



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Krzysztof Kwiatkowski

KZD.410.006.01.2017
P/17/058

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/058 – Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Grażyna Mazurek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/37/2017 z dnia 4 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-923 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia od dnia 16 listopada 2015 r. Poprzednio Ministrem Zdrowia był Marian Zembala od 16 czerwca 2015 r. do 15 listopada 2015 r. i Bartosz Arłukowicz, od 18 listopada 2011 r. do 15 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 3-9)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna¹

System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, szczególnie w zakresie opieki profilaktycznej, nie zapewniał bezpieczeństwa zdrowotnego tej populacji.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Liczba personelu medycznego sprawująca opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą była niewystarczająca oraz nierównomiernie rozmieszczona w skali kraju. Brak było wskaźników określających pożądaną liczbę kadry medycznej, sprawującej opiekę medyczną nad uczniami, w odniesieniu do wielkości populacji. Minister Zdrowia nie był zatem w stanie rzetelnie ocenić niedoborów specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Minister Zdrowia nie podejmował skutecznych działań w celu zapewnienia całej populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym pełnego zakresu świadczeń profilaktycznych i medycznych. Funkcjonujący model profilaktycznej opieki zdrowotnej nie zapewniał dostępności świadczeń pielęgniarstwa i higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do planu godzin lekcyjnych oraz dostatecznych działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki i edukacji prozdrowotnej. Natomiast brak opieki lekarskiej i dentystrycznej w większości szkół uniemożliwiał zapewnienie kompleksowej opieki nad uczniami.

Minister Zdrowia nie wypracował systemu monitorowania i nadzoru nad sposobem sprawowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, jej efektami, dostępnością świadczeń gwarantowanych i jakością świadczonych usług zdrowotnych. W efekcie nie dokonał oceny stopnia osiągnięcia celów Narodowego

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

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.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa podejmowane przez Ministra Zdrowia, od 2016 r., działania w zakresie identyfikacji problemów profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, podjęcie prac legislacyjnych mających na celu doskonalenie systemu opieki zdrowotnej nad tą grupą oraz znaczny wzrost liczby działań realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej dedykowanych badanej populacji. W ocenie NIK działania te nie miały jednak wpływu na poprawę stanu bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży w okresie objętym kontrolą².

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą liczba dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 19 lat zadeklarowana na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wynosiła³ 5.171,8 tys. w 2015 r., 5.180,5 tys. w 2016 r. oraz 5.140,3 tys. w 2017 r. Opieką pielęgniarki lub higienistki szkolnej objęto 4.836,8 tys. uczniów w 2015 r., 4.840,2 tys. w 2016 r. i 4.629,8 tys. w 2017 r.

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 dentystów⁴ 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 woj. dolnośląskim 71,8; a najniższy w woj. łódzkim 30,4. Największa liczba pielęgniarek/higienistek szkolnych obejmowała opieką 10 tys. dzieci i młodzieży w woj. podkarpackim (26,3), a najmniejsza w woj. 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 woj. śląskim – 80,6, a najniższy w woj. łódzkim – 30,1. Największa liczba pielęgniarek/higienistek szkolnych przypadła na 10 tys. dzieci i młodzieży w woj. podkarpackim – 29,0, a najmniejsza w woj. łódzkim – 2,6.

² Lata 2015-2017 (do 20 listopada).

³ Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 i 2016 r. oraz 13 października 2017 r.

⁴ Dotyczy wyłącznie umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresach: leczenie ogólnostomatologiczne i leczenie ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.

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

(dowód: akta kontroli str. 46, 68, 75-77, 3097-3100)

W strukturze wiekowej tego personelu zwraca uwagę duży odsetek pracowników 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 pracowników tej grupy wiekowej odnotowano również w kadrze higienistek szkolnych, gdzie udział pracowników powyżej 60 lat wynosił 27,1% w 2017 r. i był wyższy o 7,2 punktu procentowego w stosunku do 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 75-77, 3101)

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 woj. świętokrzyskim – 46,6%, a najniższy w woj. wielkopolskim – 2,8%.

Liczba gabinetów stomatologicznych⁵ 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 woj. lubelskim 22,1%.

Liczba gabinetów profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej⁶ 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 woj. kujawsko-pomorskim i wielkopolskim, a najniższy (41,4%) w woj. świętokrzyskim⁷.

W okresie objętym kontrolą dostęp do gabinetów profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w szkołach był utrudniony, ponieważ znacząca liczba szkół ich nie posiadała. Występowały również duże dysproporcje w liczbie szkół posiadających gabinet profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej⁸ między miastem a wsią. Odsetek szkół podstawowych w roku szkolnym 2014/2015 i 2015/2016 posiadających gabinet profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej wynosił poniżej 56%, gabinety posiadało ponad 92% szkół w miastach oraz mniej niż 38% na wsi, w gimnazjach odpowiednio powyżej 91% w miastach i 49% na wsi, natomiast w pozostałych rodzajach szkół w miastach powyżej 89% i od 61% do 67% na wsi. Działania w celu poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w tym zakresie, zostały podjęte dopiero

⁵ W których udzielane były świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.

⁶ W których udzielane były świadczenia pielęgniarstwa szkolnej.

⁷ Nie uwzględniono danych o liczbie gabinetów znajdujących się w szkołach w woj. małopolskim, ponieważ zestawienia przekazane przez Ministerstwo Zdrowia nie zawierały takiej informacji.

⁸ Na podstawie danych, które Minister Zdrowia otrzymał z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

we wrześniu 2017 r., poprzez zagwarantowanie środków budżetowych na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach oraz zakup pojazdów (dentobusów), w których będą udzielane usługi stomatologiczne⁹. Według stanu na dzień 13 października 2017 r. jednostki samorządu terytorialnego złożyły wnioski o dofinansowanie 9.518 gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach na kwotę 45.782,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 30, 52-54, 78-80, 485-504, 3121)

W 2017 r.¹⁰ liczba aktywnych zawodowo lekarzy specjalistów w dziedzinach medycyny¹¹ 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. 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 młodzieży¹² wskazał duże dysproporcje w tym zakresie między poszczególnymi województwami. Wskaźnik określający liczbę lekarzy pediatrów dla całego kraju wynosił 9,47. Najwyższy był w woj. łódzkim (13,32), a najniższy w woj. lubuskim (5,28). W dziedzinie kardiologii dziecięcej najwyższy wskaźnik był w woj. łódzkim (0,45) a w woj. lubuskim nie było lekarzy o tej specjalizacji. Najwyższe wskaźniki określające liczbę lekarzy specjalistów dziecięcych przypadających na 10,0 tys. dzieci i młodzieży były w woj. łódzkim¹³. Najbardziej niekorzystna dla pacjentów była sytuacja w woj. lubuskim, w którym nie było żadnego specjalisty w 7 specjalizacjach¹⁴, a w dwóch¹⁵ wskaźnik był najniższy w skali kraju.

Analiza struktury wiekowej aktywnych zawodowo lekarzy wskazuje na duży odsetek osób w wieku powyżej 60 lat, szczególnie w dwóch specjalizacjach - chirurgii dziecięcej i neurologii dziecięcej. Udział ten, w przypadku lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej, wykazywał tendencję wzrostową i wynosił 36,8% w 2015 i 39,4% w 2017 r., w dziedzinie neurologii dziecięcej odsetek ten wynosił 39,0% w 2017 r. i był wyższy o 6,1% w porównaniu do 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 129, 3102-3108)

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, jak poinformował Zastępcę

⁹ Na podstawie ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1774).

¹⁰ Według stanu na dzień 30 czerwca.

¹¹ 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.

¹² Do wyliczenia wskaźnika przyjęto całą populację dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat, ponieważ nie było możliwe określenie liczby lekarzy, która udziela świadczeń tylko dzieciom i młodzieży w wieku szkolnym.

¹³ W 7 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.

¹⁴ Tj. Pediatria metaboliczna, otorynolaryngologia dziecięca, choroby płuc dzieci, endokrynologia i diabetologia dziecięca, kardiologia dziecięca, nefrologia dziecięca, gastroenterologia dziecięca.

¹⁵ Tj. Pediatria i stomatologia dziecięca.

Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 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.

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 leczenia szpitalnego.

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

(dowód: akta kontroli str. 167-225, 1660-1982, 2671)

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 szkolnym¹⁶ w 2015 r. przeznaczono¹⁷ 24,7% kwoty ogółem, a w 2016 r. 23,8%.

(dowód: akta kontroli str. 152-160)

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w opiece nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, w 2017 r., realizowało 4.381 lekarzy¹⁸. W porównaniu do 2015 r. nastąpił wzrost liczby osób szkolących się o 6,6%. Największa liczba lekarzy odbywała specjalizację w dziedzinie pediatrii – 1.883 i medycyny rodzinnej – 1.362.

W 2017 r. Minister Zdrowia przyznał 1.464 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%.

(dowód: akta kontroli str. 127-128, 220-225)

W ustawach budżetowych na lata 2015 – 2017 na wszystkie szkolenia specjalizacyjne pielęgniarek planowano środki finansowe w wysokości 8.000,0 tys. zł rocznie. Z zaplanowanej kwoty wydatkowano tylko 73,3% (5.867,5 tys. zł) w 2015 r. oraz 77,6% (6.204,1 tys. zł) w 2016 r., w tym na specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego 168,8 tys. zł w 2015 r. i 193,8 tys. zł

¹⁶ 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.

¹⁷ Koszty skalkulowane przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie zawartych umów na szkolenia specjalizacyjne.

¹⁸ Dane według stanu na dzień 18 września 2017 r.

w 2016 r oraz w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego 198,9 tys. zł w 2015 r. i 245,1 tys. zł w 2016 r.

Radca Ministra z Departamentu Pielęgniarek i Położnych wyjaśniła, że przyczyną niepełnego wykorzystania środków na szkolenia specjalizacyjne mogło być oferowanie w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego przez organizatorów szkoleń, z którymi zawarte zostały umowy, cen niższych od wysokości 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. Wprowadzone w 2015 r. zmiany legislacyjne¹⁹ 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.

(dowód: akta kontroli str. 100-102, 140, 2220-2223)

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.

(dowód: akta kontroli str. 130, 1386, 1434)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Na podstawie zawartych umów zlecenia Minister Zdrowia 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 zdrowia²⁰, który stanowi, że konsultanci krajowi składają Ministrowi Zdrowia roczny raport dokumentujący wykonanie zadań w terminie do 31 marca za rok poprzedni, natomiast opinię dotyczącą oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych, jako odrębny dokument – w terminie do dnia 30 listopada każdego roku.

Radca Ministra, z upoważnienia Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych, wyjaśniła, że w ocenie Departamentu termin określony w ustawie jest granicznym terminem złożenia raportu, dlatego termin wcześniejszy należałoby uznać, jako dopuszczalny.

¹⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1640).

²⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 890.

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

(dowód: akta kontroli str. 1660-1729, 2220-2223)

2. Umowy zlecenia zawierane z konsultantami krajowymi nie zabezpieczają 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. 7 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia oraz § 1 zawartych umów zleceń. W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie otrzymał 31 opinii o zasobach kadrowych, do złożenia których zobowiązanych było 10 konsultantów krajowych.

Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśnił, że do zadań konsultantów krajowych należy sporządzenie opinii, jednak brak takiej opinii nie stanowi przesłanki do wstrzymania wypłaty wynagrodzenia. Zgodnie z treścią umowy cywilnoprawnej warunkiem wypłaty wynagrodzenia jest wyłącznie przesłanie sprawozdania z wykonania zleconych zadań.

W ocenie NIK wypłacanie wynagrodzeń za niewykonane zadania uznać należy za niegospodarne, a umowy, która nie przewidują sankcji za niewykonanie zadań, za opracowane nierzetelnie.

(dowód: akta kontroli str. 220-225, 1983-2115)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na nierzetelność informacji przekazywanych Ministrowi Zdrowia przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane, które otrzymywał Minister Zdrowia były niespójne i zawierały liczne błędy. Zestawienia dotyczące liczby podmiotów udzielających profilaktycznych świadczeń zdrowotnych oraz liczby i kosztów udzielonych świadczeń wymagały, przed dokonywaniem analiz, weryfikowania i poprawiania z powodu występujących błędów.

(dowód: akta kontroli str. 55-57, 64, 78-84)

Ocena cząstkowa

Minister Zdrowia nie posiadał rzetelnych danych dotyczących zasobów kadrowych oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Liczba personelu medycznego była niewystarczająca oraz nierównomiernie rozlokowana, co utrudniało sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej. Brak było wskaźników określających minimalną liczbę kadry medycznej sprawującej opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym w odniesieniu do wielkości populacji. Utrudniony był dostęp do gabinetów profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych, szczególnie w małych miejscowościach i szkołach wiejskich. Działania w celu zwiększenia liczby tych gabinetów w szkołach zostały podjęte dopiero w 2017 r.

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

Opis stanu
faktycznego

W 2015 r. świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obejmujących badania bilansowe, w tym przesiewowe dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, oraz obowiązkowe szczepienia ochronne, udzielało 6.292 podmioty lecznicze²¹. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła 1.661.518, a ich koszt 834.031,7 tys. zł. W 2016 r. liczba podmiotów wzrosła o 2,4% w stosunku do 2015 r., a liczba udzielonych świadczeń zmniejszyła się o 3,2%. Koszt świadczeń udzielonych w 2016 r. wyniósł 811.916,4 tys. zł.

Badania bilansowe, w roku szkolnym 2014/2015, wykonano u 88,9% uczniów znajdujących się na listach lekarza POZ i podlegających badaniu oraz u 88,6% w roku szkolnym 2015/2016.

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. Zgodnie z projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży planowane jest wprowadzenie rozwiązań, które zapewnią wymianę informacji o uczniu między pielęgniarką/higienistką szkolną, lekarzem POZ i lekarzem dentystą.

(dowód: akta kontroli str. 38-42, 3074-3076, 3115,3117)

Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na lata 2015-2017 obowiązkowe szczepienia ochronne dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym obejmowały szczepienia przeciwko błonicy-tężcowi-krztuścowi²², poliomyelitis²³ oraz odrześwinie-różyczce²⁴. Stan zaszczepienia monitorowano w oparciu o sprawozdania „Szczepienia Ochronne w Polsce” opracowywane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. 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 sześciu i czternastu. 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, bez wpływu na realizację programu szczepień ochronnych u pacjentów. W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba osób uchylających się od szczepień. W 2015 r. od obowiązku szczepień ochronnych uchylały się 22.392 osoby, a w 2016 r. – 28.983, co stanowi wzrost o 29,4% w stosunku do roku poprzedniego. Minister Zdrowia nie posiadał informacji o liczbie osób (rodziców lub opiekunów) ukaranych za uchylanie się od obowiązku

²¹ Na podstawie danych pozyskanych przez pracowników Ministerstwa Zdrowia w trakcie trwania czynności kontrolnych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

²² Pierwsza dawka szczepienia przypominającego w 6 r.ż. i druga dawka szczepienia przypominającego w 14 r.ż. przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi oraz trzecia dawka szczepienia przypominającego w 19 r.ż. przeciwko błonicy i tężcowi.

²³ Szczepienie przypominające w 6 r.ż.

²⁴ Szczepienie przypominające w 10 r.ż.

szczepień oraz informacji o liczbie dzieci i młodzieży, u których nie wykonano obowiązkowych szczepień ochronnych ze wskazań medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 2549-2668, 2685-2689)

W 2015 r. świadczenia gwarantowane pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania realizowało 3.398 podmiotów. Liczba udzielonych świadczeń wyniosła 21.047.659, a ich koszt 307.073,9 tys. zł. W 2016 r. liczba podmiotów wzrosła o 0,3% w stosunku do 2015 r., a liczba udzielonych świadczeń zmniejszyła się o 2,6%. Koszt świadczeń udzielonych w 2016 r. wyniósł 368.199,2 tys. zł.

Profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia w okresie objętym kontrolą udzielało 5.373 podmioty w 2015 r. i 5.426 w 2016 r. Liczba udzielonych świadczeń, w 2016 r., wyniosła 7.233.000 i była wyższa o 6,7% w stosunku do roku poprzedniego. Koszt udzielonych profilaktycznych świadczeń stomatologicznych wyniósł 50.846,0 tys. zł w 2015 r. i 58.946,9 tys. zł w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 3074-3076)

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* (NPZ), na lata 2007-2015 oraz 2016-2020, a w szczególności w programach, które realizowano w ramach celów strategicznych i operacyjnych NPZ.

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 efektów²⁵ poprzez realizację 38 zadań. W Programie określono wskaźniki będące podstawą monitorowania i ewaluacji, jednak Minister Zdrowia nie dysponował informacjami o osiągniętych efektach oraz poniesionych na realizację NPZ wydatkach.

(dowód: akta kontroli str. 291, 1232-1245, 1408)

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 zapobiegawczych w ramach czterech celów operacyjnych. W 2016 r. ramach celu operacyjnego *Poprawa sposobu*

²⁵ 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 i 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.

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 1.367,7 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. Ponieważ wymienione wyżej zadania są w trakcie realizacji nie jest możliwa ocena ich efektów.

(dowód: akta kontroli str. 1246-1367, 3090-3092)

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.

(dowód: akta kontroli str. 531-1065, 3090-3092)

Kolejnym programem zawierającym działania skierowane do dzieci i młodzieży jest *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020*. Zaburzenia depresyjne w 2015 r. leczono²⁶ u 4.467 pacjentów poniżej 18 r.ż. oraz 5.021 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 8.704,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 520, 531, 1066-1231, 3090-3092)

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.

(dowód: akta kontroli str. 293-310, 1453-1650, 3090-3092)

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 polityki zdrowotnej, nie przeprowadzono jeszcze analizy, ponieważ zgodnie z art. 12 ust. 8 ustawy o zdrowiu publicznym²⁷. Minister Zdrowia informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego sporządza co dwa lata.

(dowód: akta kontroli str. 2677-2678, 3155-3158)

²⁶ Dane według stanu na dzień 30 marca 2017 r.

²⁷ Dz.U. z 2015 r. poz. 1916.

Ustalono
nieprawidłowości

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

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.

Dyrektor i Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego poinformowali, że uchwała nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 nie przewidywała obowiązku sprawozdawczego z realizacji podjętych działań po zakończeniu Programu oraz opracowania raportu końcowego z jego ewaluacji, dlatego Departament nie dysponuje dokumentami pozwalającymi ocenić stopień osiągnięcia celów zakładanych w uchwale.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela tej opinii, ponieważ w NPZ na lata 2007-2015 określono oczekiwane do 2015 r. efekty, oczekiwane korzyści zdrowotne oraz wskaźniki będące podstawą monitorowania i ewaluacji.

(dowód: akta kontroli str. 1232-1245, 3068-3072)

Ocena cząstkowa

Minister Zdrowia, do roku 2016, nie podejmował skutecznych działań w celu zapewnienia całej populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym pełnego zakresu świadczeń profilaktycznych i medycznych. Brak było dostatecznych działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki i edukacji prozdrowotnej. Po ośmiu latach realizacji Narodowego Programu Zdrowia nie przeprowadzono analiz w celu określenia osiągniętych efektów oraz wysokości środków, jakie wydatkowano na ten cel. Pozytywnie ocenić należy działania Ministra Zdrowia, podejmowane od roku 2016 w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej, skierowane do populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

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

Opis stanu
faktycznego

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*²⁸. 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.

²⁸ Od 2009 r. stroną porozumienia był również Minister Sprawiedliwości.

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.

(dowód: akta kontroli str. 327, 477-480, 3063-3067, 3090-3092)

Minister Zdrowia monitorował stan zdrowia uczniów oraz zabezpieczenie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w oparciu o dane przekazywane przez świadczeniodawców²⁹, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz raporty opracowane przez podległe Ministrowi Zdrowia instytuty badawcze. Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka poinformowała, że 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.

(dowód: akta kontroli str. 2687-2690, 3090-3092)

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 wykorzystano raporty i opracowania podmiotów³⁰ związanych z obszarem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

(dowód: akta kontroli str. 2685-2873)

W okresie objętym kontrolą, w Ministerstwie Zdrowia, prowadzono prace legislacyjne mające na celu doskonalenie 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,

²⁹ Dane statystyczne przekazywane przez świadczeniodawców do CSIOZ na druku MZ-11 tj. Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

³⁰ 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.

w styczniu 2016 r., zakończono prace nad projektem. Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka poinformowała, że 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.

W lipcu 2016 r. rozpoczęto prace nad projektem założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Celem projektowanej ustawy jest wprowadzenie kompleksowych rozwiązań regulujących ochronę zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, w szczególności przez wskazanie podmiotów odpowiedzialnych za organizację i zapewnienie uczniom dostępu do świadczeń profilaktycznych, określenie zadań każdego z tych podmiotów oraz zasad i form współpracy między nimi. Planowanym terminem wejścia w życie przepisów ustawy jest rok szkolny 2018/2019.

Poprawę dostępności profilaktycznej opieki zdrowotnej w szkołach mają umożliwić środki budżetowe zagwarantowane w ustawie z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej³¹, na finansowanie wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego. Oprócz zakupu wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej ustawa przewiduje również zakup pojazdów, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii (dentobusów)³². Do czasu zakończenia czynności kontrolnych przeprowadzono postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego i wyłoniono dostawcę dentobusów dla 16 województw. Zgodnie z zawartymi umowami dostawa nastąpi do dnia 20 grudnia 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 322-448, 2230-2547, 3077-3079, 3090-3092)

W okresie objętym kontrolą³³ 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 zdrowotnej³⁴. Przedmiotem skarg były m.in. trudności w dostępie do świadczeń – 10 skarg oraz zastrzeżenia do realizacji świadczeń i funkcjonowania placówek medycznych – 5 skarg.

Minister Zdrowia, działając na podstawie art. 231 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego³⁵, 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 Minister Zdrowia pozostawił do rozpatrzenia we własnym zakresie, w tym przeprowadził siedem postępowań wyjaśniających, zlecił jedną kontrolę oraz

³¹ Dz. U. poz. 1774.

³² Które mają umożliwić zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy.

³³ Lata 2015-2017 (do 1 września).

³⁴ Skarga dotyczyła realizacji szczepień ochronnych oraz zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych.

³⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 1257.

wystąpił o opinię do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Osiem skarg zostało uznanych za bezzasadne, w przypadku jednej sprawa jest w toku.

(dowód: akta kontroli str. 2931-3053, 3077-3079, 3090-3092)

W latach 2015 – 2017 Minister Zdrowia nie uwzględniał w planach kontroli i nie przeprowadzał badań kontrolnych podmiotów wykonujących profilaktyczne świadczenia zdrowotne w środowisku nauczania oraz gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkołach. Przeprowadzenia kontroli w tym zakresie nie zlecał również innym podmiotom.

Dyrektor Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg poinformował, że żaden z Departamentów Ministerstwa Zdrowia nie zgłaszał takiej tematyki do planu kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 2936-2968)

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka poinformowała, że Minister Zdrowia, w ramach sprawowanego nadzoru merytorycznego nad profilaktyczną opieką zdrowotną dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, powoływał konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny i pielęgniarstwa, nadzorował Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego oraz działalność Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizacji umów zawieranych ze świadczeniodawcami.

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 stomatologicznych, 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 ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

(dowód: akta kontroli str. 2679-2684)

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 ustaw³⁶. 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 ustaw³⁷.
(dowód: akta kontroli str. 2874-2890)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na:

1. Brak efektywnych działań w zakresie współpracy międzyresortowej na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, mimo porozumień zawartych przez przedstawicieli pięciu resortów.
2. Niewystarczający przepływ informacji pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką/higienistką szkolną, m.in. w zakresie wykonanych badań bilansowych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą³⁸ określa, że ta kadra medyczna powinna współpracować ze sobą jednak w praktyce współpraca ta jest bardzo ograniczona.

Ocena częściowa

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. Wykorzystał w tym zakresie także wnioski wynikające z wcześniejszych kontroli NIK. 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.

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na potrzebę:

1. Zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów dziecięcych, w szczególności na terenach mniejszych miast i miejscowości – poprzez umożliwienie specjalizowania się lekarzy w tym zakresie oraz stworzenie specjalistom odpowiednich zachęt i motywacji do podejmowania pracy na tych terenach.
2. Zwiększenia liczby przyznawanych miejsc rezydenckich do odbycia w trybie rezydentury szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chirurgii dziecięcej. Jest to

³⁶ Ustawa uchwalona przez Sejm RP na posiedzeniu nr 48 dnia 29 września 2017 r., przekazana do podpisu Prezydentowi RP.

³⁷ Projekt z dnia 27 października 2017 r. Wykaz prac legislacyjnych Rady Ministrów, numer z wykazu: UD90.

³⁸ Dz.U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133.

specjalizacja, w której 39,4% lekarzy jest w wieku powyżej 60 lat, co może, w perspektywie kilku lat, skutkować odejściem z zawodu kilkuset specjalistów z tej dziedziny, a tym samym utrudnić dostęp pacjentom do świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii dziecięcej.

3. Zintensyfikowania prac nad założeniami do projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

4. Opracowania i wdrożenia systemu pozwalającego na rzetelną i efektywną współpracę między lekarzem POZ, pielęgniarką/higienistką szkolną oraz lekarzem dentystą.

5. Wypracowania systemu monitorowania i nadzoru nad organizacją i sposobem sprawowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, jej efektami, dostępnością do świadczeń gwarantowanych i jakością świadczonych usług zdrowotnych dla tej populacji. Monitorowanie i nadzór powinien w sposób szczególnie uwzględniać realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarzy rodzinnych, pielęgniarki i pielęgniarki/higienistki szkolne oraz przez lekarzy dentystów w leczeniu stomatologicznym.

6. Podjęcia działań w celu skuteczniejszej współpracy międzyresortowej na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

7. Zapewnienia dostępności do gabinetów profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej we wszystkich szkołach.

8. Zwiększenia dostępności do profilaktycznych świadczeń stomatologicznych w szkołach.

9. Opracowania wskaźników określających minimalną oraz pożądaną liczbę kadry medycznej sprawującej opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁹, wnosi o:

1. Wprowadzenie do umów cywilnoprawnych zawieranych z konsultantami krajowymi postanowień umożliwiających egzekwowanie realizacji zleconych zadań oraz składanie raportów w zakresie zrealizowanych zadań z całego roku.

2. Bieżące monitorowanie realizowanych zadań i ich efektów, w oparciu o wskaźniki ewaluacji, w celu dokonywania systematycznej oceny stopnia realizacji *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia

³⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 27. XI. 2017 r.

Dyrektor

Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

.....
podpis

