



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Jacek Uczkiewicz

KZD .410.007.01.2015
P/15/062

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/062 – Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Barbara Górkowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97609 z dnia 23 września 2015 r. 2. Krzysztof Barej, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97621 z dnia 17 listopada 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1 - 4)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik Jednostki kontrolowanej	Bartosz Arłukowicz - Minister Zdrowia powołany z dniem 18 listopada 2011 r. odwołany z dniem 15 czerwca.2015 r., Marian Zembala – Minister Zdrowia powołany z dniem 16 czerwca 2015 r. odwołany z dniem 15 listopada 2015 r., Konstanty Radziwiłł – Minister Zdrowia powołany z dniem 16 listopada 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 6)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności¹,

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego były niewystarczające. W toku kontroli ustalono bowiem, że Minister m.in. nie zapewnił:

- koordynacji działań dotyczących realizacji poszczególnych zadań Narodowego Programu Zdrowia (NPZ);
- monitorowania realizacji poszczególnych celów strategicznych NPZ objętych kontrolą² i prowadzenia okresowych ocen stopnia ich realizacji;
- przygotowania informacji zbiorczych dotyczących efektów realizacji zadań NPZ, niezbędnych do sporządzenia rocznych sprawozdań z działalności Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego.

Ponadto, Ministerstwo Zdrowia:

- nie dysponowało danymi umożliwiającymi ocenę efektów realizacji celu strategicznego polegającego na zmniejszeniu zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu

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

² Tj.: 2- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych, 6 – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, 7- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom (gruźlicy).

przewlekłych chorób układu oddechowego³ oraz wartościami wskaźników realizacji celów operacyjnych⁴ służących jego osiągnięciu;

- przekazało środki na Program wczesnego wykrywania raka płuca, z wykorzystaniem tomografii komputerowej CT płuca, z pominięciem procedury postępowania określonej w zarządzeniach Ministra Zdrowia, w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych,

- zawierało umowy z beneficjentami na realizację zadań w IV kwartale 2014 r., co utrudniało im zakup aparatury medycznej,

- nie podjęło realizacji zadania, przewidzianego w Narodowym Programie Zdrowia, dotyczącego przygotowania Narodowego Programu Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP);

- nie wdrożyło Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc, mimo że zaplanowano środki na ten cel w wysokości 10.200 tys. zł.

Minister Zdrowia nie podjął również prac legislacyjnych w celu umożliwienia rzetelnego monitorowania wyników leczenia gruźlicy oraz zapewnienia pełnego nadzoru nad procesem leczenia chorych na tę chorobę.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Działania prowadzone w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na rzecz profilaktyki, promocji zdrowia i usprawnienia wczesnej diagnostyki osób zagrożonych przewlekłymi chorobami układu oddechowego

Opis stanu
faktycznego

Uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. przyjęty został Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007 – 2015. Jako realizatorów NPZ wskazano administrację rządową i samorządową oraz organizacje pozarządowe. Środki finansowe na realizację przyjętych zadań miały być wygospodarowane przez realizatorów NPZ, w zależności od ich potrzeb i możliwości. Finansowanie realizacji celu strategicznego NPZ, dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych, miało następować ze środków Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN)⁵, realizowanego w latach 2006 – 2015.

Prezes Rady Ministrów powołał Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny (zwany dalej „Zespołem”) w celu m.in. zgłaszania Radzie Ministrów wniosków i propozycji zmian priorytetów NPZ, okresowej oceny postępów w realizacji poszczególnych zadań i opracowywania projektów zmian oraz inicjowania przedsięwzięć służących upowszechnianiu założeń NPZ, a także podejmowania działań dotyczących „dostosowywania zasad monitorowania sytuacji zdrowotnej ludności do zasad rekomendowanych dla krajów członkowskich Unii Europejskiej”⁶.

Zespołowi przewodniczył Prezes Rady Ministrów, a funkcję wiceprzewodniczącego sprawował Minister Zdrowia. W praktyce, w okresie kontrolowanym, pracami Zespołu kierował Minister Zdrowia lub upoważniony przez niego sekretarz stanu. Zgodnie z § 2 regulaminu pracy Zespołu, obsługę kancelaryjną Zespołu miał zapewniać Departament Zdrowia Publicznego w MZ. Zespół został zobowiązany do składania, w terminie do 31 marca, rocznych sprawozdań ze swej działalności, które powinny obejmować m.in. wyniki monitorowania efektów wynikających z realizacji NPZ.

³ Tj. na przestrzeni lat 2011-2012 liczby zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz oczekiwanej zmiany wskaźnika w stosunku do 2005 r.

⁴ Nr 1 - zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, 4 - zwiększenie aktywności fizycznej ludności, 13 - poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta i 14 - usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu oddechowego przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.

⁵ Realizowanego na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z 2005 r., Nr 143, poz. 1200 ze zm.).

⁶ Zarządzenie nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia; zmienione zarządzeniami Prezesa Rady Ministrów: nr 38 z dnia 3 kwietnia 2006 r.; nr 34 z dnia 27 marca 2008 r.

Departament Zdrowia Publicznego w MZ nie wywiązał się z obowiązku przygotowywania materiałów i informacji zbiorczych z realizacji zadań i uzyskanych efektów NPZ, w badanym okresie⁷. Zespół odpowiedzialny za koordynowanie działań ministerstw i instytucji w realizacji NPZ⁸ nie określił zasad współpracy tych podmiotów oraz harmonogramu działań ze wskazaniem osób odpowiedzialnych za realizację NPZ.

Jak wyjaśniał zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ, Zespół nie pełnił funkcji koordynacyjnej lecz konsultacyjną, a opracowanie harmonogramu działań nie było przewidziane w uchwale nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

W ocenie NIK niepodjęcie przez Zespół zadania koordynacji działań różnych podmiotów, realizujących zadania NPZ, było postępowaniem nierzetelnym.

Sprawozdania opracowane przez Zespół, za lata 2012-2013, nie zawierały wyników monitorowania efektów wykonania zadań NPZ przez administrację rządową i pozarządową, a jedynie opis realizacji programów polityki zdrowotnej przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego.

Sprawozdania nie zawierały także informacji o osiągniętych wartościach mierników celu strategicznego dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, w tym m.in. POChP⁹ oraz wartości wskaźników realizacji celów operacyjnych¹⁰, 4¹¹, 13¹² i 14¹³, służących osiągnięciu tego celu.

Zastępujący Dyrektora Generalnego w Ministerstwie Zdrowia wyjaśniał, iż NPZ został przyjęty w drodze uchwały Rady Ministrów i nie był dokumentem wiążącym dla podmiotów innych niż członkowie Rady Ministrów, co pozbawiało administrację rządową skutecznych możliwości monitorowania zadań realizowanych przez inne podmioty, w szczególności jednostki samorządu terytorialnego, instytucje naukowe i organizacje pozarządowe.

Zdaniem NIK przywołana formuła realizacji programu nie wykluczała możliwości oceny postępów w realizacji poszczególnych zadań, do czego zobowiązywało także zarządzenie nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. Niepodjęcie działań w celu zapewnienia monitorowania postępów realizacji zadań przez wszystkich uczestników NPZ było nierzetelne.

⁷ Zgodnie z § 8 wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Zdrowia Publicznego do zadań Wydziału Medycyny Pracy i Profilaktyki Zdrowotnej należy m.in.: 1./ koordynacja działań dotyczących realizacji Programu Zdrowia i wypełniania celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia oraz monitoring realizacji zadań i wypełniania celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia; 2./ koordynacja prac związanych z przyjęciem edycji Narodowego Programu Zdrowia na kolejne lata, a także nowelizacji obowiązującego Narodowego Programu Zdrowia; 3/ nadzór nad realizacją celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia przypisanych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia jako instytucji odpowiedzialnej; 4/ podejmowanie prac związanych z przewodnictwem ministra właściwego do spraw zdrowia w Zespole Koordynacyjnym Narodowego Programu Zdrowia oraz organizowanie spotkań tego Zespołu; 5/ przygotowywanie materiałów i informacji zbiorczych z realizacji zadań i oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

⁸ Zarządzenie nr 108 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

⁹ Wskaźnikiem celu strategicznego nr 6 była liczba zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), a oczekiwaną zmianą wskaźnika było obniżenie liczby zgonów z powodu POChP w stosunku do bazowego roku 2005.

¹⁰ Wskaźniki dotyczyły liczby wypalonych papierosów przypadającej rocznie na statystycznego mieszkańca kraju, monitorowania zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe, poziomu wiedzy dotyczącej szkodliwości palenia tytoniu i prowadzenie polityki antytytoniowej w dorosłej populacji kraju, oceny skuteczności realizowanych programów edukacyjnych i interwencyjnych, oceny dostępności i efektywności leczenia uzależnienia od tytoniu w Polsce, poziomu zagrożeń związanych z paleniem tytoniu poprzez dzieci i młodzież.

¹¹ Wskaźniki - liczba szkół mających sale gimnastyczne, realizujących nowy program wychowania fizycznego, liczba gmin zapewniających podstawowe warunki do aktywności ruchowej mieszkańców (odpowiednia infrastruktura), liczba dzieci, młodzieży i dorosłych uprawiających w wolnym czasie różne formy aktywności ruchowej, wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży (testy), częstotliwość uczestnictwa dorosłych Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej.

¹² Wskaźniki - liczba ocenianych rocznie nowych technologii medycznych, liczba stosowanych obecnie technologii medycznych poddawanych weryfikacji, liczba szpitali wnioskujących rocznie o akredytację, liczba szpitali mających akredytację, liczba poza-szpitalnych świadczeniodawców wnioskujących o akredytację, liczba poza-szpitalnych świadczeniodawców, którzy uzyskali akredytację w ciągu roku, odsetek dyrekcji szpitalnych, w których pracuje osoba odpowiedzialna za jakość opieki, liczba rejestrów z aktywnym napływem danych, okresową analizą i informacją zwrotną, liczba oddziałów w pełni (>95%) uczestniczących w rejestrach pacjentów, liczba szpitali uczestniczących w rejestrze działań niepożądanych, liczba szpitali uczestniczących w programie analizy opinii pacjentów, wskaźnik uwzględniania mierników jakości świadczeniodawców w kontraktach na usługi medyczne.

¹³ Usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu oddechowego: wskaźnikami była zapadalność na POChP, chorobowość z powodu POChP, umieralność z powodu POChP.

Minister Zdrowia zlecił Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny, (zwanego dalej „Instytutem”) opracowanie sprawozdania Zespołu za 2012 r.¹⁴, które winno zawierać dane dotyczące realizacji w 2011 r., zadań wyznaczonych w NPZ na lata 2007 – 2015¹⁵. Zlecenie Instytutowi monitorowania realizacji NPZ podyktowane było ograniczonymi zasobami kadrowymi Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ. Za działanie niegospodarne uznaje NIK wydatkowanie przez Ministerstwo kwoty 56 tys. zł na opracowanie, które nie zawierało danych o osiągniętych wskaźnikach realizacji zadań NPZ, tj. było niezgodnie z umową.

Sprawozdanie Zespołu za rok 2014 zawierało informację z monitorowania niektórych wskaźników NPZ za lata 2012 – 2014. Jednak w odniesieniu do celu strategicznego dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego (POChP) informacja z monitoringu była niepełna, ponieważ zawierała tylko wskaźnik zgonów (5,2% z powodu chorób układu oddechowego w 2012 r.), a nie wskazywała liczby zgonów w porównaniu do lat poprzednich oraz roku bazowego 2005. W efekcie nie możliwa była ocena uzyskanych korzyści zdrowotnych w ramach realizowanego zadania. Nie przedstawiono także pełnych danych z monitorowania wskaźników celów operacyjnych: 1¹⁶, 4¹⁷, 13¹⁸ oraz 14.

Jak wyjaśniał m.in. Zastępujący Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia „przed 2013 r. przygotowanie sprawozdania z realizacji NPZ 2007 – 2015 było zlecane Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny w ramach umowy cywilnej i nie zawierało informacji innych, niż dane o realizacji programów zdrowotnych przez JST. Po 2013 r. w sprawozdaniach w miarę posiadanych informacji i przy bardzo ograniczonych środkach na działalność merytoryczną Departamentu Zdrowia Publicznego (i jednocześnie niskiej ocenie rzetelności i wiarygodności danych z JST) sprawozdanie było uzupełniane przez zleceniobiorców Departamentu, którzy z uwagi na szereg uwarunkowań merytorycznych i finansowych podlegali istotnej rotacji”. (...). „W 2015 r. podjęto próbę przygotowania monitoringu dotyczącego samych wskaźników proponowanych w NPZ 2007 – 2015. Podjęte działania wykazały, że zaproponowane wskaźniki nie są możliwe do zgromadzenia w ramach rutynowej statystyki i danych zbieranych w systemach informacyjnych ochrony zdrowia”. (...) „Pracownikom Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ nie udało się dotrzeć m.in. do wiarygodnego źródła informacji niezbędnych do określenia za 2014 r. wskaźników dla celu 6 (zmniejszenie liczby zapadalności na POChP, zmniejszenia zachorowalności na POChP oraz zmniejszenia umieralności z powodu POChP) oraz pełnych danych dla celu 14, pomimo występowania do szeregu podmiotów eksperckich (konsultanci krajowi, NIZP-PZH, NFZ)”.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak rzetelnego monitorowania i oceny realizacji celów Programu.

[dowód akta kontroli str. 8, 20-33, 37- 225, 301-330, 358-363, 422A-C]

1.1. Realizacja programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – cel operacyjny 14

¹⁴ Na podstawie umowy z dnia 29 sierpnia 2012 r.

¹⁵ W § 1 umowy z dnia 23 sierpnia 2012 r., Instytut zobowiązał się do przeprowadzenia monitoringu realizacji w 2011 r. zadań wyznaczonych w NPZ na lata 2007-2015..

¹⁶ W celu operacyjnym 1 spośród wymienionych sześciu mierników jego realizacji nie podano wartości wskaźnika zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe.

¹⁷ W celu operacyjnym 4 wśród wymienionych pięciu wskaźników w NPZ, nie podano wymaganych danych dotyczących wartości wskaźnika sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży (testy) oraz wskaźnika częstotliwości uczestnictwa dorosłych Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej.

¹⁸ Cel 13 dotyczył poprawy jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta, spośród wymienionych w NPZ 12 wskaźników, w sprawozdaniu podano jedynie wartość trzech tj. liczbę ocenianych nowych technologii medycznych, liczbę stosowanych obecnie technologii medycznych poddawanych weryfikacji (w 2012 r. -54, 2013r. -12, w 2014 r.-5), liczbę szpitali mających akredytację (za 2013 r. – 136 szpitali oraz za w 2014 – 187 szpitali, nie podano tej liczby za 2012r.). W sprawozdaniu brak danych z monitoringu 9 pozostałych wskaźników.

Opis stanu
faktycznego

Osiągnięcie celu strategicznego dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego¹⁹ zamierzano osiągnąć m.in.²⁰ poprzez wprowadzenie Narodowego Programu Zwalczenia POChP.

W NPZ w celu operacyjnym 14 - usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu oddechowego określono trzy wskaźniki jego monitorowania: wskaźnik zapadalności, chorobowości i umieralności na POChP. Sprawozdania sporządzone przez Zespół, za lata 2012 – 2014, nie zawierały informacji o liczbie osób leczonych z rozpoznaną POChP i osiągniętych wskaźnikach.

Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował, w badanym okresie realizację Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP). W 2012 r. program realizowało 220 świadczeniodawców POZ, (2,4% ogółu świadczeniodawców POZ) i odpowiednio w 2013 r. – 207 świadczeniodawców (2,2% ogółu świadczeniodawców, tj. o 5,9% mniej niż w roku poprzednim), w 2014 r. – 197 świadczeniodawców (2,1% ogółu, tj. o 10,5% mniej niż w 2012 r.). W 2015 r. (I półrocze) program realizowało 149 świadczeniodawców, tj. 1,6%. Wraz ze zmniejszającą się liczbą świadczeniodawców zmniejszała się liczba uczestników programu: w 2012 r. wyniosła 15.575 osób, w 2013 r. - 11.388 osób (o 26,9% mniej niż w 2012 r.), w 2014 r. - 11.205 osób (o 28,1% mniej niż w 2012 r.). Ponadto świadczeniodawcy nie wywiązali się z zawartych umów. W latach 2012-2014 na zakontraktowaną wartość świadczeń (w etapie podstawowym i specjalistycznym) w wysokości 1.806.843,00 zł, rozliczono świadczenia o wartości 1.173.564 zł, co stanowiło 64,9% planu.

W latach 2012-2015 z ogólnej liczby uczestników programu (43.094 osoby), 22.784 osoby podjęły próbę zaprzestania palenia (52,9%), 2.790 osób objęto leczeniem odwykowym w etapie podstawowym (6,5%), a 3.582 osoby zostały zakwalifikowane do grupy ryzyka POChP (8,3%).

Malejące zainteresowanie lekarzy POZ realizacją programu, o czym świadczy zmniejszająca się liczba umów na jego realizację, wynikało z dodatkowych wymogów, jakie musieli spełnić²¹, takich jak: szkolenie w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu i posiadanie odpowiedniej jakości spirometru, co wiązało się z ponoszeniem dodatkowych kosztów.

[dowód: akta kontroli str. 331-354, 357, 369—370, 422A-D, 804-807, 992-1002]

Ustalone
nieprawidłowości

Ministerstwo Zdrowia nie podjęło działań w celu przygotowania Programu Zwalczenia POChP wskazanego w NPZ²² i nie wyjaśniło przyczyn niepodjęcia tych działań, co NIK ocenia negatywnie.

Nie podjęto także działań w celu uruchomienia Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji (PNW), mimo że w budżecie w części 46 - Zdrowie zaplanowano na lata 2013 – 2015 środki na jego realizację w wysokości 10.200 tys. zł.

Głównym celem tego Programu było zmniejszenie umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc w Polsce poprzez zorganizowanie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji w oddziałach chorób płuc oraz ich wyposażenie w niezbędny sprzęt. Program zaplanowano na lata 2012 - 2014, a łączny koszt oszacowano na 29.563,3 tys. zł. Mimo określenia przez Ministra Zdrowia, w rozporządzeniu z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²³, warunków realizacji świadczenia gwarantowanego pn. „Leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc”, programu zdrowotnego w tym zakresie nie uruchomiono. Opracowanie programu powierzono ekspertowi - przewodniczącej Sekcji Intensywnej Terapii i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Chorób

¹⁹ Cel strategiczny 6 NPZ.

²⁰ Cel operacyjny 14 cz. IV.

²¹ Wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2013 r. poz.1505 ze zm.).

²² Cel operacyjny 14 dotyczący usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu oddechowego.

²³ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520, ze zm.

Ocena cząstkowa

Płuc. Ekspert, pomimo licznych monitów, przekazała pełną treść programu dopiero w lipcu 2015 r. Ponadto projekt programu wymagał licznych modyfikacji, m.in. wprowadzenia nowych zadań²⁴, zmiany kategorii wydatków²⁵, pozyskania opinii Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w zakresie zasadności planowanego w ramach programu wyposażenia sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, dostępności rynkowej wyrobów medycznych oraz zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W związku z powyższym, konieczne było przesunięcie jego obowiązywania na lata 2016 – 2018.

NIK negatywnie ocenia nieprawidłową realizację Narodowego Programu Zdrowia, a zwłaszcza niepodjęcie przez Ministra Zdrowia działań w celu opracowania i wdrożenia Narodowego Programu Zwalczenia POChP oraz nieuruchomienie Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji (PNW) w latach 2013 – 2014.

Realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) program w zakresie profilaktyki POChP, ze zmniejszającą się corocznie liczbą świadczeniodawców i świadczeniobiorców, przynosił niewielkie efekty zdrowotne, bowiem w latach 2012 – 2015 (I półrocze) objęto nim tylko 43 tys. osób.

2. Działania prowadzone na rzecz zwiększenia skuteczności zapobiegania gruźlicy płuc

Opis stanu faktycznego

Bieżącą oceną sytuacji epidemiologicznej, tj. wykrywaniem, leczeniem oraz zapobieganiem gruźlicy, zajmuje się Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Sprawowanie stałego nadzoru i oceny skuteczności leczenia gruźlicy w skali całego kraju powinien umożliwiać Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę.

Z danych statystycznych wynika, iż liczba zachorowań na gruźlicę systematycznie malała, w 2012 r. zachorowały 7.542 osoby, w tym 7.018 osób na gruźlicę płuc i odpowiednio w 2013 r. – 7.250 osób (o 3,9% mniej niż w 2012) i 6.835 osób, w 2014 r. 6.698 osób (o 11,2% mniej niż w 2012r.) i 6.311 osób.

Pomimo niższej zachorowalności, udokumentowane wyniki leczenia gruźlicy nie osiągały celu wyznaczonego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), tj. – sukcesu leczenia u 85% wszystkich chorych, u których w danym roku rozpoznano gruźlicę.

Zdaniem Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc ważną przyczyną braku dobrych wyników leczenia jest brak zorganizowanego systemowo leczenia bezpośrednio nadzorowanego, które zmniejszałyby ryzyko nieregularnego przyjmowania leków. Z tych powodów odsetek chorych, u których leczenie zakończyło się sukcesem jest bardzo niski i wyniósł 28,7% wszystkich leczonych w 2014 r. (według stanu na 15.10.2015 r.).

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż dane te budzą wątpliwości z powodu braku ustawowego obowiązku zgłaszania wyników leczenia gruźlicy przez lekarzy, skutkiem czego większość z nich takich informacji nie przesyła.

Na 6.698 chorych, zarejestrowanych w 2014 r., nie nadesłano informacji o wynikach leczenia 4.080 chorych (60,1%).

Minister Zdrowia nie podjął prac nad zmianami legislacyjnymi wprowadzającymi obowiązek zgłaszania wyników leczenia Z propozycjami w tym zakresie nie wystąpił także Główny Inspektor Sanitarny (GIS).

Uwagi dotyczące badanej działalności

W latach 2012 – 2015 Ministerstwo Zdrowia nie wprowadziło programu profilaktyki zdrowotnej i wczesnej wykrywalności gruźlicy.

Ze sprawozdań przekazanych przez wojewodów²⁶ dotyczących realizacji programów zdrowotnych, na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

²⁴ Np. rehabilitacja w warunkach domowych, koordynacja programu.

²⁵ Z podziałem na majątkowe i bieżące.

²⁶ Na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.), stanowiącym: Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności: m.in. przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach polityki zdrowotnej oraz o programach polityki zdrowotnej planowanych na ten rok.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁷, wynikało, że w 2012 r. jednostki samorządu terytorialnego (JST) zrealizowały łącznie 68 programów wczesnego wykrywania gruźlicy i POChP obejmując badaniami tylko 77.169 osób, co stanowiło 0,3% dorosłej populacji, w 2013 r. 83 programy obejmujące badaniami 56.290 osób (0,2%), a w 2014 r. 89 programów skierowanych do 81.947 osób (0,3%). W latach 2012 – 2014 w województwach: opolskim, podlaskim i podkarpackim zrealizowano po jednym programie w każdym roku. Sprawozdania z realizacji programów, przekazane przez wojewodów, były niewiarygodne, gdyż umieszczano w nich programy własne oraz realizowane przez inne podmioty np. NFZ. Przykładowo, w sprawozdaniu z województwa dolnośląskiego za 2013 r., podano, że w gminie Lwówek Śląski realizowano „Program profilaktyki gruźlicy”, w którym świadczenie opieki zdrowotnej polegało na sporządzeniu wywiadu środowiskowego przez pielęgniarkę środowiskową i udzieleniu porady lekarskiej, przy czym program w 100% zrealizowano ze środków NFZ. Podobnie w gminie Bolków ten sam program zrealizowany został w 100% ze środków NFZ i nie podano jakie świadczenia udzielono w ramach programu oraz liczby pacjentów.

W ocenie NIK wprowadzony art. 12 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym²⁸ obowiązek weryfikacji informacji uzyskanych od JST przyczyni się do poprawy rzetelności przekazywanych sprawozdań.

Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło także konsultacji w sprawie włączenia badań rtg klatki piersiowej do profilaktycznych badań pracowniczych.

[dowód: akta kontroli str. 1004-1006, 1011-1017, 1045-1054, 1071-1074]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak systemowych rozwiązań pozwalających określić liczbę osób wyleczonych z gruźlicy w danym roku. W ocenie NIK niepodjęcie przez Ministra działań legislacyjnych uniemożliwiało rzetelne monitorowanie wyników leczenia gruźlicy i stanowiło przejaw zaniechania realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego. NIK zwraca uwagę na ograniczony dostęp obywateli do badań profilaktycznych w zakresie gruźlicy, a także nierzetelne sprawozdania z realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego programów zdrowotnych przekazywane przez wojewodów.

3.Działania na rzecz poprawy dostępu do badań diagnostycznych i leczenia nowotworów złośliwych układu oddechowego

Opis stanu faktycznego

Ministerstwo Zdrowia realizowało, w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (NPZChN), zadanie „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”. Jego celem była poprawa dostępności świadczeń w zakresie leczenia raka płuca, który jest najczęstszym nowotworem u mężczyzn i drugim w kolejności u kobiet.

Na zadanie to przewidziano wydatki związane z dofinansowaniem zakupu sprzętu specjalistycznego na doposażanie ośrodków torakochirurgii, kosztami utrzymania ośrodka koordynującego i działań przez niego realizowanych, tj. programu badań wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej CT oraz prowadzeniem Krajowego Rejestru Raka Płuca²⁹.

W latach 2012 – 2015 (I półrocze) na realizację zadania Ministerstwo zaplanowało środki w wysokości 63.792,3 tys. zł³⁰, a po zmianach w kwocie 53.379,2 tys. zł³¹, tj. niższej o 16,3 %. Zrealizowane wydatki w tym okresie wyniosły 45.523,3 zł (85,3% planowanych po zmianach), z tego wydatki majątkowe (zakup sprzętu) - 40.717,1 tys. zł (88,4%), wydatki bieżące – 4.806,2 tys. zł (65,8%). Na niższe wykonanie planu wydatków bieżących miało wpływ opóźnienie w zawarciu umowy na koordynację zadania w 2015 r. oraz niepełne wykonanie planowanych wydatków na badania przesiewowe, w latach 2012-2014, które wyniosły 3.197,4 zł (ok. 79% planowanych po zmianach). W latach 2012 -2014 wykonano

²⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

²⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 1916.

²⁹ Polegało na opracowaniu i wprowadzaniu do rejestru danych klinicznych i histopatologicznych.

³⁰ W kwocie 63 792 331,32 zł na 2012 zaplanowano 16.110.000,00 zł, w 2013 r. 15.692.700,00 zł, w 2014r. 21.309.800,00 zł i na 2015 r. – 10.679.831,3 zł.

³¹ W kwocie 53 379 201,77 zaplanowano na 2012 r. – 16.055.212,75 zł, w 2013 r. 15.206.462,00 zł, w 2014r. 12.116.495,70 zł i na 2015 r. – 10.001.031,32 zł.

12.430 badań, co stanowiło ok. 83% planowanej liczby – 15.000 i wynikało z niższej zgłaszalności na badania oraz niższych kosztów jednostkowych³².

Wydatki związane z koordynacją zadania wyniosły 1.608,8 tys. zł (67,3% planu po zmianach), z czego 1.203,6 tys. zł stanowiły wydatki związane z prowadzeniem Krajowego Rejestru Raka Płuca.

[dowód: akta kontroli str. 802-807, 814].

3.1 W latach 2012 – 2015 koordynatorem zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” był Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wyłoniony w drodze konkursu ofert³³.

W latach 2012 – 2014, podpisanie umów na koordynację zadania, następowało w terminach określonych w harmonogramach zadań wykonywanych w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN), w II i III kwartale roku.

W 2015 r. umowa została podpisana dopiero w dniu 16 września, tj. po terminie pierwotnie określonym w harmonogramie NPZChN³⁴. Późniejsze podpisanie umowy nastąpiło z powodu unieważnienia pierwszego konkursu, ponieważ oferta złożona przez jednego oferenta nie spełniała wymogów merytorycznych. Rozstrzygnięcie dodatkowego postępowania nastąpiło dopiero 26 sierpnia 2015 r.

W badanym okresie, na podstawie umów podpisanych pomiędzy Ministrem Zdrowia a Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc³⁵ wydatkowano:

- 1.696,2 tys. zł w 2012 r., tj. 80,4% wartości umowy (2.109,8 tys. zł), gdyż wykonano mniejszą liczbę badań przesiewowych, niższe były również ich koszty (wykonano 4.447 badań przesiewowych, o 553 badań mniej niż zaplanowano w umowie) o wartości 1.139,7 tys. zł, a koszt jednego badania wyniósł 256,28 zł (o 14,6% niższy niż w umowie);

- 1.587,1 tys. zł w 2013 r., tj. 99,6 % kwoty przekazanej (1.592,7 tys. zł). Wykonano 4.081 badań o wartości 1.044,47 tys. zł, a koszt jednego badania wyniósł 255,91 zł;

- 1.522,9 tys. zł w 2014 r., tj. 75,4% kwoty przekazanej (2.018,5 tys. zł). Wykonano 3.902 badania o wartości 1.013,3 tys. zł, a koszt jednego badania wyniósł 259,69 zł.

[dowód: akta kontroli, str. 451-725, 802]

Ustalone
nieprawidłowości

W ramach umowy na koordynację zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”, Ministerstwo zleciło Instytutowi Gruźlicy i Chorób Płuc (koordynatorowi zadania) prowadzenie rejestru danych klinicznych i histopatologicznych, zwanego w opisie programu Krajowym Rejestrem Raka Płuca lub Krajową Bazą Raka Płuca, gdzie do końca 2014 r. wprowadzono dane o ponad 29,5 tys. chorych, leczonych chirurgicznie na raka płuca.

Rejestr (bazę) utworzono w 2007 r. Zgodnie z art. 20 ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia³⁶, Minister Zdrowia został upoważniony do tworzenia rejestrów medycznych, po uprzedniej analizie zasadności ich funkcjonowania, w drodze rozporządzenia. Co prawda powyższy przepis w zakresie, w jakim przewiduje określenie przedmiotu rejestrów medycznych przez ministra w drodze rozporządzenia, uznany został za niezgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji, na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. akt K 33/13, niemniej z chwilą wejścia w życie w dniu 12 grudnia 2015 r. ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, wskazane przez Trybunał Konstytucyjny ograniczenia w stosowaniu ustawy zostały usunięte. Do czasu zakończenia kontroli Minister nie utworzył, w drodze rozporządzenia, wspomnianego rejestru. NIK nie wnosi uwag do celowości prowadzenia Krajowego Rejestru Raka Płuca,

³² W 2012 niższy koszt jednostkowy badania o 14,57%, w 2013 o 14,7%, w 2014 r. o 13,44%.

³³ Konkursy na wybór koordynatora zadania ogłoszono w dniu 16 lutego 2012 r., w dniu 30 kwietnia 2013 r. (na lata 2013 i 2014) i w 2015 r. w dniu 30 marca oraz w dniu 29 czerwca (pierwszy został unieważniony).

³⁴ Termin podpisania umów na zadania wykonywane w ramach NPZChN określono w harmonogramie na I i II kwartał 2015 r. Uchwałą Nr 214/2015 Rady Ministrów z dnia 5 listopada 2015 r. zmieniającej uchwałę w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych w roku 2014 i 2015 ostatecznie przyjęto, że podpisanie umów na realizację zadania ma nastąpić do dnia 30 października 2015 r.

³⁵ W dniach: 9 maja 2012 r., 14 sierpnia 2013 r., 30 czerwca 2014 r.

³⁶ Dz. U z 2015 r. poz. 636, ze zmianami wprowadzonymi ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy w ochronie zdrowia oraz niektórych ustaw - Dz. U z 2015 r. poz. 1991.

lecz zwraca uwagę na konieczność dostosowania statusu Rejestru do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia po jej nowelizacji.

W latach 2012-2014 wydatkowano na funkcjonowanie Krajowego Rejestru Raka Płuc środki w wysokości 1.203.570,06 zł³⁷.

W ramach środków przyznanych na zadanie „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”, przewidziane w NPZChN, realizowano „Program badań wczesnego wykrywania raka płuca” z wykorzystaniem CT.

W trakcie kontroli Ministerstwo Zdrowia nie udostępniło kontrolerom NIK dokumentu opisującego „Program badań wczesnego wykrywania raka płuca”³⁸, do opracowania którego zobowiązywały przepisy zarządzeń Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych³⁹.

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej podał w wyjaśnieniach, iż program badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem CT, realizowany jest od 2009 r. jako element zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”, a nie odrębne zadanie i na skutek zmian kadrowych nie jest możliwe odnalezienie dokumentacji, na podstawie której badania zostały włączone do zadania.

Ponadto zarządzenia Ministra Zdrowia obowiązują od 2009 r., tj. po opracowaniu w 2005 r. i wdrożeniu w 2006 r. wspomnianego zadania w ramach NPZChN.

Z ustaleń kontroli NIK wynika jednakże, że dopiero w 2010 r., po raz pierwszy, w „Zestawieniu planowanych zadań NPZChN”, zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia, ujęto badania przesiewowe raka płuca z wykorzystaniem CT w ramach zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”. Natomiast w roku 2009 wykonano jedynie 80 pilotażowych badań poprzedzających wprowadzenie programu.

Niektóre kryteria kwalifikacji osób do udziału w programie badań przesiewowych zaproponował Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, któremu powierzono koordynację zadania w latach 2012 - 2015. Przedstawił je w ofertach konkursowych na wybór koordynatora zadania. Według Instytutu badania przesiewowe miały być wykonywane osobom w wieku od 55 do 75 lat, w powiatach o niskim wskaźniku operacyjności raka płuc (poniżej 10%).

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej zaakceptował sprawozdania złożone przez Instytut i zatwierdził przedstawione rozliczenia finansowe m.in. z realizacji programu badań przesiewowych raka płuca na łączną kwotę 3.197,4 tys. zł, z tego za 2012 r. - 1.139,7 tys. zł, za 2013 r. - 1.044,9 tys. zł, za 2014 r. - 1.013,3 tys. zł.

Departament Polityki Zdrowotnej nie wymagał przedstawienia w sprawozdaniach merytorycznych danych dotyczących: wytypowanych powiatów, w których badania zostały wykonane, wskaźnika operacyjności raka płuca i kryteriów wyboru świadczeniodawców. Wymieniono jedynie nazwy podmiotów leczniczych i liczbę wykonanych badań w danym roku. W sprawozdaniu za 2012 r. podano m.in., że Centrum Medyczne Enel-Med wykonało 52 badania przesiewowe, nie wymieniając nawet adresu tej jednostki. W sprawozdaniu za 2014 r. podano, iż 2.256 badań przesiewowych (58,0% ogółu) wykonały 3 podmioty

³⁷ Na wydatki związane z prowadzeniem Krajowego Rejestru Raka Płuc złożyło się: 1/ Opracowanie i wprowadzanie danych do rejestru, danych klinicznych i histopatologicznych, w ośrodkach pulmonologii i torakochirurgii – 516.339,50 zł (w 2012r. – 174.960,58 zł, w 2013 r. 174.998,68 zł, w 2014 r. 166.380,24 zł), 2/ Funkcjonowanie ośrodka koordynującego do prawidłowego prowadzenia rejestru 467.630,56 zł (w 2012 r.- 155.655,01 zł, w 2013 r. – 155.995,23 zł, w 2014 r. – 155.980,32 zł), 3/ Koszt serwisu serwera i opieki informatycznej ośrodków torakochirurgii – 219.600,00 zł (w 2012 r. - 73.200 zł, w 2013 r. – 73.200 zł, w 2014 r. – 73.200 zł).

³⁸ W tym nie określono celu ogólnego i celów szczegółowych programu, wskaźników monitorowania oczekiwanych efektów oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców badań przesiewowych i wyboru regionów kraju, w których będzie realizowany program, kryteriów wyboru realizatorów badań (warunków wymaganych od świadczeniodawców, w stosunku do personelu medycznego, wyposażenia, w sprzęt i aparaturę medyczną).

³⁹ Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 4, poz. 32 i z 2014 r. poz. 84.

lecnicze z siedzibą w Warszawie⁴⁰, nie podając w których powiatach badania te zostały wykonane.

W okresie 2012 - 2014 wykonano łącznie 12.430 badań przesiewowych, średniorocznie ok. 4.143 badań, co stanowiło 0,09% osób z tzw. grupy ryzyka, tj. 4,5 mln nałogowych palaczy palących tytoń dłużej niż 20 lat⁴¹.

[dowód: akta kontroli str. 364-366, 451-462, 510-535, 599-628-669]

Ocena cząstkowa

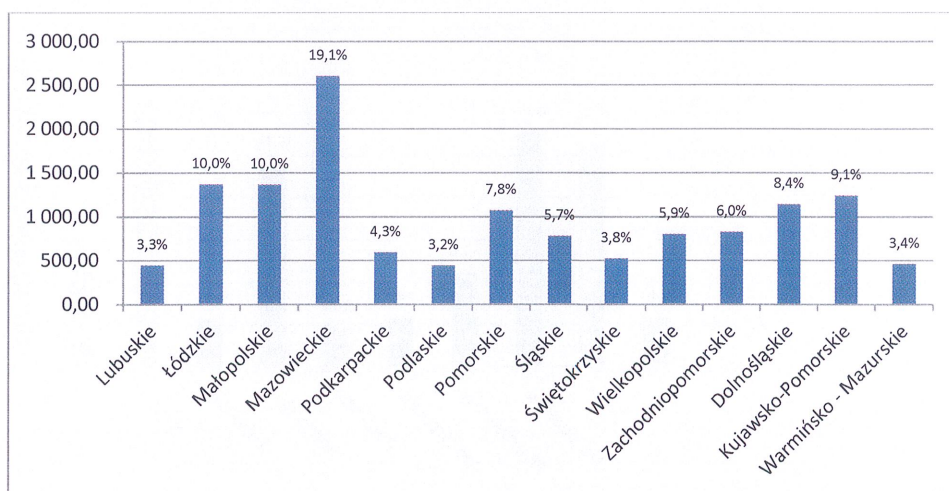
NIK negatywnie ocenia rzetelność opracowanego i przyjętego do realizacji programu badań przesiewowych raka płuca oraz niską dostępność do tych badań.

3.2 W latach 2012-2015 Ministerstwo Zdrowia wydatkowało na zakup sprzętu i aparatury medycznej w ramach zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”, łącznie 40.717,1 tys. zł.

(Dowód: akta kontroli, str. 802-807)

W 2012 r. Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej⁴² zawarł z 19 podmiotami leczniczymi umowy na dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury w ramach zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii”. Umowy podpisano na łączną kwotę 13.945,4 tys. zł, z czego wykorzystano i rozliczono 13.656,3 tys. zł, tj. 97,9%. Najwyższe nakłady na zakup aparatury dotyczyły województw: mazowieckiego (2.604,77 tys. zł) oraz łódzkiego i małopolskiego (1.367,90 tys. zł i 1.364,19 tys. zł), a najniższe województw: podlaskiego (442 tys. zł) oraz warmińsko – mazurskiego (459,96 tys. zł).

Wydatki zrealizowane przez 14 województw⁴³ na zakup doposażenia i modernizację klinik torakochirurgii w 2012 r. przedstawia poniższy wykres:



[Dowód: akta kontroli, str. 451-500, 1238-1242]

W 2013 r. Minister zawarł z 19 podmiotami leczniczymi umowy na dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury w ramach ww. zadania. Umowy podpisano na łączną kwotę 13 546,6 tys. zł, z czego wykorzystano i rozliczono 11.900,0 tys. zł, tj. 87,8% planu po zmianach. Najwyższe nakłady na zakup aparatury dotyczyły województw: mazowieckiego (2.160,6 tys. zł), a najniższe województw: warmińsko – mazurskiego (173,74 tys. zł) oraz lubuskiego (563,40 tys. zł).

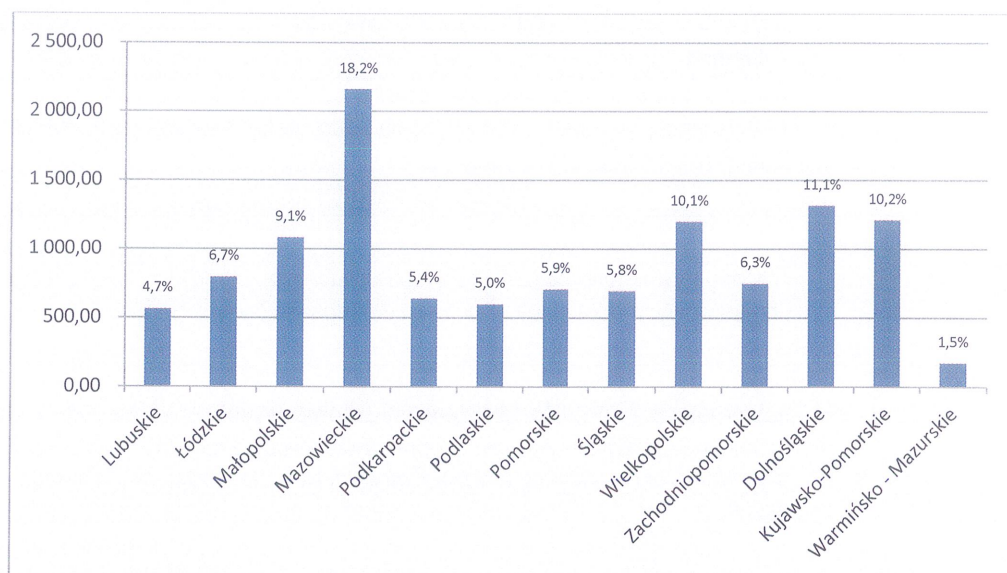
Wydatki zrealizowane przez 13 województw na zakup doposażenia i modernizację klinik torakochirurgii w 2013 r. przedstawia wykres.

⁴⁰ Lux Med Diagnostyka, ul Postępu 21c – 687 badań przesiewowych, Euromedic Diagnostics Polska Sp. z o.o., ul Mokotowska 49 – 802 badania przesiewowe, Centrum Medyczne Enel-Med, ul. Stomińskiego 19 – 767 badań przesiewowych.

⁴¹ Dane www.mz.gov.pl Ok. 9 mln. Palących tytoń nałogowo, z tego ok. 50% nałogowych palaczy palących powyżej 20 lat.

⁴² Z upoważnienia Ministra Zdrowia.

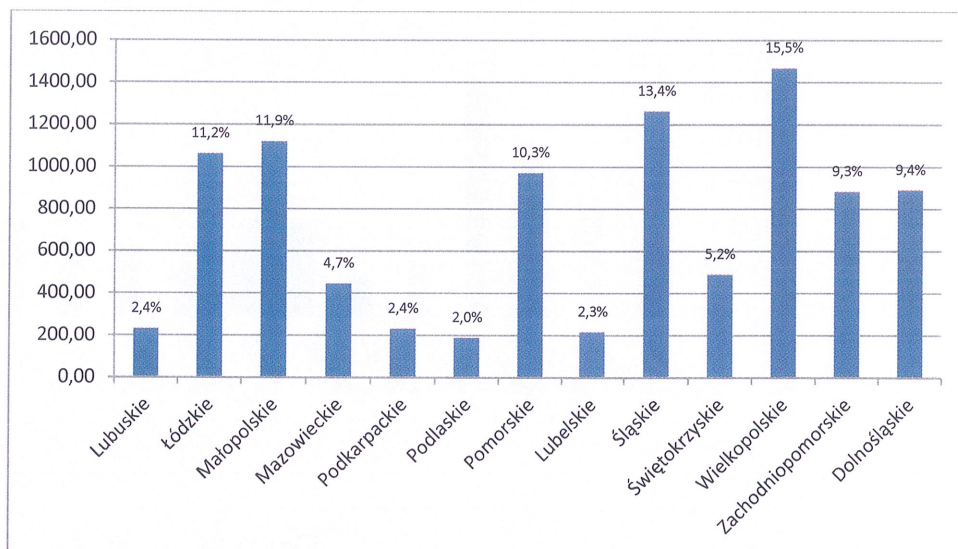
⁴³ W pozostałych województwach nie realizowano zakupu aparatury medycznej w ramach tego zadania NPZChN.



[Dowód: akta kontroli, str. 511-579, 1242-1246]

W 2014 r. Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej⁴⁴ zawarła umowy z 15 podmiotami leczniczymi wybranymi w trybie konkursu ofert, na dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury na łączną kwotę 10.006,7 tys. zł, z czego wykorzystano i rozliczono 9.434,2 tys. zł, tj. 94,3%. Najwyższe nakłady na zakup aparatury dotyczyły województw: wielkopolskiego (1.466,55 tys. zł) oraz śląskiego (1.261,51 tys. zł), a najniższe województw: podlaskiego (186,70 tys. zł) oraz lubelskiego (213,84 tys. zł).

Wydatki zrealizowane przez 13 województw na zakup wyposażenia i modernizację klinik torakochirurgii w 2014 r. prezentuje poniższy wykres:



[Dowód: akta kontroli, str. 580-628, 1246-1254]

Ustalone
nieprawidłowości

Umowy o dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury medycznej zawierano dopiero w IV kwartale 2014 r., podczas, gdy termin wynikający z harmonogramu zadań NPZChN, ustalono na II i III kwartał⁴⁵.

W ocenie NIK przyczyną opóźnienia była opieszałość w działaniach Departamentu Polityki Zdrowotnej.

Opóźnienie postępowania konkursowego spowodowało ograniczenie wydatków na ten cel. Dwa podmioty odmówiły podpisania umów, a pozostałym realizatorom zadania utrudniono

⁴⁴ Z upoważnienia Ministra Zdrowia. W dniu 13 czerwca 2014 r. MZ ogłosiło konkurs na wybór realizatorów NPZChN pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuc – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” – zakup sprzętu i aparatury medycznej w latach 2014 – 2015.

⁴⁵ Wniosek do Ministra Zdrowia o zatwierdzenie propozycji wyboru realizatorów zadania w trybie konkursu ofert oraz rozdysonowanie środków złożono w dniu 24 września 2014 r. Wniosek o zatwierdzenie realizatorów zadania został podpisany przez Ministra Zdrowia tego samego dnia, natomiast umowy zawarto w dniu 30 października 2014 r.

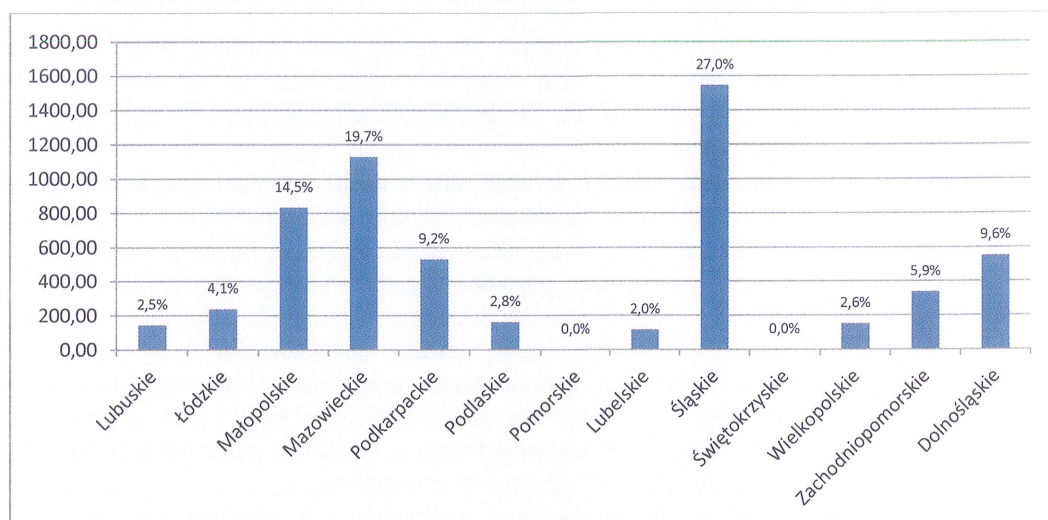
dokonywanie zakupów z zastosowaniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁴⁶. Podmioty realizujące zakupy sprzętu miały tylko dwumiesięczny termin na wybór dostawców sprzętu.

[dowód: akta kontroli str. 958A-B]

Opis stanu faktycznego

W dniu 30 marca 2015 r. MZ zawarło z 17 podmiotami leczniczymi umowy na dofinansowanie zakupu sprzętu i aparatury w ramach zadania jak wyżej. Umowy podpisano na łączną kwotę 8 574,0 tys. zł, z czego wykorzystano i rozliczono⁴⁷ 5 726,6 tys. zł, tj. 66,8%. Najwyższe środki finansowe wykorzystano w województwie śląskim (1544,9 tys. zł), najniższe zaś w lubelskim (115,4 tys. zł). Według stanu na 15 października 2015 r. nie wykorzystano środków w województwie pomorskim (Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o. - kwota 612,3 tys. zł) oraz świętokrzyskim (Świętokrzyskie Centrum Onkologii SPZOZ – kwota 256,5 tys. zł).

Wydatki zrealizowane przez 13 województw na zakup doposażenia i modernizację klinik torakochirurgii w 2015 r.



[Dowód: akta kontroli, str. 626-715, 1251-1254]

Szczegółową analizą objęto siedem⁴⁸ (21,9%) losowo wybranych umów o łącznej wartości 2.456.977,23 zł (spośród 32 zawartych w latach 2014 – 2015). Nie stwierdzono nieprawidłowości w zawartych umowach oraz rozliczeniach finansowych z zakupów sprzętu.

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013, Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, realizowane były przedsięwzięcia polegające na przebudowie, rozbudowie i remoncie obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. Większość zgłoszonych do dofinansowania projektów obejmowało zarówno prace budowlane, jak i zakup aparatury medycznej.

W ramach tego zadania wyremontowanych/przebudowanych/doposażonych zostało ponad 50 podmiotów leczniczych o charakterze ponadregionalnym (szpitale kliniczne, instytuty badawcze) w ramach 83 projektów inwestycyjnych realizowanych w podmiotach ponadregionalnych, za kwotę 1.264,9 mln zł, z czego 997,3 mln zł ze środków UE. Spośród ww. podmiotów cztery były związane z leczeniem chorób układu oddechowego⁴⁹. Wartość

⁴⁶ Dz. U z 2015 r., poz. 2164.

⁴⁷ Według stanu na 15 października 2015 r.

⁴⁸ Umowy nr 1/11/10/2014/1886/1208 i nr 1/11/9/2015/1886/291 zawarte z Podkarpackim Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie, umowa nr 1/11/4/2014/58/1202 i zawarta z SPZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi-Centralny Szpital Weteranów, umowy nr 1/11/13/2015/44/295 i nr 1/11/6/2014/44/1204 zawarte z Krakowskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II, umowa nr 1/11/3/2014/134/1201 zawarta z Szpitalem Wojewódzkim SPZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, umowa nr 1/11/18/2014/119/1216 zawarta z Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu.

⁴⁹ Klinika Pneumologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc –Oddział Terenowy – wartość dofinansowania 56,6 mln zł, w tym środki UE 48,2 mln zł, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc (dwukrotnie dofinansowany) -79 mln zł, w tym 67,2 mln zł, Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie (dwukrotnie dofinansowany) -19,8 mln. zł, w tym 16,8 mln. zł, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze – 104,2 mln. zł, w tym 88,5 mln. zł.

dofinansowania tych podmiotów wyniosła 259,6 mln zł, w tym 220,7 mln stanowiło dofinansowanie z UE.

Institut Gruźlicy i Chorób Płuc otrzymał dofinansowanie w wysokości 79,0 mln zł, w tym 67,2 mln zł środki UE m.in. na projekt pn. „Poprawa efektywności leczenia chorób płuc”.

[Dowód: akta kontroli, str. 1260-1589]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

4 Działania Ministra Zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej liczby specjalistów w dziedzinach związanych z leczeniem chorób układu oddechowego

Opis stanu faktycznego

W latach 2012 - 2015 Minister Zdrowia ustalał potrzeby kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyków, w poszczególnych dziedzinach medycyny, na podstawie opinii konsultantów krajowych, potrzeb zgłoszonych przez wojewodów oraz analiz dotyczących liczby lekarzy wykonujących ten zawód, opublikowanych przez Naczelną Radę Lekarską. Przy określaniu liczby etatów rezydenckich uwzględniano dziedziny uznane za priorytetowe⁵⁰). Wśród 16 specjalizacji priorytetowych nie ujęto specjalizacji w dziedzinie chorób płuc.

Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc nie wnioskował, w latach 2012-2013, o przydział miejsc rezydenckich na odbywanie specjalizacji w tej dziedzinie uważając, że zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w zakresie chorób układu oddechowego, w okresie pięcioletnim, pozostawać będzie na niezmiennym poziomie.

W 2014 r., w opinii nowego Krajowego Konsultanta, sytuacja kadrowa w pulmonologii była trudna, gdyż coraz więcej lekarzy pulmonologów osiągało lub było blisko wieku emerytalnego. Według Konsultanta, ze względu na niskie finansowanie procedur, specjaliści chorób płuc zarabiają mniej niż inni specjaliści i wielu z nich nie pracuje w swojej dziedzinie (część w oddziałach wewnętrznych, a pozostali w publicznych i niepublicznych placówkach lecznictwa otwartego np. jako lekarze rodzinni).

Opinię tę potwierdzają dane przekazane przez Krajową Izbę Lekarską, według której na koniec 2012 r. zarejestrowano 2.685 lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc, wykonujących zawód, z tego w wieku do 35 lat nie było żadnego specjalisty, od 35 - 44 lat - 290 osób (10,8%), 45-54 lat - 1.141 osób (42,5%), 55-64 lat - 823 osoby (30,7%), powyżej 64 lat - 431 osób (16,1%). Natomiast na koniec 2014 r. odnotowano zmniejszenie się liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku od 45 - 54 lat o 160 osób (o 14,0%), zwiększyła się liczba lekarzy w wieku od 55 do 64 lat o 199 osób (o 24,2%) oraz w wieku powyżej 64 lat o 23 osoby (o 5,3%).

Postępowanie kwalifikacyjne lekarzy na szkolenia specjalizacyjne przeprowadza wojewoda dwa razy w roku w terminach: od 1 marca do 31 marca i od 1 października do 31 października. Przed terminem postępowania kwalifikacyjnego Minister Zdrowia ogłaszał na stronie internetowej liczbę przyznanych miejsc rezydenckich, w poszczególnych dziedzinach medycyny, w rozbiciu na poszczególne województwa.

W latach 2012-2013 liczba wolnych miejsc w podmiotach leczniczych, uprawnionych do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy w dziedzinie chorób płuc, wynosiła łącznie 280 w obu terminach. Wojewodowie nie wnioskowali o przydział miejsc rezydenckich.

W 2014 r. liczba wolnych miejsc w drugim terminie na rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc wynosiła 118. Wojewodowie wnioskowali o 48 miejsc rezydenckich, Ministerstwo przyznało ich 14 (29,2% zapotrzebowania). W 2015 r. (I półrocze) liczba wolnych miejsc w podmiotach leczniczych uprawnionych do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy w dziedzinie chorób płuc wynosiła 124 w pierwszym terminie. Wojewodowie wnioskowali o 48 miejsc, nie przyznano żadnego miejsca rezydenckiego.

W związku z wejściem w życie modułowego systemu specjalizacji postępowanie kwalifikacyjne zostało przeprowadzone w terminie 1 - 31 października 2014 r. Szkolenie

⁵⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2012 r., poz. 1489).

specjalizacyjne można było rozpocząć w 10 nowych specjalizacjach, w tym w dziedzinie choroby płuc dzieci⁵¹.

W 2014 r. liczba wolnych miejsc na szkolenie specjalizacyjne choroby płuc dzieci wynosiła 96 w drugim terminie. Wojewodowie wnioskowali o 45 miejsc rezydenckich, przyznano ich 25.

W 2015 r. (I półrocze) liczba wolnych miejsc na szkolenie specjalizacyjne choroby płuc dzieci wynosiła 55 w pierwszym terminie. Wojewodowie wnioskowali o 27 miejsc, wszystkie zostały przyznane.

[dowód: 1079- 1221A-C]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na rosnącą liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc w wieku zbliżającym się do emerytalnego, co może w niedalekiej przyszłości ograniczyć dostępność świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chorób płuc.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵², wnosi o:

1. podjęcie działań w celu wydania rozporządzenia w sprawie tworzenia i prowadzenia Krajowego Rejestru Raka Płuca;
2. opracowanie Programu badań wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej CT, zgodnie ze schematem określonym w zarządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych;
3. zawieranie umów z realizatorami programów zdrowotnych, w terminach określonych w harmonogramach zadań;
4. opracowanie i przyjęcie do realizacji Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc, poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji (PNW), do czego zobowiązywał NPZ;
5. podjęcie działań w kierunku poprawy dostępności do badań profilaktycznych w zakresie gruźlicy i POChP;
6. podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia zmian w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w celu wprowadzenia obowiązku zgłaszania wyników leczenia gruźlicy;
7. rozważenie włączenia specjalizacji w dziedzinie chorób płuc do specjalizacji priorytetowych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

⁵¹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2013 r. poz. 26).

⁵² Dz.U. z 2015 r., poz. 1096.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

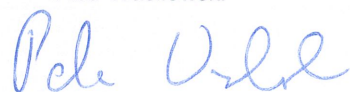
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały Kolegium Najwyższej Izby Kontroli.

Warszawa, dnia 26 stycznia 2016 r.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski



.....
Podpis