



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.26.1.2024

Pani
Magdalena Kraszevska

Dyrektor
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

ul. Grunwaldzka 158
60-309 Poznań

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia, Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu ul. Grunwaldzka 158, 60-309 Poznań ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Magdalena Kraszevska, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu, od 23 maja 2024 r. ²
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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	1) Aneta Karska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/125/2024 z 12 września 2024 r. oraz nr LPO/138/2024 z 30 września 2024 r. 2) Piotr Kręt, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/158/2024 z 25 października 2024 r.

(akta kontroli: str. 1-42)

¹ Dalej: WOW NFZ, Oddział Funduszu, Oddział NFZ.

² Dalej: Dyrektor WOW NFZ lub Dyrektor Oddziału Funduszu. W okresie od 20 lutego 2024 r. do 22 maja 2024 r. obowiązki Dyrektora pełnił Jerzy Pilarski, a od 13 lutego 2017 r. do 19 lutego 2024 r. Agnieszka Pachciarz.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

NIK pozytywnie ocenia działania podejmowane przez WOW NFZ w celu zapewnienia dostępności wcześniej diagnostyki i opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek⁵.

W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba pacjentów na terenie województwa wielkopolskiego, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N.18 (przewlekła niewydolność nerek) oraz ICD-10 N.19 (nieokreślona niewydolność nerek). Wzrosła liczba poradni nefrologicznych (z 32 do 35) oraz liczba pacjentów objętych ambulatoryjną opieką specjalistyczną w tych poradniach. Jednak wzrastał też średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych⁶. Wzrost dotyczył także liczby pacjentów objętych leczeniem szpitalnym w ośmiu oddziałach nefrologicznych na terenie województwa wielkopolskiego. W Oddziale podejmowano działania w celu ograniczenia negatywnych skutków zamknięcia jednej ze stacji dializ⁷ i w efekcie, w tym samym okresie, wzrosła liczba dializowanych pacjentów. O jedną zmniejszyła się liczba stacji dializ, w których prowadzono leczenie za pomocą dializ otrzewnowych (z 11 do 10). Jednocześnie jednak wzrosła liczba pacjentów dializowanych otrzewnowo (w I półroczu 2024 r. było to 171 pacjentów). W celu zapewnienia pacjentom optymalnych odległości do stacji dializ, WOW NFZ określał obszary kontraktowania (subregiony) z uwzględnieniem danych dotyczących miejsca zamieszkania pacjentów.

Na terenie województwa wielkopolskiego w latach 2021-2024 (I półrocze) ponad dwukrotnie zwiększyła się liczba osób uprawnionych, które wykonały badania w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (z niespełna 60 tys. w 2021 r. do 184 tys. w I półroczu 2024 r.). W ślad za tym rosła liczba badań diagnostycznych, w tym liczba badań poziomu kreatyniny we krwi zrealizowanych w ramach programu. Każdego roku rosła też wartość poniesionych środków finansowych na realizację programu. Umowy z realizatorami ww. programu pilotażowego zawierane były zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia⁸ oraz zarządzenia Prezesa NFZ⁹, w tym terminowo rozpatrywano wnioski, oceniano ich kompletność, wzywano do uzupełnienia braków formalnych i terminowo regulowano zobowiązania w tym zakresie.

Do końca I półrocza 2024 r. w ramach BPOK¹⁰ grupę dziedzinową nefrologia realizowało łącznie 22 świadczeniodawców (trzy umowy podpisano w 2023 r. oraz 19 w I półroczu 2024 r.). Umowy zawierane były zgodnie z przepisami zarządzenia Prezesa NFZ¹¹, w tym terminowo rozpatrywano wnioski, oceniano ich kompletność i terminowo regulowano zobowiązania w tym zakresie. Wzrosła liczba pacjentów objętych opieką w zakresie BPOK w ramach grupy dziedzinowej nefrologia: z 40 pacjentów w 2023 r. do 518 w I półroczu 2024 r. Wzrosła też liczba badań UACR¹² przeprowadzonych w ramach BPOK. Oddział Funduszu nie posiadał informacji jakie środki finansowe zapłacone poszczególnym świadczeniodawcom w zakresie BPOK dotyczyły ścieżki nefrologicznej.

W ramach innych działań mających na celu zapewnienie dostępu do wcześniej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN, Oddział Funduszu kontraktował i finansował realizację programów lekowych związanych z chorobami nerek. Rzeczywisty czas oczekiwania pacjenta na udział w programie lekowym nie przekraczał 30 dni. Jednakże zdarzały się pojedyncze przypadki, w których pacjenci oczekiwali znacznie dłużej na udzielenie pomocy.

W Oddziale organizowano szereg spotkań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących BPOK. Nie podejmowano natomiast działań promocyjnych i edukacyjnych bezpośrednio związanych z PChN. Oddział NFZ nie nawiązał również współpracy z innymi podmiotami realizującymi działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa o konieczności wcześniej diagnostyki PChN. W związku z brakiem działań w powyższym zakresie, Oddział NFZ nie poniósł również dodatkowych kosztów.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dalej: PChN.

⁶ W I półroczu 2024 r. czas ten wynosił 101 dni w przypadkach stabilnych i 46 dni w przypadkach pilnych.

⁷ Liczba ta zmniejszyła się z 38 do 37 stacji dializ.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14.06.2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz.U. z 2024 r. poz. 549).

⁹ Zarządzenie nr 109/2021/BPZ z 18 czerwca 2021 r. (Biul. Inf. NFZ poz. 109, ze zm.).

¹⁰ Budżet powierzony opieki koordynowanej (dalej: BPOK).

¹¹ Zarządzenie nr 79/2022/DSOZ z 29 czerwca 2022 r. (Biul. Inf. NFZ poz. 79, ze zm.).

¹² Wskaźnik albumina/kreatynina w moczu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹³ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Działania organizacyjne podejmowane w celu zwiększenia dostępności wczesnej diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentem
Opis stanu faktycznego	1.1 Dostęp do diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN W latach 2021-2023 liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N.18 (przewlekła niewydolność nerek) wzrosła z 12 365 do 15 359. W I półroczu 2024 r. liczba ta wynosiła 11 498 pacjentów. Wzrosła również liczba pacjentów, u których postawiono rozpoznanie ICD-10 N.19 (nieokreślona niewydolność nerek) z 833 do 946, a w I półroczu 2024 r. wynosiła 533 pacjentów. Liczba podmiotów POZ w zakresie lekarza POZ utrzymywała się w okresie objętym kontrolą w województwie wielkopolskim na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: 639 podmiotów w 2021 r., 636 - w 2022 r., 640 - w 2023 r. oraz w I półroczu 2024 r. - 636. Liczba pacjentów objętych opieką POZ wynosiła odpowiednio: 3 446 229 w 2021 r., 3 477 850 w 2022 r., 3 481 802 w 2023 r. i 3 441 697 w I półroczu 2024 r. (akta kontroli str. 43-46, 48, 73-76, 83-85, 579-586) Nieznacznie wzrosła liczba poradni nefrologicznych (AOS) na terenie województwa wielkopolskiego z 32 poradni w 2021 r. do 35 w I półroczu 2024 r. Jednak wzrastał też średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych, który wynosił w przypadkach stabilnych: w 2021 r. - 57 dni, w 2022 r. - 67 dni, w 2023 r. i w I półroczu 2024 r. - 101 dni oraz w przypadkach pilnych: w 2021 r. - 23 dni, w 2022 r. - 26 dni, w 2023 r. - 39 dni i w I półroczu 2024 r. - 46 dni. Liczba porad udzielonych w poradniach nefrologicznych w latach 2021-2023 wzrosła z 49 929 porad do 54 149 porad, a w I półroczu 2024 r. wyniosła - 28 643 porady. Liczba pacjentów objętych ambulatoryjną opieką specjalistyczną w poradniach nefrologicznych wzrosła z 20 819 pacjentów w 2021 r. do 23 677 pacjentów w 2023 r., a w I półroczu 2024 r. wyniosła 18 671 pacjentów. Z systemu informatycznego Oddziału NFZ nie można uzyskać wprost informacji o liczbie pacjentów poradni nefrologicznych, u których w danym roku po raz pierwszy postawiono konkretne rozpoznanie (ICD-10 N.18 i ICD-10 N.19). (akta kontroli str. 43-46, 48, 73-76, 83-85, 579-586) W latach 2021-2024 (I półrocze) na terenie województwa wielkopolskiego funkcjonowało osiem oddziałów nefrologicznych¹⁴. W tym okresie wzrosła liczba pacjentów objętych leczeniem szpitalnym w oddziałach nefrologicznych: z 3 080 w 2021 r. do 3 622 w 2023 r. (w I półroczu 2024 r. - 2 074 pacjentów). Z systemu informatycznego Oddziału NFZ nie można uzyskać wprost informacji o liczbie pacjentów oddziałów nefrologicznych, u których w danym roku po raz pierwszy postawiono konkretne rozpoznanie (ICD-10 N.18 i ICD-10 N.19). (akta kontroli str. 43-46, 48, 73-76, 83-85, 579-586) Na terenie województwa wielkopolskiego funkcjonowało 38 stacji dializ w okresie od 2021 r. do 30 czerwca 2022 r., a od 1 lipca 2022 r. do końca I półrocza 2024 r. - 37, w tym 19 ambulatoryjnych stacji dializ w całym ww. okresie. Liczba dializowanych pacjentów w stacjach dializ wzrosła z 2 698 w 2021 r. do 2 754 w 2023 r. (w I półroczu 2024 r. było to 2 440 pacjentów). Dyrektor Oddziału Funduszu wskazała, że zmniejszona liczba stacji dializ była wynikiem przeprowadzonych analiz w ramach dotychczas realizowanej umowy przez jednego ze świadczeniodawców. W celu ograniczenia skutków zakończenia realizacji hemodializoterapii przez jedną stację dializ, na etapie ogłaszania postępowań konkursowych w 2022 r. na realizację ww. świadczeń, zabezpieczono środki finansowe dla każdego subregionu w województwie wielkopolskim na poziomie nie niższym niż wartość wcześniej zawartych umów.

¹³ 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.

¹⁴ Wg zakontraktowanego zakresu.

W okresie objętym kontrolą zwiększyła się liczba stacji dializ z hemodializami 24-godzinnymi z czterech w 2021 r. do pięciu w I półroczu 2024 r. W latach 2021-2022 w 11 stacjach dializ prowadzono leczenie za pomocą dializ otrzewnowych, a w latach 2023-2024 (I półrocze) w 10. Liczba pacjentów dializowanych otrzewnowo wzrosła z 203 do 215 (w I półroczu 2024 r. było to 171 pacjentów). W województwie wielkopolskim udział procentowy dializ otrzewnowych w ogólnej liczbie dializ (bez hemodializ 24-godzinnych) wynosił¹⁵ 11,4%, a z hemodializami 24-godzinnymi – 8,7%. W latach 2021-2024 (I półrocze) średni czas oczekiwania pacjentów zarówno na rozpoczęcie hemodializ, jak i dializ otrzewnowych, w przypadkach pilnych wynosił 0 dni, a w przypadkach stabilnych wynosił w poszczególnych latach od 0 do dwóch dni¹⁶.

(akta kontroli str. 43-46, 48, 73-76, 83-85, 510-578, 579-586)

Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniła, że WOW NFZ nie podejmował sformalizowanych działań mających na celu zwiększenie liczby pacjentów korzystających z dializy otrzewnowej. Natomiast temat ten był podejmowany podczas rozmów z osobami odpowiadającymi za zarządzanie stacjami dializ na terenie województwa wielkopolskiego. Przekazywano, że główne powody braku włączenia pacjentów w leczenie nerkozastępcze poprzez dializy otrzewnowe związane są z trudnościami z odpowiednim przygotowaniem i edukacją chorego. Ponadto Dyrektor Oddziału Funduszu wskazała, że obowiązujący zakres sprawozdawanych przez świadczeniodawców danych nie obejmuje informacji o warunkach realizacji dializ (domowe/ambulatoryjne).

Odnosząc się do kwestii odległości, na jaką pacjenci są transportowani na dializy, Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniła, że WOW NFZ dysponuje danymi z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych odnośnie miejsca zamieszkania pacjentów korzystających ze świadczeń w danej stacji dializ. Dane te wskazują na korzystanie przez pacjentów ze świadczeń w powiecie zamieszkania, powiatach ościennych i subregionie. Na etapie postępowania konkursowych o zawarcie umów o realizację świadczeń w zakresie hemodializoterapii oraz hemodializoterapii z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru, w celu zapewnienia pacjentom optymalnej odległości do stacji dializ, WOW NFZ określił obszary kontraktowania (subregiony) z uwzględnieniem ww. danych oraz umiejscowienia istniejących stacji dializ.

Informacje związane z czasem transportu pacjentów do stacji dializ nie były przekazywane do Centrali NFZ oraz do Ministerstwa Finansów.

(akta kontroli str. 510-578)

W ramach POZ koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N.18 oraz N.19 wyniosły odpowiednio:

- UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu): 836 zł oraz 0 zł w 2023 r.; 3 828 zł oraz 33 zł w I półroczu 2024 r.¹⁷;
- porada edukacyjna: 4 936 zł oraz 98 zł w 2023 r.; 19 012 zł oraz 147 zł w I półroczu 2024 r.¹⁸;
- konsultacja dietetyczna: 530 zł oraz 0 zł w 2023 r.; 3 475 zł oraz 118 zł w I półroczu 2024 r.¹⁹;
- porada kompleksowa: 17 825 zł oraz 401 zł w 2023 r.; 58 776 zł oraz 0 zł w I półroczu 2024 r.²⁰;
- konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (lekarz POZ – lekarz specjalista): 870 zł w oraz 0 zł w I półroczu 2024 r.²¹;
- konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (pacjent – lekarz specjalista): 423 zł oraz 0 zł w 2023 r.; 11 272 zł oraz 0 zł w I półroczu 2024 r.²²

W ramach AOS wzrosły koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N.18 oraz N.19 odpowiednio:

¹⁵ Dane za okres I-VI 2024 r.

¹⁶ Na hemodializę w latach 2021-2024 (I półrocze) odpowiednio: 0 dni, jeden dzień, 0 dni, dwa dni oraz na dializę otrzewnową odpowiednio: jeden dzień, 0 dni, jeden dzień, 0 dni.

¹⁷ Liczba pacjentów wyniosła odpowiednio: 28 oraz 0 w 2023 r.; 111 oraz jeden w I półroczu 2024 r.

¹⁸ Liczba pacjentów wyniosła odpowiednio: 72 oraz dwóch w 2023 r.; 278 oraz trzech w I półroczu 2024 r.

¹⁹ Liczba pacjentów wyniosła odpowiednio: ośmiu oraz 0 w 2023 r.; 33 oraz jeden w I półroczu 2024 r.

²⁰ Liczba pacjentów wyniosła odpowiednio: 92 oraz dwóch w 2023 r.; 293 oraz 0 w I półroczu 2024 r.

²¹ Liczba pacjentów wyniosła odpowiednio: 0 w 2023 r.; 10 oraz 0 w I półroczu 2024 r.

²² Liczba pacjentów wyniosła odpowiednio: trzech oraz 0 w 2023 r.; 74 oraz 0 w I półroczu 2024 r.

- poradnia nefrologiczna: z 1 615 400 zł w 2021 r. do 3 818 823 zł w 2023 r. i 2 089 766 zł w I półroczu 2024 r. oraz z 26 902 w 2021 r. do 78 879 zł w 2023 r. i 52 462 zł w I półroczu 2024 r.;
- poradnia nefrologiczna dla dzieci: z 5 543 zł w 2021 r. do 9 194 zł w 2023 r. i 4 619 zł w I półroczu 2024 r. (nie ponoszono kosztów opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N.19 w tym zakresie).

Koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N.18 oraz N.19 w ramach SZP wyniosły odpowiednio:

- oddział nefrologiczny: 802 543 zł oraz 4 771 zł w 2023 r.; 487 906 zł oraz 0 zł w I półroczu 2024 r.;
- oddział nefrologiczny dla dzieci: 822 340 zł oraz 0 zł w 2021 r.; 1 410 015 zł oraz 134 529 zł w 2022 r.; 1 241 584 oraz 37 209 zł w 2023 r., 860 531 zł oraz 16 100 zł w I półroczu 2024 r.;
- oddział chorób wewnętrznych – zakontraktowany zakres nefrologia – hospitalizacja: w I półroczu 2024 r. koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N.18 wyniosły 4 818 zł.

Koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N.18 oraz N.19 w ramach SZP - liczba punktów (zakresy w ryczałcie PSZ) wyniosły odpowiednio:

- oddział nefrologiczny: 3 463 350 oraz 19 739 w 2021 r.; 3 874 523 oraz 38 989 w 2022 r.; 5 440 881 oraz 46 593 w 2023 r., 2 497 871 oraz 11 145 w I półroczu 2024 r.;
- oddział nefrologiczny dla dzieci: 761 481 oraz 0 w 2021 r.; 1 074 867 oraz 109 293 w 2022 r.; 745 920 oraz 23 402 w 2023 r., 500 308 oraz 9 361 w I półroczu 2024 r.;
- oddział chorób wewnętrznych – zakontraktowany zakres nefrologia – hospitalizacja: 218 331 oraz 0 w 2021 r.; 332 191 oraz 1 818 w 2022 r.; 284 655 oraz 0 w 2023 r., 102 581 oraz 0 w I półroczu 2024 r.

(akta kontroli str. 43-48, 73-76, 83-85, 579-586)

Koszty opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N.18²³ w programach lekowych wyniosły odpowiednio:

- poradnia nefrologiczna: 33 915 zł w 2021 r.; 84 052 zł w 2022 r.; 617 334 zł w 2023 r.; 604 681 zł w I półroczu 2024 r.²⁴;
- oddział nefrologiczny: 663 289 zł w 2021 r.; 597 831 zł w 2022 r.; 410 857 zł w 2023 r.; 89 167 zł w I półroczu 2024 r.;
- oddział nefrologiczny dla dzieci: 7 043 zł w 2021 r.; 16 812 zł w 2022 r.; 33 789 zł w 2023 r.; 15 687 zł w I półroczu 2024 r.

(akta kontroli str. 43-48, 73-76, 83-85)

Wzrosły koszty opieki nad pacjentami leczonymi nerkozastępczo, w tym koszty leczenia hemodializami wzrosły ze 113 622 178 zł w 2021 r. do 163 270 729 zł w 2023 r. (w I półroczu 2024 r. było to 85 501 952 zł)²⁵. Koszty leczenia dializami otrzewnowymi wzrosły z 12 185 125 zł w 2021 r. do 16 210 205 zł (w I półroczu 2024 r. było to 8 276 050 zł)²⁶.

(akta kontroli str. 43-48, 73-76, 83-85)

W latach 2021-2022 wielkość wskaźników (w wartościach bezwzględnych) na terenie województwa wielkopolskiego kształtowała się następująco²⁷:

- chorobowość rejestrowana pacjentów z PChN: 53 719 w 2021 r., 57 204 w 2022 r.;
- zapadalność rejestrowana ww. pacjentów: 10 020 w 2021 r., 10 475 w 2022 r.;
- liczba zgonów: 7 805 w 2021 r. oraz 6 990 w 2022 r.

Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniła, że WOW NFZ posiada informacje - z raportów statystyczno-medycznych przekazywanych przez świadczeniodawców - o liczbie osób leczonych z powodu danej jednostki chorobowej. Nie można natomiast uzyskać wprost informacji - z systemów informatycznych Oddziału Funduszu - o liczbie pacjentów POZ,

²³ Nie ponoszono kosztów opieki nad pacjentami z rozpoznaniem ICD-10 N.19 w programach lekowych.

²⁴ Nie ponoszono kosztów w tym zakresie w ramach poradni nefrologicznej dla dzieci.

²⁵ Koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N.18 wyniosły 112 626 435 zł w 2021 r. i 162 928 153 zł w 2023 r.

²⁶ Koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N.18 wyniosły 12 185 125 zł w 2021 r. i 16 210 205 zł w 2023 r.

²⁷ Na podstawie danych zwartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych: <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/przewlekla-choroba-nerek/>.

u których w danym roku po raz pierwszy postawiono konkretne rozpoznanie (ICD-10 N.18 i ICD-10 N.19)²⁸.

(akta kontroli str. 43-48, 73-85, 579-586)

1.2 Realizacja programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”

Programem pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” w województwie wielkopolskim ogółem objętych zostało:

- w 2021 r.: 59 862 osoby z 1 704 292 osób uprawnionych²⁹ (4%), w tym 35 870 kobiet, 23 992 mężczyzn;
- w 2022 r.: 121 146 osób z 1 732 423 osób uprawnionych (7%), w tym 73 259 kobiet, 47 887 mężczyzn; powtórne badania przeprowadziło 12 osób;
- w 2023 r.: 149 276 osób z 1 754 491 osób uprawnionych (9%), w tym 86 799 kobiet, 62 477 mężczyzn; powtórne badania przeprowadziło 29 875 osób;
- w I półroczu 2024 r.: 184 103 osoby z 1 796 230 osób uprawnionych (10%), w tym 109 641 kobiet, 74 462 mężczyzn; powtórne badania przeprowadziło 65 004 osoby.

Liczba badań diagnostycznych realizowanych w ramach programu pilotażowego wynosiła:

- w 2021 r.: 579 766 badań; badanie poziomu kreatyniny we krwi wykonano w ramach programu pilotażowego u 59 536 osób;
- w 2022 r.: 1 176 839 badań; badanie poziomu kreatyniny we krwi wykonano w ramach programu pilotażowego u 120 734 osób;
- w 2023 r.: 1 450 271 badań; badanie poziomu kreatyniny we krwi wykonano w ramach programu pilotażowego u 148 625 osób;
- w I półroczu 2024 r.: 1 790 153 badania; badanie poziomu kreatyniny we krwi wykonano w ramach programu pilotażowego u 183 149 osób.

Zastępca Dyrektora Oddziału Funduszu wyjaśnił, że WOW NFZ nie dysponuje danymi dotyczącymi nieprawidłowych wyników badań pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach ww. programu pilotażowego, a tym samym o liczbie pacjentów, którzy w efekcie otrzymania nieprawidłowych wyników badań zgłosiło się do lekarza oraz podjęło leczenie.

W okresie objętym kontrolą wzrastały kwoty ustalone w umowach z realizatorami programu pilotażowego i wydatkowane na jego realizację³⁰:

- na koniec 2021 r. wartość umów wyniosła - 6 427 355 zł, z czego wydatkowano środki w wysokości 5 895 403 zł (92% kwoty ustalonej na koniec roku);
- na koniec 2022 r. wartość umów wyniosła - 12 233 751 zł, z czego wydatkowano środki w wysokości 11 851 723 zł (97% kwoty ustalonej na koniec roku); zwrócone przez świadczeniodawców środki wyniosły – 165 027 zł;
- na koniec 2023 r. wartość umów wyniosła - 15 472 139 zł, z czego wydatkowano środki w wysokości 15 365 083 zł (99% kwoty ustalonej na koniec roku); zwrócone przez świadczeniodawców środki wyniosły – 34 700 zł;
- w 2024 r. (I półroczu): wartość umów na koniec okresu – 9 692 981 zł, z czego wydatkowano środki w wysokości 9 338 316 zł (96% kwoty ustalonej); zwrócone przez świadczeniodawców środki wyniosły – 3 681 zł.

Realizatorami ww. programu pilotażowego zostało:

- w 2021 r. - 65 świadczeniodawców z 75 wnioskujących o zawarcie umowy o realizację ww. programu (87%);
- w 2022 r. – 12 świadczeniodawców z 18 wnioskujących (67%),
- w 2023 r. – 24 świadczeniodawców z 31 wnioskujących (77%);
- w I półroczu 2024 r. – siedmiu świadczeniodawców z 10 wnioskujących (70%).

²⁸ W tym celu należałoby przeanalizować dla każdego pacjenta oddzielnie historię jego choroby z lat poprzedzających analizowane okresy.

²⁹ Liczba objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w wieku co najmniej 40 lat.

³⁰ Zgodnie z paragrafem 7 ust. 1 zarządzenia nr 109/2021/BPZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Biul. Inf. NFZ, poz. 109, ze zm.)

(akta kontroli str. 47-48, 50-51, 56-64, 73-74, 76, 85, 510-578, 579-586, 795-800)

Liczba wniosków rozpatrzonych negatywnie wyniosła: 22 w 2021 r., sześć w 2022 r., 12 wniosków w 2023 r. i dwa w I półroczu 2024 r. Powodem negatywnego rozpatrzenia pięciu wniosków wytypowanych do kontroli było złożenie oferty na niewłaściwy kod komórki organizacyjnej. Wskazano gabinet pielęgniarstwa POZ, podczas gdy zgodnie z warunkami organizacji i realizacji programu pilotażowego stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2021 r.³¹, w strukturze organizacyjnej powinien zostać wskazany punkt pobrania materiałów do badań.

Przed zawarciem umowy na realizację programu pilotażowego wycofanych zostało pięć wniosków³² (wszystkie złożone w 2021 r.) z powodu niepoprawnego formatu wniosku, (niezgodnego z udostępnionym w systemie szablonem). W poszczególnych latach objętych kontrolą umowy o realizację programu pilotażowego rozwiązało: sześciu realizatorów w 2021 r., jeden w 2023 r. i jeden w 2024 r. Ponadto z 16 realizatorami Oddział NFZ nie podpisał aneksów przedłużających umowy na kolejne okresy rozliczeniowe.

Do szczegółowego badania wytypowano 10 umów zawartych z realizatorami programu pilotażowego w latach 2021-2024 (I półrocze). Tryb i sposób zawarcia tych umów był zgodny z § 5-7 zarządzenia Prezesa NFZ nr 109/2021/BZP z 18 czerwca 2021 r. Złożone wnioski (oferty) przekazywane były niezwłocznie do Zespołu do oceny wniosków powołanego przez Dyrektora Oddziału Funduszu. Zespół weryfikował kompletność wniosku i wzywał do usunięcia braków (w ośmiu na 10 sprawdzanych wniosków), wskazując termin dokonania tej czynności. Czynności sprawdzające u wnioskodawców przeprowadzone zostały u pięciu świadczeniodawców, potwierdzając spełnienie wymaganych warunków. W przypadku pozytywnej oceny wniosku ze świadczeniodawcami podpisywano umowę, w której wskazywano kwotę zobowiązania i okres realizacji pilotażu. Oddział NFZ terminowo realizował zobowiązania wynikające z podpisanych umów. Natomiast część świadczeniodawców (trzech z wytypowanych 10) przekazywała Oddziałowi NFZ do rozliczenia faktury z nawet kilkumiesięcznym opóźnieniem, przesuując tym samym termin ich płatności zgodnie z § 26 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Np. jeden z nich wystawił faktury dotyczące badań wykonanych i sprawozdanych w okresie lipiec – grudzień 2021 r. dopiero 7 lutego 2022 r. (dotyczące kwot 3 tys. zł), 17 lutego 2022 r. (dotyczącą kwoty 427,9 tys. zł) oraz 21 lutego 2022 r. (dotyczącą kwoty 0,5 tys. zł). W przypadku, gdy rozliczenie świadczeń przekraczało limit zobowiązań zawartej umowy na realizację świadczeń z zakresu „Profilaktyka 40 PLUS”, świadczeniodawcy zwracali się do WOW NFZ z wnioskiem o zapłatę za wykonane świadczenia ponad limit umowy, zgodnie z § 4 pkt 8 (warunki finansowania świadczeń) załącznika nr 4 zarządzenia nr 109/2021/BPZ z 18 czerwca 2021 r.

(akta kontroli: 49-64, 108-116, 119-184, 185-509, 579-586, 795-927)

Wytypowani do kontroli świadczeniodawcy poinformowali, że rejestracja do programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, poza wykorzystaniem Internetowego Konta Pacjenta, może odbywać się bezpośrednio w miejscu realizacji świadczeń, gdzie przy pomocy personelu oraz poprzez przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia aplikację „gabinet.gov.pl” zostaje przeprowadzona ankieta w celu uzyskania e-skierowania. Jeden ze świadczeniodawców wskazał na możliwość wypełnienia ankiety w wersji papierowej dostępnej w recepcji świadczeniodawcy lub w gabinecie zabiegowym nawet w dniu pobrania materiału do badania. Wskazywano, że pacjenci mają dostęp do wyników on-line (wyniki jako pdf są podpisywane podpisem kwalifikowanym) oraz na życzenie wydawane są w wersji papierowej (konieczność osobistego odbioru lub odbioru przez osobę upoważnioną). Realizatorzy programu zobowiązani są do przekazywania do Systemu Informacji Medycznej danych dotyczących dokumentacji medycznej oraz wyników badań laboratoryjnych wraz z opisem. O wynikach, które są poza wartościami referencyjnymi laboratorium nie informuje pacjentów, gdyż zakresy referencyjne i parametry są czytelnie oznakowane na wynikach, do których pacjenci mają dostęp on-line lub w wersji papierowej. Wyjątkiem są parametry krytyczne, o których laboratorium ma prawny obowiązek informować natychmiast po uzyskaniu wyników. Pacjenci byli ustnie informowani o możliwości skonsultowania wyników

³¹ Dz.U. z 2024 r. poz. 549.

³² Trzy z nich dotyczą jednego świadczeniodawcy.

badania u lekarza pierwszego kontaktu przez pracowników rejestracji albo w gabinecie zabiegowym przez personel medyczny pobierający materiał do badań. Jeden ze świadczeniodawców wskazał, że pacjenci byli także informowani o możliwości konsultowania wyników badań także podczas konsultacji odpłatnych. Kolejny świadczeniodawca (jeden) wskazał, że pacjenci nie byli informowani o możliwości przeprowadzenia konsultacji, w tym odpłatnych. Wśród zgłoszonych uwag dotyczących realizacji programu pilotażowego świadczeniodawcy wskazywali:

- rozszerzenie listy wykonywanych badań w programie o badania TSH, FT3, FT4;
- brak informacji do kiedy pacjenci, którzy otrzymają skierowanie np. w grudniu 2024 r. będą mogli wykonać badanie (ani CEZ, ani Ministerstwo Zdrowia nie odpowiada na to pytanie, a rozporządzenie o tym nie stanowi);
- przedłużenie programu, gdyż jest bardzo duże zapotrzebowanie na taką profilaktykę, tj. możliwość wykonania kompleksowego pakietu nieodpłatnych badań;
- objęcie programem młodszej grupy wiekowej, np. 30 PLUS, gdyż wiele chorób można zdiagnozować wcześniej;
- program nie został wystarczająco wypromowany.

(akta kontroli: 928-933)

1.3 Budżet powierzony opieki koordynowanej w zakresie grupy dziedzinowej nefrologia

Liczba POZ, z którymi zawarto w Oddziale NFZ umowy na BPOK (a od 1 listopada 2023 r. na grupę dziedzinową – nefrologia) przedstawia się następująco:

- w 2022 r. z 13 placówkami POZ;
- w 2023 r. – z 97 placówkami POZ, z trzema w ramach ścieżki nefrologicznej;
- w I półroczu 2024 r. z 14 placówkami POZ, z 19. w ramach ścieżki nefrologicznej³³.

Do końca I półrocza 2024 umowy w zakresie BPOK – ścieżka nefrologiczna posiadało 22 świadczeniodawców³⁴.

W latach 2022-2024 (I półrocze) wzrosła liczba pacjentów objętych opieką w ramach BPOK. I tak:

- w 2022 r. było to 738 pacjentów;
- w 2023 r. – 40 794 pacjentów (w tym 40. w ramach grupy dziedzinowej nefrologia);
- w I półroczu 2024 r. 54 398 pacjentów (w tym 518. w ramach grupy dziedzinowej nefrologia).

Wzrosła liczba badań UACR³⁵ przeprowadzonych w ramach BPOK przeprowadzono. Było to:

- w 2022 r. - osiem badań;
- w 2023 r. - 3 284 badania,
- w I półroczu 2024 r. - 4 144 takich badań.

(akta kontroli str. 43-46, 48, 51, 65-66, 108-116, 579-586)

Spośród 10 wytypowanych do kontroli świadczeniodawców POZ, dwóch – którzy dotychczas nie realizowali świadczeń w zakresie BPOK - złożyło wnioski w ramach postępowania nr 15-24-000037/POZ/0113/06 o dodanie do zakresu realizowanej umowy BPOK m.in. w ramach grupy dziedzinowej nefrologia. W zaproszeniu³⁶ do składania wniosków o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na okres od 1 stycznia 2024 r. na czas nieoznaczony, wskazano, że prawidłowo złożone wnioski zostaną rozpatrzone w terminie do 20 dni od dnia ich złożenia, a umowa będzie obowiązywać od pierwszego dnia okresu sprawozdawczego następującego po dniu jej zawarcia. Zespół powołany przez Dyrektora Oddziału Funduszu, po uzupełnieniu przez wnioskodawców braków formalnych³⁷,

³³ Dane odnoszą się do czynności prawnej polegającej na zawarciu umowy. Liczba umów z zakontraktowanym zakresem świadczeń BPOK narastająco przedstawia się następująco: 2022 r. – 13, 2023 r. – 110 I półrocze 2024 r. – 124, a z zakontraktowanym zakresem świadczeń BPOK ścieżka nefrologiczna: 2023 r. – 3, I półrocze 2024 - 22.

³⁴ Jeden wniosek został rozpatrzony negatywnie.

³⁵ Wskaźnik albumina/kreatynina w moczu.

³⁶ Z dnia 5 grudnia 2023 r.

³⁷ Brak kopii umowy zawierającej zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie oraz innych dokumentów lub oświadczenia, jeśli obowiązek ich dołączenia do wniosku wskazany został w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ.

w wymaganym terminie dokonał ich pozytywnej oceny (17 kwietnia 2024 r. oraz 5 lipca 2024 r.). Aneksy³⁸ do realizowanych dotychczas umów, zgodnie z którymi dodano m.in. zakres BPOK zawarto odpowiednio: 29 kwietnia 2024 r. oraz 31 lipca 2024 r. Zmianie uległy m.in. postanowienia finansowe umowy w zakresie BPOK oraz załącznik do umowy „Harmonogram – zasoby”. Wartość BPOK (bez wyodrębnienia ścieżki nefrologicznej) w umowie jednego z ww. świadczeniodawców wynosiła 161 708,64 zł (od maja do grudnia 2024 r.), a wartość zapłaconych rachunków (od maja do czerwca 2024 r.) w tym zakresie wyniosła łącznie 7 077,16 zł³⁹. Z drugim wnioskodawcą wartość z umowy dla zakresu świadczeń BPOK (bez wyodrębnienia ścieżki nefrologicznej) wynosiła 35 815,40 zł (aneks obowiązywał od 1 sierpnia 2024 r.).

Pozostałych ośmiu z wytypowanych świadczeniodawców, którzy posiadali już w umowach zakres BPOK złożyło pisemne wnioski o rozszerzenie realizacji świadczeń opieki koordynowanej o ścieżkę nefrologiczną, zwiększając odpowiednio swój potencjał wykonawczy w tym zakresie. Aneksy⁴⁰ z ww. świadczeniodawcami podpisane zostały od 24 stycznia 2024 r. do 3 września 2024 r. Zmianie uległy m.in. postanowienia finansowe umowy w zakresie BPOK oraz załącznik do umowy „Harmonogram – zasoby”. Wartość środków wypłaconych w okresie objętym kontrolą w zakresie BPOK (bez wyodrębnienia ścieżki nefrologicznej) na podstawie rachunków przedłożonych przez ośmiu ww. świadczeniodawców wyniosła odpowiednio:

- 1 019 150,15 zł za okres od lipca 2023 r. do czerwca 2024 r. (data zapłaty rachunków sierpień 2023 r. - wrzesień 2024 r.; aneks zmieniający postanowienia finansowe w zakresie BPOK wszedł w życie z mocą obowiązującą od 1 lipca 2024 r.;
- 640 952,96 zł za okres od stycznia 2023 r. do czerwca 2024 r. (data zapłaty rachunków od lutego 2023 r. do lipca 2024 r.; aneks nie zmieniał postanowień finansowych umowy w zakresie BPOK, został zawarty 14 lutego 2024 r.;
- 485 706,22 zł za okres od grudnia 2022 r. do czerwca 2024 r. (data zapłaty rachunków od stycznia 2023 r. do lipca 2024 r.; aneks zmieniający postanowienia finansowe w zakresie BPOK wszedł w życie z mocą obowiązującą od 1 lipca 2024 r.;
- 236 737,92 zł za okres od lipca 2023 r. do czerwca 2024 r. (data zapłaty rachunków od sierpnia 2023 r. do lipca 2024 r.; aneks zmieniający postanowienia finansowe w zakresie BPOK wszedł w życie od 1 czerwca 2024 r.;
- 470 664,81 zł za okres od lutego 2023 r. do czerwca 2024 r. (data zapłaty rachunków od marca 2023 r. do lipca 2024 r.; aneks nie zmieniał postanowień finansowych umowy w zakresie BPOK, został zawarty 14 lutego 2024 r.;
- 1 197 696,78 zł za okres od stycznia 2023 r. do czerwca 2024 r. (data zapłaty rachunków od lutego 2023 r. do lipca 2024 r.; aneks zmieniający postanowienia finansowe w zakresie BPOK wszedł w życie od 1 lipca 2024 r.;
- 806 324,65 zł za okres od kwietnia 2023 r. do czerwca 2024 r. (data zapłaty rachunków odpowiednio od maja 2023 r. do lipca 2024 r.); aneks zmieniający postanowienia finansowe w zakresie BPOK wszedł w życie z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2024 r.;
- 157 727,49 zł za okres od sierpnia 2023 r. do czerwca 2024 r. (data zapłaty rachunków od września 2023 r. do lipca 2024 r.; aneks zmieniający postanowienia finansowe w zakresie BPOK wszedł w życie od 1 stycznia 2024 r.

(akta kontroli str. 108-116, 587-662, 663-794)

Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniła, że Oddział NFZ dysponuje danymi dotyczącymi zapłaconych w latach 2021-2024 środków finansowych w ramach BPOK dla poszczególnych świadczeniodawców. Nie dysponuje natomiast narzędziami do wyodrębnienia w tej kwocie wyłącznie ścieżki nefrologicznej.

(akta kontroli str. 108-116)

³⁸ Aneks nr /NZ_KOOR_BPOK_H1/2024.

³⁹ Kwoty zapłacone 9 lipca 2024 i 13 sierpnia 2024 r.

⁴⁰ /ROZSZ_BPOK_H1/2023,/ROZSZ_BPOK/2024,/ROZSZ_BPOK_H1/2024,/ROZSZ_BPOK_ZP1H1/2024,/ROZSZ_BPOK_ZP1_H3/2024.

1.4 Inne działania mające na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN

WOW NFZ poza programem pilotażowym „Profilaktyka 40 PLUS” oraz zakresem świadczeń BPOK w grupie dziedzinowej nefrologia kontraktował i finansował realizację programów lekowych związanych z chorobami nerek. Treść każdego programu lekowego była publikowana jako załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

W okresie objętym kontrolą Oddział Funduszu realizował następujące programy lekowe:

- B.10 – (90062) Leczenie pacjentów z rakiem nerki;
- B.37 – (90085) Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek;
- B.39 – (90087) Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami;
- B.69 – (90125) Leczenie parykalcytolem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych⁴¹;
- B.113 – (90169) Leczenie pacjentów z chorobami nerek leczonych nerkozastępczo dializami;
- B.126 – (90182) Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwrodnienia wielotorbielowego nerek.

Opis programu lekowego obejmował informacje dotyczące kryteriów kwalifikacji do programu lekowego, kryteriów wyłączenia z programu, dawkowania leków w ramach programu, monitorowania wyników leczenia, monitorowania wyników programu, a także czasu leczenia w programie.

(akta kontroli str. 1047-1055, 1081, 1121)

W latach 2022-2024 (październik), liczba świadczeniodawców realizujących te programy lekowe na terenie województwa, była zależna od danego programu i wynosiła odpowiednio:

- w programie lekowym B.10 – pięć podmiotów w całym okresie;
- w programie lekowym B.37 – siedem podmiotów w całym okresie;
- w programie lekowym B.39 – 12, 12 oraz 11;
- w programie lekowym B.113 – dwa podmioty a w 2024 r. jeden;
- w programie lekowym B.126 – trzy podmioty w całym okresie.

(akta kontroli str. 1056-1062)

W okresie objętym kontrolą, rzeczywisty czas oczekiwania pacjenta na udział w Programie lekowym nie przekraczał 30 dni. Jednakże zdarzały się pojedyncze przypadki, w których pacjenci oczekiwali znacznie dłużej na udzielenie pomocy. W zestawieniu rzeczywistego czasu oczekiwania pacjentów, przypadki długiego czasu oczekiwania dotyczyły:

- pacjentów u świadczeniodawcy nr 150003181⁴² (w miejscu nr 19776⁴³), którzy oczekiwali na udział w programie lekowym B.37: jako przypadek pilny w miesiącach lipiec-wrzesień 2024 r. - 277 dni;
- pacjentów u świadczeniodawcy nr 150009221 (w miejscu nr 74325), którzy oczekiwali na udział w programie lekowym B.39: jako przypadek stabilny w miesiącach październik 2022-kwiecień 2023 r. od 397 do 532 dni;
- pacjentów u świadczeniodawcy nr 150009221 (w miejscu 74326), którzy oczekiwali na udział w programie lekowym B.39: jako przypadek stabilny w miesiącach październik-grudzień 2022 r. - 402 dni;
- pacjentów u świadczeniodawcy nr 150009222 (w miejscu nr 54419), którzy oczekiwali na udział w programie lekowym B.39: jako przypadek stabilny w miesiącach grudzień 2022-styczeń 2023 r. od 385 do 745 dni.

(akta kontroli str. 1063-1066)

⁴¹ Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z 21 czerwca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. Poz. 65) od 1 lipca 2022 r., program lekowy B.69 został usunięty. Terapie będące przedmiotem tego programu zostały dodane do Programu lekowego B.39.

⁴² Kod świadczeniodawcy.

⁴³ Kod miejsca świadczenia usługi.

Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśniła, że okres oczekiwania u wskazanych świadczeniodawców nie był związany z ograniczeniami wynikającymi z kwoty zobowiązania określonej w umowie. Dodała, że brak większej liczby danych gromadzonych w raportach LIO CZ o listach oczekujących i harmonogramach przyjęć, przesyłanych przez świadczeniodawców plikami kłx, nie pozwala ocenić na ile dane te odpowiadają rzeczywistości oraz nie pozwala ustalić, dlaczego osoba oczekiwała ponad 2 lata. Nie można jednak wykluczyć, iż było to następstwem odraczania terminu udzielenia świadczenia przez pacjenta lub świadczeniodawcę.

(akta kontroli str. 1116-1120)

W latach 2022-2024 (październik) łączna liczba pacjentów biorących udział w Programach lekowych wynosiła odpowiednio: 1027, 942, 929 osób. W poszczególnych Programach lekowych liczba pacjentów wynosiła odpowiednio:

- w programie lekowym B.10 – 245, 262 oraz 217 osób;
- w programie lekowym B.37 – 160, 158 oraz 148 osób;
- w programie lekowym B.39 – 405, 456 oraz 470 osób;
- w programie lekowym B.113 – 4, 6 oraz 19 osób;
- w programie lekowym B.126 – 21, 60 oraz 75 osób.

Średni koszt leczenia pacjenta w tych programach wyniósł odpowiednio: 17,8 tys. zł, 26,2 tys. zł oraz 30,8 tys. zł. W poszczególnych programach lekowych średni koszt przypadający na jednego pacjenta Wynosił odpowiednio:

- w programie lekowym B.10 – 75,5 tys. zł⁴⁴, 83,9 tys. zł⁴⁵ oraz 109,3 tys. zł⁴⁶;
- w programie lekowym B.37 – 3,8 tys. zł⁴⁷, 4,3 tys. zł⁴⁸ oraz 3,7 tys. zł⁴⁹;
- w programie lekowym B.39 – 3,8 tys. zł⁵⁰, 5,0 tys. zł⁵¹ oraz 4,3 tys. zł⁵²;
- w programie lekowym B.113 – 11,5 tys. zł⁵³, 11,1 tys. zł⁵⁴ oraz 5,6 tys. zł⁵⁵;
- w programie lekowym B.126 – 10,5 tys. zł⁵⁶, 26,4 tys. zł⁵⁷ oraz 30,9 tys. zł⁵⁸.

(akta kontroli str. 1047-1052, 1056-1062)

W latach 2022-2024 (I półrocze), średni koszt hemodializy oraz dializy otrzewnowej przypadający na pacjenta został określony na podstawie załącznika numer 1 do zarządzenia Prezesa NFZ⁵⁹ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, który określa wartość punktową produktu oraz liczby pacjentów w programie. Średni koszt na pacjenta w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosił odpowiednio:

- dla dializy otrzewnowej 70,2 tys. zł; 75,4 tys. zł oraz 48,4 tys. zł;
- dla hemodializoterapii 50,6 tys. zł; 60,3 tys. zł oraz 36,3 tys. zł;
- dla hemodializoterapii z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru 43,9 tys. zł; 52,9 tys. zł oraz 33,4 tys. zł.

(akta kontroli str. 1047-1055)

Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśniła, że cel polegający na zapewnieniu pacjentom dostępu do programów lekowych związanych z chorobami nerek, a tym samym możliwości skorzystania

⁴⁴ Koszt leczenia 4,8 tys. zł, koszt leków 70,7 tys. zł.

⁴⁵ Koszt leczenia 5,5 tys. zł, koszt leków 78,4 tys. zł.

⁴⁶ Koszt leczenia 7,8 tys. zł, koszt leków 101,5 tys. zł.

⁴⁷ Koszt leczenia 1,0 tys. zł, koszt leków 2,7 tys. zł.

⁴⁸ Koszt leczenia 1,3 tys. zł, koszt leków 3,0 tys. zł.

⁴⁹ Koszt leczenia 1,2 tys. zł, koszt leków 2,5 tys. zł.

⁵⁰ Koszt leczenia 1,0 tys. zł, koszt leków 2,8 tys. zł.

⁵¹ Koszt leczenia 1,7 tys. zł, koszt leków 3,3 tys. zł.

⁵² Koszt leczenia 1,6 tys. zł, koszt leków 2,7 tys. zł.

⁵³ Koszt leczenia 2,2 tys. zł, koszt leków 9,3 tys. zł.

⁵⁴ Koszt leczenia 2,7 tys. zł, koszt leków 8,4 tys. zł.

⁵⁵ Koszt leczenia 1,3 tys. zł, koszt leków 4,3 tys. zł.

⁵⁶ Koszt leczenia 0,8 tys. zł, koszt leków 9,7 tys. zł.

⁵⁷ Koszt leczenia 2,0 tys. zł, koszt leków 24,4 tys. zł.

⁵⁸ Koszt leczenia 2,4 tys. zł, koszt leków 28,5 tys. zł.

⁵⁹ Zarządzenie nr 167/2019/DSOZ z 29 listopada 2019 r. (Biul. Inf. NFZ poz. 167).

z leczenia najnowocześniejszymi technologiami lekowymi został osiągnięty. Dodała, że świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko taką ilość leku, która została podana lub wydana świadczeniobiorcom. Niewykorzystana część leku nie podlega rozliczeniu.

(akta kontroli str. 1051)

W okresie objętym kontrolą do Oddziału NFZ, nie wpłynęły skargi odnośnie zasad kwalifikacji do programów mających na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z Przewlekłą Chorobą Nerek.

(akta kontroli str. 1053, 1122)

1.5. Audyty, kontrole i skargi w zakresie zapewnienia dostępności do diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN

W Oddziale w okresie objętym kontrolą (lata 2022- I półrocze 2024) w kontrolowanym zakresie nie przeprowadzono audytów, kontroli wewnętrznych przez centralę NFZ, kontroli wewnętrznych w komórkach organizacyjnych oddziału oraz kontroli zewnętrznych.

Zapewnienie dostępności do diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN oraz realizacją programu „Profilaktyka 40 plus” było przedmiotem skarg i wniosków, w tym:

- dwie skargi dotyczące świadczeń profilaktyki zdrowotnej” Profilaktyka 40 PLUS” – jedna została rozpatrzona i uznano skargę za zasadną (dotyczyła odmowy udzielenia świadczeń w ramach programu pilotażowego⁶⁰), drugą pozostawiono bez rozpatrzenia;
- cztery skargi dotyczące świadczeń stacji dializ i leczenia na oddziale chorób nerek – jedna pozostaje w toku, jedna została rozpatrzona i uznana za niezasadną, jedna przekazana wg właściwości oraz jedna pozostawiona bez rozpatrzenia;
- dwie skargi dotyczące świadczeń poradni nefrologicznej (AOS) – jedna pozostawiona bez rozpoznania, drugą rozpatrzono i uznano skargę za częściowo zasadną (dotyczyła dostępu do świadczeń).

(akta kontroli: 51-55, 67-74, 86-107)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział Funduszu zapewniał dostęp do diagnostyki i opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek. Wzrosła liczba pacjentów z rozpoznaniem w tym zakresie. Wzrosła liczba poradni nefrologicznych oraz liczba leczonych tam pacjentów. Jednocześnie jednak wzrastał średni czas oczekiwania na wizytę w poradniach nefrologicznych. Wzrost dotyczył też liczby pacjentów leczonych w ośmiu oddziałach nefrologicznych na terenie województwa wielkopolskiego. W kontrolowanym okresie ponad dwukrotnie wzrosła liczba osób uprawnionych, które wykonały badania w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Rosła też wartość poniesionych środków w ramach programu. Do końca I półrocza 2024 r. w ramach BPOK grupę dziedzinową nefrologia realizowało łącznie 22 świadczeniodawców. Oddział Funduszu nie posiadał informacji, jakie środki zapłacone w ramach BPOK dotyczyły opieki koordynowanej. W ramach innych działań mających na celu wdrożenie i zapewnienie dostępu do wczesnej diagnostyki i opieki nad pacjentami z PChN Oddział Funduszu kontraktował i finansował realizację programów lekowych związanych z chorobami nerek.

⁶⁰ W wyniku przeprowadzonego postępowania WOW NFZ stwierdził, że świadczeniodawca przyznał się do uchybienia. Ustalił, że było ono spowodowane błędnym zrozumieniem wewnętrznych postanowień, a nie chęcią pozbawienia świadczeniobiorcy prawa do należnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniodawca zaproponował także świadczeniodawcy rekompensatę za powstałe niedogodności przy korzystaniu ze świadczeń profilaktycznych.

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

Opis stanu
faktycznego

2.1 Działania promocyjne i edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości co do potrzeby wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby nerek oraz ich efekty

Oddział Funduszu prowadził szeroko zakrojone działania dotyczące profilaktyki zdrowia związane m.in. z:

- Programem profilaktyki raka piersi;
- Programem profilaktyki raka szyjki macicy;
- Programem profilaktyki raka jelita grubego;
- Programem profilaktyki układu krążenia;
- Programem profilaktyki chorób odżywczych;
- Programem profilaktyki gruźlicy;
- Programem badań prenatalnych.

(akta kontroli str. 934-944)

W okresie objętym kontrolą w zakresie BPOK Oddział Funduszu brał udział oraz organizował szereg spotkań zarówno w siedzibie Oddziału Funduszu jak i na obszarze województwa⁶¹. Na spotkaniach, które zorganizowali bądź uczestniczyli pracownicy Oddziału NFZ omawiano m.in. proces zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie BPOK, przedstawiono wymagane warunki określające realizację świadczeń, które regulowały m.in. Zarządzenie Prezesa NFZ⁶² czy rozporządzenie Ministra Zdrowia⁶³. Omawiane były również kwestie związane ze sprawozdawczością i finansowaniem świadczeń w opiece koordynowanej. Do dyspozycji uczestników były również stanowiska zapewniające wsparcie pracowników w zakresie informatycznym (np. aktualizacji danych w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji SZOI), jak również merytorycznym (np. realizacji świadczeń w budżecie powierzonych opiece koordynowanej). Oddział NFZ organizował również spotkanie w swojej siedzibie, na których omawiane były działania zmierzające do zwiększenia liczby podmiotów przystępujących do opieki koordynowanej w POZ.

(akta kontroli str. 938-939, 945-953, 965-967)

W zakresie swoich działań promocyjnych Oddział NFZ podjął również następujące działania:

- wśród pracowników Sekcji Świadczeń Podstawowych Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wskazano liderów opieki koordynowanej, którzy w siedzibie Oddziału NFZ na bieżąco spotykali się ze świadczeniodawcami w celu przybliżenia zasad zawierania i realizacji umów w zakresie budżetu powierzonego opiece koordynowanej z możliwością wyliczenia symulacji wartości umowy;
- uruchomiona została dedykowana skrzynka email: koordynowana@nfz-poznan.pl w celu umożliwienia bezpośredniego kanału komunikacji w tym obszarze;
- bezpłatnie dystrybuowano materiały informacyjne dotyczące opieki koordynowanej w POZ (takie jak naklejka na drzwi, plakat, ulotka dwustronna);
- bezpłatnie udostępniono na stronie NFZ materiałów informacyjnych w formie elektronicznej (w wersji do druku oraz w wersji do pobrania);

⁶¹ W siedzibie Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, Starostwa Powiatowego w Kole, Ostrzeszowie, Słupcy czy Rawiczu, a także w Młodzieżowym Domu Kultury w Pile.

⁶² W sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

⁶³ Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

- publikacji poprzez portal SZOI komunikatów dla świadczeniodawców dotyczących opieki koordynowanej.

(akta kontroli str. 941)

Z wyjaśnień Dyrektor Oddziału NFZ wynika, że Harmonogram strategii profilaktyki opracowany w centrali, pośród promocji wielu programów profilaktycznych nie zawierał działań promocyjnych i edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnozy PChN. Z powyższych wyjaśnień wynika również, że Zespół Komunikacji Społecznej i Promocji Wielkopolskiego Oddziału NFZ nie planował działań promocyjnych i edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości konieczności wczesnej diagnostyki PChN.

(akta kontroli str. 1043-1046)

2.2 Wydatki poniesione na działania edukacyjne i promocyjne, mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa odnośnie konieczności wczesnej diagnostyki PChN

W okresie objętym kontrolą Oddział Funduszu w ramach BPOK przeprowadzał spotkania z przedstawicielami podmiotów POZ, podczas których przedstawiano zasady realizacji świadczeń. Pracownicy Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej WOW NFZ, wskazani jako liderzy do wprowadzania opieki koordynowanej w WOW NFZ, w godzinach urzędowania NFZ, udzielali szczegółowych wyjaśnień dotyczących modelu opieki koordynowanej w POZ każdemu zainteresowanemu podmiotowi. W wyniku przeprowadzanych działań informacyjnych, Oddział NFZ zawarł umowy w zakresie BPOK z 35 świadczeniodawcami zrzeszonymi w PPOZ (brak formalnej informacji o członkostwie podmiotów w PPOZ). Pomimo szeregu działań podjętych przez Oddział NFZ w zakresie BPOK nie podjęto działań edukacyjnych i promocyjnych bezpośrednio związanych z PChN. Tutejszy Oddział NFZ nie poniósł również dodatkowych kosztów związanych z działaniami informacyjno-promocyjnymi w przedmiotowym zakresie.

(akta kontroli str. 1102-1114)

2.3 Współpraca z innymi instytucjami oraz organizacjami pozarządowymi w ramach działań promocyjnych i edukacyjnych i ich efekty

W celu zwiększenia liczby podmiotów POZ przystępujących do realizacji opieki koordynowanej, w kwietniu 2023 r., Oddział NFZ wystosował pismo do Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z prośbą o udostępnienie listy lekarzy specjalistów spoza sektora publicznego, którzy wyrażą zainteresowanie współpracą z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej. Jednakże do dnia zakończenia kontroli nie otrzymał odpowiedzi.

(akta kontroli str. 945-947)

Z wyjaśnień Dyrektor Oddziału NFZ wynika, że w okresie objętym kontrolą Zespół Komunikacji Społecznej i Promocji Wielkopolskiego Oddziału NFZ nie nawiązał współpracy z innymi podmiotami realizującymi działania promocyjne i edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN. Dodała, że kierunki działań Zespołu Komunikacji Społecznej i Promocji Oddziału NFZ (dalej: ZKSiP), w dużej mierze inspirowane były przez Biuro Komunikacji Społecznej i Promocji Centrali NFZ (dalej: BKSiP), które nie wskazało kierunku działań dotyczących promocji diagnostyki PChN.

(akta kontroli str. 936-940)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział Funduszu organizował szereg spotkań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących BPOK zarówno w swojej siedzibie, jak i na obszarze województwa. W celu zwiększenia liczby podmiotów POZ, Oddział NFZ wystosował pismo do Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z prośbą o udostępnienie listy lekarzy specjalistów. Pomimo szeregu działań podjętych przez Oddział NFZ w zakresie BPOK nakierowanych na zachęcenie do działań świadczeniobiorców, nie podjęto działań edukacyjnych i promocyjnych bezpośrednio skierowanych do społeczeństwa, związanych z PChN. Oddział NFZ nie nawiązał również współpracy z innymi podmiotami realizującymi działania promocyjne i edukacyjne mające na

celu zwiększenie świadomości społeczeństwa o konieczności wczesnej diagnostyki PChN. W związku z brakiem działań w powyższym zakresie Oddział Funduszu nie poniósł również dodatkowych kosztów.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków pokontrolnych.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag.

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 NIK w Poznaniu. 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.

Poznań, 13 grudnia 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy
Aneta Karska
Doradca ekonomiczny

/podpisano elektronicznie/

Piotr Kręt
Specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Dyrektor
z up. Przemysław Grad
p.o. Wicedyrektor

/podpisano elektronicznie/