



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DELEGATURA W ŁODZI

LLO.410.19.1.2024

Artur Olsiński

Dyrektor

Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego

Narodowego Fundusz Zdrowia

ul. Kopcińskiego 58

90-032 Łódź

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/068 – Diagnostyka i zapewnienie opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi, ul. Kopcińskiego 58, k. 90-032 Łódź (dalej zw. ŁOW, ŁOW NFZ, Łódzki Oddział NFZ lub Oddział)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Artur Olsiński, Dyrektor ŁOW NFZ, od 23 września 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami. 2. Działania promocyjne i edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2022 r. do czasu zakończenia kontroli z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem mogących mieć wpływ na ocenę podejmowanych działań.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontrolerzy	1. Dominik Gołacki, gł. specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/95/2024 z 9 września 2024 r. i LLO/113/2024 z 7 października 2024 r. 2. Marek Tarnawski, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LLO/119/2024 z 16 października 2024 r.

(akta kontroli str. 1-4)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

NIK pozytywnie ocenia podejmowane przez Oddział działania mające na celu zapewnienie dostępności wczesnej diagnostyki oraz opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek (PChN).

Liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N.18 (przewlekła niewydolność nerek) oraz ICD-10 N.19 (nieokreślona niewydolność nerek) wzrosła z 7.488 w 2021 r. do 8.061 w 2023 r., a do 30 czerwca 2024 liczba pacjentów wynosiła 4.948.

Na terenie województwa łódzkiego w latach 2021, 2023 oraz w I połowie 2024 r. funkcjonowało 25 poradni nefrologicznych, zaś w 2022 r. działały 24 poradnie. Liczba pacjentów objętych ambulatoryjną opieką specjalistyczną (dalej: AOS) w tych poradniach wzrosła w 2023 r. o 29,2% w stosunku do 2021 r., a liczba udzielonych porad o 26,2%. Równocześnie wzrastał jednak średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych. W 2024 r. (do 30 czerwca) czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wzrósł o 41,5% w stosunku do 2021 r. oraz 54,3% w przypadkach pilnych. Liczba oddziałów nefrologicznych na obszarze województwa łódzkiego zmniejszyła się w 2022 r. z 11 do 10, przy jednoczesnym wzroście o 24% liczby pacjentów objętych leczeniem w tych oddziałach. Oddział w 2021 r. miał zawarte umowy na 15 stacji dializ działających na terenie województwa łódzkiego, a od 2022 r. umowy zawarte na 16 stacji, przy jednoczesnym wzroście dializowanych pacjentów.

Liczba osób uprawnionych, które wykonały badania w ramach Programu pilotażowego 40 PLUS³ rosła w każdym roku funkcjonowania tego programu, równocześnie rosła liczba badań diagnostycznych, w tym liczba badań poziomu kreatyniny we krwi zrealizowanych w jego ramach. Każdego roku zwiększała się też wartość poniesionych środków finansowych na jego realizację. Analiza wniosków podmiotów ubiegających się udział w Programie 40 PLUS wykazała nieprawidłowości dotyczące niezetelnej ich oceny. Zobowiązania z tytułu Programu Oddział regulował terminowo.

Do 30 czerwca 2024 r. umowy na udzielanie świadczeń w ramach grupy dziedzicznej nefrologia realizowało łącznie 25 podmiotów. Umowy zawierane były zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie POZ⁴ oraz zarządzenia Prezesa NFZ⁵, w tym terminowo rozpatrywano wnioski, oceniano ich kompletność i terminowo regulowano zobowiązania w tym zakresie. Wzrosła też liczba badań UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) przeprowadzonych w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej (BPOK). Środki przeznaczone na finansowanie grupy dziedzicznej nefrologia nie były wyodrębnione w BPOK.

Oddział zawierał umowy na realizację programów lekowych związanych z chorobami nerek, a liczba pacjentów uczestniczących w tych programach zmniejszyła się z 239 w 2021 r. do 205 w 2023 r.

ŁOW NFZ prowadził działania promocyjne i edukacyjne, skierowane zarówno do społeczeństwa, jak i świadczeniodawców, w ramach których poruszano tematy dotyczące Programu 40 PLUS (w tym PChN) oraz BPOK.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Zwany dalej: Program 40 PLUS.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ), (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.), dalej: rozporządzenie w sprawie POZ.

⁵ Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Biul. Inf. NFZ poz. 79, ze zm.), dalej: zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ.

Oddział nawiązał również współpracę z innymi podmiotami realizującymi działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami

Opis stanu faktycznego

1. Na koniec poszczególnych lat objętych kontrolą liczbą pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18⁷ i N19⁸ na terenie województwa łódzkiego wynosiła odpowiednio: 6.336 i 1.154 w 2021 r., 6.333 i 1.251 w 2022 r., 6.608 i 1.453 w 2023 r. oraz 4.154 i 794 do 30 czerwca 2024 r.

Liczba podmiotów POZ w zakresie lekarza POZ na terenie województwa wynosiła na koniec: 2021 r. – 441, 2022 r. – 437, 2023 r. – 433 i na dzień 30 czerwca 2024 r. – 434 podmioty, które obejmowały opieką następującą liczbę pacjentów, odpowiednio: 2.257.978 na koniec 2021 r., 2.253.049 na koniec 2022 r., 2.249.788 na koniec 2023 r. i 2.248.528 na 30 czerwca 2024 r.

Na terenie województwa łódzkiego Oddział, w poszczególnych latach, posiadał zawarte umowy na BPOK z następującą liczbą podmiotów: w 2022 r. – 18, w 2023 r. – 153 i do 30 czerwca 2024 r. – 177, z czego w ramach grupy dziedzinowej nefrologia zawarte zostały umowy z 8 podmiotami w 2023 r. i 25 podmiotami do końca 30 czerwca 2024 r. W ramach pozostałych grup dziedzinowych BPOK w latach 2022 – I połowa 2024 Oddział miał zawarte umowy w ilości odpowiednio: diabetologia cukrzyca: 15; 123 i 147, kardiologia: 14; 117 i 138, endokrynologia: 13; 100 i 115 oraz pulmonologia: 14; 98 i 116.

Liczba pacjentów POZ, u których po raz pierwszy stwierdzono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19⁹ wynosiła w poszczególnych latach odpowiednio: w 2021 r. – 4.309 i 945, w 2022 r. – 4.046 i 924, w 2023 r. – 4.309 i 1.021 oraz do 30 czerwca 2024 r. – 2.954 i 504.

W ramach BPOK przeprowadzono w 2023 r. 1.828 i w I połowie 2024 r. 2.774 badań UACR¹⁰.

Na terenie województwa łódzkiego w latach 2021, 2023 oraz w I połowie 2024 r. funkcjonowało 25 poradni nefrologicznych, zaś w 2022 r. działały 24 poradnie.

Średni czas oczekiwania do ww. poradni w latach 2021 – I połowa 2024 r. wydłużał się z 80 do 113 dni – przypadek stabilny, i z 35 do 54 – przypadek pilny.

Liczba porad w ww. poradniach miała trend wzrostowy wynoszący w 2021 r. 35.589 wizyt do 44.904 w 2023 r. Liczba porad w I połowie 2024 r. wyniosła 31.372 wizyt. Analogiczna sytuacja dotyczyła liczby pacjentów objętych AOS w poradniach nefrologicznych, gdzie w 2021 r. było ich 16.419, a w 2023 r. 21.221. W I połowie 2024 r. ilość pacjentów objętych opieką w ww. poradniach wynosiła 19.332.

⁶ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Przewlekła niewydolność nerek.

⁸ Nieokreślona niewydolność nerek.

⁹ Po raz pierwszy postawiono rozpoznanie – pierwsze sprawozdanie jako rozpoznanie główne spośród trzech rodzajów POZ, AOS i SZP - hospitalizacja.

¹⁰ Analiza wskaźnika ACR pozwala ocenić obecność albuminurii, czyli nadmiernej ilości albuminy w moczu.

Liczba pacjentów poradni nefrologicznych, u których po raz pierwszy postawiono rozpoznanie ICD-10 N18 i N19¹¹ wynosiła odpowiednio: w 2021 r. - 2.136 i 97, w 2022 r. - 2.306 i 206, w 2023 r. - 2.492 i 288 oraz do 30 czerwca 2024 r. - 1.084 i 187. Liczba wizyt pacjentów ww. poradni z rozpoznaniem N18 i N19 wynosiła natomiast odpowiednio: w 2021 r. - 9.972 i 235, w 2022 r. - 11.550 i 490, w 2023 r. - 12.402 i 733 oraz w I połowie 2024 r. - 5.864 i 450.

Na terenie województwa łódzkiego od 2021 r. do 30 czerwca 2022 r. było 11 oddziałów nefrologicznych, a od 1 lipca 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. – 10 oddziałów. Liczba objętych pacjentów w ww. oddziałach zwiększała się z 3.878 pacjentów w 2021 r. do 4.809 pacjentów 2023 r.¹². Liczba pacjentów, u których po raz pierwszy stwierdzono rozpoznanie N18 i N19 na ww. oddziałach w latach 2021-2024 (I-półrocze) wynosiła odpowiednio: 263 i 16, 337 i 14, 268 i 19 oraz 109 i 8.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „zmniejszenie liczby oddziałów nefrologicznych wynika z zamknięcia komórki przez jeden podmiot leczniczy. W 2022 r. wystąpił on do Oddziału z prośbą o wyłączenie zakresu Nefrologia-Hospitalizacja, gdzie były zarejestrowane dwa łóżka. Podmiot dokonał zmiany zamykając komórkę realizującą świadczenia dla dorosłych i jednocześnie zwiększając liczbę łóżek o dwa w komórce realizującej świadczenia w zakresie nefrologii dziecięcej, gdzie pierwotnie było zarejestrowanych dziewięć łóżek. Konsekwencją tego działania nie jest zmiana liczby łóżek nefrologicznych, a charakter udzielanych świadczeń, na świadczenia dedykowane dzieciom.”

W 2021 r. na terenie województwa łódzkiego Oddział miał zawarte umowy na 15 stacji dializ (w tym stacji ambulatoryjnych), a od 2022 r. do 2024 r. (I półrocze) na 16 stacji. W całym okresie objętym kontrolą leczenie za pomocą dializ otrzewnych było prowadzone w sześciu stacjach. W stacjach tych dializowano w poszczególnych latach: 1.612 pacjentów w 2021 r., 1.624 w 2022 r., 1.680 w 2023 oraz 1.471 pacjentów w I połowie 2024 r. Liczba pacjentów dializowanych otrzewnowo wynosiła odpowiednio: 70, 92, 85 i 76, z czego wszystkie dializy były wykonywane w warunkach domowych. Na wykonanie zabiegów w zakresie dializ otrzewnych, jak i hemodializ, pacjenci realizowali świadczenia na bieżąco. Podmioty lecznicze nie sprawozdawały do Oddziału czasów oczekiwania na dializy.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „Oddział nie posiada w systemach informatycznych danych na temat odległości na jaką pacjenci są transportowani na dializy, jednak przed ogłoszeniem postępowania¹³ Łódzki Oddział NFZ dokonał analizy rozmieszczenia terytorialnego stacji dializ w województwie łódzkim, tak aby tereny kontraktowania były jak najmniej oraz, aby stacje dializ były jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. (...)”

Chorobowość rejestrowana pacjentów z rozpoznaniem N18 i N19 w latach 2021-2023 miała tendencję wzrostową od 0,66% w 2021 r. do 0,80% w 2023 r., oraz 0,65% w I połowie 2024 r. Zapadalność rejestrowa pacjentów z tymi rozpoznaniem wynosiła 0,29% w 2021 i 2022 r. oraz 0,31% w 2023 r. i 0,19% w I połowie 2024 r. Liczba zgonów z rozpoznaniem N18 i N19 wynosiła odpowiednio w okresie objętym kontrolą: 148, 184, 170 i 96.

(akta kontroli str.: 5-8; 489; 491-501; 523-528)

Koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem N18 w ramach POZ, w zakresie BPOK – ścieżka nefrologiczna – w 2023 r. wyniósł: 66 zł – UACR i 601,80 zł porada kompleksowa. W I połowie 2024 r. koszty opieki wynosiły odpowiednio: 1.551 zł –

¹¹ Po raz pierwszy postawiono rozpoznanie – pierwsze sprawozdanie jako rozpoznanie główne spośród trzech rodzajów POZ, AOS i SZP.

¹² W I połowie 2024 r. liczba pacjentów wyniosła 2.731 osób.

¹³ Postępowanie na zakres 11.4132.002.12 – hemodializoterapia.

UACR, 5.537 zł – porada edukacyjna, 883,50 zł – konsultacja dietetyczna, 20.461,20 zł – porada kompleksowa, 521,70 zł – konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (lekarz POZ – lekarz specjalista) i 23.671,20 zł – konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (pacjent – lekarz specjalista). BPOK nie obejmowała rozpoznania N19¹⁴.

W poszczególnych latach 2021 – I połowa 2024 r. koszt opieki nad pacjentami wynosił odpowiednio:

1. W ramach AOS:

a) z rozpoznaniem N18:

- w poradni nefrologicznej: 1.067,0 tys. zł, 2.920,3 tys. zł, 3.491,7 tys. zł i 2.483,2 tys. zł,
- w poradni nefrologicznej dla dzieci: 14,4 tys. zł, 16,6 tys. zł, 23,3 tys. zł i 17,4 tys. zł,

b) z rozpoznaniem N19:

- w poradni nefrologicznej: 12,6 tys. zł, 60,7 tys. zł, 108,5 tys. zł i 106,6 tys. zł,
- w poradni nefrologicznej dla dzieci: 198,91 zł, 281,12 zł, 1,1 tys. zł i 1,0 tys. zł.

2. W ramach SZP:

a) z rozpoznaniem N18:

- w oddziale nefrologicznym: 3.325,0 tys. zł, 4.144,1 tys. zł, 4.985,8 tys. zł i 2.130,6 tys. zł,
- w oddziale nefrologicznym dla dzieci: 712,4 tys. zł, 1.226,0 tys. zł, 2.346,5 tys. zł i 1.252,7 tys. zł,

b) z rozpoznaniem N19:

- w oddziale nefrologicznym: 38,3 tys. zł, 35,7 tys. zł, 81,7 tys. zł i 20,7 tys. zł,
- w oddziale nefrologicznym dla dzieci: 0 zł, 7,7 tys. zł, 47,7 tys. zł i 0 zł.

3. W ramach programów lekowych:

a) z rozpoznaniem N18:

- w poradni nefrologicznej: 319,4 tys. zł, 396,6 tys. zł, 455,0 tys. zł i 281,5 tys. zł,
- w poradni nefrologicznej dla dzieci: nie poniesiono kosztów,
- w oddziale nefrologicznym: 231,9 tys. zł, 228,8 tys. zł, 355,3 tys. zł i 193,5 tys. zł,
- w oddziale nefrologicznym dla dzieci: 11,5 tys. zł, 6,0 tys. zł, 76,9 tys. zł i 10,0 tys. zł,

b) z rozpoznaniem N19:

- w poradni nefrologicznej: 685,37 zł w 2023 r., w pozostałych latach nie poniesiono kosztów,
- w poradni nefrologicznej dla dzieci: nie poniesiono kosztów,
- w oddziale nefrologicznym: nie poniesiono kosztów,
- w oddziale nefrologicznym dla dzieci: nie poniesiono kosztów.

¹⁴ Zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

4. Leczonych nerkozastępczo:

a) z rozpoznaniem N18:

- koszty leczenia hemodializami: 70.284,8 tys. zł, 84.179,9 tys. zł, 100.308,8 tys. zł i 52.604,9 tys. zł,
- koszty leczenia dializami otrzewnowymi: 5.509,6 tys. zł, 6.791,6 tys. zł, 6.880,1 tys. zł i 3.686,5 tys. zł,

b) z rozpoznaniem N19:

- koszty leczenia hemodializami: 148,4 tys. zł, 4,1 tys. zł, 10,3 tys. zł i 435,2 tys. zł,
- koszty leczenia dializami otrzewnowymi: nie poniesiono kosztów.

Dyrektor Oddziału w sprawie wzrostu w 2024 r. liczby wykonywanych hemodializ w rozpoznaniu N19 wyjaśnił, że: „Zakwalifikowanie choroby, czy problemu zdrowotnego do danego rozpoznania należy do kompetencji personelu lekarskiego. Kwalifikacja przebiega na podstawie stanu klinicznego pacjenta, wywiadu czy wykonaniu badań diagnostycznych zalecanych do ustalenia rozpoznania lub monitorowania przebiegu leczenia. Należy zaznaczyć, że przyjęcia pacjentów z rozpoznaniem N19 do hemodializoterapii nie wychodziły poza normę, wg. miesięcznych wykonywanych hemodializ. Tym samym rozpoznanie nie ma wpływu na kwotę rozliczanego świadczenia, gdzie aktualnie wartość punktowa produktu rozliczeniowego wynosi 409,93 pkt. Zaznaczyć należy, że rozpoznanie N19 - Nieokreślona niewydolność nerek, obejmuje leczenie mocznicy BNO, gdzie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁵ załącznik 5 lp. 2, hemodializa obejmuje leczenie kliniczne mocznicy. (...) Oddział poprosił podmiot leczniczy o złożenie wyjaśnień w sprawie znacznego wzrostu przyjęć pacjentów z rozpoznaniem N19 w I półroczu 2024 r.”.

Podmiot leczniczy wyjaśnił natomiast Oddziałowi, że nie ma żadnego pacjenta z rozpoznaniem N19, a świadczenia z tym rozpoznaniem zostały sprawozdane w sposób nieprawidłowy, jednak sprawdzone i skorygowane.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „W I półroczu 2024 r. sprawozdano 91.590 wykonanych hemodializ dla 1 471 pacjentów. Dane ze zrealizowanych świadczeń winny być zgodne z indywidualną dokumentacją medyczną pacjenta i tylko na jej podstawie można dokonać weryfikacji prawidłowości sprawozdanych świadczeń. Za dane wpisywane do dokumentacji medycznej odpowiada lekarz prowadzący, który w procesie diagnostyczno-leczniczym określa rozpoznanie. Fundusz zgodnie z prawem nie ma uprawnień do ingerowania w proces leczniczy, a tym samym decydowania o stawianym rozpoznaniu. Również sprawozdawczość z wykonanych hemodializ nie jest ograniczona wyborem kodu ICD-10, zgodnie z czym świadczenia nie są kwestionowane w systemie informatycznym Łódzkiego OW NFZ. Dodatkowo sprawozdane ICD-10 nie wpływa na wysokość rozliczenia świadczeń pomiędzy płatnikiem a podmiotem leczniczym.”

(akta kontroli str. 5-8, 16-33, 489, 491-501, 523-528)

W latach 2022-2024 Łódzki Oddział NFZ miał zawartą jedną umowę z podmiotem zapewniającym całodobową opiekę w zakresie dializy. Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału weryfikacja jej funkcjonowania przebiega podczas aneksowania umów poprzez sprawdzanie czy łączny wymiar czasu pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego odpowiada czasowi pracy stacji dializ.

¹⁵ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „zgodnie z informacją zawartą w Informatorze „Gdzie się leczyć”¹⁶ tylko dwa podmioty mają uwidoczniony całodobowy harmonogram pracy stacji dializ. Jeden podmiot leczniczy ma zgłoszony całodobowy harmonogram pracy, który jednocześnie jest zgodny ze zgłoszonym do umowy harmonogramem pracy personelu. Jest to jedyna stacja dializ pracująca całodobowo w trybie ambulatoryjnym na terenie województwa łódzkiego. W przypadku drugiej stacji dializ w informatorze uwidoczniony jest całodobowy charakter pracy stacji, a w umowie z Oddziałem wykazano 81 godzin pracy tygodniowo. W ocenie Oddziału powyższa rozbieżność wynika z błędnego oznaczenia dostępności komórki w Portalu Świadczeniodawcy. Podmiot wskazał dostępność całodobową, a powinna być wskazana praca wg. harmonogramu zgłoszonego do umowy. Oddział wystąpił do podmiotu o weryfikację w Portalu Świadczeniodawcy harmonogramu pracy stacji dializ.”

W sprawie podejmowanych przez Oddział działań w celu zwiększenia dostępności dializ domowych Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „(...) o wyborze odpowiedniego leczenia nerkozastępczego decyduje lekarz. Oddział Funduszu nie ma wpływu ani uprawnień do decydowania o metodzie leczenia.”

W sprawie podejmowanych przez Łódzki Oddział NFZ działań w celu zwiększenia ilości stacji dializ obejmujących opieką pacjentów korzystających z dializ otrzewnowych, Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „w sierpniu 2022 r. ogłoszono postępowanie na zakres dializoterapia otrzewnowa¹⁷, teren województwa podzielono na cztery obszary kontraktowania. Ogólną wartość postępowań konkursowych zabezpieczono na kwotę 1.816.524,60 zł, z maksymalną liczbą umów do zawarcia sześć. W konkursie wpłynęło siedem ofert, jeden podmiot leczniczy znalazł się poniżej poziomu odcięcia, w związku z czym umowy zostały podpisane z sześcioma podmiotami (...). Charakter udzielanych świadczeń nie determinuje konieczności zabezpieczania świadczeń w bezpośrednim otoczeniu pacjenta. Ponadto wartość kontraktów zawartych przez Łódzki OW NFZ, które w przypadku nadwykonania płacone są w pierwszej kolejności, wskazują na wystarczające zabezpieczenie świadczenia na terenie województwa łódzkiego.”

(akta kontroli str. 491-501, 523-528)

Wycena świadczenia polegającego na badaniu wskaźnika UACR na dzień 30 czerwca 2024 r. wynosiła 33 zł.¹⁸

Wycena poszczególnych świadczeń związanych z opieką nad chorymi na przewlekłą chorobę nerek i przewlekłą niewydolność nerek w POZ, wynosiła odpowiednio: a) BNP (NT-pro-BNP)¹⁹ w 2022 r. – 92,80 zł; od 30 czerwca do 31 grudnia 2023^[1] od 92,80zł do 98,82 zł i do 30 czerwca 2024 r. – 98,82 zł, b) albuminuria (stężenie albumin w moczu) – 7,85 zł, od 7,85 do 8,36 zł i 8,36 zł; c) UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) – 18,32 zł, od 18,32 do 33 zł i 33 zł; d) antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej) – 32,12 zł, od 32,12 do 43,10 zł i 43,10 zł, e) antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH) – 56,11 zł, od 56,11 do 72,10 zł i 72,10 zł; f) antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie) – 26,03 zł, od 26,03 do 37,70 zł i 37,70 zł; g) konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz POZ- lekarz specjalista) – 81,65 zł, od 81,65 do 86,95 zł i 86,95 zł; h) konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista) – 120,75 zł; od 120,75 do 140,90 zł i 140,90 zł.

¹⁶ <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/Uniwersalne> (wg stanu na 3.12.2024 r.).

¹⁷ Zakres. 11.4132.001.02.

¹⁸ Wycena świadczenia w 2022 r. i 2023 r. (do 31 czerwca) wynosiła 18,32 zł.

¹⁹ Diagnostyki niewydolności serca.

^[1] Od 1 lipca 2023 r. zmiana cen dokonana na podstawie wyceny świadczeń przez Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

(akta kontroli str. 11-12, 489)

Wycena poszczególnych świadczeń związanych z opieką nad chorymi na przewlekłą chorobę nerek i przewlekłą niewydolność nerek w AOS (w zakresie wartości punktowej), wynosiła na koniec 2021, 2022, 2023 r. oraz na 30 czerwca 2024 r. odpowiednio: a) kwalifikacja do przeszczepienia nerki - badanie wstępne: 1.258 pkt (w 2021 i 2022 r.)²⁰, b) monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie nerki (obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania): 219 pkt w całym okresie objętym kontrolą; c) świadczenie pohospitalizacyjne (W01): 48 pkt w całym okresie objętym kontrolą.

(akta kontroli str. 11-12, 489)

Oddział nie posiadał danych dotyczących przewlekłej choroby nerek w zakresie podstawowych wskaźników i epidemiologii wykazywanych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych.

(akta kontroli str. 491-501)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „środki finansowe w ramach Programu 40 Plus oraz BPOK za lata 2022-2023 zostały wypłacone zgodnie z rzeczywistym wykonaniem i były regulowane na bieżąco. W Oddziale został opracowany i wdrożony schemat postępowania w odniesieniu do aneksowania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie § 43 Ogólnych warunków umów, powodujący wzrost całkowitego zobowiązania wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy. Schemat postępowania stosowany jest zarówno w przypadku rozpatrywania wniosku świadczeniodawcy, jak i wniosku komórek merytorycznych o zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczenia w zakresie BPOK to świadczenia ponadumowne, nie finansowane nielimitowo. Plan finansowy NFZ jest zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Łączna suma zobowiązań wynikających z umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ.”

(akta kontroli, str.: 523-528)

2. Liczba osób uprawnionych do udziału w Programie 40 PLUS na terenie województwa łódzkiego wynosiła: 1.292.078 w 2021 r., 1.287.650 w 2022 r., 1.295.530 w 2023 r. oraz 1.318.014 w I połowie 2024 r., z czego Programem objętych zostało odpowiednio:

- a) kobiet: 9.768 (0,8%), 18.894 (1,5%), 31.146 (2,4%) i 25.339 (1,9%),
- b) mężczyzn: 6.499 (0,5%), 12.135 (0,9%), 21.248 (1,6%) i 16.819 (1,3%),
- c) ogółem: 16.267 (1,3%), 31.029 (2,4%), 52.394 (4%) i 42.158 (3,2%),

Badania w Programie powtórzyło odpowiednio: 5.189 (0,4%) w 2023 r. i 9.334 (0,7%) w 2024 r. (I-połowa)²¹.

W ramach Programu zrealizowano badania diagnostyczne w ilości: 157.807 w 2021 r., 302.018 w 2022 r., 509.779 w 2023 r. i 409.888 w I połowie 2024 r., z czego badanie poziomu kreatyniny we krwi odpowiednio: 16.196, 30.879, 51.896 i 51.492.

W ciągu roku po przeprowadzeniu badań kreatyniny we krwi w ramach Programu w:

a) POZ, stwierdzono rozpoznanie :

- N18 w przypadku: 64 pacjentów w 2021 r., 195 w 2022 r., 483 w 2022 r. i 299 w 2024 r. (I-połowa),
- N19 w przypadku odpowiednio: 16, 34, 110 i 49 pacjentów,

b) AOS w poradniach nefrologicznych, stwierdzono rozpoznanie:

²⁰ W latach 2023 – I połowa 2024 r. brak było pacjentów wytypowanych na przedmiotowe świadczenie.

²¹ Powtórne badania w ramach Programu 40 PLUS można wykonać od 1.07.2023 r. co 12 miesięcy.

- N18 w przypadku odpowiednio: 24, 56, 98 i 37 pacjentów,
- N19 w przypadku odpowiednio: 1, 8, 25 i 11 pacjentów.

(akta kontroli str. 8, 489)

Oddział nie posiadał danych związanych z realizacją Programu 40 PLUS pozwalających ustalić liczbę badań, które były nieprawidłowe oraz liczbę pacjentów, którzy w wyniku otrzymania nieprawidłowych wyników badań zgłosili się do lekarza oraz podjęli leczenie.

(akta kontroli str. 491-501)

Kwoty ustalone w umowach na realizację Programu wynosiły na początek danego roku odpowiednio: 420,0 tys. zł w 2021 r., 2.640,0 tys. zł w 2022 r., 3.570,0 tys. zł w 2023 r. i 2.534,1 tys. zł w 2024 r. Kwoty tych umów na koniec danego roku wyniosły łącznie odpowiednio: 2.279,5 tys. zł, 5.502,6 tys. zł, 6.425,0 tys. zł i 4.514,8 tys. zł. (30 czerwca 2024 r.).

Wysokość środków poniesionych na realizację Programu w poszczególnych latach wynosiła odpowiednio: 1.579,6 tys. zł, 3.065,8 tys. zł, 5.353,8 tys. zł i 2.746,7 tys. zł. Świadczeniodawcy zwrotu środków dokonali tylko w I połowie 2024 r. w wysokości 83,7 tys. zł.

Dyrektor Oddziału w sprawie niskiego wykorzystania zaplanowanych środków na realizację Programu 40 PLUS wyjaśnił, że: *„Środki wykazane w umowach zostały zaplanowane szacunkowo. Natomiast wypłata środków następuje w oparciu o przekazane do Oddziału rachunki zawierające kwoty poparte rzeczywistym wykonaniem świadczeń.”*

(akta kontroli str. 8, 489, 491-501)

O zawarcie umowy na realizację Programu 40 PLUS w 2021 r. wnioski złożyło 69 świadczeniodawców, z czego Oddział zawarł umowy z 62 świadczeniodawcami. W kolejnym roku wpłynęło 12 wniosków, z czego NFZ zawarł osiem umów. W 2023 r. na 12 złożonych wniosków zawarty zostało 12 umów. Również w 2024 r. (I połowa) NFZ zawarł umowy z czterema świadczeniodawcami, tj. wszystkimi którzy złożyli wnioski o udział w Programie.

W 2022 r. siedem podmiotów, a w 2024 r. jeden podmiot, nie przedłużyło umów na realizację Programu 40 PLUS, z czego siedem z uwagi na nieprzyjęcie propozycji nowej umowy bez podania przyczyn Oddziałowi, natomiast jeden z przyczyn technicznych²².

(akta kontroli str. 9, 504-517, 520-521)

Analiza 21 wniosków, złożonych przez 20 podmiotów leczniczych, o zawarcie umów o realizację Programu 40 PLUS wykazała:

- a) Oddział dokonywał pierwszej oceny wniosków w terminie od jednego do 22 dni od daty złożenia wniosku, a po ewentualnych uzupełnieniach wniosku, od 5 do 25 dni od daty złożenia wniosku,
- b) umowy o realizację Programu były zawierane w terminie od 10 do 32 dni od daty złożenia wniosków,
- c) dziewięć podmiotów złożyło kompletne wnioski, a w stosunku do ośmiu Oddział zażądał uzupełnień,
- d) z 17 świadczeniodawcami zawarto umowy, z czego siedmiu rozwiązało umowy po ich zawarciu,

²² Brak możliwości rozliczania świadczeń.

- e) w przypadku 10 wniosków Oddział nie stwierdził nieprawidłowości, pomimo że w jedynym²³ nieprawidłowo wykazano dostępność komórki do realizacji świadczeń w stosunku do dostępności personelu, co wnioskodawca poprawił dopiero po zawarciu umowy z Oddziałem (*co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”*),
- f) w siedmiu przypadkach Oddział zwrócił się o uzupełnienie wniosków, a cztery wnioski zostały odrzucone z uwagi na inne braki niż formalne^{24,25} (jeden z tych podmiotów złożył kolejny wniosek na realizację Programu, w wyniku czego zawarł umowę z Oddziałem),
- g) podmiotu 200115²⁶ nie wezwano do usunięcia braku formalnego dotyczącego podpisania załączników i oświadczeń wnioskodawcy przez osobę nie posiadającą pełnomocnictwa na dzień sporządzenia tych dokumentów.
- Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że ww. podmiot złożył ofertę 9 grudnia 2022 r. w trakcie ważności pełnomocnictwa, a data załączników do wniosku, tj. z 24 listopada 2022 r. generowana jest automatycznie w trakcie przygotowywania i wydruku oferty. Oferta została oceniona negatywnie ze względu na nieuzupełnienie innych dokumentów, a zmiana ważności pełnomocnictwa nie zmieniłaby oceny negatywnej wniosku.
- h) od poniższych podmiotów Oddział wymagał dokonania uzupełnień, które nie miały wpływu na ocenę wniosków w zakresie spraw nie przewidzianych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 109/2021/BPZ z dnia 18 września 2021 r. w sprawie umów o realizację Programu 40 PLUS, tj.:
- od podmiotu 200115²⁷ Oddział wymagał uzupełnienia numeracji wszystkich stron wniosku²⁸, który został oceniony przez Oddział negatywnie z uwagi na brak żadnych kwalifikacji personelu,
 - wnioski podmiotów 210616 i 210414 zostały przez Oddział ocenione negatywnie m.in. z uwagi na brak złożenia oświadczenia w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy²⁹,
 - wniosek podmiotu 210616 został przez Oddział oceniony negatywnie m.in. z uwagi na brak wskazania na kopercie, w której został złożony wniosek: daty, pieczętki i podpisu wnioskodawcy³⁰,
- Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że powyższe przypadki były incydentalne i nie miały wpływu na ocenę końcową wniosków, ponieważ zostały one odrzucone również z innych przyczyn. Członkowie zespołów oceniających uczestniczyli w tym samym czasie w innych postępowaniach konkursowych, w których wnioskodawcy byli zobowiązani do spełnienia powyższych wymagań.

²³ 140074.

²⁴ O których mowa w & 6 ust. 5 zarządzenia nr 109/2021/BZP Prezesa NFZ z 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację Programu 40 PLUS.

²⁵ Wnioski zostały odrzucone z uwagi na: a) brak części III wniosku, brak oświadczenia w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy, brak na kopercie daty, pieczętki i podpisu wnioskodawcy, b) brak dot. kwalifikacji pielęgniarki, c) nieprawidłowo wykazano dostępność komórki do realizacji świadczeń personelu, brak wykazania wagi medycznej, brak oświadczenia wnioskodawcy w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy, d) nieprawidłowo wykazano dostępność komórki do realizacji świadczeń personelu, rozbieżność między oświadczeniem o wpisie do rejestru a danymi we wniosku.

²⁶ Wniosek z 9 grudnia 2022 r.

²⁷ Wniosek z 9 grudnia 2022 r.

²⁸ Pomimo, że brak ponumerowania stron wystąpił w przypadku ośmiu wnioskodawców.

²⁹ Pomimo, że łącznie 19 z 21 podmiotów nie złożyło takiego oświadczenia.

³⁰ Pomimo, że w przypadku trzech wniosków (210245, 240009 i 220027) na kopertach, w których zostały złożone wnioski, nie wskazano dat, a Oddział nie uznał tego jako przesłanki do negatywnej oceny wniosków.

- od podmiotu 210245 Oddział wymagał złożenia oświadczenia o kontynuacji ubezpieczenia OC przez cały okres trwania umowy³¹ (co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”),
- i) w 14 przypadkach Oddział przeprowadził czynności sprawdzające u wnioskodawców, w czterech nie przeprowadził z uwagi na ocenienie wniosków negatywnie, natomiast w trzech odstąpiono za zgodą Dyrektora Oddziału³²,
- j) Oddział terminowo realizował płatności za faktury wystawione w ramach Programu.

(akta kontroli str. 34-200, 489-490, 504-516, 518-519)

Z informacji uzyskanych od podmiotów realizujących diagnostykę w ramach Programu 40 PLUS wynika, że:

- a) podmioty umożliwiały pacjentom rejestrację do Programu w inny sposób niż z wykorzystaniem IKP. Rejestracja była możliwa również telefonicznie oraz z pomocą pielęgniarek i lekarzy w gabinetach za pośrednictwem portalu gabinet.gov.pl,
- b) pacjent miał możliwość odebrania wyników przeprowadzonych badań profilaktycznych osobiście w formie papierowej, jak również w formie elektronicznej za pośrednictwem strony podwykonawcy badań laboratoryjnych lub dedykowanego portalu, do którego pacjent otrzymywał login i hasło do wyników,
- c) pacjenci w przypadku wyników badania odbiegającego od normy byli o tym fakcie informowani podczas odbioru wyników w przychodni, jak i telefonicznie,
- d) pacjenci podczas odbioru wyników badań laboratoryjnych otrzymywali zalecenie ich okazania lekarzowi pierwszego kontaktu. Pacjenci otrzymywali również informacje o możliwości skorzystania z odpłatnej wizyty u lekarza specjalisty nefrologa.

Podmioty realizujące Program zgłosiły następujące uwagi dotyczące Programu:

- brak identyfikatora pacjenta (np. PESEL), któremu zrealizowano świadczenie w zestawieniach gabinet.gov.pl utrudnia i wydłuża poprawianie błędów, sprawdzanie pacjentów,
- brak gwarancji kontynuacji trwania programu nie pozwala na jego umieszczenie w planowaniu diagnostyki u pacjentów,
- problem z wydłużoną komunikacją z Systemem Centralnym (czas odpowiedzi Systemu Centralnego P1 na zdarzenie medyczne jest bardzo długi). Ostatecznie badanie nie zostaje często rozliczone, a w raporcie pojawia się komunikat o zdarzeniu medycznym,
- problem z wygenerowaniem nowego skierowania na badania oraz brak możliwości zarejestrowania pacjenta ponownie w przypadku nieprawidłowo zakończonego badania w poprzedniej placówce,
- problem z wygenerowaniem skierowania do Programu, które wpadają w chmurę. Sytuacja tego rodzaju wymaga interwencji informatyków z Centrum e-Zdrowie,
- brak możliwości pobrania raportów ogólnych przez personel niemedyczny (tj. osoby upoważnione do wysyłki zdarzeń medycznych i poprawiania błędów),

³¹ Pomimo, że na 21 wniosków oświadczenie w sprawie ubezpieczenia złożyły tylko cztery podmioty, a wszystkie miały zawarte umowy ubezpieczenia na czas określony.

³² Z uwagi na posiadanie przez dwa podmioty umowy w zakresie POZ, a jeden podmiot posiadał umowę na Program 40 PLUS w roku wcześniejszym w tym samym miejscu.

- skomplikowana obsługa cyfrowa Programu (wystawianie skierowań i obsługa rozliczeń),
- zasadność wykonywania co roku badania trzech enzymów wątrobowych (wystarczające byłoby wykonanie badania ALT) oraz wykonywanie oznaczenia glikemii u pacjentów z rozpoznaną wcześniej cukrzycą,
- zasadność rozszerzenia badań w Programie o TSH, FT3 i FT4.

(akta kontroli str. 272-332)

3. Oddział pierwsze umowy na realizację świadczeń z grupy dziedzicznej nefrologia w ramach BPOK zawarł od 1 grudnia 2023 r. – osiem umów. W pierwszej połowie 2024 r. zawarł kolejnych 17 umów ze świadczeniodawcami. Żaden ze świadczeniodawców nie zrezygnował ze świadczenia ww. świadczeń.

Realizację zadań związanych z wdrażaniem grupy dziedzicznej w zakresie nefrologia objęto dziewięć umów zawartych w 2023 r.³³, w wyniku czego stwierdzono:

- a) świadczeniodawcy zgłaszali chęć realizacji świadczeń na wniosku w sprawie rozszerzania umowy w zakresie POZ,
- b) w systemie elektronicznym, świadczeniodawcy wskazywali personel oraz jego dostępność,
- c) umowy na realizację BPOK były zawierane od 8 do 27 dni, od dnia złożenia wniosków na grupę dziedziczną w zakresie nefrologia,
- d) w umowach nie wskazywano wartości grupy dziedzicznej w zakresie nefrologia, a natomiast łączną wartość BPOK,
- e) w fakturach również nie wykazywano poszczególnych grup dziedzicznych,
- f) Oddział terminowo realizował płatności za faktury wystawione w ramach opieki koordynowanej.

(akta kontroli str. 10, 201-271, 489-490, 504-516, 518-519, 522)

4. W latach 2022 – I połowa 2024 r. Oddział realizował łącznie siedem programów lekowych skierowanych do pacjentów z rozpoznaniem przewlekłej choroby nerek (N18), z czego jeden program³⁴ funkcjonujący w 2022 r. został dołączony w 2023 r. do innego programu lekowego³⁵.

Dane dotyczące poszczególnych programów lekowych w ww. okresie przedstawiły się następująco:

- a) B.37 Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek:
 - liczba pacjentów objętych programem: 197, 192 i 158, liczba świadczeniodawców realizujących program: 9, 9 i 9,
 - wydatki na realizację programu ogółem: 518,4 tys. zł 703,5 tys. zł i 397,5 tys. zł, z czego wydatki na leki: 338,8 tys. zł, 342,5 tys. zł i 189,0 tys. zł oraz wydatki towarzyszące: 179,6 tys. zł, 361,0 tys. zł i 208,5 tys. zł,
 - średni koszt hemodializy na pacjenta: 26,9 tys. zł, 32,0 tys. zł i 15,4 tys. zł oraz średni koszt dializy otrzewnowej: 48,8 tys. zł, 0 zł i 19,8 tys. zł,
 - średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wynosił: 0; 7 i 3 dni.³⁶,
- b) B.39 Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami:

³³ Próbą objęto pierwszych dziewięć umów zawartych przez Oddział w 2023 r.

³⁴ B.69 Leczenie parykalcytolem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych.

³⁵ B.39 Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami.

³⁶ Nie wystąpił średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych.

- liczba pacjentów objętych programem wynosiła: 20, 6 i 12, liczba świadczeniodawców realizujących program wynosiła: 11; 11 i 11,
 - wydatki na realizację programu wynosiły ogółem: 53,9 tys. zł, 11 tys. zł i 14,2 tys. zł, z czego wydatki na leki: 29,6 tys. zł, 7,9 tys. zł i 9,1 tys. zł oraz wydatki towarzyszące: 24,2 tys. zł, 3,1 tys. zł i 5,1 tys. zł,
 - średni koszt hemodializy na pacjenta: 69,8 tys. zł, 91,6 tys. zł i 42,8 tys. zł oraz średni koszt dializy otrzewnowej: 40,6 tys. zł, 0 zł i 60,9 tys. zł,
 - średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych: 0, 0 i 3 dni³⁷,
- c) B.69 Leczenie parykalcytolem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych (występujący w 2022 r. i dołączony od 2023 r. do programu z pkt b):
- liczba pacjentów objętych programem: 3, liczba świadczeniodawców realizujących program: 7,
 - wydatki na realizację programu ogółem: 2,2 tys. zł, z czego wydatki na leki: 411,3 zł oraz wydatki towarzyszące: 1,7 tys. zł,
 - średni koszt hemodializy na pacjenta: 70,0 tys. zł oraz średni koszt dializy otrzewnowej: 43,9 tys. zł,
 - nie było pacjentów oczekujących,
- d) B.75 Leczenie chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA):
- w latach 2022 – I połowa 2024 r. było po trzech świadczeniodawców, z czego tylko w 2022 r. zakwalifikowany został do programu jeden pacjent. Poniesiono na niego ogółem wydatki w wysokości 6,2 tys. zł, z czego na leki 3,1 tys. zł i wydatki towarzyszące 3,1 tys. zł. Nie realizowano hemodializy i dializy otrzewnowej,
- e) B.95 Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS):
- w latach 2022 – I połowa 2024 r. było po dwóch świadczeniodawców, z czego tylko w 2023 r. zakwalifikowany został do programu jeden pacjent. Poniesiono na niego ogółem wydatki w wysokości 65,4 tys. zł, z czego na leki 64,6 tys. zł i wydatki towarzyszące 747,2 zł. Nie realizowano hemodializy i dializy otrzewnowej,
- f) B.113 Leczenie pacjentów z chorobami nerek (ICD-10 N18):
- liczba pacjentów objętych programem: 12, 15 i 24, liczba świadczeniodawców realizujących program: 3, 3 i 3,
 - wydatki na realizację programu ogółem: 61,0 tys. zł, 118,2 tys. zł i 100,1 tys. zł, z czego wydatki na leki: 44,0 tys. zł, 81,9 tys. zł i 67,9 tys. zł oraz wydatki towarzyszące: 17,0 tys. zł, 36,3 tys. zł i 32,3 tys. zł,
 - średni koszt hemodializy na pacjenta: 22,3 tys. zł, 5,4 tys. zł i 6,8 tys. zł oraz średni koszt dializy otrzewnowej: 5,9 tys. zł, 0 zł i 5,9 tys. zł,
 - nie było pacjentów oczekujących,
- g) B.126 Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwrodnienia wielotorbielowatego nerek (ICD-10: Q61.2):
- liczba pacjentów objętych programem: 2, 0 i 3, liczba świadczeniodawców realizujących program: 8, 8 i 8,

³⁷ Nie wystąpił średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych.

- wydatki na realizację programu ogółem: 11,7 tys. zł, 0 zł i 8,2 tys. zł; 65 zł, z czego wydatki na leki: 10,4 tys. zł; 0 zł i 7,0 tys. zł oraz wydatki towarzyszące: 1,3 tys. zł; 0 zł i 1,2 tys. zł,
- nie realizowano hemodializy i dializy otrzewnowej,
- nie było pacjentów oczekujących.

(akta kontroli str. 14-15, 489)

Do Oddziału nie wpłynęły skargi od świadczeniodawców i świadczeniobiorców na zasady kwalifikacji do ww. programów lekowych, jak również nie występowały problemy z dostępnością do tych programów. Rozliczenia realizacji programów lekowych odbywało się za faktycznie zużytą substancję.

(akta kontroli str. 333-334, 489, 491-501)

Oddział nie podejmował innych działań mających na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek, poza Programem 40 PLUS, zakresem świadczeń BPOK oraz programami lekowymi. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Oddział zawiera umowy w zakresach świadczeń zgodnych z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.*

(akta kontroli str. 49-501)

5. W okresie objętym kontrolą w zakresie nefrologii wpłynęła tylko jedna skarga do Oddziału, w 2023 r. dotycząca braku kontaktu z koordynatorem DILO³⁸ w Poradni Nefrologicznej. Skarga została uznana za niezasadną, ponieważ świadczeniodawca kontaktował się ze skarżącym za pośrednictwem maila.

(akta kontroli str. 489)

W 2022 r. została przeprowadzona kontrola wewnętrzna w Oddziale dotycząca „Prawidłowości zawierania umów o realizację Programu pilotażowego Profilaktyka 40 PLUS”. W jej wyniku stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą niespełniania warunków do zawarcia umowy, poprzez niewysłanie zawiadomień o negatywnej ocenie wniosków listem poleconym za potwierdzeniem odbioru zgodnie z pkt 3, ppkt 3.2 Procedury postępowania w sprawie zawarcia umów o realizację Programu 40 PLUS. Oddział uwzględnił zapisy ww. procedury w bieżącej działalności.

(akta kontroli str. 489)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Oddział pozytywnie rozpatrzył wniosek o realizację Programu 40 PLUS podmiotu [REDAKTOWANE]³⁹, pomimo że w formularzu wniosku nieprawidłowo wykazano dostępność komórki do realizacji świadczeń personelu (całodobowo) w stosunku do dostępności personelu (4 godz. w tygodniu). Jednocześnie z ww. podmiotem Oddział zawarł umowę na realizację Programu w 2023 r. na wartość 19,2 tys. zł w dniu 22 września 2023 r., pomimo że poprawiony wniosek podmiot złożył dopiero trzy dni później tj. 25 września 2023 r.

(akta kontroli str. 34-35, 59-65, 489-490)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że nie miało to wpływu na realizację umowy, a ze względu na rodzaj postępowania w trybie wnioskowym brak było możliwości uzupełnienia wersji elektronicznej wniosku (płyta CD). Podmiot na żądanie komisji złożył 25 września 2023 r. wniosek wpisując w harmonogram komórki treść

³⁸ Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne.

³⁹ Wniosek z dnia 12 września 2023 r.

zgodną z harmonogramem personelu. Możliwość złożenia zmian w tym zakresie podmiot ma dopiero po zawarciu umowy na dany zakres. Różnica pomiędzy harmonogramami została poprawiona od początku trwania umowy.

(akta kontroli str. 504-516)

NIK wskazuje, że dwa inne wnioski podmiotów na realizację Programu 40 PLUS (), zostały przez Oddział ocenione negatywnie pomimo rozbieżności harmonogramu czasu pracy komórki z liczbą godzin czasu pracy personelu⁴⁰, tj. odmiennie niż w przypadku podmiotu 140074.

(akta kontroli str. 34-35, 59-65, 490, 112-133)

2. W ramach rozpatrywania wniosków o realizację Programu 40 PLUS, tylko od jednego podmiotu () Oddział zażądał usunięcia braku odnośnie oświadczenia o kontynuacji ubezpieczenia OC przez cały okres trwania umowy, pomimo że na 21 wniosków oświadczenie w sprawie ubezpieczenia złożyły tylko cztery podmioty, a wszystkie miały zawarte umowy ubezpieczenia na czas określony⁴¹.

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 6 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie umów o realizację programu pilotażowego Profilaktyka 40 PLUS, do wniosku wymagane było dołączenie kopii polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; świadczeniodawca może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie zobowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy.

(akta kontroli str. 70—78, 490)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że Oddział zwrócił się o uzupełnienie wniosku o ww. oświadczenie ze względu na ważność obowiązywania umowy OC, tj. do 17 grudnia 2021 r., a umowa na realizację świadczeń, zgodnie z przepisami, miała obowiązywać do 31 grudnia 2021 r. Ze względu na wątpliwości komisji odnośnie daty obowiązywania umowy OC wezwano podmiot do uzupełnienia braku, natomiast w pozostałych przypadkach komisja nie miała wątpliwości do tych dokumentów.

(akta kontroli str. 504-516)

NIK zwraca uwagę na nierówne traktowanie podmiotów biorących udział w realizacji Programu 40 PLUS. Ww. pomiot złożył wniosek 2 lipca 2021 r., z załączoną umową OC do dnia 17 grudnia 2021 r., a Oddział zażądał od niego przedmiotowego oświadczenia. W przypadku pomiotów:

- a) () wniosek został złożony 10 maja 2023 r., a umowa OC obowiązywała do 17 lipca 2023 r.,
- b) () wniosek został złożony 13 kwietnia 2022 r., a umowa OC obowiązywała do 17 grudnia 2022 r.,
- c) () wniosek został złożony 7 lipca 2021 r., a umowa OC obowiązywała do 25 listopada 2021 r.,
- d) () wniosek został złożony 1 lipca 2021 r., a umowa OC obowiązywała do 8 sierpnia 2021 r.,

⁴⁰ W przypadku podmiotu 220027 dostępność komórki wskazano od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰-18⁰⁰, a personelu w ilości 8 godzin tygodniowo, a podmiotu 210414 dostępność komórki wskazano od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰-18⁰⁰, a personelu w ilości 5 godzin tygodniowo.

⁴¹ Wniosek ostatecznie oceniony pozytywnie.

- e) [REDAKTOWANE] wniosek został złożony 11 lipca 2024 r., a umowa OC obowiązywała do 9 kwietnia 2024 r.

Cztery pierwsze wnioski zostały ocenione pozytywnie, a piąty negatywnie (z uwagi na inne braki), jednak od żadnego nie żądano złożenia oświadczenia o kontynuacji oświadczenia OC, pomimo że przedłożenie umowy przez wnioskodawców nie obowiązywały do końca roku, w którym złożyli wnioski i w którym zawarli umowy z Oddziałem.

(akta kontroli str. 34-35, 40-45, 54-58, 94-101, 102-109, 122-133, 490)

OCENA CZĄSTKOWA

W latach objętych kontrolą Oddział zwiększył ilość zawartych umów na prowadzenie stacji dializ z 15 w 2021 r. do 16 od 2022 r., w których leczenie pacjentów za pomocą dializ otrzewnych było prowadzone w sześciu stacjach. Realizował również zadania związane z wprowadzaniem Programu 40 PLUS, przy czym na etapie rozpatrywania wniosków podmiotów leczniczych chcących przystąpić do Programu, stwierdzono nieprawidłowości polegające na wyłonieniu jednego wykonawcy niespełniającego warunków i nierówne traktowanie innych w zakresie stawianych wymagań. W zakresie BPOK Oddział zwiększał liczbę podmiotów leczniczych wdrażających grupę dziedzinową w zakresie nefrologia.

OBSZAR

2. Działania promocyjne i edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą na działania edukacyjne i promocyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa odnośnie konieczności wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek, Oddział poniósł wydatki tylko w 2023 r. w wysokości 7.200 zł⁴² na produkcję i emisję telewizyjnego programu edukacyjnego w TVP3 pod nazwą „ABC-Pacjenta”⁴³. Program w całości poświęcony został tematyce chorób nerek. Podczas programu przekazane zostały m.in. informacje dot. podstawowych badań jakie może zlecić lekarz POZ, które oceniają pracę nerek oraz programy lekowe i zabiegi jakie są finansowane przez NFZ z zakresu chorób nerek.

(akta kontroli str. 338-341)

Oddział organizował⁴⁴ w swojej siedzibie następujące wydarzenia promocyjno-edukacyjne pod nazwą „Zdrowy tydzień z NFZ”:

- 28 listopada 2022 r. „*Wszystko o endometriozie⁴⁵, raku prostaty*”. W ramach prowadzonych konsultacji przekazywano m.in. wiedzę na temat profilaktyki nowotworów męskich, jak rak prostaty, jądra oraz nerki,
- 10 maja 2023 r. „*Nadciśnienie tętnicze*”. Prowadzono m.in. konsultacje urologiczne i kardiologiczne dotyczące problematyki związanej z uszkodzeniem nerek w konsekwencji nadciśnienia,
- 30 maja 2023 r. „*Zdrowy mężczyzna*”. Prowadzone były konsultacje urologiczne związane z nietrzymaniem moczu i profilaktyką chorób układu moczowego oraz profilaktyką raka. Spotkanie było prowadzone m.in. przez urologa i edukatora onkologicznego,

⁴² NFZ poniósł dodatkowo wydatek 61,5 zł na opłatę licencyjną.

⁴³ Odcinek premierowy wyemitowany został w listopadzie 2023 r. oraz powtórzony siedmiokrotnie w okresie dwóch tygodni od premierowej emisji.

⁴⁴ Wydarzenia promocyjne organizowane z inicjatywy ŁOW NFZ.

⁴⁵ Gruczolistość zewnętrzna – obecność błony śluzowej macicy poza jamą macicy.

- 11 marca 2023 r. „Profilaktyka chorób u mężczyzn”. Prowadzone były konsultacje związane z profilaktyką nowotworów prostaty, nerki i jąder,
- 24 czerwca 2024 r. „Dzień Ojca”. Prowadzone były konsultacje związane z profilaktyką nowotworów prostaty, nerki i jąder oraz chorób nowotworowych najczęściej występujących u mężczyzn.

Informacje o organizowanych przez ŁOW NFZ wydarzeniach były zamieszczane na stronach internetowych Oddziału w zakładce „Dla pacjenta”. W ramach prowadzonych spotkań każdorazowo prowadzona była również promocja Programu 40 PLUS ze wskazaniem listy aktualnych realizatorów Programu. Uczestnikom rozdawane były również ulotki promujące „Środę z Profilaktyką”, w których poruszane były m.in. tematy dotyczące nowotworów męskiego układu moczowo-płciowego, w tym dotyczące raka nerki i raka pęcherza moczowego. Oddział każdorazowo po zrealizowaniu spotkania sporządzał sprawozdanie zawierające dane statystyczne zawierające m.in. ilość osób uczestniczących w wydarzeniu oraz ilość osób, która skorzystała z dostępnych na miejscu badań, konsultacji i informacji. Oddział w ramach podejmowanych działań promocyjnych i edukacyjnych współpracował z podmiotami zewnętrznymi realizującymi zadania związane z edukowaniem pacjentów o konieczności wcześniejszej diagnostyki PChN⁴⁶.

(akta kontroli str. 335-488, 490)

Oddział zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia⁴⁷ od 1 listopada 2023 r. rozszerzył BPOK o nową grupę dziedzinową - Diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek. W związku z wprowadzeniem ww. zmian na stronach Oddziału opublikowano przedmiotowe zarządzenie, a informacje dot. świadczeń opieki koordynowanej opublikowane zostały na stronach Centrali NFZ i na stronie pacjent.gov.pl⁴⁸. Oddział uczestniczył również w dystrybucji materiałów informacyjnych dot. opieki koordynowanej dla placówek POZ i świadczeniobiorców oraz poinformował podmioty lecznicze o możliwości pozyskania przygotowanych przez Centralę NFZ materiałów informacyjnych w wersji wydrukowanej lub w formie elektronicznej⁴⁹. Na stronie internetowej ŁOW NFZ oraz w portalu Świadczeniodawcy opublikowane zostały⁵⁰ wytyczne opracowane przez konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii, konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek w POZ, z uwzględnieniem opieki koordynowanej.

(akta kontroli str. 335-488, 490)

Oddział w latach 2022-2024 nie posiadał planów promocji i edukacji mających na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek oraz w celu zwiększenia liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia w poszczególnych grupach dziedzinowych w ramach BPOK. Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału: w celu zwiększenia liczby świadczeniodawców w ramach BPOK Oddział prowadził: indywidualne rozmowy z podmiotami leczniczymi, wystosował pisma do

⁴⁶ Oddział zapraszał do współpracy przedstawicieli m.in. Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Specjalistycznego Szpitala Onkologicznego Nu-Med; Stowarzyszenia Mężczyzn z Chirobami Prostaty „Gladiator” im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego; Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi; American Heart of Poland.

⁴⁷ Rozporządzenie z dnia 9 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2226).

⁴⁸ link: Opieka koordynowana w POZ / Dla Świadczeniodawcy / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) - finansujemy zdrowie Polaków). I <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-koordynowana-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej>

⁴⁹ <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/opieka-koordynowana-w-poz> - zakładka *Materiały informacyjne*

⁵⁰ link: <https://www.nfz-lodz.pl/dla-swadczeniodawcy/dlaswadczeniodawcow/10114-wwtvczne-dotyczace-diagnostyki-i-leczenia-przewleklej-choroby-nerek-w-poz-z-uwzględnieniem-opieki-koordynowanej> w dniu 11 i 14 października 2024 r.

POZ działających przy szpitalach oraz wysłał zgodnie z dyspozycją Centrali NFZ komunikat o możliwości pozyskania materiałów informacyjnych skierowanych do pacjentów odnośnie BPOK.

(akta kontroli str. 491-501)

Łączne wydatki ŁOW NFZ na działalność edukacyjną i promocyjną wyniosły: na działalność edukacyjną⁵¹ 200,1 tys. zł w 2022 r., 251,3 tys. zł w 2023 r. i 218,3 tys. zł w 2024 r., a na działalność promocyjną⁵² odpowiednio 29,5 tys. zł; 31,0 tys. zł i 54,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 502-503)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

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

IV. Wnioski

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o zobowiązanie pracowników do rzetelnego prowadzenia postępowań konkursowych na realizację świadczeń zdrowotnych.

⁵¹ Emisja programów telewizyjnych, audycji radiowych, publikacja materiałów prasowych, nagrywanie filmów edukacyjnych, publikacja materiałów w internecie, wydruk i dystrybucja kalendarzyka rodzinnego, wydruk plakatów, z informacjami nt. programów profilaktycznym, profilaktyki i leczenia w odniesieniu do różnych zakresów medycyny, szczepień ochronnych, badań diagnostycznych, zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, zdrowia psychicznego, funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, przysługujących świadczeń, dostępnych usług internetowych (serwisów, aplikacji), usług świadczonych na Salach Obsługi Pacjentów NFZ, dostępności nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (w tym opieki koordynowanej) itp., nadto zakup materiałów na potrzeby edukacji zdrowotnej prowadzonej bezpośrednio przez pracowników Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na Salach Obsługi Klientów, podczas wydarzeń plenerowych, w tym wydarzeń zewnętrznych organizowanych we współpracy z innymi instytucjami, warsztatów edukacyjnych dla dzieci (t.j. analizator składu ciała, waga, gra planszowa, model do nauki samobadania piersi, model szczęki itp.).

⁵² Zapewnienie wyposażenia stoisk wystawienniczych, tj. namioty, krzesła, stoliki, obrusy, urządzenia grzewcze, oświetlenie przenośne, stojaki na ulotki, materiały biurowe (np. kredki, ołówki), materiały promocyjne z logo NFZ, tj. np. długopisy, torby, znaczki, balony, opaski odblaskowe, ściereczki do czyszczenia okularów, pojemniki na leki, szczoteczki do zębów, tablice z oznakowaniem.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury w Łodzi. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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.

Łódź, 13 grudzień 2024 r.

Kontrolerzy
Dominik Gołacki
gł. specjalista k.p.

p.o. Dyrektor Delegatury
Najwyższej Izby Kontroli
w Łodzi
z upoważnienia
Małgorzata Chojnacka
p.o. Wicedyrektor

.....
/podpisano elektronicznie/

.....
/podpisano elektronicznie/

Marek Tarnawski
doradca techniczny

.....
/podpisano elektronicznie/