



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.003.02.2017

P/17/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/17/057 – Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
<i>Kontrolerzy</i>	1. Andrzej Szpigielski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/19/2017 z dnia 12 maja 2017 r. 2. Ewa Ściślewska-Jakubiak, główny specjalista kontroli państwowej upoważnienie do kontroli nr KZD/21/2017 z dnia 17 maja 2017 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 1-2)</p>
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala w Warszawie
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Andrzej Jacyna, p.o. Prezesa NFZ, w okresie od 14 marca 2016 r. Tadeusz Jędrzejczyk, Prezes NFZ w okresie od 3 czerwca 2014 r. do 14 marca 2016 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 3-4)</p>

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

Narodowy Fundusz Zdrowia² podejmował, w badanym okresie, działania zmierzające do poprawy dostępu do leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 i ograniczenia jej powikłań.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia::

- wprowadzenie nowego rodzaju świadczenia dla pacjentów diabetologicznych, którego celem jest kompleksowe leczenie ran przewlekłych,
- zapewnienie kompleksowej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach świadczenia dedykowanego pacjentom diabetologicznym (tzw. „KAOS-cukrzyca”),
- zwiększenie środków finansowych na leczenie powikłań cukrzycy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (o 17,5%).

Nie doprowadzono jednak do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów diabetologicznych. Świadczy o tym, w szczególności, wzrost liczby pacjentów oczekujących do poradni diabetologicznych i na hospitalizację, wydłużający się czas ich oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także zmniejszająca się liczba świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ. Świadczenia w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i „Kompleksowego leczenia ran przewlekłych” (KLRP-1) udzielane były tylko w niektórych OW NFZ i tym samym nie zapewniono wszystkim pacjentom równego dostępu do tego typu świadczeń na terenie kraju

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 Narodowy Fundusz Zdrowia – dalej „Fundusz” lub „NFZ”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ocena działań Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz zapewnienia dostępności świadczeń w zakresie diabetologii oraz środków na leczenie cukrzycy i jej powikłań.

1.1. Dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

1.1.1. Ambulatoryjna opieka zdrowotna nad chorymi z cukrzycą realizowana jest w formie:

- opieki nad przewlekle chorymi na cukrzycę w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS),
- kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej („KAOS - cukrzyca”).

NFZ zawarł umowy na udzielanie świadczeń w zakresie diabetologii w rodzaju AOS na leczenie pacjentów z cukrzycą³:

- a) w 2015 r. z 715 świadczeniodawcami,⁴
- b) w 2016 r. z 714 świadczeniodawcami,
- c) w 2017 r. (I kw.) z 700 świadczeniodawcami.

W okresie objętym kontrolą (2015 r. - I kw. 2017 r.) liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia specjalistyczne dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2⁵ była najniższa na terenie województwa lubuskiego (i wyniosła - odpowiednio w badanych latach 14, 13 i 12), a najwyższa na terenie województwa śląskiego (wynosiła odpowiednio - 125, 126 i 124)⁶.

Świadczenia z zakresu diabetologii udzielone w ramach AOS, w poradniach różnej specjalności, pacjentom z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 objęły:

- a) w 2015 r. - 717.279 pacjentów w 759 przychodniach (od 13.127 pacjentów w 15 przychodniach w województwie lubuskim do 119.669 w 131 przychodniach w województwie śląskim),
- b) w 2016 r. - 741.062 pacjentów w 752 przychodniach (od 13.437 pacjentów w 14 przychodniach w woj. lubuskim do 122.229 w 132 przychodniach w woj. śląskim),
- a) w 2017 r. (I kw.) - 427.777 pacjentów w 740 przychodniach (od 5.708 pacjentów w 13 przychodniach w woj. lubuskim do 77.146 w 129 przychodniach w woj. śląskim).

[dowód: akta kontroli str. 28,60]

Świadczenia w ramach „KAOS- cukrzyca” udzielone pacjentom z cukrzycą typu 2 objęły:

- a) w 2015 r. - 12.570 pacjentów w 38 przychodniach na terenie 11 województw: dolnośląskie (4 przychodnie), kujawsko-pomorskie (7), lubelskie (2), małopolskie (3), mazowieckie (2), opolskie (3), podlaskie (2), pomorskie (3), śląskie (8), świętokrzyskie (1), warmińsko-mazurskie (3). Największą liczbę pacjentów leczono w województwie: śląskim (3.963), kujawsko-pomorskim (1.827), warmińsko-mazurskim (1.477) i opolskim (1.024), a najmniejszą w województwie lubelskim (171), małopolskim (527) i świętokrzyskim (571),
- b) w 2016 r. - 12.136 pacjentów w 35 przychodniach na terenie 11 województw (tych samych co w 2015 r.). Liczba przychodni zmniejszyła się w województwie: kujawsko-pomorskim (o 1), śląskim (o 1) i pomorskim (o 1). Największą liczbę pacjentów leczono w województwie: śląskim (3.711), kujawsko-pomorskim (1.938)

³ Wszystkie typy cukrzycy (E10-E14). Podana liczba świadczeniodawców nie uwzględnia świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy w rodzaju „KAOS-cukrzyca”.

⁴ Niektórzy świadczeniodawcy mieli w swojej strukturze organizacyjnej kilka przychodni/poradni, w których udzielali świadczenia z zakresu diabetologii.

⁵ Stosowany w wystąpieniu zwrot „pacjenci z cukrzycą typu 2” w każdym przypadku dotyczy pacjentów powyżej 18. roku życia.

⁶ W 2015 r. liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu diabetologii w innych województwach wynosiła m.in. 99 w woj. mazowieckim, 54 w woj. wielkopolskim, 20 w woj. opolskim, 21 w woj. podlaskim. W roku 2016 i 2017 (I kw.) liczba świadczeniodawców była na zbliżonym poziomie.

i warmińsko-mazurskim (1.382), a najmniejszą w województwie: lubelskim (182), pomorskim (430) i małopolskim (523).

- c) w 2017 r. (I kw.) - 10.647 pacjentów w 34 przychodniach na terenie 11 województw (tych samych co w 2015 r.). Największą liczbę pacjentów leczono w województwie: śląskim (3.301), kujawsko-pomorskim (1.826) i warmińsko-mazurskim (1.172), a najmniejszą w województwie: lubelskim (139), pomorskim (391) i mazowieckim (433).

Wartość świadczeń zakontraktowana przez Fundusz, w ramach AOS, w poradniach diabetologicznych (wszystkie rodzaje cukrzycy) wyniosła:

- a) w 2015 r. - 99.260,3 tys. zł, a wartość świadczeń wykonanych wyniosła 101.260,3 tys. zł, (w tym 80.828,2 tys. zł, na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość wykonanych świadczeń odnotowano w województwie: śląskim (14.807,8 tys. zł), mazowieckim (10.847,9 tys. zł), małopolskim (8.274,8 tys. zł), a najniższą w województwie: lubuskim (1.425,5 tys. zł), opolskim (1.949,9 tys. zł) i warmińsko-mazurskim (2.103,7 tys. zł),
- b) w 2016 r. - 99.105,8 tys. zł, a wartość świadczeń wykonanych wyniosła 102.099,9 tys. zł, (w tym 80.964,6 tys. zł na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość wykonanych świadczeń odnotowano w województwie: śląskim (17.198,6 tys. zł), mazowieckim (13.756,9 tys. zł), małopolskim (9.693,6 tys. zł), a najniższą w województwie: lubuskim (2.132,3 tys. zł), opolskim (2.229,7 tys. zł) i warmińsko-mazurskim (2.460,5 tys. zł),
- c) w 2017 r. (I kw.) - 48.067,2 tys. zł, a wartość świadczeń wykonanych wyniosła 27.258,6 tys. zł., (w tym 21.583,2 tys. zł na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość wykonanych świadczeń odnotowano w województwie: śląskim (3.905,4 tys. zł), mazowieckim (2.869,9 tys. zł) i małopolskim (2.207,1 tys. zł), a najniższą w województwie: lubuskim (324,8 tys. zł), warmińsko-mazurskim (527,7 tys. zł) i świętokrzyskim (600,9 tys. zł).

[dowód: akta kontroli str. 51, 60, 279-280]

Z-ca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, wyjaśnił m.in., że Fundusz jest zobowiązany wobec świadczeniodawcy, do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty określonej w umowie. W przypadku świadczeń wykonanych powyżej tej kwoty, świadczeniodawcy mają prawo wystąpić do dyrektora OW NFZ z wnioskiem o ich sfinansowanie ze środków znajdujących się w jego dyspozycji z niewykorzystanej puli środków przeznaczonych na ten cel.

[dowód: akta kontroli str. 280, 282]

Świadczenia dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 były udzielane także w innych specjalistycznych poradniach niż diabetologiczne (w 2015 r. w 49 rodzajach poradni, w 2016 r. w 57, a w I kw. 2017 r. w 46). Łączna wartość tych świadczeń wyniosła: 4.564,2 tys. zł w - 2015 r., 5.186,4 tys. zł w - 2016 r. i 1.407,6 tys. zł w I kw. 2017 r., (co stanowiło 4,5% wartości świadczeń udzielonych w poradniach diabetologicznych w 2015 r., 5,1% w 2016 r. i 5,2% w I kw. 2017 r.).

Świadczenia te były udzielane głównie w poradniach: chirurgii ogólnej (835 poradni w 2015 r., 848 w 2016 r. i 616 w 2017 r. (I kw.)), kardiologicznej (odpowiednio w badanym okresie 385, 409 i 256), okulistycznej (odpowiednio 335, 346 i 242), endokrynologicznej (odpowiednio 231, 221 i 150), nefrologicznej (odpowiednio 152, 149 i 132) i neurologicznej (odpowiednio 130, 163 i 132).

Łącznie w poradniach innych niż diabetologiczne udzielono świadczeń:

- w 2015 r. - 38.617 pacjentom, w tym m.in. w poradni chirurgii ogólnej 10.334 pacjentom, w poradni endokrynologicznej 6.984 i w poradni okulistycznej 6.906,
- w 2016 r. - 42.982 pacjentom, w tym m.in. odpowiednio w w/w poradniach 11.510, 6.709, 8.935,
- w I kw. 2017 r. - 16.069 pacjentom, w tym m.in. odpowiednio w w/w poradniach 10.585, 2.750, 2.606.

Najwięcej poradni innych niż diabetologiczne, w których udzielano świadczeń pacjentom z cukrzycą typu 2 funkcjonowało:

- w 2015 r. w województwie: śląskim (m.in. 132 poradnie chirurgii ogólnej; 35 kardiologicznych i 33 okulistyczne); mazowieckim (m.in. 87 poradni chirurgii ogólnej; 61 kardiologicznych i 59 okulistycznych); dolnośląskim (m.in. 87 poradni chirurgii ogólnej; 32 okulistyczne i 23 okulistyczne),
- w 2016 r. w województwie: śląskim (m.in. 132 poradnie chirurgii ogólnej; 41 okulistycznych i 35 kardiologicznych); mazowieckim (m.in. 89 poradni chirurgii ogólnej; 67 kardiologicznych i 60 okulistycznych); dolnośląskim (m.in. 93 poradnie chirurgii ogólnej; 29 kardiologicznych i 28 okulistycznych),
- w I kw. 2017 r. w województwie śląskim (m.in. 100 poradni chirurgii ogólnej; 27 kardiologicznych i 25 okulistycznych); mazowieckim (m.in. 59 poradni chirurgii ogólnej; 42 kardiologiczne i 38 okulistycznych); dolnośląskim (63 poradnie chirurgii ogólnej; 29 okulistycznych i 19 kardiologicznych).

[dowód: akta kontroli str. 41-47, 53-54, 279]

Wartość świadczeń zakontraktowana przez Fundusz w ramach „KAOS - cukrzyca” wyniosła:

- w 2015 r. - 11.776,9 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń na rzecz pacjentów z cukrzycą (wszystkie rodzaje) wyniosła 11.517,4 tys. zł, (w tym 7.115,7 tys. zł, stanowiły świadczenia pacjentom z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość udzielonych świadczeń pacjentom (z cukrzycą) odnotowano w województwie śląskim 3.116,3 tys. zł, (w tym 2.726,0 tys. zł pacjentom z cukrzycą typu 2), a najniższą w woj. pomorskim 447,7 tys. zł, (w tym 231,6 tys. zł pacjentom z cukrzycą typu 2),
- w 2016 r. - 11.580,9 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń na rzecz pacjentów z cukrzycą (wszystkie rodzaje) wyniosła 11.627,3 tys. zł, w tym (7.437,9 tys. zł, stanowiły świadczenia dla pacjentów z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość świadczeń udzielonych pacjentom z cukrzycą (wszystkie rodzaje) odnotowano w województwie śląskim 3.119,0 tys. zł, (w tym z cukrzycą typu 2 - 2.807,6 tys. zł), a najniższą w województwie pomorskim - odpowiednio 336,0 tys. zł i 203,0 tys. zł,
- w 2017 r. (I kw.) -3.089,8 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń na rzecz pacjentów z cukrzycą (wszystkie rodzaje) wyniosła 3.202,7 tys. zł, (w tym 1.840,5 tys. zł, stanowiły świadczenia dla pacjentów z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość świadczeń (wszystkie rodzaje cukrzyca) odnotowano w województwie śląskim - 772,4 tys. zł, (w tym z cukrzycą typu 2 - 700,7 tys. zł), a najniższą w województwie świętokrzyskim - odpowiednio 108,2 tys. zł i 75,4 tys. zł.

[dowód: akta kontroli str. 280, 282]

Świadczenia „KAOS - cukrzyca” wprowadzono do finansowania w 2008 r.⁷ Natomiast w okresie objętym kontrolą obowiązywały zasady realizacji „KAOS - cukrzyca” wprowadzone zarządzeniem Prezesa NFZ z 5 grudnia 2014 r.⁸ W latach 2015 - I kw. 2017 r. świadczenia w ramach „KAOS- cukrzyca” realizowali świadczeniodawcy na terenie 11 OW NFZ⁹, tj. w 2015 r. - 38 świadczeniodawców, w 2016 - 35, a w 2017 r. (I kw.) - 34.

⁷ Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne zał. nr 1c – Katalog świadczeń i zał. nr 3 c –Zasady realizacji KAOS nad pacjentem z cukrzycą. Zarządzenie ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń w 2008 r. i w lach następujących.

⁸ Zał. 3c do zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z 5 grudnia 2014 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ze zm. Kwalifikacja do objęcia KAOS - cukrzyca odbywa się w ramach porady specjalistycznej w poradni diabetologicznej. Świadczenia w przedmiotowym zakresie obejmują m.in. wykonanie niezbędnych badań i konsultacji (z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie), w tym zapewnienie konsultacji okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych; nadzór nad pacjentem (obserwacja) adekwatny do aktualnego stanu zdrowia wraz z konieczną diagnostyką i monitorowaniem, wyrównywanie glikemii, parametrów równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, przeprowadzenie edukacji w zakresie samokontroli cukrzyca i zasad prawidłowego odżywiania. Finansowanie konsultacji okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych i chirurgicznych odbywa się ze środków świadczeniodawcy realizującego program. Poradnia realizująca KAOS - cukrzyca powinna być czynna 5 dni w tygodniu w godzinach 8.00-18.00. Pacjenci z cukrzycą typu 2 powinni mieć zapewnione średnio 4 porady w roku, realizowane nie rzadziej niż raz na trzy miesiące.

⁹ W województwie dolnośląskim: w 2015 r. - 4 świadczeniodawców, w 2016 r. - 4, w I kw. 2017 r. - 4 i odpowiednio w woj.: kujawsko-pomorskim (7,6,6), lubelskim (2,2,2), małopolskim (3,3,3), mazowieckim (2,2,2), opolskim (3,3,3), podlaskim (2,2,2), pomorskim (3,2,1), śląskim (8,7,7), świętokrzyskim (1,1,1), warmińsko- mazurskim (3,3,3).

Uwagi
dotyczące
badanej
działalności

W latach 2015-2017 (I kw.) NFZ nie zawarł umów ze świadczeniodawcami z terenu 5 OW NFZ (tj. lubuskiego, łódzkiego, podkarpackiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego) na świadczenia udzielane w ramach „KAOS - cukrzyca”. Tym samym, chorym na cukrzycę (w tym cukrzycę typu 2) nie zapewniono dostępu do tego rodzaju świadczeń.

Liczba chorych na cukrzycę typu 2 w wyżej wymienionych województwach wynosiła:

- w lubuskim: w 2015 r. - 41.002 leczonych, w tym: 2.045 osób hospitalizowano z powodu powikłań związanych z cukrzycą. Koszty powikłań wyniosły 12.657,7 tys. zł (w tym 11.075,3 tys. zł z powodu choroby serca). W 2016 r. było 40.649 chorych, a hospitalizowano z powodu powikłań 2.278 pacjentów. Koszty powikłań wyniosły 15.459,9 tys. zł (w tym z powodu choroby serca 13.556,9 tys. zł). W 2017 r. (I kw.) dane te wynosiły 30.451 chorych i 692 osoby hospitalizowane oraz 4.155,4 tys. zł - koszty powikłań, w tym 3.660,4 tys. zł - z powodu choroby serca,
- w łódzkim: w 2015 r. było 123.939 chorych, w tym 6.541 hospitalizowano z powodu powikłań związanych z cukrzycą, w 2016 r. dane te wynosiły - odpowiednio - 125.103 i 6.372, a w 2017 r. (I kw.) - 85.458 i 1.872. Koszty powikłań w 2015 r. wyniosły 38.857,8 tys. zł (w tym 36.011,7 tys. zł z powodu choroby serca), w 2016 r. odpowiednio 36.309,4 tys. zł (i 32.758,4 tys. zł), a w 2017 r. 9.571,4 tys. zł (i 8.716,6 tys. zł),
- w podkarpackim: w 2015 r. było 78.388 chorych, w tym 4.396 hospitalizowano z powodu powikłań związanych z cukrzycą, w 2016 r. dane te wynosiły odpowiednio - 80.998 i 4.319, a w 2017 r. (I kw.) - 76.080 i 1.247. Koszty powikłań wyniosły 18.851,9 tys. zł (w tym 15.898,4 tys. zł z powodu choroby serca), w 2016 r. odpowiednio 18.105,7 tys. zł (i 15.745,1 tys. zł) oraz w 2017 r. (I kw.) odpowiednio 4.789,8 tys. zł (4.089,1 tys. zł),
- w wielkopolskim: w 2015 r. było 156.429 chorych, w tym 7.972 osoby hospitalizowano z powodu powikłań cukrzycy, w 2016 r. dane te wynosiły - odpowiednio - 157.809 i 8.116, a w 2017 r. (I kw.) 103.463 i 2.406. Koszty powikłań w 2015 r. wyniosły 44.803,2 tys. zł (w tym 38.147,5 tys. zł z powodu choroby serca, w 2016 r. odpowiednio 44.891,3 tys. zł (i 37.720,1 tys. zł), a w 2017 r. (I kw.) 10.701,5 tys. zł (i 9.271,3 tys. zł),
- w zachodniopomorskim: w 2015 r. było 65.501 chorych, w tym 1.937 hospitalizowanych z powodu powikłań cukrzycy, w 2016 r. dane te wynosiły odpowiednio 63.787 i 2.032, a w 2017 r. (I kw.) - 50.135 i 578. Koszty powikłań w 2015 r. wyniosły 12.938,0 tys. zł (w tym 10.942,3 tys. zł z powodu choroby serca), w 2016 r. koszty te wyniosły odpowiednio 14.243,7 tys. zł (i 2.094,9 tys. zł), w 2017 r. (I kw.) 3.466,6 tys. zł (i 2.908,5 tys. zł).

[dowód: akta kontroli str. 28,427-431,477- 480]

Z-ca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił w sprawie niepodpisania umów ze świadczeniodawcami na świadczenie w ramach „KAOS - cukrzyca” w 5 OW NFZ m.in., że (...) *podstawą takiej umowy jest liczba pacjentów spełniających kryteria do opieki w KAOS i spełnienie odpowiednich warunków przez świadczeniodawców (np. dostępność w godzinach 8-18.). Województwa, w których nie zawarto umowy, nie spełniały ww. warunków. Zmniejszająca się liczba umów, także ma przyczynę w wyżej opisanych warunkach.(...) „Ponadto w roku 2014 po włączeniu weryfikacji centralnej oraz oddziałowej dotyczącej spełnienia kryteriów opieki (liczba porad), okazało się, że znaczna część świadczeniodawców nie realizuje regularnej opieki. W związku z tym do zarządzenia AOS na rok 2013 i lata następne wprowadzono przepisy w brzmieniu: „2. Warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest udzielanie świadczeń zgodnie z postanowieniami określonymi w załączniku nr 3 część c i d, w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż raz na 3 miesiące. W przypadku niespełnienia wymogu określonego w ust. 2, leczenie danego świadczeniobiorcy, przestaje być finansowane stawką kapitacyjną. Jednocześnie świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania temu świadczeniobiorcy możliwości dalszego leczenia diabetologicznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”. Także bieżące monitorowanie jakości opieki w KAOS, mierzonej liczbą regularnie udzielanych porad, sprawiło, że część świadczeniodawców mogła zrezygnować z umów z NFZ, pozostając jedynie przy realizacji porad diabetologicznych. Należy*

zaznaczyć, że KAOS - cukrzyca i porady w poradniach diabetologicznych stanowią odrębną formę rozliczania świadczeń. Zmniejszenie liczby umów w KAOS nie ogranicza dostępności do świadczeń dla chorych na cukrzycę.

Dyrektor nie odniósł się natomiast do pytania jakie działania podjął NFZ w latach 2015-2017 (liczba konkursów, liczba ofert, rokowań, analizy kosztów wyceny świadczeń, inicjatywy itp.) w celu zwiększenia dostępności świadczeń KAOS dla pacjentów z cukrzycą.

[dowód: akta kontroli str.28, 51, 60,197, 207-208,319-328]

Opis stanu faktycznego

Liczba pacjentów chorych na cukrzycę¹⁰ oczekujących na świadczenia w poradni diabetologicznej, w przypadkach pilnych, wynosiła na koniec 2015 r. - 476 osób, na koniec 2016 r. - 563 osoby, a na koniec I kw. 2017 r. - 773 osoby. Natomiast na świadczenia w przypadkach stabilnych oczekiwało odpowiednio - 22.961, 24.188 i 25.727 osób. Średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów do poradni diabetologicznej wynosił, w przypadkach pilnych, 4 dni na koniec 2015 r., 7 dni na koniec 2016 r. i 6 dni na koniec I kw. 2017 r. W przypadkach stabilnych czas oczekiwania wynosił odpowiednio 55, 62 i 56 dni.

Najkrótszy średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia w poradni diabetologicznej, w przypadkach pilnych, odnotowano na koniec 2015 r. w województwie łódzkim i podkarpackim (1 dzień) oraz dolnośląskim, lubelskim i zachodniopomorskim (po 2 dni), a najdłuższy - w województwie mazowieckim i podlaskim (10 dni). Na koniec 2016 r. najkrótszy czas był w województwie podkarpackim (1 dzień), lubelskim (2 dni), łódzkim, wielkopolskim i zachodniopomorskim (3 dni), a najdłuższy w województwie mazowieckim i warmińsko-mazurskim (13 dni) oraz podlaskim, kujawsko-pomorskim i lubuskim (po 10 dni). Na koniec I kw. 2017 r. czas ten był najkrótszy w województwie podkarpackim (1 dzień), a najdłuższy – w mazowieckim i podlaskim (13 dni). Natomiast na świadczenia, w przypadkach stabilnych, najkrótszy średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia w poradni diabetologicznej odnotowano, na koniec 2015 r., w województwie świętokrzyskim (26 dni), a najdłuższy w mazowieckim (90 dni), na koniec 2016 r. - dane te wynosiły odpowiednio - 32 dni w województwie świętokrzyskim i 102 dni w mazowieckim, a na koniec I kw. 2017 r. - 32 dni w województwie łódzkim i 92 dni w mazowieckim.

P.o. dyrektora Departamentu Spraw Świadczeniobiorców, wyjaśnił m.in., że obserwowany w przypadku poradni i oddziałów wzrost liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania w IV kwartale 2016 r. w porównaniu do IV kwartału 2015 r. nie wynika bezpośrednio z jednej przyczyny. Większość pacjentów w poradniach diabetologicznych to pacjenci chorzy przewlekle, którzy znajdują się pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż w innych rodzajach poradni, przez co osoby pozostające w toku leczenia „blokują” miejsca dla kolejnych pacjentów. Wielu pacjentów chorych przewlekle wybiera stałe wizyty u specjalisty, pomimo iż stan zdrowia nie wskazuje na taką konieczność. Kontrola stanu zdrowia mogłaby być realizowana przez lekarza POZ. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekle, pozostawianie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy ulegają wydłużaniu. Ponadto rosnący udział pacjentów powyżej 65. roku życia powoduje wzrost zapotrzebowania na określone świadczenia opieki zdrowotnej.

[dowód: akta kontroli str. 171-176, 236]

Ocena cząstkowa

W okresie objętym kontrolą Fundusz nie doprowadził do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, a w 5 OW NFZ nie wprowadzono kompleksowej ambulatoryjnej specjalistycznej opieki nad pacjentami z cukrzycą (której celem była poprawa skuteczności ich leczenia prowadzonego w oparciu o aktualnie obowiązujące standardy opieki diabetologicznej, a w następstwie zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań).

¹⁰ „Listy oczekujących” dotyczące chorych na cukrzycę, obejmują łącznie wszystkich pacjentów niezależnie od rodzaju cukrzycy osoby z grup E10-E14 i prowadzone są dla pacjentów pierwszorazowych, czyli świadczeniobiorców, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie.

1.1.2. Liczba świadczeniodawców (szpitali), w poszczególnych OW NFZ, którzy udzielali świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne dla pacjentów z rozpoznaniem głównym „cukrzyca”¹¹, wynosiła:

- a) w 2015 r. - 564 (od 17 w woj. lubuskim do 76 w woj. mazowieckim), w tym w 15 szpitalach udzielano świadczeń na oddziałach diabetologicznych (15 oddziałów),
- b) w 2016 r. - 562 (od 17 w woj. lubuskim do 74 w woj. mazowieckim), w tym w 15 szpitalach udzielano świadczeń na oddziałach diabetologicznych (16 oddziałów),
- c) w 2017 r. (I kw.) - 531 (od 16 w woj. lubuskim do 62 w woj. mazowieckim), w tym w 15 szpitalach udzielano świadczeń na oddziałach diabetologicznych (15 oddziałów).

[dowód: akta kontroli str. 31-35]

Fundusz zakontraktował świadczenia w zakresie „leczenie szpitalne” w rodzaju „diabetologia hospitalizacja” oraz „diabetologia hospitalizacja planowa” na rzecz pacjentów z cukrzycą z 28 świadczeniodawcami:

- w 2015 r. - w kwocie 33.259,7 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń wyniosła 33.528,4 tys. zł, (w tym 13.649,0 tys. zł, na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość zawartych kontraktów (5) odnotowano w woj. mazowieckim - łącznie na kwotę 5.678,8 tys. zł i wykonano świadczenia o wartości 5.762,8 tys. zł (w tym 2.547,9 tys. zł, dla pacjentów z cukrzycą typu 2). Najniższą wartość zawartego kontraktu odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, tj. 116,9 tys. zł i wykonano świadczenia o wartości 137,7 tys. zł, (w tym 94,5 tys. zł dla pacjentów z cukrzycą typu 2). Żadnego kontraktu nie zawarto w województwie lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim.

- w 2016 r. - w wysokości 33.750,4 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń wyniosła 34.925,4 tys. zł, (w tym 14.255,6 tys. zł, na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość zawartych kontraktów odnotowano w województwie mazowieckim - 5.357,7 tys. zł, a wykonano świadczenia o wartości 5.532,5 tys. zł (w tym 2.554,1 tys. zł na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2). Najniższą wartość zawartych kontraktów odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim 119,5 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń wyniosła 221,5 tys. zł, (w tym 114,3 tys. zł dla pacjentów z cukrzycą typu 2). Żadnego kontraktu nie zawarto w województwie lubuskim, świętokrzyskim i podkarpackim.

- w I kw. 2017 r. - w kwocie 7.984,4 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń wyniosła 6.795,3 tys. zł (w tym 3.406,1 tys. zł na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2). Najwyższą wartość zawartych kontraktów odnotowano w województwie mazowieckim 1.301,2 tys. zł, a wykonano świadczenia o wartości 1.447,8 tys. zł, (w tym 545,5 tys. zł dla pacjentów z cukrzycą typu 2). Najniższą wartość zawartych kontraktów odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim 34,6 tys. zł, a wartość wykonanych świadczeń wyniosła 34,6 tys. zł (w tym 22,4 tys. zł dla pacjentów z cukrzycą typu 2). Żadnego kontraktu nie zawarto w województwie lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim.

[dowód: akta kontroli str. 281]

Oddziały diabetologiczne funkcjonowały¹² na terenie 7 OW NFZ w liczbie ogółem 15 w roku 2015, 16 w 2016 r. i 15 w (I kw.). 2017 r. W latach 2015-2017 (I kw.) oddziały diabetologiczne funkcjonowały w województwie: dolnośląskim (2), lubelskim (1), mazowieckim (4), pomorskim (2), wielkopolskim (1), zachodniopomorskim (3).

¹¹ Wszystkie typy cukrzycy (E10 - E14).

¹² W latach 2015-2017 (I kw.) w województwie: dolnośląskim funkcjonował: -Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego (we Wrocławiu) i Miedziane Centrum Zdrowia S.A. w Lubinie; lubelskim - Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, mazowieckim - Centrum Lecznico-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy Attis Sp. z o.o., Mazowiecki Szpital Bródnowski, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny (3 jednostki z Warszawy) oraz Szpital Kolejowy w Pruszkowie; pomorskim - SPZOZ MSWIA w Gdańsku i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku; wielkopolskim - Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu; zachodniopomorskim - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie i Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie. W województwie łódzkim w 2015 r. funkcjonowały dwa oddziały, tj. w SP ZOZ Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów i w Szpitalu Wojewódzkim im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu. W 2016 r. oddział diabetologiczny funkcjonował ponadto w SPZOZ Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, z którym w 2017 r. (I kw.) nie zawarto umowy.

W województwie łódzkim w 2015 r. funkcjonowały 2 oddziały, w 2016 r. - 3, a w 2017 r. (I kw.) - 2 oddziały

[dowód: akta kontroli str. 31,33-35]

W szpitalach (na terenie 16 OW NFZ), które nie miały w swojej strukturze organizacyjnej oddziałów diabetologii, pacjenci z rozpoznaną cukrzycą typu 2 leczeni byli w innych oddziałach¹³:

a) w 2015 r. w 541 szpitalach, w 1701 oddziałach szpitalnych, w tym: w oddziałach chorób wewnętrznych (477), endokrynologii (26), nefrologii (55), chorób metabolicznych (3) oraz 1140 innych oddziałach, w tym m.in.: chirurgii ogólnej (334), anestezjologii i intensywnej terapii (69), geriatry (40), kardiologii (34), chirurgii naczyniowej (26) i okulistyki (21),

b) w 2016 r. w 540 szpitalach, w 1716 oddziałach, w tym: w oddziałach chorób wewnętrznych (477), endokrynologii (25), nefrologii (61), chorób metabolicznych (3) oraz 1150 innych oddziałach, w tym m.in.: chirurgii ogólnej (345), anestezjologii i intensywnej terapii (81), geriatry (43), kardiologii (35) i okulistyki (28),

c) w 2017 r. (I kw.) w 517 szpitalach, w 1362 oddziałach, w tym oddziałach chorób wewnętrznych (457), endokrynologii (20), nefrologii (55), chorób metabolicznych (3) oraz 827 innych oddziałach, w tym m.in.: oddziałach chirurgii ogólnej (214), geriatrycznych (39), anestezjologii i intensywnej terapii (22).

Wartość świadczeń w rodzaju „leczenie szpitalne” udzielonych na różnych oddziałach pacjentom z cukrzycą typu 2 wyniosła¹⁴:

a) w 2015 r. - 121.208,8 tys. zł, w tym 8.579,6 tys. zł w oddziałach diabetologicznych i 112.629,2 tys. zł w pozostałych oddziałach

b) w 2016 r. - 125.351,3 tys. zł, w tym 8.551,8 tys. zł w oddziałach diabetologicznych i 116.799, 5 tys. zł w pozostałych oddziałach,

c) w 2017 r. (I kw.) - 32.376,0 tys. zł, w tym 2.171,0 tys. zł w oddziałach diabetologicznych i 30.204,0 tys. zł w pozostałych oddziałach.

[dowód: akta kontroli str. 15-18, 20-21, 32, 281]

W latach 2015-2017 (I kw.) oddziały diabetologiczne nie funkcjonowały w szpitalach na terenie 9 województw (kujawsko-pomorskiego, lubuskiego, małopolskiego, opolskiego, podkarpackiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego).

Z-ca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, wyjaśnił m.in., że w województwach w których nie funkcjonował oddział diabetologiczny, *postępowania w zakresie diabetologia - hospitalizacja, diabetologia hospitalizacja planowa oraz diabetologia - zespół opieki dziennej nie były ogłaszane, gdyż żaden ze świadczeniodawców nie posiadał zarejestrowanego w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, odrębnego oddziału diabetologii. Wynika to z małej ilości lekarzy specjalistów w dziedzinie diabetologii. Jednym z warunków wymaganych dla zakontraktowania oddziału diabetologicznego jest zapewnienie przez świadczeniodawcę równoważnika co najmniej 2 etatów specjalisty w dziedzinie diabetologii, co przy ograniczonej ilości specjalistów w tej dziedzinie w niektórych województwach jest trudne do spełnienia. W niektórych oddziałach (jak np. świętokrzyski OW) nie zawarto umowy na realizację świadczeń, z powodu braku zgłoszeń od świadczeniodawców o gotowości do zawarcia tego typu umowy. (...) świadczenia z zakresu diabetologii realizowane są głównie w oddziałach wewnętrznych i pediatrii. (...) W ramach oddziału diabetologii aktualnie istnieje możliwość rozliczania jedynie 13 grup JGP, z których 11 jest jednocześnie możliwa do realizacji i rozliczania w ramach oddziału chorób wewnętrznych, pozostałe dwie w ramach innych oddziałów np. endokrynologii (...). Niezależnie od niewielkiej liczby umów (...) świadczenia szpitalne w zakresie diabetologii były zabezpieczone w tych Oddziałach Wojewódzkich. Nadto, już w ramach zawartych umów występowało niewykonanie realizacji umowy w niektórych*

¹³ Pacjentom udzielano również świadczeń doraznie w izbie przyjęć szpitali i SOR-ach. W 2015 r. udzielono świadczeń w: 290 izbach przyjęć szpitali i 211 SOR-ach, w roku 2016 – odpowiednio 280 i 211, a w I kw. 2017 r. - 252 i 201.

¹⁴ Wartość świadczeń udzielonych w oddziałach „pozostałych” nie obejmuje świadczeń udzielonych w SOR i Izbach przyjęć, w których świadczenia rozliczane są stawką ryczałtową.

oddziałach diabetologicznych. (...) Mapy Potrzeb Zdrowotnych (...) wskazują na zasadność pozostawienia oddziałów diabetologicznych jedynie w szpitalach powiązanych z uczelniami medycznymi (...)."

Według załączonego do wyjaśnienia dokumentu sporządzonego przez Ministerstwo Zdrowia¹⁵, znaczny odsetek świadczeń realizowanych na tym oddziale (diabetologii - uwaga kontrolera) stanowią świadczenia z zakresu choroby wewnętrzne. Równocześnie obserwowana jest odwrotna relacja, tj. zakres diabetologiczny stanowi istotny udział realizowany na oddziałach chorób wewnętrznych. Z tego względu należy rozważyć możliwość pozostawienia oddziałów diabetologicznych jedynie w szpitalach powiązanych z uczelniami medycznymi. Tezę tę wspiera dodatkowo fakt, że żaden z oddziałów nie miał charakteru ponadregionalnego (30% pacjentów spoza województwa), a tylko 1 miał charakter wojewódzki (powyżej 60% pacjentów spoza swojego powiatu). Pozostałe oddziały zabezpieczały potrzeby zdrowotne pacjentów z własnego powiatu. Wnioskuje się również zwiększenie dostępności do diagnozowania i leczenia pacjentów w warunkach ambulatoryjnych lub jednodniowych.

[dowód: akta kontroli: 31, 208-209, 291, 314-316]

Liczba pacjentów chorych na cukrzycę oczekujących na hospitalizację w oddziale diabetologicznym, przypadki pilne¹⁶, wynosiła, wg. stanu na koniec 2015 r., średnio 58 osób i wzrosła do 105 osób na koniec 2016 r. i do 128 osób na koniec I kw. 2017 r. Natomiast na hospitalizację w trybie planowym (przypadki stabilne) oczekiwało odpowiednio w badanym okresie -1.591, 1.689 i 1.707 osób.

Średni czas oczekiwania¹⁷ pacjenta na hospitalizację w oddziale diabetologicznym, przypadki pilne, wynosił od 8 dni na koniec 2015 r. do 15 dni na koniec 2016 r. i 14 dni na koniec I kw. 2017 r. Na hospitalizację ,przypadki stabilne, czas ten wynosił odpowiednio 74, 83 i 80 dni.

Najdłuższy średni czas oczekiwania pacjenta z cukrzycą na hospitalizację w oddziale diabetologicznym, przypadki pilne, według stanu na koniec 2015 r., odnotowano w województwie lubelskim (57 dni) i na koniec 2016 r. również w województwie lubelskim (91 dni). Najkrótszy czas oczekiwania, na koniec 2015 r., wynosił w województwie mazowieckim i pomorskim (zero dni), na koniec 2016 r. w woj. mazowieckim i zachodniopomorskim (dwa dni), a na koniec I kw. 2017 r. w województwie pomorskim (zero dni).

Najdłuższy średni czas oczekiwania pacjenta na cukrzycę na hospitalizację w oddziale diabetologicznym w przypadku planowym, na koniec 2015 r., wynosił 259 dni w województwie dolnośląskim i na koniec 2016 r. wydłużył się do 290 dni. Powyżej stu dni pacjenci oczekiwali w woj. lubelskim i wielkopolskim, a na koniec I kw. 2017 r. czas oczekiwania wynosił 304 dni w województwie śląskim. Najkrótszy czas oczekiwania wynosił w woj. łódzkim 11 dni na koniec 2015 r. i 9 dni na koniec 2016 r., a na koniec I kw. 2017 r. - w woj. zachodniopomorskim - 12 dni.

P.o. dyrektora Departamentu Spraw Świadczeniobiorców wyjaśnił, że wzrost liczby osób i czasu oczekiwania na hospitalizację w oddziale diabetologicznym w badanym okresie

¹⁵ Efektywne działanie przez mapowanie. Lecznictwo Szpitalne w ujęciu ogólnopolskim. Obowiązek tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych dla planowania inwestycji w ochronie zdrowia wynika z ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2014 poz. 619).

¹⁶ „Przypadek pilny”, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia . „Przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U nr 200, poz. 1661).

¹⁷ Średni czasna udzielenie świadczenia oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególłą procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy. Grupy te są wyodrębnione ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit b rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczególnego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych – zał. nr 7 (Dz.U. z 2016 r. poz. 192)

wynika m.in., z rosnącego udziału pacjentów powyżej 65. roku życia, a ponadto przyczyną są (...) *niedostateczne nakłady finansowe płatnika świadczeń zdrowotnych, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia. Wartość zrealizowanych świadczeń w 2016 r. przewyższa wartość rozliczonych świadczeń, co świadczy o stale rosnącym zapotrzebowaniu na realizowane świadczenia w poradniach i oddziałach diabetologicznych.*"

[dowód: akta kontroli str. 177-182, 236-237]

Ocena cząstkowa

W okresie objętym kontrolą Fundusz nie przygotował rozwiązań zachęcających świadczeniodawców do tworzenia oddziałów diabetologicznych. Wyniki kontroli wskazują na konieczność tworzenia takich oddziałów, ponieważ zarówno liczba pacjentów, jak i czas ich oczekiwania na hospitalizację wydłużał się i to zarówno na hospitalizację w przypadku pilnym, jak i planowym.

Opis stanu faktycznego

1.1.3. W 2014 r. NFZ wprowadził produkt kontraktowy¹⁸ pn. „Kompleksowe leczenie ran przewlekłych” (KLRP-1). Celem świadczenia było objęcie pacjentów z ranami przewlekłymi (trudno gojącymi się) kompleksową opieką zapewniającą leczenie samej rany -ambulatoryjne lub szpitalne (operacyjne), w zależności od stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz koordynację leczenia choroby wyjściowej, będącej pierwotną przyczyną rany.

Świadczeniami w zakresie KLRP-1 objęto pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej na terenie czterech województw (dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego). W 2015 r. wartość rozliczonych świadczeń udzielonych 106 pacjentom¹⁹ w tym zakresie (KLRP-1) wyniosła 177,9 tys. zł, w 2016 r. - 171,5 tys. zł, za świadczenia udzielone 117 pacjentom, a w I kw. 2017 r. - 45,5 tys. zł, za świadczenia udzielone 44 pacjentom.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił m.in., że *bardzo niewielu świadczeniodawców było przygotowanych do realizacji KLRP-1 i spełniało wszystkie wymagane warunki. Inni świadczeniodawcy, poza tymi którzy spełnili wymagania, nie zgłaszali gotowości do świadczenia usług w w/w zakresie. Na terenie niektórych Oddziałów Funduszu²⁰ nie ogłaszano postępowań konkursowych i nie zawarto umów w zakresie Kompleksowego leczenia ran przewlekłych w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z uwagi na brak świadczeniodawców deklarujących chęć realizowania świadczeń w tym zakresie. Inne Oddziały Funduszu²¹ mimo to ogłaszały postępowania konkursowe w celu zapewnienia dostępności do KLRP-1. Jednakże postępowania były unieważniane z powodu niewpłynięcia żadnych ofert.*

Po wprowadzeniu nowego zakresu świadczeń tj. kompleksowego leczenia ran przewlekłych w ramach rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w Oddziałach dokonywano także analizy zapotrzebowania na te świadczenia oraz analizy potencjalnych kosztów niezbędnych na wdrożenie w/w programu. Z uwagi jednak na ograniczone środki finansowe pozostające w dyspozycji na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w niektórych Oddziałach²² nie ogłoszono postępowania konkursowego dedykowanego temu zakresowi w latach 2015-2017. Fundusz musi zabezpieczyć w pierwszej kolejności dodatkowe środki na świadczenia nielimitowane, co utrudnia wdrożenie innych zakresów świadczeń (...).

Informuję też, że leczenie ran przewlekłych odbywa się w ramach Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej, w poradniach chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, chirurgii plastycznej, poradni diabetologicznej i poradni chorób naczyń, co sprawia, że dostęp do świadczeń związanych z kompleksowym leczeniem ran przewlekłych jest zapewniony.

¹⁸Zarządzenie Prezesa NFZ nr 51/2014/DSOZ z dnia 31 lipca 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

¹⁹ Jeden pacjent może występować w różnych przychodniach i/lub oddziałach.

²⁰ Dotyczy świadczeniodawców z terenu OW NFZ: podkarpackiego, łódzkiego, lubelskiego, lubuskiego, śląskiego, zachodniopomorskiego.

²¹ Dotyczy warmiński-mazurskiego OW NFZ.

²² Dotyczy pomorskiego i opolskiego OW NFZ.

Ponadto, leczenie ran przewlekłych związanych z cukrzycą realizowane jest w ramach umów szpitalnych (rozliczane grupami: K39-stopa cukrzycowa, K35-cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne, K37-cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi). Świadczenia te realizowane są również w zakresie chirurgia ogólna oraz choroby wewnętrzne."

Wartość świadczeń polegających na leczeniu ran przewlekłych związanych z cukrzycą - zrealizowanych w ramach umów szpitalnych i rozliczonych grupą „K39 - stopa cukrzycowa” - wynosiła w 2015 r. 13.641,6 tys. zł i (dotyczyła 1.338 pacjentów), w 2016 r. 15.386,5 tys. zł (1.497 pacjentów), a w I kw. 2017 r. 1.436,3 tys. zł (314 pacjentów).

Wartość zrealizowanych w/w świadczeń rozliczonych grupą „K35 - cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne” wyniosła w 2015 r. - 56.482,5 tys. zł (dotyczyła 10.558 pacjentów), w 2016 r. - 51.859,8 tys. zł (9.562 pacjentów) i w I kw. 2017 r. - 5.101,5 tys. zł (2.226 pacjentów).

Natomiast wartość zrealizowanych w/w świadczeń rozliczonych grupą „K37 cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi” wyniosła - odpowiednio w badanym okresie: 11.462,3 tys. zł (2.029 pacjentów), 20.245,8 tys. zł (1.861 pacjentów) i 1058,4 tys. zł (414 pacjentów).

Poza finansowaniem świadczeń udzielonych w ramach KLRP-1, Fundusz refundował również koszty zakupu opatrunków do leczenia ran stosowanych indywidualnie, (osobiście) przez pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej. W 2015 r. kwota refundacji z tego tytułu wyniosła 1.444,5 tys. zł (7.399 pacjentom), w 2016 r. - 2.075,5 tys. zł (9.667 pacjentom), a w 2017 r. (I kw.) - 650,5 tys. zł (3.646 pacjentom).

[dowód: akta kontroli: str. 160-161, 210-211, 285-286, 305, 307-309, 329-344]

Opis stanu faktycznego

1.1.4. W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej leczonych w trybie ambulatoryjnym (AOS) wyniosła w 2015 r. 6.514 osób, a wartość wykonanych świadczeń -1.626,8 tys. zł. Najwięcej pacjentów z tym powikłaniem cukrzycy odnotowano w województwie wielkopolskim (1.165), pomorskim (736), lubelskim (730), śląskim (655), a najmniej w województwie świętokrzyskim (69), podlaskim (116) i opolskim (150).

W 2016 r. liczba leczonych w/wym. pacjentów wyniosła 7.000, co oznacza wzrost, w stosunku do roku poprzedniego, o 7,5%, (najwięcej w woj. wielkopolskim -1.168, pomorskim -868, lubelskim -829 i śląskim - 751, a najmniej w woj. świętokrzyskim - 60, podlaskim -123 i opolskim -128); wartość wykonanych świadczeń wyniosła 1.734,2 tys. zł.

Na koniec I kw. 2017 r. leczeniem objęto 3.253 pacjentów (najwięcej w województwie wielkopolskim - 601, pomorskim - 497, lubelskim - 444, a najmniej w woj. świętokrzyskim - 26, opolskim - 37, lubuskim-59); wartość wykonanych świadczeń wyniosła 459,8 tys. zł.

W 2015 r. leczeniem szpitalnym objęto 3.980 pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej, a wartość udzielonych im i rozliczonych świadczeń (3959) wyniosła 17.337,8 tys. zł; w 2016 r. leczeniem objęto 4.049 pacjentów i rozliczono 4.017 świadczeń o wartości 17.453,5 tys. zł. Natomiast w I kw. 2017 r. leczono 864 pacjentów i rozliczono 773 świadczeń o wartości 3.424,4 tys. zł.

Najwięcej świadczeń, w 2015 r., wykonano w województwie: dolnośląskim (527), mazowieckim (489) i małopolskim (362) a najmniej w województwie świętokrzyskim (78), podlaskim (112) i lubuskim (155). Najwięcej świadczeń w 2016 r. wykonano w województwie: mazowieckim (556), śląskim (394) i małopolskim (371), a najmniej w województwie: świętokrzyskim (95), kujawsko-pomorskim (117) i warmińsko-mazurskim (122). W I kw. 2017 r. najwięcej świadczeń wykonano w województwie: mazowieckim (133) i dolnośląskim (108), a najmniej w województwie: kujawsko-pomorskim (15) i świętokrzyskim (16).

Zespół stopy cukrzycowej może prowadzić do konieczności amputacji palca, stopy lub kończyny dolnej. Amputacje te wykonano u 1.103 pacjentów w 2015 r., 1.282 - w 2016 r. (wzrost o 16,2%) i 324 pacjentów w I kw. 2017 r. Z tego powodu wydatkowano odpowiednio w latach: 6.155,6 tys. zł, 7.139,3 tys. zł i 1.657,9 tys. zł. Najwięcej pacjentów, którym wykonano amputacje odnotowano w województwie śląskim (odpowiednio w latach 211, 226, i 68) oraz w województwie wielkopolskim (119,110 i 26).

Ocena
cząstkowa

W okresie objętym kontrolą Fundusz nie podjął skutecznych działań polegających na objęciu pacjentów z ranami przewlekłymi - z zespołem stopy cukrzycowej - kompleksową opieką zapewniającą leczenie samej rany, o czym świadczy nie zawarcie umów w tym zakresie ze świadczeniodawcami w 12 OW NFZ.

Opis stanu
faktycznego

1.1.5. Świadczenia zdrowotne pacjentom z cukrzycą, (w tym z cukrzycą typu 2) wykonywało:

a) w 2015 r. - 1.215 diabetologów²³, w tym od 25 (w woj. lubuskim, i opolskim) do 191 (w woj. śląskim). Liczba lekarzy diabetologów w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, wynosiła od 0,276 (w woj. lubuskim) do 0,492 (w woj. podlaskim). Średni współczynnik lekarzy diabetologów na 10 tys. uprawnionych wynosił 0,348.

b) w 2016 r. - 1.136 diabetologów w tym od 20 (w woj. lubuskim) do 169 (w woj. śląskim). Liczba lekarzy diabetologów w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, wynosiła od 0,221 (w woj. lubuskim) do 0,512 (w woj. podlaskim). Średni współczynnik lekarzy diabetologów na 10 tys. uprawnionych wynosił 0,325.

W ramach AOS w 2015 r. porad z zakresu diabetologii dla pacjentów z cukrzycą typu 2 udzielało 740 lekarzy, w tym 576 specjalistów diabetologii, 45 specjalistów endokrynologii i 77 specjalistów chorób wewnętrznych oraz 42 pozostałych specjalności. Na każdego spośród 740 lekarzy przypadło rocznie średnio 942 pacjentów z cukrzycą typu 2. Natomiast średnia liczba pacjentów przypadająca na jednego lekarza była zróżnicowana na terenie województw i wynosiła: 557 w woj. lubelskim, 733 - zachodniopomorskim, 757- podlaskim, 795 - dolnośląskim, 823 - łódzkim, 823 - warmińsko-mazurskim, 885 - śląskim, 964 - małopolskim, 979 - mazowieckim, 1.042 - podkarpackim, 1158 - opolskim, 1.339 - wielkopolskim, 1.402 lubuskim i 2.058 - świętokrzyskim.

W 2016 r. porad diabetologicznych udzielało 772 lekarzy, w tym 621 specjalistów diabetologii, 38 specjalistów endokrynologii, 83 specjalistów chorób wewnętrznych i 30 pozostałych specjalności. Na każdego spośród 772 lekarzy przypadło rocznie średnio 932 pacjentów z cukrzycą typu 2. Średnia liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza wynosiła: 549 w woj. lubelskim, 685 - zachodniopomorskim, 763 - dolnośląskim, 764 - podlaskim, 847 -śląskim, 856 - mazowieckim, 859 - łódzkim, 871 - warmińsko-mazurskim, 1.051 - małopolskim, 1070 - lubuskim, 1.136 - podkarpackim, 1.149 - opolskim, 1.326 - wielkopolskim i 2.691 - świętokrzyskim.

[dowód: akta kontroli str.36, 38,311-312]

Opis stanu
faktycznego

1.1.6. Działania podjęte przez NFZ w latach 2015-2017 w zakresie premiowania leczenia cukrzycy, w tym cukrzycy typu 2.

Prezes NFZ wprowadził²⁴ w 2015 r. następujące mechanizmy motywacyjne do zasad finansowania świadczeń lekarza POZ na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej:

- a) od 1 stycznia 2015 r. dla wszystkich lekarzy, którzy wybiorą zbiorczą formę sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych - będzie obowiązywała stawka 140,04 zł na każdego pacjenta²⁵,

²³ Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 31 maja 2017 r. zarejestrowanych w Polsce było 1.321 lekarzy diabetologów, w tym 1.311 czynnych zawodowo.

²⁴ Zarządzeniem Nr 86/2014/DSOZ z dnia 17 grudnia 2014 r. zmienionym zarządzeniem zmieniającym Nr 3/2015/DSOZ z dnia 07.01.2015 r. oraz zarządzeniem 39/2016/DSOZ z dnia 24.07.2015 r. zmienionym zarządzeniem zmieniającym Nr 41/2015/DSOZ z dnia 30 lipca 2015 r.

²⁵ Na wskazany wzrost wartości rocznej stawki kapitacyjnej wpływ miały m.in.:

-włączenie do wartości rocznej stawki kapitacyjnej kwoty wzrostu kosztów finansowania świadczeń ponoszonej w roku 2014 z tytułu stosowania w rozliczeniach współczynnika 3,0 korygującego stawkę kapitacyjną dla osób, którym lekarze poz udzielali porad w związku z leczeniem chorób układu krążenia i/lub cukrzycy,
-włączenie do wartości rocznej stawki kapitacyjnej kwoty stanowiącej skutek wdrożenia do zasad weryfikacji list świadczeniobiorców wyniku weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców figurujących na listach,

- b) od 1 sierpnia 2015 r. dla lekarzy, którzy będą wykonywali i sprawozdawali wybrane badania, zostanie wprowadzona wyższa stawka w wysokości 142,08 zł²⁶,
- c) od 1 października 2015 r. dla lekarzy, u których liczba wykonywanych badań przekroczy określony przez Prezesa NFZ wskaźnik²⁷, zostanie wprowadzona kolejna stawka w wysokości 144 zł.

W roku 2014, sprawozdawczość z wykonania badań realizowana była jedynie w formie zbiorczej (przekazywana, co pół roku, informacja o liczbie poszczególnych badań wykonanych w okresie sprawozdawczym). W 2015 r. wdrożono sprawozdawczość indywidualną (do PESEL pacjenta) z wykonania niektórych badań²⁸.

Do końca 2015 r. do sprawozdawczości indywidualnej z wykonania badań diagnostycznych przystąpiło 4.796 (ok. 77%) świadczeniodawców, spośród których w grudniu 2015 r. z zastosowaniem maksymalnej wartości stawki (144 zł) rozliczonych zostało 2.916. Łączna populacja świadczeniobiorców, uwzględniona w rozliczeniu tej grupy świadczeniodawców, wynosiła 19.561,9 tys. osób.

W 2016 r., w związku z przywróceniem przepisami ww. rozporządzenia, sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych w POZ w formie zbiorczej, zaniechano gradacji stawki kapitacyjnej w rozliczaniu świadczeń lekarza POZ. Stawka uległa zrównaniu dla wszystkich świadczeniodawców i wynosi do chwili obecnej 144 zł.

Z-ca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, wyjaśnił m. in. *W odniesieniu do świadczeń leczenia cukrzycy typu 2, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w rodzaju leczenie szpitalne oraz świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie wyjaśniam, że nie wpływały sygnały o trudności w dostępności do ww. świadczeń, zatem nie było konieczności wprowadzenia specjalnych działań skierowanych na ten zakres świadczeń. Niemniej jednak, w roku 2014 (...) wprowadzono nowy rodzaj świadczeń: kompleksowe leczenie ran przewlekłych. Świadczenia w dużej mierze skierowane są do pacjentów ze stopą cukrzycową.*

Na pytanie, czy i w jakim stopniu system finansowania świadczeń przez NFZ premiował skuteczne leczenie cukrzycy, ograniczenie powikłań itp. zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił m.in. iż *Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia leczenia cukrzycy w trybie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach świadczeń w poradni diabetologicznej oraz w ramach KAOS-cukrzyca. Ponadto świadczenia dla tych chorych wykonywane mogą być we wszystkich poradniach specjalistycznych zgodnie ze wskazaniami medycznymi. W ramach świadczeń w poradni chirurgicznej i diabetologicznej udostępniono specjalny produkt rozliczeniowy, wyceniony odrębnie, pn. leczenie stopy cukrzycowej (grupa Z 106). Skuteczność leczenia cukrzycy ocenić można po: poziomie wyrównania glikemii, poziomie hemoglobiny glikowanej, występowaniu powikłań naczyniowych: mikro i makroangiopatia cukrzycowa, częstości występowania innych powikłań metabolicznych np. śpiączka cukrzycowa. Premiowanie jakości leczenia w oparciu o te parametry wymagałoby zbierania w systemie sprawozdawczym wyników badań pacjentów, co istotnie obciążałoby świadczeniodawców.*

-rozszerzenie wykazu badań diagnostycznych w świadczeniach lekarza POZ, na podstawie przepisów rozporządzeń Ministra Zdrowia zmieniających rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1440 i 1914),

-potencjalny wzrost kosztów świadczeń, w tym kosztów diagnostyki, wynikający z objęcia skierowaniami świadczeń udzielanych przez poradnie okulistyczne i dermatologiczne,

-potencjalny wzrost kosztów świadczeń, w tym kosztów diagnostyki, uzasadniony udziałem lekarzy POZ w realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego.

²⁶ Podstawą opisanego w pkt b) zróżnicowania wartości rocznej stawki kapitacyjnej na przestrzeni roku, były przepisy rozporządzeń Ministra Zdrowia zmieniających rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1986 oraz Dz.U. z 2015 r. poz. 698) dotyczące sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych w świadczeniach lekarza POZ.

²⁷ Dla świadczeniodawców, którzy przystąpili do indywidualnej formy sprawozdawczości z wykonania badań i osiągnięty przez nich wskaźnik wykonania badań diagnostycznych (WWBD) za dwa kwartały poprzedzające o jeden kwartał okres, w którym będzie miał zastosowanie przy rozliczaniu świadczeń (WWBD za I półrocze 2015 r.) będzie równy lub wyższy od wartości progowej wskaźnika (WWBDp) określonego przez Fundusz.

²⁸ Na podstawie tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2016 r. poz. 162)

Obecnie w ramach AOS dane te nie są gromadzone(...). W celu zmotywowania świadczeniodawców do szybkiego przyjmowania chorych ze skierowaniem do poradni diabetologicznych, wyodrębniono zakres skojarzony tzw. dla pacjentów pierwszorazowych, w ramach którego wyodrębnione zostały pieniądze dla nowych pacjentów. Miało to na celu zachęcić do szybkiego przyjmowania nowych pacjentów, ustalenia diagnozy i dalszego schematu terapii. Dla świadczeniodawców, którzy spełnili te warunki w ciągu 6 tygodni od porady początkowej, wprowadzono przy finansowaniu wskaźnik 1,1²⁹.

[dowód akta kontroli str. 164, 201-204]

Liczba badań diagnostycznych mających na celu wykrycie cukrzycy, na które kierowani byli pacjenci przez lekarzy POZ wyniosła³⁰ w 2015 r. 37.888,2 tys., a w 2016 r. - 41.453,1 tys. (tj. wzrost o 9,4 %).

[dowód: akta kontroli str. 165, 205]

Ocena
cząstkowa

NIK pozytywnie ocenia podejmowanie działań przez Funduszu mające na celu motywowanie świadczeniodawców do szybkiego ustalania diagnozy i dalszego schematu terapii pacjentów diabetologicznych.

2. Koszty leczenia cukrzycy typu 2 i jej powikłań.

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą NFZ sfinansował leczenie³¹ pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 w kwocie 1.576.619,6 tys. zł w 2015 r i 1.710.130,3 tys. zł w 2016 r., (wzrost o 8,5%) oraz 482.558,6 tys. zł w 2017 r. (I kw.). W strukturze kosztów dominowały koszty refundacji leków i wyrobów medycznych³², które stanowiły odpowiednio w latach 72%, 73% i 84% całkowitych kosztów. Porady w POZ stanowiły 15% całkowitych kosztów w 2015 i 2016 r. i 6% w 2017 r. (I kw.); leczenie szpitalne (LSP) stanowiło 8% w 2015 r., 7% w 2016 r. i 6% w 2017 r. (I kw.), a leczenie ambulatoryjne (AOS) 5% w 2015 r. i 2016 r. oraz 4% w 2017 r. (I kw.).

	2015 r.	2016 r.	2017 r. (I kw.)
Rodzaj świadczenia:	Wartość rozliczonych świadczeń /kwota refundacji tys. zł (udział %)	Wartość rozliczonych świadczeń / kwota refundacji tys. zł (udział %)	Wartość rozliczonych świadczeń / kwota refundacji tys. zł (udział %)
LSP	119.933,0 (8%)	122.396,6 (7%)	28.918,0 (6%)
AOS	84.014,7 (5%)	84.016,6 (5%)	19.996,3 (4%)
POZ	230.893,8 (15%)	254.982,2 (15%)	28.053,8 (6%)
Refundacja leków i wyrobów medycznych ³³	1.141.778,0 (72%)	1.248.734,8 (73%)	405.590,6 (84%)
Suma	1.576.619,6 (100%)	1.710.130,3 (100%)	482.558,6 (100%)

Tabela 1. Koszty leczenia cukrzycy typu 2 w podziale na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2015, 2016 i 2017 (I kw.)

Liczba pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 na koniec 2015 r. wyniosła 1.639,1 tys. osób, a wg. stanu na koniec 2016 r. 1.657,7 tys. osoby (wzrost o 1,14%).³⁴

W latach 2015-2016 największą liczbę chorych stanowiły osoby w wieku 64-68 lat (ok. 90 tys. pacjentów).

²⁹ Wskaźnik premijujący na poziomie 1,1 oznacza 10-procentowy wzrost przychodów z tytułu wizyt pacjentów w wyniku, których postawiono diagnozę w terminie do 6 tygodni.

³⁰ Brak danych za I kw. 2017 r.

³¹ Kwoty nie uwzględniają kosztów leczenia powikłań cukrzycy oraz kosztów leków stosowanych w leczeniu powikłań.

³² Na podstawie art. 37 ust 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 ze zm.) zwanej dalej ustawą refundacyjną.

³³ W podanej kwocie uwzględniono kwotę refundacji pasków do glukometrów dla wszystkich pacjentów z cukrzycą niezależnie od jej rodzaju.

³⁴ Ogólna liczba chorych na cukrzycę (wszystkie rodzaje od E10 do E14) wyniosła 1.796,9 tys. osób w 2015 r. i 1.819,3 tys. osób w 2016 r. (wzrost o 1,25%).

Koszty refundacji leków i wyrobów medycznych w 2015 r. wyniosły 1.141.778,0 tys. zł³⁵, w 2016 r. 1.248.734,8 tys. zł³⁶, (tj. wzrost o 9,4%), a w I kw. 2017 r. 405.590,6 tys. zł.

Refundacją objęto:

- doustne leki p/cukrzycowe w kwocie 169.801,3 tys. zł w 2015 r., 196.566,6 tys. zł w 2016 r., (tj. wzrost o 15,8 %) i 54.069,1 tys. zł w 2017 r. (I kw.).

- insuliny i ich analogi w kwocie 560.483,7 tys. zł w 2015 r., 592.590,9 tys. zł w 2016 r., (tj. wzrost o 5,7 %) i 154.861,2 tys. zł w 2017 r. (I kw.).

- paski do glukometrów w kwocie 411.493,0 tys. zł w 2015 r. i 459.577,3 tys. zł w 2016 r., (tj. wzrost o 11,7 %) i 196.660,3 tys. zł w 2017 r. (I kw.).

Łączne koszty refundacji przedstawia poniższe zestawienie.

Refundacja leków i wyrobów medycznych w:	Koszty (tys. zł)			
	Koszty ogółem	Doustne leki p/cukrzycowe	Preparaty insuliny i ich analogi	Paski testowe do glukometrów ³⁷
2015 r.	1.141.778,0	169.801,2	560.483,7	411.493,0
2016 r.	1.248.734,8	196.566,6	592.590,9	459.577,3
2017 r. (I kw.)	405.590,6	54.069,1	154.861,2	196.660,3

Tabela 2. Koszty refundacji leków i wyrobów medycznych w latach 2015, 2016 i 2017 (I kw.)

W grupie leków objętych refundacją nie ma leków inkretynowych i/lub flozyn³⁸. W okresie objętym kontrolą Fundusz nie opiniował wprowadzenia leków inkretynowych i/lub flozyn do wykazu leków refundowanych i nie prowadził korespondencji z Ministerstwem Zdrowia w tej sprawie. W Polsce dostępnych jest około 155 leków przeciwcukrzycowych, które nie są objęte refundacją.

[dowód: akta kontroli str. 30, 350, 356, 365, 368-416, 418, 435-441, 452, 455, 457, 480, 508]

Opis stanu faktycznego

2.2. W 2015 roku NFZ sfinansował świadczenia w zakresie „leczenie szpitalne” (LSP) dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w kwocie 119.933,0 tys. zł, a w 2016 r. w kwocie 122.396,6 tys. zł, tj. (wzrost o 2,1%). Liczba udzielonych świadczeń zmniejszyła się z 56.886 w 2015 r. do 55.974 w 2016 r., (tj. o 1,6%) i zmniejszyła się również liczba hospitalizowanych pacjentów z 50.886 w 2015 r. do 49.697 w 2016 r., (tj. o 2,4%). Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta wyniosła 2.356,9 zł w roku 2015, a w roku 2016 - 2.462,8 zł, (tj. wzrost o 4,5 %).

W 2017 r. (I kw.) wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 28.918,0 tys. zł, co w przeliczeniu na jednego pacjenta wyniosło 2.119,0 zł. Udzielono w tym czasie 14.469 świadczeń 13.650 pacjentom.

Świadczenia w zakresie LSP w poszczególnych latach:	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych świadczeń (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń na 1 pacjenta (zł)
2015 r.	56.886	50.886	119.933,0	2.356,9
2016 r.	55.974	49.697	122.396,6	2.462,8
2017 r. (I kw.)	14.469	13.650	28.918,0	2.119,0

Tabela 3. Świadczenia w zakresie LSP w poszczególnych latach.

W okresie objętym kontrolą wartość rozliczonych świadczeń, w przeliczeniu na jednego pacjenta, była zróżnicowana na terenie poszczególnych OW NFZ. Wartość ta była najniższa w woj. zachodniopomorskim (i wyniosła 1.872,4 zł w 2015 r., 1.672,9 zł w 2016 r.)

³⁵ Objęto refundacją 162 pozycje leków (162 unikalne kody EAN – kod, który identyfikuje każde zarejestrowane w Polsce opakowanie produktu leczniczego. Dla przydzielania kodu ważna jest substancja czynna, moc, postać, dawka leku, a także wielkość i rodzaj opakowania) stosowanych w leczeniu cukrzycy typu 2 - stan na koniec 2015 r.

³⁶ Objęto refundacją 163 pozycje leków (163 unikalne kody EAN) stosowanych w leczeniu cukrzycy typu 2 - stan na koniec 2016 r.

³⁷ Patrz przypis 31.

³⁸ Decyzję w sprawie refundacji leków i wyrobów medycznych podejmuje minister właściwy do spraw zdrowia w oparciu o przesłanki zawarte w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 ze zm.).

i kujawsko-pomorskim (wynosiła 2.033,9 zł w 2015 r. i 2.124,8 zł w 2016 r.). Natomiast wartość ta była najwyższa w woj. łódzkim (wynosiła 2.582,9 zł w 2015 r. i 2.668,6 zł w 2016 r.) oraz woj. małopolskim (wynosiła odpowiednio 2.551,0 zł i 2.807,7 zł). Według wyjaśnień Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej ww. różnice wynikają z podziału środków pomiędzy OW NFZ³⁹, gdzie brane są pod uwagę m.in liczba ubezpieczonych, wiek, płeć, ryzyko zdrowotne.

Poniższe zestawienie prezentuje wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta w 2015 r.	Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta w 2016 r.	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na 1 pacjenta (%)
NFZ	2 356,9	2 462,9	104,5
DOLNOŚLĄSKI	2 401,3	2 407,3	100,2
KUJAWSKO-POMORSKI	2 033,9	2 124,8	104,5
LUBELSKI	2 405,1	2 491,3	103,6
LUBUSKI	2 206,3	2 359,4	106,9
ŁÓDZKI	2 582,9	2 668,6	103,3
MAŁOPOLSKI	2 551,0	2 807,7	110,1
MAZOWIECKI	2 149,2	2 200,2	102,4
OPOLSKI	2 543,0	2 606,5	102,5
PODKARPACKI	2 548,8	2 570,1	100,8
PODLASKI	2 391,1	2 529,0	105,8
POMORSKI	2 177,7	2 237,8	102,8
ŚLĄSKI	2 433,4	2 666,1	109,6
ŚWIĘTOKRZYSKI	2 243,4	2 417,9	107,8
WARMIŃSKO-MAZURSKI	2 413,9	2 562,0	106,1
WIELKOPOLSKI	2 252,8	2 382,1	105,7
ZACHODNIOPOMORSKI	1 872,4	1 672,9	89,3

Tabela 4. Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w przeliczeniu na jednego pacjenta.

[dowód: akta kontroli str. 354, 446-458]

Opis stanu faktycznego

2.3. W 2015 r. Fundusz sfinansował świadczenia w zakresie AOS dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 w kwocie 84.014,7 tys. zł, a w 2016 r. w kwocie 84.016,6 tys. zł. Świadczeniami objęto 716,7 tys. pacjentów w 2015 r. i 740, 4 tys. w 2016 r. (wzrost o 3,3%). Udzielono im 1.896,7 tys. świadczeń w roku 2015 i 1899,6 tys. w 2016 r., a wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na jednego pacjenta wyniosła 117,2 zł w 2015 r. i 113,4 zł w 2016 r., (tj. spadek o 3,2%).

W 2017 r. (I kw.) wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 19.996,3 tys. zł, udzielono 497,3 tys. świadczeń 427.637 pacjentom. Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na jednego pacjenta wyniosła 46,7 zł.

Świadczenia w zakresie AOS w poszczególnych latach:	Liczba świadczeń (tys.)	Liczba pacjentów	Wartość rozliczonych świadczeń (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń na 1 pacjenta (zł)
2015 r.	1.896,7	716.650	84.014,7	117,2
2016 r.	1.899,6	740.445	84.016,6	113,4
2017 r. (I kw.)	497,3	427.637	19.996,3	46,7

Tabela 5. Świadczenia w zakresie AOS w latach 2015, 2016 i I kw. 2017 r.

³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz.U.2009 Nr 193 poz.1495).

W okresie objętym kontrolą wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na jednego pacjenta była zróżnicowana na terenie poszczególnych OW NFZ. W 2015 r. była ona najniższa w woj. świętokrzyskim (90,6 zł) i kujawsko-pomorskim (95,3 zł) a najwyższa – w woj. śląskim (129,7 zł) i lubelskim (125,8 zł). Natomiast w 2016 r. najniższa wartość tych świadczeń była w woj. świętokrzyskim (88,2 zł) i warmińsko-mazurskim (92,4 zł) a najwyższa - w woj. śląskim (126,7 zł) i podkarpackim (123,5 zł).

Poniższe zestawienie prezentuje wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w przeliczeniu na jednego pacjenta w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta w 2015 r. (zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w przeliczeniu na 1 pacjenta w 2016 r. (zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w przeliczeniu na 1 pacjenta (%)
NFZ	117,2	113,5	96,8
DOLNOŚLĄSKI	105,7	104,5	98,9
KUJAWSKO-POMORSKI	95,3	94,4	99,1
LUBELSKI	125,8	120,5	95,7
LUBUSKI	112,5	101,7	90,4
ŁÓDZKI	124,1	123,1	99,2
MAŁOPOLSKI	114,8	110,6	96,3
MAZOWIECKI	113,9	107,0	93,9
OPOLSKI	121,4	110,7	91,2
PODKARPACKI	123,9	123,5	99,7
PODLASKI	124,6	120,9	97,1
POMORSKI	121,0	120,8	99,8
ŚLĄSKI	129,7	126,7	97,7
ŚWIĘTOKRZYSKI	90,6	88,2	97,4
WARMIŃSKO-MAZURSKI	99,0	92,4	93,3
WIELKOPOLSKI	123,1	117,8	95,7
ZACHODNIOPOMORSKI	107,6	104,2	96,9

Tabela 6. Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w przeliczeniu na jednego pacjenta.

[dowód: akta kontroli str. 446-458]

Opis stanu faktycznego

2.4. Wartość szacowanych⁴⁰ kosztów świadczeń lekarza POZ udzielonych, na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2 wyniosła w 2015 r. 230.893,8 tys. zł. Najwyższe koszty tych świadczeń odnotowano w województwie: śląskim (33.809, tys. zł), mazowieckim (30.380,0 tys. zł) i wielkopolskim (23.874,6 tys. zł), a najniższe w województwie: podlaskim (4.726,6 tys. zł), lubuskim (6.370,9 tys. zł) i opolskim (6.522,0 tys. zł).

W roku 2016 r. wartość tych kosztów wyniosła 254.982,2 tys. zł (wzrost o 10,4 %). Najwyższe koszty świadczeń odnotowano w województwie: śląskim (36.151,4 tys. zł), mazowieckim (32.299,1 tys. zł) i wielkopolskim (24.831,3 tys. zł), a najniższe w województwie: podlaskim (5.102,7 tys. zł), lubuskim (6.592,8 tys. zł) i opolskim (6.792,2 tys. zł). Natomiast na koniec I kw. 2017 r. wartość szacowanych kosztów w tej grupie wyniosła 28.053,8 tys. zł; najwyższe koszty odnotowano w województwie: śląskim (4.236,7 tys. zł), mazowieckim (3.629,0 tys. zł) i wielkopolskim (3.195,6 tys. zł), a najniższe w województwie: podlaskim (558,3 tys. zł), warmińsko-mazurskim (682,0 tys. zł) i lubuskim (744,9 tys. zł).

[dowód: akta kontroli str. 29-30,306]

⁴⁰ Oszacowane koszty kapitulacji dla pacjentów, którym lekarze POZ w poszczególnych okresach udzielili porad z przyczyny E11 obliczone na podstawie średniego rocznego kosztu kapitulacji na jednego pacjenta w poszczególnych OW NFZ.

Wyniki kontroli wskazały, iż w badanym okresie wystąpiło znaczne zróżnicowanie wartości świadczeń w przeliczeniu na jednego pacjenta pomiędzy OW NFZ, które wyniosło w zakresie leczenia szpitalnego 37,9% (710,5 zł)⁴¹ w 2015 r. i 67,8% (1.134,8 zł)⁴² w 2016 r., natomiast w zakresie AOS 43,2% (39,1 zł) w 2015 r. i 43,7% (38,5 zł) w 2016 r.

Opis stanu
faktycznego

2.5. Leczenie powikłań. W latach 2015-2016 w strukturze kosztów leczenia powikłań cukrzycy w ramach hospitalizacji (LSP) największy udział miały choroby serca (86%), udary (11%), zespół stopy cukrzycowej (2%), choroby nerek, oczu i pozostałe schorzenia (1%).

W związku z leczeniem powikłań cukrzycy w ramach hospitalizacji sfinansowano świadczenia udzielone pacjentom w roku 2015 na kwotę 405.015,0 tys. zł, w tym na leczenie powikłań powodujących choroby serca (u 62.255 osób) wydano 347.378,3 tys. zł, leczenie zespołu stopy cukrzycowej (u 1.977 osób) wydano 9.467,1 tys. zł, leczenie udarów (u 6.480 osób) - 45.448,1 tys. zł, leczenie chorób nerek (u 141 osób) - 461,9 tys. zł, leczenie chorób oczu (u 758 osób) - 1.954,7 tys. zł, a pozostałe schorzenia (u 138 osób) sfinansowano w kwocie 304,8 tys. zł.

Natomiast w 2016 r. na leczenia powikłań wydatkowano 395.219,0 tys. zł w tym: powodujących choroby serca (u 61.037 osób) - 339.901,4 tys. zł, zespół stopy cukrzycowej (u 2.100 osób) - 9.886,7 tys. zł, leczenie udarów (u 6.102 osób) - 42.782,2 tys. zł, choroby nerek (u 138 osób) - 505,6 tys. zł, leczenie chorób oczu (u 739 osób) - 1.849,8 tys. zł, i pozostałe schorzenia (u 122 osób) - 293,3 tys. zł.

Koszty leczenia powikłań w I kwartale 2017 r. stanowiły kwotę 102.966,5 tys. zł (w tym choroby serca 90.441,2 tys. zł, zespół stopy cukrzycowej - 2.042,0 tys. zł, udary - 9.764,8 tys. zł, choroby nerek - 110,7 tys. zł, choroby oczu - 503,9 tys. zł, pozostałe schorzenia - 103,8 tys. zł).

Poniższe zestawienie prezentuje dynamikę wartości rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego z tytułu powikłań cukrzycy typu 2.

Rodzaj powikłania	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w 2015 r. (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP (%)
Choroby serca	347.378,3	339.901,4	97,8
Udary	45.448,1	42.782,2	94,1
Stopa cukrzycowa	9.467,1	9.886,7	104,4
Choroby oczu	1.954,7	1.849,8	94,6
Choroby nerek	461,9	505,6	109,5
Pozostałe	304,8	293,3	96,2
Razem:	405.015,0	395.219,0	97,6

Tabela 7. Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP powikłań.

W okresie objętym kontrolą koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2 w ramach hospitalizacji były zróżnicowane na terenie poszczególnych OW NFZ.

Poniższe zestawienie prezentuje dynamikę wartości rozliczonych świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego z tytułu powikłań cukrzycy typu 2 w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w 2015 r. (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie LSP w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP (%)
NFZ	405.015,0	395.219,1	97,6
DOLNOŚLĄSKI	20.019,0	16.294,5	81,4
KUJAWSKO-POMORSKI	24.343,1	20.742,1	85,2

⁴¹ Różnica pomiędzy najwyższą i najniższą wartością świadczenia w przeliczeniu na jednego pacjenta w 2015 r.

⁴² Różnica pomiędzy najwyższą i najniższą wartością świadczenia w przeliczeniu na jednego pacjenta w 2016 r.

LUBELSKI	24.892,0	25.523,0	102,5
LUBUSKI	12.657,7	15.459,9	122,1
ŁÓDZKI	38.857,8	36.309,4	93,4
MAŁOPOLSKI	38.529,5	37.647,3	97,7
MAZOWIECKI	39.600,3	41.141,3	103,9
OPOLSKI	7.697,3	7.384,2	95,9
PODKARPACKI	18.851,9	18.105,7	96,0
PODLASKI	14.961,5	15.985,1	106,8
POMORSKI	24.813,8	21.511,0	86,7
ŚLĄSKI	63.285,8	62.069,0	98,1
ŚWIĘTOKRZYSKI	10.126,2	9.017,8	89,1
WARMIŃSKO-MAZURSKI	8.637,7	8.893,6	103,0
WIELKOPOLSKI	44.803,2	44.891,3	100,2
ZACHODNIOPOMORSKI	12.938,0	14.243,7	110,1

Tabela 8. Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie LSP powikłań w podziale na OW NFZ.

W strukturze kosztów leczenia powikłań cukrzycy, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), dominowały powikłania powodujące choroby serca (72%) i zespół stopy cukrzycowej (25%). Natomiast powikłania powodujące choroby nerek, oczu, udary i pozostałe stanowiły łącznie (3%).

W 2015 r. koszty leczenia powikłań cukrzycy w AOS wyniosły 6.517,5 tys. zł, w tym na leczenie powikłań powodujących choroby serca (u 44.882 osób) wydano 4.689,6 tys. zł, powodujących zespół stopy cukrzycowej (u 6.511 osób) - 1.609,9 tys. zł. Koszty leczenia udarów (u 200 osób) wyniosły 13,9 tys. zł. Leczenie chorób nerek (u 312 osób) - 29,7 tys. zł. Na leczenie chorób oczu (u 1.128 osób) wydano 129,7 tys. zł. Pozostałe schorzenia będące powikłaniami cukrzycy (u 490 osób) sfinansowano w kwocie 44,6 tys. zł.

Natomiast w 2016 r. koszty leczenia powikłań cukrzycy w AOS wyniosły 7.655,4 tys. zł w tym na leczenie powikłań powodujących choroby serca (u 53.437 osób) - 5.683,6 tys. zł, powodujących zespół stopy cukrzycowej (6.999 osób) - 1.712,6 tys. zł, koszty leczenia udarów (u 217 osób) wyniosły 15,8 tys. zł, leczenie chorób nerek (u 288 osób) - 31,7 tys. zł, chorób oczu (u 1.068 osób) - 151,6 tys. zł. Pozostałe schorzenia będące powikłaniami cukrzycy (u 626 osób) sfinansowano w kwocie 60,1 tys. zł.

Koszty leczenia powikłań cukrzycy w AOS w I kwartale 2017 r. wyniosły 1.963,9 tys. zł (w tym choroby serca 1.489,2 tys. zł, zespół stopy cukrzycowej - 410,6 tys. zł, udary - 3,3 tys. zł, choroby nerek - 5,9 tys. zł, choroby oczu - 39,3 tys. zł, pozostałe schorzenia - 15,6 tys. zł).

Poniższe zestawienie prezentuje dynamikę wartości rozliczonych świadczeń w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna - leczenie powikłań cukrzycy typu 2.

Powikłania	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w 2015 r (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS (%)
Choroby serca	4.689,6	5.683,6	121,2
Udary	13,9	15,8	113,6
Stopa cukrzycowa	1.609,9	1.712,6	106,4
Choroby oczu	129,7	151,6	116,9
Choroby nerek	29,7	31,7	106,7
Pozostałe	44,6	60,1	134,7
Razem:	6.517,5	7.655,4	117,5

Tabela 9. Dynamika wartości kosztów leczenia powikłań w zakresie AOS.

Koszty leczenia powikłań cukrzycy w ramach AOS były zróżnicowane w poszczególnych OW NFZ. Poniższe zestawienie prezentuje dynamikę wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS tytułem leczenia powikłań w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w 2015 r. (tys. zł)	Wartość rozliczonych świadczeń w zakresie AOS w 2016 r. (tys. zł)	Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS (%)
NFZ	6.517,5	7.655,4	117,5
DOLNOŚLĄSKI	425,6	523,5	123,0
KUJAWSKO-POMORSKI	260,3	312,3	120,0
LUBELSKI	388,3	404,5	104,2
LUBUSKI	156,7	163,2	104,1
ŁÓDZKI	558,2	650,0	116,5
MAŁOPOLSKI	591,6	689,9	116,6
MAZOWIECKI	1.110,8	1.247,8	112,3
OPOLSKI	100,9	94,7	93,9
PODKARPACKI	307,1	427,3	139,1
PODLASKI	316,9	424,1	133,8
POMORSKI	338,0	384,6	113,8
ŚLĄSKI	622,8	819,9	131,6
ŚWIĘTOKRZYSKI	114,9	125,2	109,0
WARMIŃSKO-MAZURSKI	145,9	202,4	138,7
WIELKOPOLSKI	860,2	902,5	104,9
ZACHODNIOPOMORSKI	219,1	283,5	129,4

Tabela 10. Dynamika wartości rozliczonych świadczeń w zakresie AOS - leczenie powikłań w podziale na OW NFZ.

[dowód: akta kontroli str. 427-431]

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę na wysokie koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2 w ramach hospitalizacji, które były nawet wyższe od kosztów hospitalizacji z powodu cukrzycy: w 2015 r. o 237,7%, a w 2016 r. o 222,9%.

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 Kontroli⁴³, wnosi o podjęcie działań mających na celu zapewnienie dostępu pacjentom z cukrzycą do świadczeń realizowanych w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą oraz kompleksowego leczenia ran przewlekłych na terenie wszystkich OW NFZ (m.in. przez zweryfikowanie dotychczasowych wymagań dotyczących warunków realizacji tych świadczeń stawianych świadczeniodawcom).

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 dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

⁴³ Dz.U. z 2017 r. poz. 524

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania
wniosków

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

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


Warszawa, dnia 6 września 2017 r.

Kontroler/Kontrolerzy
Andrzej Szpigielski
Główny specjalista k.p.


.....
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
Podpis

Ewa Ściślewska-Jakubiak
Główny specjalista k.p.

