywania wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej w drodze konkursu ofert;
- konsultowania z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami opracowanych programów polityki zdrowotnej;
- tworzenia warunków umożliwiających wszystkim uczniom korzystanie z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole;
- opracowania i realizowania programów polityki zdrowotnej uwzględniających zaspokajanie potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży, w oparciu o wyniki przeprowadzonej analizy;
- podjęcia działań mających na celu sporządzenie dokumentu, o charakterze strategicznym w zakresie polityki zdrowotnej, wskazującego pożądane kierunki działań oraz cele do osiągnięcia;

– przeprowadzenia rzetelnej analizy i oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców gminy, w szczególności dzieci i młodzieży oraz czynników powodujących ich zmiany;
– przeprowadzenia rzetelnej i pełnej analizy oraz oceny potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku edukacyjnym oraz czynników powodujących ich zmiany;
– gromadzenia danych umożliwiających analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany w odniesieniu do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym;
– określenia w regulaminie organizacyjnym urzędu i w zakresach czynności poszczególnych pracowników zadań z zakresu ochrony zdrowia;
– terminowego zamieszczania w Biuletynie Informacji Publicznej sprawozdań z realizacji programów współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego.

Wnioski skierowane pod adresem podmiotów leczniczych dotyczyły następujących kwestii:
– zapewnienia dostępności świadczeń pielęgniarki szkolnej zgodnie z harmonogramem czasu pracy, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ;
– bieżącego aktualizowania harmonogramu, stanowiącego załącznik do umowy z NFZ, w zakresie miejsca i czasu dostępności świadczeń pielęgniarek szkolnych;
– zapewnienia dostępności świadczeń pielęgniarki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką;
– zwiększenia nadzoru nad terminowością wykonywania zabiegów fluoryzacji zębów;
– przeprowadzania u wszystkich dzieci i młodzieży szkolnej wymaganych badań bilansowych i testów przesiewowych;
– udzielania świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej uczniom w miejscach wskazanych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia, tj. pomieszczeniach spełniających określone wymagania lub podjęcia działań umożliwiających realizację świadczenia tych usług w szkołach;
– dostosowania gabinetów do wymogów, o których mowa w § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
– wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej oraz pomocy przedlekarskiej w wymagany sprzęt, aparaturę i produkty lecznicze;
– prowadzenia dokumentacji dla posiadanych wyrobów medycznych, w celu dokumentowania przeglądów technicznych, wzorcowań, regulacji oraz działań serwisowych;
– przechowywania leków w wymaganych warunkach i przez okres określony przez ich producenta, zapewniających przydatność tych leków do użycia;
– dokonania zmian w zawartych umowach na realizację świadczeń pielęgniarki/higienistki szkolnej, uwzględniając w nich dni i godziny dostępności w gabinecie profilaktyki zdrowotnej oraz dokumentowanie czasu pracy;
– opracowania harmonogramów dostępności miejsc udzielania świadczeń pielęgniarki szkolnej w gabinetach profilaktyki zdrowotnej;

– podjęcia działań w celu stworzenia przez dyrektorów szkół warunków do równego dostępu uczniów do gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej;
– stworzenia przez dyrektorów szkół warunków do udzielania świadczeń w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej uczniom objętych opieką;
– dokumentowania kwalifikacyjnych badań lekarskich przed podaniem dawki szczepienia przypominającego;
– terminowego przekazywania sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych;
– bieżącego przypisywania uczniów do typu niepełnosprawności, zgodnie z posiadanymi przez nich orzeczeniami o niepełnosprawności;
– uzupełnienia regulaminu organizacyjnego o zadania realizowane w ramach świadczeń pielęgniarki szkolnej.

Do trzech wystąpień pokontrolnych skierowanych do Ministra Zdrowia, Marszałka Województwa Wielkopolskiego oraz Marszałka Województwa Pomorskiego wpłynęło łącznie 16 zastrzeżeń.

W przypadku trzech zastrzeżeń zgłoszonych do jednego wystąpienia pokontrolnego wydane zostało postanowienie o odmowie przyjęcia złożonych zastrzeżeń z powodu zgłoszenia ich przez osobę nieuprawnioną.

Na postanowienie Dyrektora jednostki kontrolnej o odmowie przyjęcia zgłoszonych zastrzeżeń wpłynęło zażalenie do Prezesa NIK, który wydał postanowienie o utrzymaniu w mocy zaskarżonego postanowienia.

Na 13 zastrzeżeń podlegających rozpatrzeniu dwa zostały uwzględnione w całości, dwa uwzględnione w części, pozostałe zastrzeżenia zostały oddalone.

Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli sprawozdawcze skutki nieprawidłowości wyniosły 62,7 tys. zł, była to kwota niewłaściwej klasyfikacji wydatków budżetowych dotyczących realizacji programu polityki zdrowotnej.

Tabela nr 1
Wykaz jednostek kontrolowanych

Wykaz jednostek kontrolowanych

L.p.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności[143]	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę
1.	Ministerstwo Zdrowia	Konstanty Radziwiłł Marian Zembala Bartosz Arłukowicz	O	Departament Zdrowia
2.	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w Gdańsku	Mieczysław Struk	O	
3.	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie	Jacek Krupa	O	

[143] Zastosowane skróty: O – ocena opisowa.

L.p.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę
4.	Urząd Miejski w Tczewie	Mirosław Pobłocki	O	Delegatura w Gdańsku
5.	Urząd Miejski w Kartuzach	Mieczysław Grzegorz Gołuński	O	
6.	Urząd Gminy Sierakowice	Tadeusz Kobiela	O	
7.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SALUS s.c. Medycyna Szkolna w Tczewie	Anna Godos (Wspólnik)	O	
8.	Niepubliczny Zakład Medycyny Szkolnej PROMED, Krystyna Pruska w Kartuzach	Krystyna Pruska (Właściciel)	O	
9.	Kaszubskie Centrum Medyczne w Sierakowicach	Stanisław Czerwonka	O	
10.	Urząd Miasta w Nowym Targu	Grzegorz Watycha	O	Delegatura w Krakowie
11.	Urząd Miasta i Gminy w Wieliczce	Artur Kozioł	O	
12.	Urząd Gminy Chełmiec	Bernard Stawiarski	O	
13.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PULS" w Nowym Targu, Mirosława Frankowska-Majchrzak i Anna Galica Spółka Jawna	Mirosława Frankowska-Majchrzak i Anna Galica (Wspólnicy)	O	
14.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe sp. z o.o.	Tomasz Walasek	O	
15.	„PRAXIS" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Nowym Sączu	Anna Olech	O	
16.	Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie	Gustaw Marek Brzezin	O	Delegatura w Olsztynie
17.	Urząd Miejski w Giżycku	Wojciech Karol Iwaszkiewicz	O	
18.	Urząd Miejski w Piszu	Andrzej Szymborski	O	

L.p.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę
19.	Urząd Gminy Iława	Krzysztof Harmaciński	O	Delegatura w Olsztynie
20.	„Zdrowie Ucznia" s.c., Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Profilaktyki Szkolnej" w Giżycku	Zofia Komarowska (Wspólnik)	O	
21.	Stowarzyszenie „Zdrowie" Niepubliczny Ambulatoryjny Zakład Opieki Zdrowotnej w Piszu	Ludmiła Michałkowska	O	
22.	Ośrodek Zdrowia Rodzina sp. z o.o. w Iławie	Roman Żuralski	O	
23.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu	Marek Woźniak	O	Delegatura w Poznaniu
24.	Urząd Miejski w Kaliszu	Grzegorz Sapiński	O	
25.	Urząd Miasta i Gminy w Swarzędzu	Marian Szkudlarek	O	
26.	Urząd Gminy Gniezno	Włodzimierz Leman	O	
27.	Zakład Opieki Zdrowotnej Medycyny Szkolnej „SZKOLMED" s.c. w Kaliszu	Mariola Pyszkowska	O	
28.	Ośrodek Medycyny Szkolnej „PROFMED" Danuta Szymaniak, Małgorzata Czeszewska s.c. w Swarzędzu	Jadwiga Zielińska	O	
29.	Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Vitamed", Białczyk, Michalska, Musiałowicz, Różewicka, Wiecki, Wietecka, Spółka Jawna w Gnieźnie	Piotr Wojciech Musiałowicz	O	

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Konwencja o prawach dziecka

Zgodnie z Konwencją o prawach dziecka, przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r.[144] i ratyfikowaną przez Polskę w 1991 r., dziecko ma prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej i Państwa-Strony muszą dążyć do zapewnienia, aby żadne z nich nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej (art. 24 ust. 1). W szczególności mają podejmować działania w celu zapewnienia udzielania koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej; rozwoju profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz poradnictwa dla rodziców (art. 24 ust. 2 lit. b i f).

Obowiązki państwa w zakresie ochrony zdrowia

Stosownie do art. 68 ust. 1–3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.[145] każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom. Polski system opieki zdrowotnej został więc oparty o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw. Wśród nich szczególne znaczenie ma ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Zadaniem władz publicznych jest prowadzenie działań przyczyniających się do ochrony i poprawy zdrowia.

Zadania JST

Jednym z podstawowych zadań samorządu terytorialnego jest wsparcie mieszkańców w utrzymaniu należytego stanu zdrowia. Sposób realizacji programów zdrowotnych oraz podmiotów upoważnionych do ich wdrażania został uregulowany w szeregu przepisów prawnych, w tym m.in.:

- ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym[146],
- ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym[147],
- ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa[148],
- ustawie o działalności leczniczej,

które określają w sposób ogólny rolę gmin, powiatów i województw, wskazując, że do ich zadań należy m.in. ochrona zdrowia (w przypadku gmin) oraz promocja i ochrona zdrowia (w przypadku powiatów i województw). Kolejne akty prawne precyzują te zadania.

Programy polityki zdrowotnej

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej definiuje pojęcie programu polityki zdrowotnej oraz wskazuje podmioty, które mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy, w tym jednostki samorządu terytorialnego. Wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej dokonuje się w drodze konkursu ofert (art. 48 ww. ustawy). Wszystkie szczeble admini-

[144] Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526, ze zm.

[145] Dz. U. Nr 78 poz. 483, ze zm., zwana dalej *Konstytucją RP*.

[146] Dz. U. z 2017 r. poz. 1875, ze zm.

[147] Dz. U. z 2017 r. poz. 1868.

[148] Dz. U. z 2017 r. poz. 2096, ze zm.

stracji samorządowej są zobowiązane do opracowywania i realizacji oraz oceny efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców (wytyczne te zawarto w art. 7-9 ustawy). Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z dnia 22 lipca 2014 r.[149] wprowadziła jeszcze wymóg sporządzania programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, uwzględniającego specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych (art. 48a ust. 1 ww. ustawy). Projekt programu polityki zdrowotnej powinien zostać przekazywany do Agencji Oceny Technologii i Taryfikacji w celu jego zaopiniowania.

Od dnia 1 stycznia 2017 r. NFZ, na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w kwocie nieprzekraczającej:

– 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.;
– 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego innej, niż wymieniona w pkt 1.

W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z dnia 10 czerwca 2016 r. z dniem 15 lipca 2016 r. wprowadziła dwa nowe przepisy: art. 9a i 9b, które przewidują nowy mechanizm finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Nowa regulacja przewiduje alternatywną, względem możliwości finansowania świadczeń na podstawie umów zawieranych z Funduszem, formę zaspokajania potrzeb mieszkańców tej wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia.

W przypadku gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, umowa z jst może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie. O zawarciu takiej umowy, świadczeniodawca, będący równocześnie stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jest obowiązany poinformować właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Świadczeniodawca jest obowiązany przesyłać do wiadomości tego oddziału w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego.

[149] Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.

Świadczenia adresowane do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

W katalogu świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób w art. 27 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, kilka z nich adresowanych jest bezpośrednio do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, które obejmują m.in.

1) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
2) wykonywanie szczepień ochronnych;
3) promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
4) wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
5) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia;
6) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie.

Objęcie dzieci i młodzieży świadczeniami profilaktycznej opieki zdrowotnej zawarte jest również w art. 92 ust. 1 ustawy o systemie oświaty. Pielęgniarka POZ środowiska nauczania i wychowania planuje i realizuje opiekę pielęgnacyjną nad uczniami na terenie szkoły lub w placówce, o której mowa w art. 2 pkt 5 ustawy o systemie oświaty[150], w porozumieniu z dyrektorem szkoły lub placówki. W świetle tej ustawy, organy prowadzące szkoły są zobowiązane do zapewnienia warunków sprawowania tej opieki nad uczniami.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą

Organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętą obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia, określa rozporządzenie w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 3 rozporządzenia opieka ta sprawowana jest przez:

– lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
– lekarza dentystę,
– pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, albo higienistkę szkolną[151],

[150] Obowiązującym do 31 sierpnia 2017 r.

[151] W klasyfikacji zawodów i specjalności zawód higienistki szkolnej jest pod kodem 325902. Higienista szkolna – to osoba, która nadzoruje stan sanitarny placówek nauczania i wychowania, stan zdrowia i rozwoju uczniów oraz oświatę zdrowotną w szkolnictwie. Higienistką szkolną może zostać osoba, która posiada wykształcenie średnie medyczne w zawodzie higienistki szkolnej lub ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną z uprawnieniami szkoły publicznej i uzyskała dyplom higienistki szkolnej.

– w stosunku do osób objętych indywidualnym nauczaniem, o których mowa w art. 71b ustawy o systemie oświaty, przez pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej.
– dopuszcza się także sprawowanie profilaktycznej opieki nad uczniami, którzy nie są objęci indywidulanym nauczaniem, przez położną, posiadającą określone kwalifikacje, tj. ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo kurs równoważny oraz co najmniej pięcioletni staż pracy w środowisku nauczania i wychowania.

Zgodnie z § 8 ust. 1 ww. rozporządzenia, profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą pielęgniarka, higienista szkolna albo położna sprawują w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Natomiast lekarze, w tym lekarze dentyści, sprawują profilaktyczną opiekę nad uczniami w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (§ 7). W przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, opiekę tę sprawują lekarz i pielęgniarka w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a dokumentacja medyczna ucznia jest przechowywana przez właściwego dla ucznia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (§ 12 ww. rozporządzenia).

Zgodnie z § 24 ust. 2 Zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ Prezesa NFZ[152] pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych. Zapewnia również dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z harmonogramem pracy pielęgniarki szkolnej, z uwzględnieniem zasad określonych w części III załącznika nr 4[153] rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zadania lekarzy i pielęgniarek określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

[152] W okresie objętym kontrolą obowiązywały również: Zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. NFZ poz. 50, ze zm.), Zarządzenie Nr 77/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ, poz. 77, ze zm.), Zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ, poz. 69, ze zm.).

[153] Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

i położnej podstawowej opieki zdrowotnej[154] oraz zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej[155].

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z pielęgniarką i położną podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania, innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców oraz przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

W ramach udzielania świadczeń pielęgniarka POZ współpracuje m.in. z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną, innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych, rodziną lub opiekunami świadczeniobiorcy oraz przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

Świadczenia pielęgniarki/ higienistki szkolnej

Świadczenia z zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami należą do świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniu koszykowym w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z częścią I załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń POZ, świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej obejmują:

1) wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, zgodnie z warunkami określonymi w części II rozporządzenia;
2) kierowanie postępowaniem poprzesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów;
3) czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
4) sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;
5) udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruć;
6) doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;
7) edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej;
8) prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;
9) udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

[154] Dz. U. poz. 1567. Do dnia 15 czerwca 2016 r. obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).

[155] Numer: 69/2013/DSOZ, 77/2015/DSOZ, 50/2016/DSOZ i 122/2017/DSOZ.

Szczepienia ochronne

Profilaktyka przed chorobami epidemicznymi jest obowiązkiem władz publicznych (art. 68 ust. 4 Konstytucji RP). W ramach realizacji tego obowiązku państwo opracowuje Program Szczepień Ochronnych, który rokrocznie jest modyfikowany stosownie do aktualnej sytuacji epidemiologicznej, a do którego to programu odsyła § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych[156].

Podstawą prawną nałożenia obowiązku szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym jest art. 5 ust 1 pkt 1b oraz art. 17 ust. 1 i 11 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, a zgodnie z art. 2 oraz art. 5 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej[157], do zakresu jej zadań należy m.in. prowadzenie działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych.

Kwestie sposobu egzekwowania ww. obowiązku szczepień, jako obowiązku o charakterze niepieniężnym, zostały określone w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji[158]. Zgodnie z art. 2 § 1 pkt 10 ww. ustawy, egzekucji administracyjnej podlegają obowiązki niepieniężne pozostające we właściwości organów administracji rządowej i samorządu terytorialnego lub przekazane do egzekucji administracyjnej na podstawie przepisu szczegółowego, przy czym zgodnie z art. 3 § 1 ww. ustawy egzekucję administracyjną stosuje się nie tylko do obowiązków, które wynikają z decyzji lub postanowień właściwych organów, lecz w zakresie administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego również wtedy, gdy obowiązki wynikają bezpośrednio z przepisu prawa (tj. nie podlegają konkretyzacji w formie decyzji administracyjnych), chyba że przepis szczególny zastrzega dla tych obowiązków tryb egzekucji sądowej.

Priorytet zdrowotny – opieka nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym

Kwestia związana z opieką nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym jest wskazana jako priorytetowa. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych[159] jest nim m.in. zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz przeciwdziałanie występowaniu otyłości.

Regulacje dotyczące dzieci i młodzieży znajdują się także w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii[160], gdzie w art. 10 ust. 1 pkt 3 wskazano, iż do zadań własnych gminy służących przeciwdziałaniu narkomanii należy prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych.

[156] Dz. U. Z 2016 r. poz. 849, ze zm.

[157] Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, ze zm.

[158] Dz. U. z 2017 r. poz. 1201, ze zm.

[159] Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126.

[160] Dz. U. z 2017 r. poz. 783, ze zm.

Podobny przepis znajduje się w ustawie z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi[161], tj. art. 4^1 ust. 1 stanowi, że wśród działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych zaliczanych do zadań własnych gmin należy prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych.

Szczególna troska o dzieci i młodzież wyrażona została również w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[162], który stanowi, że dzieci i młodzież są jedną z grup, wobec której podejmowanie działań zapobiegawczych w zakresie zdrowia psychicznego jest traktowane priorytetowo.

Działania te obejmują m.in.: stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych, a także tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego.

Zadania z zakresu zdrowia publicznego

W dniu 3 grudniu 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym[163] i określiła zadania z zakresu zdrowia publicznego, które obejmują m.in.:

- monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży;
- promocję zdrowia;
- profilaktykę chorób;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku nauki;
- analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- działania w obszarze aktywności fizycznej.

[161] Dz.U. z 2016 r. poz. 487, ze zm.

[162] Dz. U. z 2017 r. poz. 882, ze zm.

[163] Dz. U. z 2017 r. poz. 2237, ze zm. Zgodnie z art. 30, ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem: 1) art. 4 ust. 2 pkt 7, który wszedł w życie z dniem 1 października 2017 r.; 2) art. 9, art. 19 pkt 1, 3, 4 i 6, art. 20, art. 23 i art. 25 pkt 1, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.; 3) art. 12 i art. 22, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.; 4) oraz art. 21, który wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Współdziałanie organów i jednostek w zakresie realizacji zadań

Zadania z zakresu zdrowia publicznego, zgodnie z art. 3 tej ustawy, realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej[164], państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 ustawy, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

W zakresie monitorowania i oceny stanu zdrowia społeczeństwa, samorząd gminy oraz samorząd powiatu mogą współpracować z samorządem województwa. W zakresie analizy adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa samorząd województwa współpracuje z wojewodą.

NFZ realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na zasadach określonych w art. 48d tej ustawy.

W 2016 r., zgodnie z art. 28 ustawy o zdrowiu publicznym, programy i działania podejmowane przez jst związane z zakresem spraw zdrowia publicznego były realizowane na dotychczasowych zasadach, w tym m.in. wojewódzkie i gminne programy profilaktyki i rozwiazywania problemów alkoholowych oraz programy przeciwdziałania narkomanii.

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej

W dniu 1 grudnia 2017 r. weszła w życie ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej[165], określająca cele i organizację podstawowej opieki zdrowotnej oraz zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń.

Zgodnie z art. 17 tej ustawy, w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą zespół POZ współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Współpraca polega na udzielaniu porad, stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy.

Ustawa nie miała zastosowania w okresie objętym kontrolą.

[164] Dz. U. z 2017 r. poz. 888, ze zm.

[165] Dz. U. poz. 2217.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477, ze zm.).
2. Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526, ze zm.).
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).
7. Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U z 2017 r. poz. 2237, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077).
9. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2017 r. poz. 2096, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487, ze zm.).
13. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783, ze zm.).
14. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, ze zm.).
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617).
16. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 890).
17. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.).
18. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, ze zm.).
19. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59, ze zm.).

20. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151).
21. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, ze zm.).
22. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2017 r. poz. 1201, ze zm.).
23. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211, ze zm.).
24. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2018 r. poz. 450).
25. Ustawa z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1774).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 849, ze zm.).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 26).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), uchylone z dniem 16 czerwca 2016 r., obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1567).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.) uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r. i z tym dniem weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.).
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133).
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).

34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 188).
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 193, ze zm.).
37. Rozporządzenie z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz. U. Nr 254, poz. 1711).
39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1215).
40. Zarządzenie Nr 122/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. NFZ, poz. 122, ze zm.).
41. Zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. NFZ, poz. 50, ze zm.). Obwiązywało od dnia 28 czerwca 2016 r. i zostało uchylone z dniem 1 grudnia 2017 r.
42. Zarządzenie Nr 77/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ, poz. 77, ze zm.). Obowiązywało od dnia 20 listopada 2015 r. i zostało uchylone z dniem 28 czerwca 2016 r.
43. Zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ, poz. 69, ze zm.). Obowiązywało od 27 listopada 2013 r. i zostało uchylone z dniem 31 grudnia 2015 r.

44. Zarządzenie Nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (Dz. Urz. NFZ, poz. 23).
45. Zarządzenie Nr 57/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (Dz. Urz. NFZ, poz. 57). Obowiązywało od 1 lipca 2016 r. i zostało uchylone z dniem 25 marca 2017 r.
46. Zarządzenie Nr 94/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (Dz. Urz. NFZ, poz. 94, ze zm.). Obowiązywało od 24 grudnia 2014 r. i zostało uchylone z dniem 1 lipca 2016 r.
47. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 4 stycznia 2017 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2017 r. (Dz. Urz. MZ, poz. 1).
48. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2015 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2016 r. (Dz. Urz. MZ, poz. 63).
49. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 30 października 2014 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2015 r. (Dz. Urz. MZ, poz. 72).
50. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZ, z 2011 r. Nr 4, poz. 42).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Rzecznik Praw Dziecka
8. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
9. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
10. Sejmowa Komisja Zdrowia
11. Sejmowa Komisja Edukacji, Nauki i Młodzieży
12. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
13. Senacka Komisja Zdrowia
14. Senacka Komisja Nauki, Edukacji i Sportu
15. Minister Finansów
16. Minister Zdrowia
17. Minister Edukacji Narodowej
18. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
19. Rzecznik Praw Pacjenta

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli

Minister Zdrowia

Warszawa,

DNM.073.26.2017.18.KCZ

Pan
Krzysztof Kwiatkowski
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli P/17/058 ***„Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym”*** i Informacji o wynikach kontroli z dnia 30 kwietnia 2018 r. o znaku: KZD.430.009.2017, poniżej przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

Na wstępie uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia w 2016 r. – w okresie objętym kontrolą – podjął działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej dla uczniów. Organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym została na nowo zdefiniowana i określona w projekcie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami. Wyżej wymieniony projekt został przekazany do uzgodnień i konsultacji publicznych z terminem zgłaszania uwag do 21 maja 2018 r. oraz zamieszczony na stronie Rządowego Centrum Legislacji pod adresem:

https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12310607.

W projekcie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami uregulowano zagadnienia, które zostały wskazane jako wnioski Najwyższej Izby Kontroli (str. 16) niezbędne do zrealizowania przez Ministra Zdrowia, w szczególności:

1) stworzenie podstaw monitorowania oraz oceny realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej i opieki stomatologicznej (str. 16 – pkt 2);
2) ograniczenie braków kadrowych i dysproporcji struktury wiekowej pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania przez zapewnienie możliwości podejmowania pracy w szkole pielęgniarkom posiadającym tytuł specjalisty

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego i pielęgniarstwa pediatrycznego oraz magistrów pielęgniarstwa bez obowiązku stażu w szkole lub posiadania kursu kwalifikacyjnego; w przypadku pielęgniarek, które ukończyły lub odbywają kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego wymagane będzie w okresie 5 lat od wejścia w życie ustawy ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania (str. 16 – pkt 5);

3) zwiększenie dostępu do świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolnej przez planowane obniżenie liczby uczniów na etat, a tym samym – wydłużenie czasu pracy pielęgniarki albo higienistki w szkole (str. 16 – pkt 5);
4) zwiększenie kompetencji pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej o koordynację profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej oraz ścisłą współpracę z rodzicami ucznia i pracownikami szkoły (str. 16 – pkt 1 i 7);
5) poprawę dostępności do świadczeń stomatologicznych w szkole przez wskazanie, że organy prowadzące szkołę mogą tworzyć i wyposażać gabinety stomatologiczne (str. 16 – pkt 1).

Ponadto, wejście w życie projektowanej ustawy umożliwi dalsze działania legislacyjne w zakresie opracowania i nowelizacji aktów wykonawczych umożliwiających realizację wniosków *de lege ferenda* zawartych w ww. Informacji (str. 16).

Część 3. Synteza, str. 10.

W odniesieniu do akapitu *Braki kadrowe i dysproporcje struktury wiekowej pielęgniarek,* wskazuję, że szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek oraz w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek, były uznane za dziedziny priorytetowe również we wcześniejszych latach np.: w 2016 r. dla 6 województw, każda z dziedzin. Natomiast w 2015 r., dziedziny te były uznane jako priorytetowe dla 4 województw w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek oraz dla 3 województw w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek. W związku z czym zdanie *„Minister Zdrowia dopiero w 2017 r. uznał dziedziny pielęgniarstwa pediatrycznego i rodzinnego za priorytetowe (…)”*, nie jest właściwe, gdyż dziedziny te były uznawane za priorytetowe już wcześniej,

stosownie do propozycji w tym zakresie składanych przez marszałków województw oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Część 4. Wnioski, pkt 5, str. 16.

Odnosząc się do wniosku nr 5 na str. 16, w uzupełnieniu powyżej wymienionych informacji, należy wskazać, że mając na uwadze problemy występujące w polskim pielęgniarstwie i położnictwie, w tym m.in. zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 21 kwietnia 2017 r. powołał Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce[1]. W ramach prac Zespołu został wypracowany dokument pn. *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa*, który jest zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Dokument ten określa kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów. *Strategia* będzie jednym z ważnych narzędzi w realizacji polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia w najbliższej perspektywie czasowej. Jednym z priorytetowych działań jest m.in. zwiększenie liczby studentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo poprzez zwieszenie dotacji dydaktycznej dla uczelni medycznych od roku akademickiego 2018/2019.

Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, pkt 5.1. Organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, str. 23.

Odnosząc się do informacji wskazanej na str. 23: *„Minister Zdrowia, na podstawie zawartych umów zlecenia, żądał od konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i pielęgniarstwa rodzinnego składania rocznych raportów z wykonania zadań za 9 lub 10 miesięcy i o zadaniach planowanych do końca danego roku, wraz z opinią o zasobach kadrowych, co było niezgodne z art. 13 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, który stanowi, że konsultanci krajowi składają Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia roczny raport dokumentujący wykonanie zadań w terminie do końca marca za rok poprzedni, natomiast opinię dotyczącą zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych, jako odrębny dokument – w terminie do 30 listopada każdego roku. Wyjaśniając przyczynę podano, że termin określony w ustawie jest granicznym terminem złożenia raportu, dlatego termin wcześniejszy należałoby uznać, jako dopuszczalny. W ocenie NIK wcześniejsze złożenie raportu jest dopuszczalne, o ile dotyczy on zadań*

[1] Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 50, z późn. zm.

wykonanych w ciągu całego roku. Raport informujący o zadaniach planowanych nie jest równoznaczny z raportem dotyczącym wykonania zadań", należy wskazać, iż w wykonaniu zaleceń pokontrolnych, w odpowiedzi na pismo o znaku: PP-WPS.079.1.2018.1.WK, z dnia 15 stycznia 2018 r. Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, konsultanci krajowi w dziedzinach pielęgniarstwa, przysłali do Ministerstwa Zdrowia uzupełnienia raportów rocznych, zawierające wykonywanie zadań konsultanta za 12 miesięcy 2017 r., w ustawowym terminie, tj. do dnia 31 marca 2018 r.

Ponadto w celu stałej realizacji powyższego zadania w Ministerstwie Zdrowia przygotowano treść umowy zlecenia zawieranej przez Ministra Zdrowia z konsultantami w 2018 r. oraz przewidzianej do zawarcia w latach następnych, precyzując sposób egzekwowania od konsultanta krajowego sprawozdania z realizacji zleconych zadań w terminie umożliwiającym zleceniodawcy dokonanie płatności wynagrodzenia w roku obrotowym, wraz z deklaracją konsultanta w treści umowy dotyczącą złożenia raportu rocznego dokumentującego wykonywanie zadań z całego roku w ustawowym terminie, tj. do dnia 31 marca.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia
Ministra Zdrowia

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Janusz Cieszyński
/dokument podpisany elektronicznie/