



KZD.430.008.2017
Nr ewid. 191/2017/P/17/059/KZD

Informacja o wynikach kontroli

TWORZENIE MAP POTRZEB ZDROWOTNYCH

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Tworzenie map potrzeb zdrowotnych

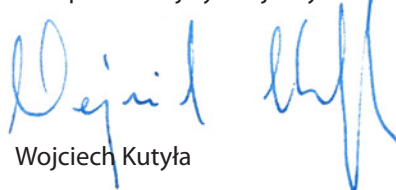
Dyrektor Departamentu Zdrowia



Piotr Wasilewski

Akceptuję:


Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Wojciech Kutyla

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski
Warszawa, dnia 27.11.2018

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	10
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	11
4. UWAGI I WNIOSKI	13
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	14
5.1. Podstawy i organizacja procesu opracowania map potrzeb zdrowotnych.....	14
5.1.1. <i>Policy paper</i> i decyzje Ministra Zdrowia	14
5.1.2. Ustawa statuująca mapy potrzeb zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia i akty prawne istotne dla ich funkcjonowania, wydane na jej podstawie	16
5.1.3. Organizacja procesu tworzenia map potrzeb zdrowotnych	19
5.2. Prawidłowość sporządzania map potrzeb zdrowotnych	20
5.2.1. Źródła danych wykorzystywanych podczas opracowywania map potrzeb zdrowotnych.....	20
5.2.2. Rzetelność sporządzania map potrzeb zdrowotnych	24
5.2.3. Wpływ przyjętych map potrzeb zdrowotnych na proces zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.....	27
5.3. Gospodarowanie środkami finansowymi na opracowanie i przygotowanie do wdrożenia map potrzeb zdrowotnych.....	29
5.3.1. Realizacja projektu szkoleniowego wspierającego tworzenie map potrzeb zdrowotnych.....	29
5.3.2. Proces tworzenia Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych.....	30
5.3.3. Wybór ekspertów do realizacji map potrzeb zdrowotnych	33
5.4. Wykorzystanie środków na ochronę zdrowia, pozyskanych z UE w związku z utworzeniem map potrzeb zdrowotnych	35
6. ZAŁĄCZNIKI	38
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	38
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	40
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	46
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	47
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	48
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	52

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych;
Beneficjent	Minister Zdrowia lub występujący w jego imieniu Departament Analiz i Strategii, który w związku z przygotowaniem map potrzeb zdrowotnych, był realizatorem dwóch projektów współfinansowanych z budżetu Unii Europejskiej – zgodnie z zapisami wniosków o dofinansowanie projektów;
IOWISZ	Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (narzędzie informatyczne dedykowane do oceny celowości inwestycji);
MPZ	Mapy potrzeb zdrowotnych;
NFZ, Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia;
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie;
Osoby uprawnione do świadczeń	Osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni); osoby (posiadające obywatelstwo polskie i mieszkające w Polsce): inne niż ubezpieczeni, spełniające określone kryterium dochodowe, nieubezpieczone, które nie ukończyły 18 roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu; inne osoby nieubezpieczone uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa; osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w krajach UE/EOG (art. 2 oraz art. 66 ustawy o świadczeniach);
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
Potrzeby zdrowotne	Potrzeby zdrowotne – zgodnie z ustawą o świadczeniach (art. 5 pkt 29) – to liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;
Rozporządzenie w sprawie zakresu treści MPZ	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458);
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.);
Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach	Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.).

- Zdrowie publiczne** Definiowane, zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237, ze zm.); przez zdrowie publiczne rozumie się zadania określone w art. 2, które obejmują:
- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
 - 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
 - 3) promocję zdrowia;
 - 4) profilaktykę chorób;
 - 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
 - 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
 - 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
 - 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
 - 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
 - 10) działania w obszarze aktywności fizycznej.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy mapy potrzeb zdrowotnych zostały sporządzone rzetelnie i umożliwiły pozyskanie środków z UE?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy Minister Zdrowia stworzył odpowiednie warunki organizacyjne dla prawidłowego tworzenia map?
2. Czy proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych opierał się na rzetelnych i zweryfikowanych danych oraz uwzględnił wszystkie istotne ryzyka dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia?
3. Czy środki przeznaczone na ten cel zostały wydatkowane gospodarnie?
4. Czy mapy umożliwiły pozyskanie środków z UE, a uzyskane środki wykorzystano do przebudowy systemu ochrony zdrowia w oparciu o zdiagnozowane potrzeby zdrowotne?

Jednostka kontrolowana

Ministerstwo Zdrowia

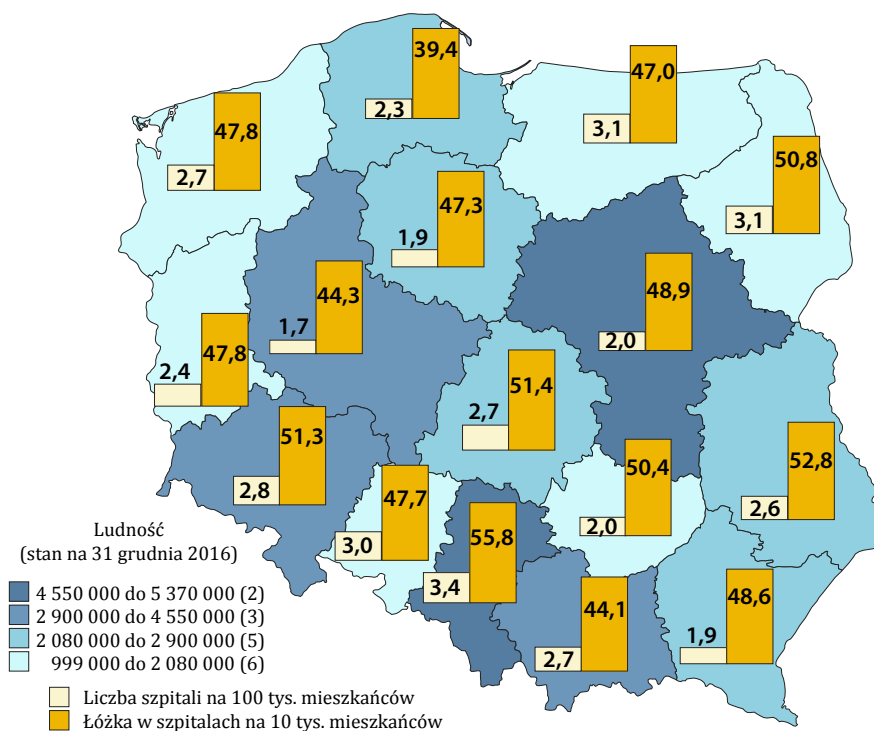
Okres objęty kontrolą 2014–2017

Istotnym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest nierównomierne rozmieszczenie zasobów, w tym kadry medycznej, które nie odpowiada lokalnym potrzebom ludności. Prowadzi to do szeregu negatywnych konsekwencji, w szczególności: do migracji pacjentów w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, narastania zadłużenia podmiotów leczniczych, a w dalszej konsekwencji dekapitalizacji zasobów systemu, ograniczania jakości świadczeń lub dostępu do nich.

W porównaniu z krajami Unii Europejskiej, Polska ma jeden z najwyższych współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców¹. W ciągu ostatnich siedmiu lat, w Polsce przybyło ponad 200 nowych szpitali.

Mapa nr 1

Szpitaly ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw (2016 r.)



Źródło: Raport GUS Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016 r.

W Polsce, na koniec 2016 r. funkcjonowało 957 stacjonarnych szpitali ogólnych² dysponujących 186,6 tys. łóżek oraz 194 szpitale dzienne, oferujące 1,2 tys. miejsc opieki dziennej. Liczba szpitali stacjonarnych, w przeliczeniu na liczbę ludności, wyniosła 2,5 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 48,6 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Na jedno łóżko przypadało przeciętnie 206 mieszkańców.

W 2016 r. w szpitalach hospitalizowanych było 7,8 mln pacjentów (0,4% więcej niż w roku poprzednim).

¹ Na podstawie raportu NIZP-PZH *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (2016 r.); średnia dla UE – 529,4, a dla Polski – 660,1.

² Bez szpitali w zakładach karnych.

W efekcie struktura świadczeń, finansowanych ze środków NFZ, była niekorzystna dla płatnika publicznego z uwagi na duży udział kosztów leczenia szpitalnego (które jest leczeniem najdroższym), wynoszący 49,38% kosztów świadczeń (wzrost z 49,01% w 2015 r. oraz z 47,5% w 2010 r.). Tak wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego, w kosztach świadczeń ogółem, może świadczyć o nadmiernym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji, a tym samym niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Dotychczasowe kontrole NIK wykazały, że świadczeniodawcy podejmowali działania inwestycyjne, np. dokonywali zakupu nowoczesnego sprzętu, prowadzili roboty budowlane, zatrudniali dodatkowy personel medyczny bez rozpoznania potrzeb zdrowotnych, choć w danym regionie działały już inne podmioty lecznicze udzielające tych samych świadczeń³. Przekładało się to na stopień wykorzystania dostępnych zasobów (wykorzystanie łóżek w poszczególnych województwach było zróżnicowane)⁴.

W latach 2010–2016 wielu świadczeniodawców wykazywało wykonanie świadczeń ponad limit określony w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, z kolei inni nie realizowali w pełni kontraktów, co świadczyło o strukturalnym niedopasowaniu podaży świadczeń do potrzeb zdrowotnych ludności. W części województw nie zabezpieczono dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, a dostęp do już zakontraktowanych świadczeń był zróżnicowany⁵. Efektem tego stała się migracja pacjentów do kilku województw z najlepiej rozwiniętą bazą materialną i kadrową systemu.

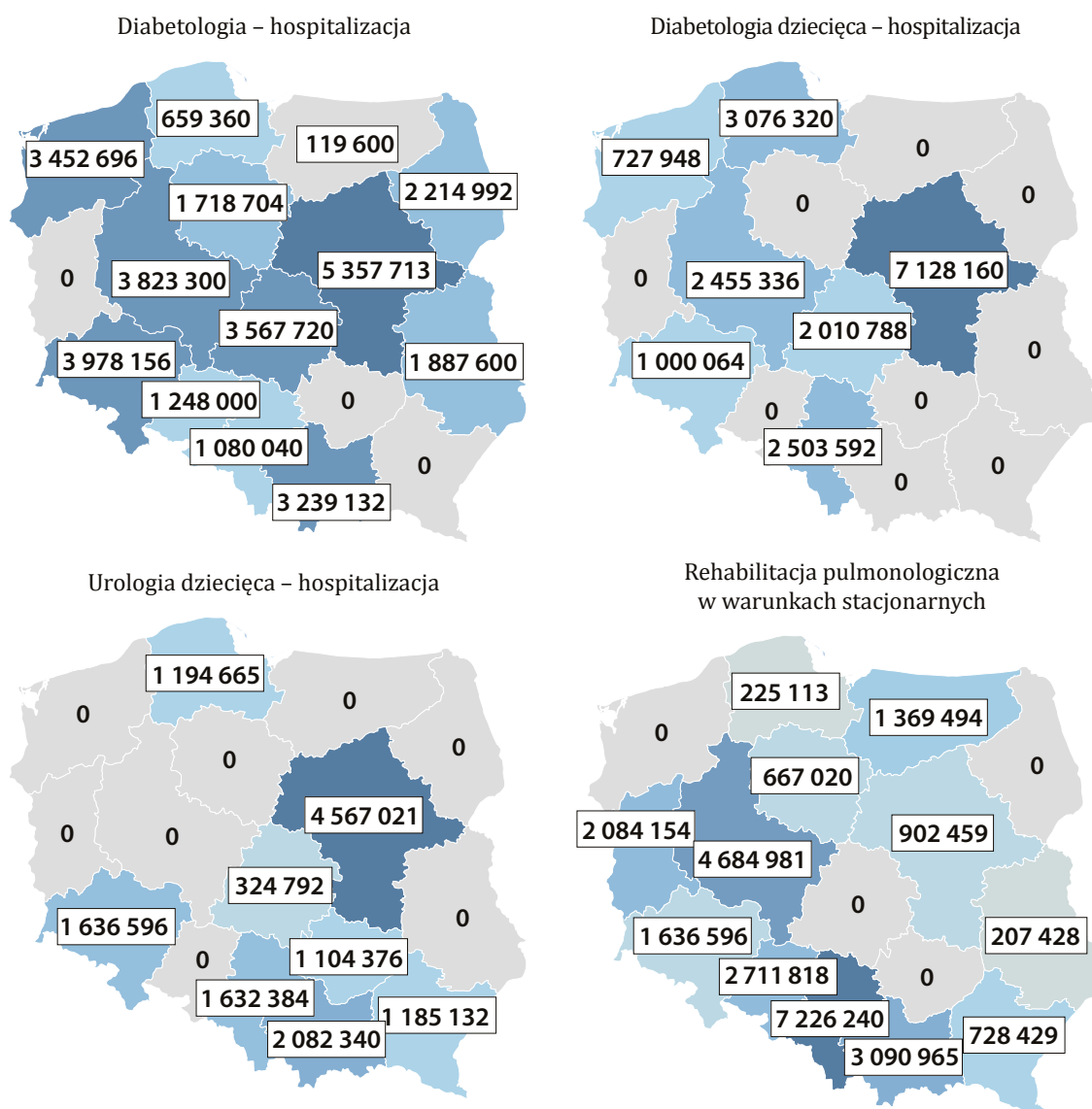
³ Kontrola „Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych” (nr ewid. KZD-4101-03/2012). Kontrola wykazała niski stopień wykorzystania zakupionej aparatury, na co wpływ miało podejmowanie decyzji o przyznaniu dofinansowania bez analizy potrzeb zdrowotnych i oceny dostępności udzielanych świadczeń.

⁴ W kontroli NIK pn. „Wykonanie w 2012 roku planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia”, Nr ewid. 165/2013/P/13/128/KZD, ustalono m.in., że obłożenie łóżek szpitalnych wynosiło średnio 64%.

⁵ Patrz: informacje o wynikach kontroli: „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku” (Nr ewid. 157/2017/P/17/056/KZD), „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.” (Nr ewid. 171/2016/P/16/053/KZD), „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku” (Nr ewid. 192/2015/P/15/059/KZD), „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok” (Nr ewid. 165/2014/P/14/060/KZD).

Mapy nr 2

Obszary, w których nie zapewniono w 2016 r. dostępu do wybranych świadczeń zdrowotnych⁶



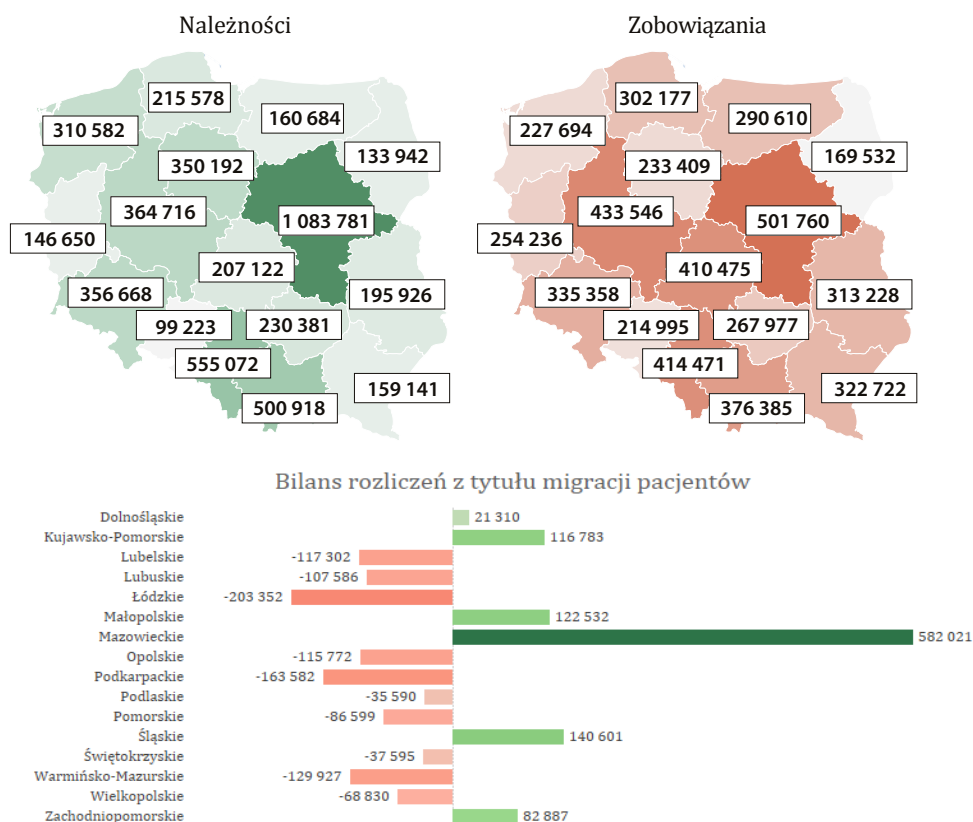
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Odwiercieniem nierównomiernego rozmieszczenia świadczeniodawców były przepływy środków finansowych pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ, największe w przypadku tych regionów, które posiadały najlepiej rozwiniętą bazę materialną systemu.

⁶ Województwa, w których wartość wykonanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych wyniosła zero.

Mapy nr 3

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w poszczególnych OW NFZ pacjentom spoza tych województw (należności) oraz udzielonych pacjentom poszczególnych OW NFZ na terenie innych województw (zobowiązania) w 2016 r. w tys. zł.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Próba racjonalizacji tak funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej w Polsce było wprowadzenie map potrzeb zdrowotnych, jako jednego z narzędzi stymulujących rozwój regionalnej i krajowej infrastruktury, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. W perspektywie finansowej na lata 2007–2013, obszar zdrowia został zasilony środkami europejskimi w wysokości 4,5 mld zł. W nowej perspektywie finansowej, na lata 2014–2020, kwota ta jest prawie trzykrotnie wyższa i wynosi 12 mld zł. Uruchomienie zarezerwowanych środków zostało uzależnione od podjęcia prac nad przebudową systemu zdrowia, w tym m.in. od opracowania map potrzeb zdrowotnych i na ich podstawie dostosowania zasobów systemu do przyszłych, przewidywanych potrzeb.

W państwach europejskich mapy potrzeb zdrowotnych były tworzone, jako istotne narzędzie wspierające procesy decyzyjne w systemie ochrony zdrowia, celem zapewnienia trwałości działań opartych na podstawie obiektywnych analiz i procesu wyjaśniania polityki społecznej w zakresie ochrony zdrowia⁷.

NIK podjęła kontrolę z inicjatywy własnej w odpowiedzi na ryzyko dotyczące pogarszania się dostępu do świadczeń dla pacjentów w niektórych regionach kraju, spowodowane m.in. nierównomiernym rozmieszczeniem zasobów systemu ochrony zdrowia.

⁷ Np. we Francji, Austrii, Czechach, Niemczech.

2. OCENA OGÓLNA

Mapy potrzeb zdrowotnych nie stały się dotychczas istotnym narzędziem umożliwiającym przebudowę systemu ochrony zdrowia i dostosowanie tego systemu do potrzeb zdrowotnych ludności

Dotychczas opublikowane mapy potrzeb zdrowotnych zawierały szereg nierzetelnych danych dotyczących zjawisk epidemiologicznych, a także zasobów systemu ochrony zdrowia. Obniżało to ich przydatność jako narzędzia wspierającego podejmowanie kluczowych decyzji zarządczych w systemie ochrony zdrowia, w tym z zakresu inwestycji. Przyczyną tych nieprawidłowości była nieaktualność i niekompletność danych zawartych w niektórych rejestrach. Ponadto analizy opracowywano na podstawie informacji, niekiedy historycznych, pochodzących z lat 2012–2013.

Pomimo wspomnianych nieprawidłowości, stwarzających ryzyko braku korelacji podejmowanych decyzji z potrzebami zdrowotnymi ludności, wdrożono system oceny wniosków inwestycyjnych – „IOWISZ”. Pozwoliło to na formalne spełnienie wymogów określonych przez UE i pozyskanie przez świadczeniodawców środków na nowe projekty infrastrukturalne.

Minister Zdrowia nie zapewnił optymalnych warunków organizacyjnych służących prawidłowemu tworzeniu map potrzeb zdrowotnych. W szczególności nie zapewniono zakładanego wsparcia ekspertów zewnętrznych. Ich zadania realizowali pracownicy Ministerstwa, którzy w latach 2014–2017 (do 30 czerwca) wypracowali łącznie 6,3 tys. godzin nadliczbowych. Dopuszczono również do wydłużenia o rok budowy *Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych* – narzędzia wspierającego proces tworzenia i aktualizacji map.

Nie stwierdzono niegospodarnych i niecelowych wydatków współfinansowanych z budżetu UE, dokonywanych w związku z opracowywaniem map potrzeb zdrowotnych. Wnioski o płatność skierowane do Instytucji Zarządzającej, zostały zatwierdzone w pełnej wysokości. Wydatki te zostały certyfikowane do Komisji Europejskiej, która ich nie zakwestionowała.

Przebudowie systemu, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi ludności oraz optymalizacji wykorzystania zasobów nie sprzyja fakt, iż tzw. „sieć szpitali” została ustalona na podstawie kryteriów formalnych wskazanych przez Ministra Zdrowia, bez uwzględnienia map potrzeb zdrowotnych i wynikających z nich rekomendacji.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Dane zawarte w rejestrach stanowiących podstawę opracowania map potrzeb zdrowotnych nie były w pełni rzetelne. W przypadku danych zamieszczonych w Krajowym Rejestrze Nowotworów, skutkowało to koniecznością dokonywania szacunków; niska jakość danych w MPZ została potwierdzona również przez ekspertów z zakresu onkologii i kardiologii oraz przez niektórych wojewodów. Z kolei ze względu na niekompletność danych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostkich Zespołów Wieńcowych PL-ACS oraz w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, przy opracowywaniu MPZ w ogóle nie wykorzystano informacji z tych źródeł. [str. 19, 21, 25–26]

Nierzetelność danych wykorzystywanych w procesie opracowania map potrzeb zdrowotnych

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski nie zawierała wartości współczynnika zapadalności zarówno w poszczególnych województwach, jak i w odniesieniu do całego kraju. Z kolei analizowana mapa we wspomnianym zakresie dla województwa pomorskiego nie zawierała danych dotyczących wartości współczynnika zapadalności także w poszczególnych powiatach. Było to niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (§ 2 ust. 1 pkt 8 i § 3 ust 1 pkt 8). [str. 26]

Niekompletność danych i informacji w mapach potrzeb zdrowotnych

Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 95c ustawy o świadczeniach, wojewodowie, na podstawie map potrzeb zdrowotnych, opracowywali priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej. Ze względu na nieaktualność danych zawartych w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych, bądź występujące w nich błędy merytoryczne, część wojewodów wykorzystywała inne zasoby informacyjne⁸. [str. 24–25]

Ograniczony wpływ map na ustalenie przez wojewodów priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej

Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych miały ograniczony wpływ na kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie NFZ⁹. Nie miały również wpływu na określenie podmiotów, które weszły w skład podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. *sieci szpitali*). Została ona bowiem ustalona na podstawie określonych przepisami kryteriów formalnych, a nie przewidywanych przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności. [str. 27–29]

Ograniczony wpływ map na kontraktowanie świadczeń oraz tzw. sieć szpitali

Pomimo nierzetelności części danych zamieszczonych w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych lub braku wymaganych prawem prognoz, co w ocenie NIK negatywnie wpłynęło na proces ustalania przez wojewodów regionalnych priorytetów zdrowotnych, wdrożono system IOWISZ służący ocenie wniosków inwestycyjnych podmiotów leczniczych¹⁰. Ocena celowości inwestycji obejmowała badanie jej zgodności, m.in. z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, mapami potrzeb zdrowotnych, a także priorytetami zdrowotnymi i rozwojowymi na poziomie kraju. Posiadanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji było warunkiem koniecznym w uzyskaniu współfinansowania ze środków europejskich dla projektu inwestycyjnego w zakresie leczenia szpitalnego oraz AOS. [str. 36–37]

System oceny wniosków inwestycyjnych wykorzystywany mimo nierzetelności danych wykorzystywanych w mapach

⁸ Według informacji zasięgniętych u wojewodów na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁹ Według informacji zasięgniętych w Centrali NFZ na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

¹⁰ Minister Zdrowia, na podstawie art. 95h ustawy o świadczeniach, wydał rozporządzenie z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ); Dz. U. z 2016 r. poz. 1539.

Do 30 czerwca 2017 r. w systemie IOWISZ złożono do Ministra Zdrowia 170 wniosków (w tym korekty), które dotyczyły 50 podmiotów publicznych¹¹. Oceniono 108 wniosków na łączną kwotę 4 533 498,8 tys. zł i na tej podstawie wydano 96 pozytywnych decyzji dotyczących inwestycji na łączną kwotę 2 963 364,3 tys. zł, łącznie z rozpatrzonymi odwołaniami.

Wnioski składane były przez podmioty lecznicze także do wojewodów, którzy dokonywali oceny celowości inwestycji. W latach 2016–2017 (do 30 września) złożono 1021 wniosków, w tym: 184 w 2016 r. i 837 w 2017 r. We wspomnianym okresie złożono do Ministra Zdrowia 49 odwołań od negatywnych opinii o celowości inwestycji, które zostały wydane przez wojewodów. W 20 przypadkach Minister wydał pozytywną opinię. [str. 36–37]

Brak monitorowania aktualności map potrzeb zdrowotnych

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie nie monitorował aktualności MPZ i nie przekazywał corocznie do 30 czerwca Ministrowi Zdrowia wyników monitorowania map za rok poprzedni. Obowiązek w tym zakresie wskazano w art. 95a ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Z kolei Minister Zdrowia, w ramach sprawowanego nadzoru, nie występował do NIZP-PZH o udostępnienie wyników monitorowania MPZ. [str. 26–27]

Opóźniona realizacja projektu Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych

W ramach projektu pn. „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”, zakładano opracowanie dedykowanego narzędzia, służącego przeprowadzaniu analiz koniecznych przy opracowaniu map potrzeb zdrowotnych. Na ten projekt zaplanowano środki w wysokości 35 mln zł, w tym 29,5 mln zł (84,3%) z budżetu UE. Projekt pierwotnie miał być wykonany do 31 grudnia 2018 r. Ze względu na długotrwały proces uzyskiwania zabezpieczenia finansowego, jego realizacja rozpoczęła się z sześciomiesięcznym opóźnieniem. W konsekwencji, wymusiło to wydłużenie terminu zakończenia prac o rok. Ministerstwo Zdrowia, w czerwcu 2017 r., samodzielnie, tj. bez zgody Instytucji Zarządzającej (Ministerstwa Rozwoju), wydłużyło o rok (do końca 2019 r.) realizację BASiW¹².

Platforma elektroniczna BASiW, w zakresie infrastruktury technicznej (sprzętowej, sieciowej i programowej), została wykonana odpłatnie (0,5 mln zł) przez podmiot zewnętrzny, chociaż we wniosku o dofinansowanie beneficjent (Ministerstwo Zdrowia) deklarował, że prace nad budową systemu będzie wykonywał samodzielnie, w oparciu o zatrudniony personel, a nie poprzez zlecenie zadania zewnętrznym podmiotom. [str. 30–32]

Ograniczone wsparcie ekspertów zewnętrznych w celu przygotowania map potrzeb zdrowotnych

Ministerstwo Zdrowia nie zapewniło pełnego wsparcia ekspertów zewnętrznych (współpracujących w grupach roboczych przy tworzeniu MPZ) o kwalifikacjach przewidzianych w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego. Skutkowało to realizacją prac przede wszystkim przez pracowników Ministerstwa Zdrowia nieposiadających kwalifikacji, jakie określono dla ekspertów. Ponadto nie zrealizowano zadania polegającego na przeprowadzeniu badania kadr medycznych. [str. 33–35]

¹¹ Niektóre podmioty składały po kilka wniosków, ponadto podmioty przedkładały korekty do wcześniejszych wniosków, które są zliczane przez system w ogólnej ewidencji wniosków – mają nadany nowy numer.

¹² Zgodę na wydłużenie realizacji projektu IZ wyraziła w drodze wyjątku (zmiany *ex post*) – w dniu 20 września 2017 r.

4. UWAGI I WNIOSKI

Formalne spełnienie warunków wymaganych przez UE, polegające na opracowaniu map potrzeb zdrowotnych oraz dokonywanie na ich podstawie inwestycji w systemie ochrony zdrowia, współfinansowanych ze środków UE, nie daje gwarancji przebudowy systemu ochrony zdrowia zgodnie z przewidywanymi potrzebami ludności. MPZ muszą bowiem opierać się na rzetelnych danych, tak aby mogły stanowić podstawę dla planowania finansowania świadczeń. Tymczasem rejestry i systemy teleinformatyczne wykorzystywane w ochronie zdrowia, nie zawierały aktualnych i wiarygodnych danych. NIK zwraca uwagę, że bez poprawy w tym obszarze, mapy potrzeb zdrowotnych będą w ograniczonym zakresie odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby ludności i służyły kreowaniu polityki zdrowotnej państwa.

Uwagi

Za szczególnie istotne zadanie należy również uznać proces aktualizacji map. Na podstawie map, mają być bowiem ustalane priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, a także plany zakupów świadczeń i oceniana zasadność planowanych inwestycji.

Po przeprowadzonej kontroli w Ministerstwie Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli wnosila także o:

Wnioski
do Ministra Zdrowia

1. Podjęcie działań w celu dostosowania treści map potrzeb zdrowotnych do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych.
2. Wyegzekwowanie, w ramach sprawowanego nadzoru nad Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie, monitorowania aktualności map potrzeb zdrowotnych oraz przekazywania Ministrowi Zdrowia uzyskanych wyników.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Podstawy i organizacja procesu opracowania map potrzeb zdrowotnych

5.1.1. Policy paper i decyzje Ministra Zdrowia

Przesłanki opracowania map potrzeb zdrowotnych

Warunkiem uzyskania środków z budżetu UE m.in. na inwestycje w ochronie zdrowia, było opracowanie dokumentu strategicznego, opisującego kierunki interwencji państwa w tym obszarze.

W dniu 10 września 2014 r. Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia przyjęło dokument *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne* (dalej: *Policy paper*). Zawierał on zestawienie celów i kierunków interwencji państwa w strategiach przyjętych przez Radę Ministrów¹³, w obszarze polityki zdrowotnej. *Policy paper* składał się z trzech części¹⁴. Komisja Europejska (dalej: KE) uznała ten dokument, w dniu 29 lipca 2015 r., za realizację zobowiązania w zakresie częściowego spełnienia warunku 9.3, w ramach tzw. warunkowości ex-ante. Wątpliwości KE dotyczyły statusu tego dokumentu, bowiem powinien on zostać przyjęty przez Radę Ministrów, co w ocenie KE, stanowiłoby gwarancję realizacji wszystkich wskazanych w dokumencie działań.

Uznanie spełnienia warunkowości ex-ante, KE uzależniła również od stworzenia systemu mapowania potrzeb zdrowotnych¹⁵. Powinien on tworzyć krajowe i regionalne ramy dla koordynacji mającej na celu zwiększanie dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych oraz stymulacji efektywności w sektorze opieki zdrowotnej, jak również wprowadzać system ich monitorowania i przeglądu. Ramy te powinny wynikać z zapisów zawar-

¹³ Uchwała nr 16 RM z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia *Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności* (M.P. z 2013 r. poz. 121), Uchwała nr 157 RM z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia *Strategii Rozwoju Kraju 2020* (M.P. z 2012 r. poz. 882), Uchwała nr 17 RM z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia *Strategii „Sprawne Państwo 2020”* (M.P. z 2013 r. poz. 136), Uchwała nr 104 RM z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020* (M.P. z 2013 r. poz. 640), Uchwała nr 7 RM z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie *Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020”* (M.P. z 2013 r. poz. 73), Uchwała RM z dnia 13 lipca 2010 r. *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie* (M.P. z 2011 r. Nr 36 poz. 423).

¹⁴ Pierwszą stanowi diagnoza sytuacji zdrowotnej w Polsce, obejmująca analizę demograficzną i epidemiologiczną oraz opis organizacji systemu zdrowotnego, w tym diagnozę zasobów infrastrukturalnych oraz kadrowych w ujęciu krajowym i regionalnym. Druga część ma charakter strategiczno-implementacyjny i uwzględnia cele długoterminowe oraz kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych, w obszarze zdrowia. W trzeciej części przedstawiono ramy realizacji projektowanych działań: systemu koordynacji, monitorowania i ewaluacji wsparcia sektora zdrowia ze środków UE na poziomie centralnym oraz regionalnym wraz z mechanizmami proefektywnościowymi, wskaźniki kontekstowe, wynikające z dokumentów strategicznych i wskaźniki dla celów operacyjnych oraz ramy finansowe. Istotną częścią dokumentu jest załącznik Nr 1, w którym, w postaci graficznej, przedstawiono diagnozę sytuacji w poszczególnych województwach. Elementy tej diagnozy odnoszą się do: stanu zdrowia (umieralność i chorobowość hospitalizowanych wg wybranych rozpoznań i trzech grup wieku), uczestnictwa w programach polityki zdrowotnej (profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi); infrastruktury podmiotów wykonujących świadczenia zdrowotne; wyposażenia w aparaturę wysokospecjalistyczną; kadry (wskaźniki liczby personelu medycznego); wskaźników oczekiwania na wizytę u specjalisty AOS i oczekiwania na przyjęcie do szpitala wg wybranych oddziałów; wydatków NFZ na leczenie mieszkańca województwa w zakresie POZ, AOS i leczenia szpitalnego; liczby orzeczeń pierwszorazowych o niepełnosprawności wydanych przez ZUS.

¹⁵ Spośród 16 warunków dla zdrowia, pięć dotyczyło map potrzeb zdrowotnych.

tych w mapach potrzeb zdrowotnych. Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w Sektorze Zdrowia (dalej: KS), w odniesieniu do map potrzeb zdrowotnych, określił następujące wymagania:

- 1) sporządzenie map potrzeb zdrowotnych dla onkologii i kardiologii przy realizacji projektu *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych (dalej: projekt Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia)*, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego – Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007–2013, gdzie mapy miały być przygotowane w następującym porządku: (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej, uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkową, (4) mapy dostępnych zasobów ludzkich – do dnia 31 grudnia 2015 r.;
- 2) przeszkolenie kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi i przedstawicieli samorządu terytorialnego w korzystaniu z informatycznej implementacji wypracowanych rozwiązań w zakresie map potrzeb dla kardiologii oraz onkologii – do dnia 31 grudnia 2015 r.;
- 3) sporządzenie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w ustawie o świadczeniach, tzw. *map lecznictwa szpitalnego* – krajowych i regionalnych/wojewódzkich (zawierających prognozowaną liczbę pacjentów, wykorzystanie oraz potrzeb w zakresie infrastruktury i zasobów finansowych w lecznictwie szpitalnym) – do kwietnia 2016 r.;
- 4) sporządzenie map potrzeb zdrowotnych dla innych chorób, do dnia 31 grudnia 2016 r., obejmujących wszystkie elementy systemu przy realizacji planowanego projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Mapy winny stanowić uzupełnienie do map utworzonych na podstawie ustawy o świadczeniach i być przygotowane w następującym porządku: (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej, uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkową, (4) mapy dostępnych zasobów ludzkich;
- 5) aktualizowanie i udoskonalanie map potrzeb zdrowotnych, obejmujących onkologię, kardiologię oraz inne obszary, dla których mapy zostaną przygotowane w ramach funkcjonowania całości systemu mapowania potrzeb – jako proces ciągły po 2016 r.

Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia¹⁶ z dnia 30 czerwca 2014 r. o dofinansowaniu projektu *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych*, w ramach współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013, w Departamencie Analiz i Strategii

Publikacja kolejnych map potrzeb zdrowotnych

¹⁶ Nr POKL.02.03.03-00-010/14-00.

Ministerstwa Zdrowia, (dalej: DAiS lub Beneficjent), opracowano krajowe i regionalne/wojewódzkie mapy potrzeb zdrowotnych dla onkologii i kardiologii, obejmujące elementy systemu na poziomie POZ, AOS i leczenia szpitalnego. Mapy te zostały opublikowane 31 grudnia 2015 r. na stronie internetowej¹⁷ Ministerstwa Zdrowia. Krajowa i regionalne mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego zostały opracowane w DAiS i opublikowane w dniu 29 kwietnia 2016 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Natomiast mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób dla każdego z 16 województw oraz jedna ogólnopolska mapa w obszarze leczenia zamkniętego dla 30 grup chorób oraz w zakresie AOS i POZ dla grupy 15 chorób (Moduł A) opracowano w DAiS, w oparciu o decyzję Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. o dofinansowaniu projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych* współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 (dalej: PO WER). W grudniu 2016 r. zostały opublikowane mapy potrzeb zdrowotnych dla:

- 15 grup chorób (Moduł A) w zakresie:
 - leczenia zamkniętego;
 - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS);
 - podstawowej opieki zdrowotnej (POZ);
- 15 grup chorób (Moduł B) w zakresie:
 - leczenia zamkniętego.

W grudniu 2017 r.¹⁸ Moduł B został uzupełniony o AOS i POZ.

Komisja Europejska uznała warunkowość *ex-ante*, w zakresie sektora zdrowia, za spełnioną w całości.

5.1.2. Ustawa statuująca mapy potrzeb zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia i akty prawne istotne dla ich funkcjonowania, wydane na jej podstawie

Sytuowanie MPZ w systemie ochrony zdrowia

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁹, zgodnie z uzasadnieniem do niej, miała na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów w zakresie następujących obszarów: standardu opieki nad pacjentem onkologicznym, zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia. Mając na względzie m.in.: analizy wskazujące na istotne zróżnicowanie w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych w poszczególnych regionach kraju, wynikające m.in. z istniejącej struktury i rozmieszczenia infrastruktury zdrowotnej, zalecenia Komisji Europejskiej w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków *ex ante*, w zakre-

¹⁷ Dostępne pod adresem: <http://www.mpz.mz.gov.pl/>.

¹⁸ Komunikat Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 grudnia 2017 r. opublikowany pod adresem: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/opublikowalismy-kolejne-mapy-potrzeb-zdrowotnych-2/>.

¹⁹ Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.

się możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020 oraz konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w opiece zdrowotnej, wprowadzono do treści ustawy: *Dział IVa Ocena potrzeb zdrowotnych*, obejmujący rozwiązania zawarte w przepisach art. 95a, 95b, 95c²⁰, 95d, 95e²¹. Przewidziane w ustawie rozwiązania wprowadzały konieczność stworzenia regionalnych/wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych, które miały obejmować analizę obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej oraz zdrowotnej społeczności, w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury oraz wskazywać obszary wymagające podjęcia działań ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego. Z kolei opracowanie ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych wymagane ustawą, jak wynika z uzasadnienia do niej, miało na celu m.in. dostarczenie analogicznych informacji, co w przypadku poziomu regionalnego/wojewódzkiego, z tym że w innym zakresie, tj. w dziedzinach specjalistycznych (np. transplantologii), zabezpieczających potrzeby na poziomie kraju. Ponadto, celem opracowania tych map miało być zapewnienie całościowego zobrazowania analizowanych aspektów na poziomie krajowym przez integrację informacji płynących z analiz regionalnych/wojewódzkich, co miało umożliwić identyfikację potencjalnych obszarów, w których wskazane byłoby podjęcie skoordynowanego działania kilku wojewodów lub właściwych organów państwa. Za opracowanie regionalnych/wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych mają być odpowiedzialni wojewodowie, którzy będą je sporządzać raz na pięć lat, przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, w oparciu o projekty przekazane im przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Również zadaniem wojewodów oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny będzie ich coroczna aktualizacja, pozwalająca na bieżące monitorowanie efektów podjętych działań i weryfikację ich zgodności z prognozami i założeniami. Ustawa wprowadziła również obowiązek opracowania przez wojewodów priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, określanych na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych, na okresy na które będą tworzone regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz regionalne mapy potrzeb zdrowotnych miały być uwzględniane przy tworzeniu planów zakupów na następny rok przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Tworzenie map regionalnych i ich publikowanie na stronach Biuletynu Informacji Publicznej przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewodów miało pozwolić na zapewnienie, na danym terenie, bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, zmniejszenie możliwości podejmowania arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenie transparentności systemu inwestowania i procesu zawierania umów ze świadczeniodawcami. Ustawa zobowiązała również ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego zakres treści map potrzeb zdrowotnych, w celu stworze-

²⁰ Weszły w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

²¹ Weszły w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.

nia jednolitego i skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Pierwsze dwie mapy, wraz z przygotowaniem metodologii prognostycznej, miały zostać sporządzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia²². Kolejnym, nowym instrumentem, wprowadzonym przez ww. ustawę, jest instytucja opinii o celowości podejmowania nowych inwestycji oraz tworzenia, na danym obszarze, nowych podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wprowadzając ten instrument zakładano wykreowanie zgodnego z potrzebami zdrowotnymi rozwoju infrastruktury niezbędnej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych i uniknięcie sytuacji, w której wystąpi nadpodaż na lokalnym rynku usług medycznych przez wytworzenie zasobów nieadekwatnie dużych w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców z danego terenu. Projekt nowelizacji ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Minister Zdrowia skierował w dniu 7 kwietnia 2014 r., do uzgodnień międzyresortowych, a termin wnoszenia uwag określił na dzień 23 kwietnia 2014 r. Siedem podmiotów zgłosiło łącznie 73 uwagi do projektu²³. Natomiast w przypadku konsultacji publicznych, Minister Zdrowia, przekazując projekt ustawy²⁴, wskazał termin zgłaszania uwag do dnia 8 maja 2014 r. Łącznie zgłoszono 965 uwag²⁵, przy czym nie uwzględniono około 550²⁶. W podobnym tempie procedowano projekt rozporządzenia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych²⁷, bowiem opracowywany w DAiS, w trzecim kwartale 2014 r., do uzgodnień resortowych został skierowany 28 listopada 2014 r., a do konsultacji publicznych z czternastodniowym terminem zgłaszania uwag. W ramach konsultacji publicznych do projektu rozporządzenia zgłoszono łącznie 192 uwagi²⁸, z których nie uwzględniono 127²⁹. Rozporządzenie Ministra Zdrowia weszło w życie 14 kwietnia 2015 r.

Z kolei ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*³⁰, która weszła w życie 30 sierpnia 2016 r., wprowadziła między innymi istotne zmiany dotyczące oceny celowości inwestycji³¹, zarówno w zakresie procedury, jak i przesłanek uzasadniających wydanie opinii pozytywnej, a przede wszystkim wprowadziła Instrument Oceny Wniosków

²² *Vide*: art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. (Dz. U. poz. 1138) – który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

²³ Minister Zdrowia w ramach uzgodnień do projektu ustawy, zgodnie z rozdzielnikiem, skierował projekt do 139 podmiotów.

²⁴ Zgodnie z rozdzielnikiem, skierował projekt do 120 podmiotów.

²⁵ Według informacji Ministerstwa.

²⁶ Według informacji Ministerstwa.

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458).

²⁸ Według informacji DAiS.

²⁹ Według informacji DAiS.

³⁰ Dz. U. poz. 1355.

³¹ Art.: 95d, 95e, 95f, 95g, 95h, 95i, 95j, 95k.

Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Minister Zdrowia określił termin konsultacji z partnerami społecznymi, w sprawie zmian w ustawie, na okres od 2 czerwca do 9 czerwca 2016 r. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza *Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia*³² został skierowany do uzgodnień międzyresortowych 3 maja 2016 r.³³, a do konsultacji publicznych 31 maja 2016 r. z 10-dniowym terminem na ustosunkowanie się do niego³⁴. Rozporządzenie weszło w życie z dniem 27 września 2016 r.

W trakcie kontroli NIK ustalono, że mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii i kardiologii dla województwa świętokrzyskiego, przed ich opublikowaniem przez Ministerstwo Zdrowia, nie były konsultowane z wojewodą³⁵. Natomiast w zakresie lecznictwa szpitalnego, wojewoda, po analizie dokumentu, zgłosił uwagi techniczne oraz merytoryczne dotyczące następujących dziedzin medycyny: alergologii, chirurgii i urologii dziecięcej, chorób płuc, dermatologii i wenerologii, diabetologii, diagnostyki laboratoryjnej, endokrynologii, epidemiologii, fizjoterapii, gastroenterologii, hematologii i onkologii klinicznej, hipertensjologii, immunologii klinicznej, kardiologii, medycyny paliatywnej, mikrobiologii lekarskiej, neurologii, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, ortopedii, traumatologii narządu ruchu, otorynolaryngologii, pediatrii, radiologii i diagnostyki obrazowej, reumatologii, transfuzjologii klinicznej³⁶.

5.1.3. Organizacja procesu tworzenia map potrzeb zdrowotnych

Ministerstwo Zdrowia, w związku z tworzeniem map potrzeb zdrowotnych, realizowało dwa projekty, które były współfinansowane z budżetu UE: *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych (w latach 2014–2015) oraz Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2015–2019)*. W celu realizacji pierwszego projektu, w Ministerstwie Zdrowia, zatrudniano pracowników w wymiarze 11 etatów w 2014 r., natomiast w 2015 r. zatrudnienie wzrosło o 10 etatów (91%). W przypadku realizacji projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych* zatrudnienie, w 2016 r., wyniosło 36 etatów, a w 2017 r. 35 etatów (do 30 czerwca).

Zatrudnienie

W latach 2014–2017 (do 30 czerwca) pracownicy Departamentu Analiz i Strategii wypracowali łącznie 6282 godziny nadliczbowe, w tym: 919 w 2014 r.; 1139 w 2015 r.; 4158 w 2016 r.; 66 w 2017 r. W ciągu roku na jednego pracownika przypadało od jednej do 333 godzin nadliczbowych.

Praca w godzinach nadliczbowych

³² Dz. U. poz. 1539.

³³ Według informacji DAiS: łącznie 40 podmiotów zgłosiło 173 uwagi, z których 90 nie zostało uwzględnionych.

³⁴ Według informacji DAiS: łącznie zostało zgłoszonych 266 uwag, 174 uwagi zostały nieuwzględnione, a 3 zostały uwzględnione częściowo.

³⁵ Na skutek interwencji wojewody, Minister Zdrowia pismem z dnia 12 czerwca 2017 r., znak: AS.075.13.2017, zobowiązał się do dokonania zmiany w tych mapach w maju 2018 r.

³⁶ Na podstawie informacji uzyskanej w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

W 2016 r. nie rozliczono 3104 godzin nadliczbowych, które zostały wypracowane przez 34 pracowników DAiS, co było niezgodne z art. 97 ust. 6–8 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. *o służbie cywilnej*³⁷ oraz § 15 ust. 3–4 regulaminu pracy Ministerstwa Zdrowia³⁸. Ponadto, w 2016 r., 12 pracowników DAiS przekroczyło limit 150 godzin nadliczbowych, co naruszało art. 151 § 3 Kodeksu pracy³⁹ oraz § 14 ust. 4 regulaminu pracy Ministerstwa Zdrowia. Sytuacja ta uległa istotnej poprawie w 2017 r. – do 30 września liczba nierozliczonych godzin nadliczbowych była niższa o 88% w porównaniu z 2016 r., a żaden z pracowników DAiS nie przekroczył limitu 150 godzin nadliczbowych⁴⁰.

5.2. Prawidłowość sporządzania map potrzeb zdrowotnych

5.2.1. Źródła danych wykorzystywanych podczas opracowywania map potrzeb zdrowotnych

Źródła danych

Do opracowywania map potrzeb zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia wykorzystało dane z następujących źródeł:

- Głównego Urzędu Statystycznego;
- Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie;
- Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- sprawozdań MZ-29 o działalności szpitala ogólnego i MSW-43 z działalności szpitala ogólnego i specjalistycznego, a także MZ-30 podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej;
- bazy świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia;
- danych pochodzących z Krajowego Rejestru Nowotworów⁴¹ oraz Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych;
- Raportu Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej;
- danych przekazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii;
- danych od Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej;

³⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 1889. Na podstawie art. 97 ust. 6 ustawy *o służbie cywilnej*, pracownikowi służby cywilnej za pracę wykonywaną na polecenie przełożonego w godzinach nadliczbowych przysługuje czas wolny w tym samym wymiarze. Ponadto, zgodnie z ust. 7 i 8 art. 97 ustawy *o służbie cywilnej* – urzędnikowi służby cywilnej za pracę w godzinach nadliczbowych wykonywaną w porze nocnej, przysługuje czas wolny w tym samym wymiarze, zaś za pracę w niedzielę, przysługuje dzień wolny od pracy w najbliższym tygodniu, a za pracę w święto przysługuje inny dzień wolny.

³⁸ Załącznik do zarządzenia Nr 5 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2011 r. w sprawie ustalenia regulaminu pracy w Ministerstwie Zdrowia, ze zm.

³⁹ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666, ze zm.).

⁴⁰ Także na podstawie kontroli P/17/001 „Wykonanie budżetu państwa w 2016 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych”. Najwyższa Izba Kontroli odstąpiła od wydania w tym zakresie wniosku pokontrolnego, uznając, że w trakcie realizacji był wniosek nr 6: „organizowanie pracy w komórkach organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia w sposób zapewniający dokonywanie rozliczenia wypracowanych godzin nadliczbowych”.

⁴¹ W Krajowym Rejestrze Nowotworów dokonano weryfikacji z danymi w bazie NFZ. Metodologię danych opracowano, współpracując z ekspertami. Dane w mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii stanowiły połączenie z dwóch źródeł: KRN i NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych;
- sprawozdań ZD-3 z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- danych z list osób objętych opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- informacji udostępnionych przez Naczelną Izbę Lekarską.

Ministerstwo Zdrowia nie dokonywało weryfikacji rzetelności danych, uznając, że za ich jakość odpowiadają podmioty zobowiązane do prowadzenia rejestrów medycznych. Nie wykorzystano danych zamieszczonych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostkich Zespołów Wieńcowych PL-ACS⁴², ze względu na ich niekompletność. Beneficjent nie skorzystał także z informacji w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia na temat wyrobów medycznych, ze względu na „wybrakowanie bazy w znacznym stopniu”⁴³. W przypadku chorób nowotworowych DAiS ujednolicił metodykę analizowanych danych z powodu ich niedoszacowania w Krajowym Rejestrze Nowotworów.

Ograniczoną wiarygodność danych zawartych w rejestrach wykorzystywanych podczas opracowywania map potrzeb zdrowotnych potwierdzają ustalenia innych kontroli NIK⁴⁴.

Podstawowym źródłem danych o zachorowaniach i efektach leczenia nowotworów jest Krajowy Rejestr Nowotworów⁴⁵, a podmiotem prowadzącym rejestr jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie. KRN gromadzi i przetwarza dane statystyczne dostarczane przez wojewódzkie rejestry nowotworów, które gromadzą te dane na podstawie sporządzanych przez lekarzy Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (Karta ZNZ)⁴⁶. Dodatkowym źródłem są dane gromadzone przez GUS na podstawie kart zgonu.

Wiarygodność danych w rejestrach wykorzystywanych przy opracowaniu MPZ

Krajowy Rejestr Nowotworów

⁴² Do opracowania map potrzeb zdrowotnych z zakresu kardiologii.

⁴³ Beneficjent, uzasadniając niekorzystanie z SEZOZ, wyjaśnił, że występowały rozbieżności pomiędzy liczbą mammografów wykazaną w ww. systemie a danymi w sprawozdaniach MZ-29, MZ-30, MSW-43.

⁴⁴ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK, pn. „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”, Nr ewid. 43/2017/P/16/057/KZD.

⁴⁵ Gromadzenie danych przez KRN odbywało się od lat 60., początkowo na podstawie Okólnika Ministerstwa Zdrowia nr 2/51 w sprawie zgłaszania przypadków nowotworów złośliwych (Dz. U. M. Z. z 1951 r. nr 2, poz. 8), następnie Instrukcji Ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej, Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych, Komunikacji oraz Sprawiedliwości z dnia 28 marca 1962 r. w sprawie zgłaszania przypadków nowotworów złośliwych i podejrzanych jako złośliwe. (M.P. z 1962 r. Nr 30 poz. 141), następnie ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. 2016 r. poz. 1068, ze zm.). W obecnym kształcie KRN funkcjonuje na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1497, ze zm.). Od dnia 30 sierpnia 2016 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1362).

⁴⁶ Każdy lekarz, w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego, ma obowiązek wypełnienia Karty ZNZ MZ/N-1a (wzór określony w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 – Dz. U. poz. 837). Dane w postaci papierowej są przekazywane do rejestru nie rzadziej niż raz w miesiącu do 15. dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby, za pośrednictwem 16 wojewódzkich biur rejestracji nowotworów, uprawnionych do gromadzenia i przetwarzania danych o rozpoznaniach i podejrzeniach występowania nowotworów złośliwych na terenie województwa lub sukcesywnie w postaci elektronicznej (ustawa o statystyce publicznej oraz ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

SIMP i SIWDz NFZ Kluczowe znaczenie dla dokonywania ocen skuteczności diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, analiz epidemiologicznych i działań profilaktycznych mają również systemy informatyczne NFZ, w tym System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP), w którym rejestruje się wykonanie świadczenia związanego z profilaktyką w kierunku nowotworów piersi i szyjki macicy.

Brak powiązania KRN, SIMP i SIWDz NFZ Zakres danych zbieranych w każdym z wyżej wskazanych rejestrów i systemów jest odmienny i wynika z odmiennych przesłanek ich utworzenia. Zobowiązane do zgłoszenia wystąpienia nowotworu złośliwego do KRN⁴⁷ były zarówno placówki publiczne, jak również niepubliczne, w przeciwieństwie do systemów NFZ, do których dane przesyłały jedynie te podmioty, które posiadały kontrakt z Funduszem. Każde zgłoszenie zarejestrowane w bazie KRN otrzymuje unikalny numer i podlega analizie.

System SIMP jest narzędziem realizacji przez NFZ zadań związanych z rozliczaniem świadczeń udzielanych w ramach programów profilaktycznych realizowanych ze środków Funduszu (tj. dla pacjentów kwalifikujących się do nich) i nie są w nim rejestrowane świadczenia profilaktyczne udzielane poza programami. Pozostałe systemy informatyczne, w tym System Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDz) służą rejestrowaniu, kontroli i rozliczaniu wszystkich świadczeń zdrowotnych, w tym onkologicznych, udzielonych przez świadczeniodawców na podstawie umowy zawartej z Funduszem⁴⁸. Nie zawierają natomiast informacji o stopniu zaawansowania nowotworu, czy wyniku badania histopatologicznego.

Najwyższa Izba Kontroli wskazywała, że systemy informatyczne NFZ, w tym SIMP, nie zapewniały możliwości uzupełniania KRN danymi uzyskiwanymi w ramach sprawozdawczości przekazywanej przez świadczeniodawców do NFZ lub pozyskiwanej przez Fundusz od innych podmiotów. Z kolei system SIMP nie zawierał m.in. danych o wszystkich badaniach cytologicznych wykonywanych przez kobiety objęte programem profilaktycznym, które mogły być finansowane zarówno w ramach profilaktycznych badań przesiewowych, jak również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Porównanie zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, dokonane przez NIK, zawierających dane o pacjentach z rozpoznaniem pierwszy raz w latach 2010–2011 rakiem piersi, szyjki macicy i jelita grubego, wykazało, że w przypadku raka szyjki macicy jedynie 11,6% pacjentek występuje w obu bazach, raka piersi było to 42,2%, zaś w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego

⁴⁷ Zgłoszenie do KRN powinno nastąpić przy pierwszym rozpoznaniu lub podejrzeniu nowotworu oraz przy każdej wizycie kontrolnej, w czasie której zostały stwierdzone istotne dane mające związek z diagnozą, leczeniem lub postępem choroby. Zakres przekazywanych danych obejmował m.in.: dane identyfikacyjne placówki dokonującej zgłoszenia, dane identyfikacyjne pacjenta, informacje o zgonie, informacje związane z rozpoznaniem klinicznym (kod ICD-10, opis i lokalizację nowotworu, obecność przerzutów, kod zaawansowania choroby według klasyfikacji TNM), informacje związane z rozpoznaniem histopatologicznym (kod histopatologiczny, wynik badania, typ histologiczny), informacje o leczeniu.

⁴⁸ W odniesieniu do świadczeń onkologicznych systemy informatyczne NFZ pozwalają m.in. na pośrednie potwierdzenie wystąpienia nowotworu na podstawie zdarzeń związanych z pacjentem takich, jak np. rozliczanie świadczeń z zakresu radioterapii, chemioterapii.

38,9%⁴⁹. Ponadto KRN nie zawierał również, w przypadku znacznej liczby pacjentów informacji o stopniu zaawansowania choroby – w przypadku raka szyjki macicy, takich pacjentów było 9,5%, w przypadku raka piersi 19,8%, zaś w przypadku raka jelita grubego 21,7%.

Jedną z przyczyn tego stanu, wymienianą także przez uczestników panelu ekspertów w dniu 4 października 2017 r. poświęconego problematyce dostępności i efektem leczenia nowotworów, było nieprzekazywanie przez świadczeniodawców kart ZNZ.

Niekompletność KRN

Najwyższa Izba Kontroli w 2017 r. wskazywała⁵⁰, że wprowadzenie odnotowania poprawę w tym zakresie po wprowadzeniu od 1 stycznia 2015 r., tzw. pakietu onkologicznego, uzależniającego wydanie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego od dokonania zgłoszenia wykrycia nowotworu złośliwego do KRN (w 2015 r., w porównaniu do 2014 r. wpłynęło ich o 255,7% więcej)⁵¹, jednak wątpliwości budziła jakość przesyłanych danych do KRN.

Z dniem 1 lipca 2017 r. ustawodawca wykreślił obowiązek zgłoszenia Karty ZNZ bezpośrednio do KRN przez lekarza, który stwierdził nowotwór złośliwy oraz wpisywania numeru Karty ZNZ do karty DILO⁵², stwierdzając, że nie przyczyniło się do poprawy zgłaszalności i jakości danych zgłaszanych do Krajowego Rejestru Nowotworów⁵³.

Ekspertki z zakresu onkologii zwracali uwagę na pilną potrzebę poprawy jakości danych w KRN⁵⁴. Informacje o wynikach leczenia gromadzone i udostępniane przez KRN są jedynie w podstawowym zakresie (5-letnich przeżyć) na poziomie kraju i poszczególnych województw, a należy dążyć do rozwijania możliwości systemu informatycznego ochrony zdrowia o badanie nowych wskaźników, m.in. dotyczących jakości i efektywności leczenia. Szacowana przez zespół KRN średnia kompletność rejestracji nowych zachorowań wynosi ok. 94 % i utrzymują się istotne różnice

⁴⁹ Informacja NIK o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia” (P/16/054). Analiza zbiorów danych NFZ i KRN z lat 2009–2012, dotyczących raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. Ustalenia NIK potwierdzają również raporty podmiotów trzecich, które wskazują na znaczne, sięgające nawet 50% w niektórych typach nowotworów, rozbieżności pomiędzy bazami danych KRN i NFZ, polegające na wykazywaniu większej liczby zachorowań oraz pacjentów objętych leczeniem przez płatnika, niż wynika to z liczby zgłoszeń do KRN. Patrz Raport Fundacji My Pacjenci pt. „Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce”, Warszawa, listopad 2016 r.

⁵⁰ Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego”, Nr ewid. 43/2017/P/16/057/KZD.

⁵¹ Zgodnie z art. 32a ust. 5 ustawy o świadczeniach, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, dokonuje zgłoszenia Karty ZNZ bezpośrednio do KRN, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, a zgodnie z art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach, lekarz, o którym mowa w ust. 5, wpisuje w karcie DILO numer Karty ZNZ nadawany przez KRN. Z dniem 1 lipca 2017 r. ust. 5–6, 9–15 i 18, zostały uchylone ustawą z dnia 9 marca 2017 r. (Dz. U. poz. 759). Nadano nową treść ust. 16 ustawy. W 2014 r. do rejestru wpłynęło 370,3 tys. kart ZNZ, w 2015 r. 626,1 tys. kart. ZNZ, a do 31 sierpnia 2016 r. 368,7 tys. kart ZNZ.

⁵² Uchylenie art. 32a ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach z dniem 1 lipca 2017 r., ustawą z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 759).

⁵³ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych druk nr 1098 pod adresem: <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1098>.

⁵⁴ „Strategia walki z rakiem”.

regionalne pomiędzy poszczególnymi województwami. Na znacznie niższym poziomie zgłaszane są dane dotyczące stopnia zaawansowania nowotworów w momencie rozpoznania (60%–80% w zależności od lokalizacji). Natomiast zdaniem autorów Map potrzeb zdrowotnych, kompletność danych KRN jest faktycznie znacznie niższa i wynosi średnio 72%. Dodatkowo połączenie sprawozdawczości KRN z tzw. kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) spowodowało obniżenie jakości danych KRN, ponieważ karta zgłoszenia nowotworu nie była wypełniana u części chorych leczonych poza „pakietem onkologicznym”. Od 2013 r. KRN umożliwia lekarzom elektroniczne zgłaszanie nowotworu złośliwego, a także późniejszą edycję i uzupełnienie karty o dodatkowe informacje w trakcie leczenia, ale z tej formy korzysta obecnie jedynie około 25% lekarzy⁵⁵.

5.2.2. Rzetelność sporządzania map potrzeb zdrowotnych

Liczba i rodzaje map potrzeb zdrowotnych

Ministerstwo Zdrowia opracowało 532 MPZ. Każda z map została przygotowana w ujęciu ogólnopolskim oraz regionalnym (wojewódzkim), w tym w zakresie kardiologii (17), onkologii (17), lecznictwa szpitalnego (17) oraz dla 30 grup wybranych chorób (481)⁵⁶.

Wszystkie mapy składały się z trzech części: analizy demograficznej i epidemiologicznej; analizy stanu i wykorzystania zasobów; prognoz potrzeb zdrowotnych.

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej

Jednym z zadań Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych (dalej: Rada) jest ustalanie w porozumieniu z wojewodą, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, jak również ich aktualizacja⁵⁷. W skład Rady wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego, w tym przedstawiciele: wojewody, marszałka, dyrektora OW NFZ, NIZP-PZH, wojewódzkiego urzędu statystycznego, szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych, mających siedzibę na terenie województwa; konwentu powiatów województwa; reprezentatywnych organizacji pracodawców⁵⁸.

⁵⁵ „Strategia walki z rakiem”.

⁵⁶ Mapy opracowano dla dwóch modułów obejmujących następujące grupy chorób Moduł A: 1. choroby układu kostno-mięśniowego; 2. choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego); 3. choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego); 4. choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego; 5. choroby układu oddechowego (przewlekłe); 6. choroby układu oddechowego (ostre); 7. choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego; 8. choroby dziecięce; 9. zaburzenia psychiczne; 10. ciąża, poród i połóg oraz opieka nad noworodkiem; 11. cukrzyca; 12. nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego; 13. choroby krwi i układu odpornościowego; 14. nowotwory niezłośliwe; 15. wrodzone wady rozwojowe. Moduł B: 1. choroby metaboliczne; 2. choroby oka i okolic; 3. choroby skóry; 4. choroby układu płciowego mężczyzn (nienowotworowe); 5. choroby układu moczowo-płciowego (kobiet); 6. choroby nerek i dróg moczowych; 7. choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych); 8. choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych); 9. choroby dolnego odcinka układu pokarmowego (bez nowotworów złośliwych i niezłośliwych); 10. choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani; 11. choroby zakaźne – Wirusowe zapalenie wątroby; 12. choroby zakaźne – HIV; 13. choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW); 14. choroby jamy ustnej i stomatologia; 15. urazy, zatrucia, objawy i inne określone skutki działań zewnętrznych.

⁵⁷ Na podstawie art. 95c ustawy o świadczeniach.

⁵⁸ Stosownie do art. 95b ust. 1 ustawy o świadczeniach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Minister Zdrowia, w dniu 17 maja 2016 r., przekazał wojewodom *Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – Ocena potrzeb zdrowotnych w praktyce*, które stanowiły materiał pomocniczy (metodologia prac, schemat dokumentu) przy opracowaniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej⁵⁹. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej zostały opracowane przez wojewodów w 2016 r. na okres trzech lat, a ich liczba była zróżnicowana w zależności od województw i wynosiła od sześciu w podkarpackim i ośmiu w świętokrzyskim do 54 w zachodniopomorskim i 61 w podlaskim.

Wojewodowie, opracowując priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie, tak by były jak najbardziej zbliżone do aktualnego i rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, wykorzystywali również inne źródła informacji niż MPZ, tj. sprawozdania MZ-29 o działalności szpitala ogólnego z ich regionu, coroczne sprawozdania konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, a także opracowania regionalne.

Przykłady

Wojewoda Małopolski, dzięki wykorzystaniu danych z różnych źródeł, opracował raport o stanie zasobów ochrony zdrowia w Małopolsce oraz sprawozdanie z realizacji programów wojewódzkich pn. „*Lecznictwo w Małopolsce*” (dane w nim zawarte są na dzień 31 grudnia 2016 r.). Uaktualnione priorytety przyjęte dla województwa małopolskiego obejmowały okres od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r.

Wojewoda Pomorski m.in. zwracał uwagę, że MPZ w zakresie prognozy stanowi „najbardziej dyskusyjną część opracowania, wynikającą z różnic między danymi i prognozą demograficzną”. Na wstępie przyjęto błędne założenie w oderwaniu od zakresu kontraktów w ramach umów w rodzaju leczenia szpitalne (oddziały szpitalne). Ponadto utrzymujący się w województwie pomorskim przyrost naturalny nie pozwala na przyjęcie scenariusza bazowego, polegającego na ograniczaniu łóżek położniczo-ginekologicznych, pediatrycznych ogólnych czy specjalistycznych (np. chirurgia dziecięca). Wskazał także, że opracowane MPZ nie uwzględniają opieki psychiatrycznej i świadczeń kontraktowanych odrębnie.

Wojewoda Świętokrzyski podkreślił m.in., że z uwagi na obszerność MPZ lecznictwa szpitalnego, oparta głównie o dane statystyczne, niewiele wniosła przy diagnozowaniu rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w województwie i planowaniu inwestycji.

Niektóre z map potrzeb zdrowotnych liczyły ponad tysiąc stron, np. *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa pomorskiego* (1287).

Zdaniem NIK, wydane przez Ministra Zdrowia rozporządzenie w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, zawiera szeroki zakres enumeratywnie wymienionych danych, jednakowy dla wszystkich rodzajów MPZ. Ujmowanie wszystkich wymaganych rozporządzeniem danych i informacji w każdej z map może budzić wątpliwości w zakresie ich przydatności.

Rozporządzenie w sprawie zakresu treści MPZ

⁵⁹ Na podstawie art. 95c ustawy o świadczeniach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski nie zawierała odniesienia do wartości współczynnika zapadalności w poszczególnych województwach i w kraju (§ 3 ust. 1 pkt 8). Analizowana, w trakcie kontroli, mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa pomorskiego nie zawierała danych dotyczących wartości współczynnika zapadalności zarówno w poszczególnych powiatach, jak i w całym województwie (§ 2 ust. 1 pkt 8).

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia stwierdził m.in., że współczynnik zapadalności nie wchodzi w zakres świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego.

Ekspertyzy
dotyczące wykorzystania
map potrzeb
zdrowotnych z zakresu
onkologii i kardiologii

Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, w czerwcu 2016 r., została przygotowana ekspertyza *Wykorzystanie regionalnych map potrzeb zdrowotnych z zakresu onkologii przy planowaniu rozwoju systemu ochrony zdrowia w województwie*⁶⁰. Ekspert zalecał, w kolejnych wersjach MPZ z zakresu onkologii, uzupełnienie danych dotyczących badań przesiewowych w kierunku najczęściej wykrywanych nowotworów: piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego, a także uzupełnienie informacji z zakresu kadr. Ekspert wskazał, iż w procesie planowania rozwoju infrastruktury, powinno się uwzględnić potrzeby pełnego zakresu diagnostyki onkologicznej, realizowanej w ramach następujących badań: tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego, medycyna nuklearna oraz diagnostyka molekularna. Niezbędna jest przede wszystkim weryfikacja informacji dotyczących liczby łóżek, sprzętu medycznego oraz specjalistów.

Druga ekspertyza *Wykorzystanie regionalnych map potrzeb zdrowotnych z zakresu kardiologii przy planowaniu rozwoju systemu ochrony zdrowia w województwie*, przygotowana również na zlecenie Ministerstwa Zdrowia we wrześniu 2016 r., zalecała w mapach potrzeb zdrowotnych rozszerzenie informacji o dostęp do ośrodków prowadzących rehabilitację kardiologiczną. Zdaniem eksperta, w kolejnej edycji map, należy uzupełnić dane dotyczące czasu oczekiwania na wizytę u kardiologa oraz na badania diagnostyczne i procedury zabiegowe, a także wybrane wskaźniki efektywności opieki kardiologicznej.

Identyfikacja potrzeb
zdrowotnych oraz
zasobów kadrowych
i sprzętowych
w województwie

Przyjmując definicję potrzeb zdrowotnych, wynikającą z art. 5 ust. 29 ustawy o świadczeniach, która określa je jako liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców, należy stwierdzić, że opublikowane dotychczas MPZ nie umożliwiły kompletnej identyfikacji potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. W wielu przypadkach mapy nie rekomendują określonej liczby i rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być osiągnięte w czasie obowiązywania poszczególnych map. Należy pokreślić, że poszczególne mapy obejmują szczegółową analizę stanu i wykorzystania zasobów będących w posiadaniu regionalnego systemu ochrony zdrowia⁶¹.

⁶⁰ Ekspertyza przygotowana w ramach projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, współfinansowanego przez UE.

⁶¹ Według informacji uzyskanych od 10 wojewodów i 10 marszałków województw w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, nadzorowany przez Ministra Zdrowia, na podstawie art. 95a ust. 10 ustawy o świadczeniach, był zobowiązany do monitorowania aktualności map potrzeb zdrowotnych i przekazywania Ministrowi Zdrowia corocznie, do 30 czerwca, wyników monitorowania map za rok poprzedni. Prawo w ww. zakresie nie było przestrzegane. Dyrektor NIZP-PZH wyjaśnił m.in., że (...) zapisy ustawy w tym zakresie są nieprecyzyjne i nie uwzględniają realiów. Ustawodawca nie uwzględnił, że dostęp do danych pozwalających na dokonanie ogólnej oceny aktualności map jest możliwy w terminie późniejszym niż zapis ustawowy”. (...) W chwili obecnej NIZP-PZH dysponuje (zgodnie z procedurą i harmonogramem prac GUS) danymi o umieralności według przyczyn zgonu z 2015 r. oraz od trzech tygodni⁶² danymi z roku 2016, ale bez przyczyny zgonu. (...) Tym niemniej aktualnie prowadzimy wstępną ocenę aktualności istniejących Map Potrzeb Zdrowotnych analizując zmiany umieralności wg przyczyn w poszczególnych województwach w roku 2015 w stosunku do poprzedzającego okresu oraz umieralności ogółem (bez przyczyn) w latach 2015 i 2016.

Monitorowanie aktualności MPZ

Minister Zdrowia, w ramach sprawowanego nadzoru, nie wystąpił do NIZP-PZH o udostępnienie wyników monitorowania map potrzeb zdrowotnych.

5.2.3. Wpływ przyjętych map potrzeb zdrowotnych na proces zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz przyjęte na ich podstawie regionalne priorytety zdrowotne, miały dotychczas ograniczony wpływ na proces kontraktowania świadczeń przez narodowy Fundusz Zdrowia. Wynikało to m.in. z terminów publikacji kolejnych map, tj. często po dacie zatwierdzenia planu finansowego Funduszu i rozpoczęciu procesu kontraktowania świadczeń, a także z uwagi na przepisy pozwalające na przedłużanie terminu obowiązywania dotychczasowych umów zawartych przez Fundusz z podmiotami leczniczymi.

Kontraktowanie świadczeń przez NFZ

Zgodnie z art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniając regionalną MPZ oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Plany zakupu świadczeń sporządzane są w danym roku, na rok następny, po ustaleniu planu finansowego Funduszu, który zgodnie z art. 121 ust. 4 ww. ustawy minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, zatwierdza w terminie do dnia 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Przy czym należy mieć na uwadze, że zgodnie z art. 19 ust. 3 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach, do dnia ogłoszenia pierwszych regionalnych MPZ, zgodnie z art. 95a ust. 9 ustawy, o której mowa w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą oraz ustaleniami priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy o której mowa w art. 1

⁶² Wyjaśnienie Dyrektora NIZP-PZH z dnia 6 października 2017 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą na następny rok, uwzględniając stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

Na mocy art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r. Z kolei w art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁶³, przewidziano możliwość dalszego przedłużenia umów na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 r. Przedmiotowa zmiana objęła wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach. Zastępca dyrektora DAiS wyjaśnił, że obowiązek uwzględnienia MPZ spoczywa na dyrektorach oddziałów wojewódzkich NFZ dopiero w odniesieniu do planów zakupu świadczeń na rok następny od momentu publikacji pierwszych regionalnych MPZ.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ⁶⁴, dokonując kontraktowania świadczeń i planu zakupów świadczeń na 2017 r., wskazywali, że obowiązujące umowy są umowami wieloletnimi, wobec czego, tworząc plan zakupu na 2017 r., nie zawsze kierowano się wskazaniem zawartymi w MPZ. Miały miejsce przypadki, kiedy OW NFZ podpisując umowy na 2017 r., zwiększał wartość kontraktów lub liczbę podmiotów, pomimo że MPZ przewidywały redukcję liczby łóżek. Dotyczyło to m.in. Świętokrzyskiego OW NFZ – z uwagi na uruchomienie nowych oddziałów – m.in. szpitalnego oddziału ratunkowego w Kielcach ze względu na konieczność odciążenia oddziału obsługującego miasto i obszar powiatu. Podobnie w województwie podkarpackim zwiększono wartość kontraktów w zakresach, w których w MPZ przewidywały zmniejszenie liczby łóżek, z uwagi na zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej. Dotyczyło to neonatologii, gdzie dla województwa przewidywano zmniejszenie liczby łóżek, lecz liczba urodzeń w 2017 r. wskazuje na konieczność finansowania większej liczby świadczeń niż w 2015, czy 2016 r.; podobnie w przypadku okulistyki, gdzie przewidywano zmniejszenie liczby łóżek przy równocześnie występujących kolejkach oczekujących na operacyjne leczenie zaćmy.

Zastępca dyrektora DAiS wyjaśnił m.in., że (...) *Minister Zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru nie posiada kompetencji do bezpośredniego zbadania sposobu uwzględniania MPZ w planach zakupów świadczeń*. Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wyjaśnił,

⁶³ Dz. U. poz. 2198 (wygaśnięcie z dniem 30 czerwca 2017 r.).

⁶⁴ Informacje uzyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

że kwalifikacja do tzw. *sieci szpitali*⁶⁵ odbywała się przy uwzględnieniu kryteriów wskazanych w ustawie o świadczeniach oraz kwalifikacji dookreślonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁶.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż *sieć szpitali* została ustalona na podstawie kryteriów formalnych ustalonych przez Ministra Zdrowia, bez uwzględnienia map potrzeb zdrowotnych i wynikających z nich rekomendacji.

5.3. Gospodarowanie środkami finansowymi na opracowanie i przygotowanie do wdrożenia map potrzeb zdrowotnych

5.3.1. Realizacja projektu szkoleniowego wspierającego tworzenie map potrzeb zdrowotnych

Ministerstwo Zdrowia realizowało projekt *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych*. W jego ramach przeprowadzono m.in.: szkolenia dla kadry zarządzającej szpitali i dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia, badania ankietowe na temat zapadalności na choroby oraz warsztaty z zakresu opracowania modelu prognostycznego, przygotowanego w oparciu o wybraną grupę ekspercką.

Projekt szkoleniowy

Na realizację projektu zaplanowano kwotę 4929,0 tys. zł, w tym 739,4 tys. zł z budżetu państwa. Projekt realizowano od 1 lutego 2014 r. do 18 grudnia 2015 r.

Ostateczne wydatki poniesione w projekcie wyniosły 3535,3, tys. zł (tj. 87,4% wartości umowy) i zostały certyfikowane do Komisji Europejskiej, która ich nie zakwestionowała.

5.3.2. Proces tworzenia Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych

Projekt *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych* jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. W ramach projektu zostało wyznaczonych

Projekt Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych

⁶⁵ Dział IVb „System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” – art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dodany przez art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. (Dz. U. poz. 844) zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dniem 4 maja 2017 r. oraz wydane na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163).

⁶⁶ Dz. U. poz. 1163.

11 zadań⁶⁷, a jego realizacja powinna przyczynić się do poprawy jakości i organizacji systemu ochrony zdrowia poprzez stworzenie map potrzeb zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób oraz opracowanie bazy analiz systemowych i wdrożeniowych w tym zakresie. Na realizację projektu, od 1 czerwca 2015 r. do 31 grudnia 2019 r.⁶⁸, zaplanowano środki w wysokości 35 mln zł, z tego 29,5 mln zł (84,3% wydatków) stanowią środki z budżetu UE, zaś 5,5 mln zł (15,7% wydatków) pochodzi z budżetu krajowego.

Do 30 czerwca 2017 r., na BASiW poniesiono wydatki w wysokości 9,4 mln zł, tj. 26,9% przyznanych środków finansowych, w tym z tytułu realizacji następujących zadań⁶⁹:

- 340,2 tys. zł – ocena planów inwestycyjnych w zakresie onkologii i kardiologii;
- 1641,6 tys. zł – opracowanie ekspertyz w zakresie wskaźników obowiązujących w innych krajach dla 30 grup chorób;
- 82,2 tys. zł – organizacja procesu konsultacji z zagranicznym środowiskiem akademickim i eksperckim wskaźników używanych w modelach prognostycznych;
- 292,0 tys. zł – opracowanie aktualnej i prognozowanej sytuacji demograficzno-epidemiologicznej kraju oraz w 16 województwach;
- 6237,3 tys. zł – opracowanie wkładu merytorycznego dla 30 eksperckich modeli deskryptywnych i MPZ;
- 346,6 tys. zł – opracowanie elektronicznego systemu analiz oraz rozbudowa platformy e-learningowej dla użytkowników.

W wyniku rozstrzygniętego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, w dniu 8 marca 2017 r. została zawarta umowa nr ZZP-218/16 pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a MyNetwork Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, której przedmiotem było opracowanie koncepcji rozbudowy platformy e-learningowej (BASiW) oraz rozbudowa funkcjonalności tej platformy. Wartość umowy wyniosła 471,4 tys. zł, w tym 104,6 tys. zł za wykonanie do 31 maja 2017 r. części I umowy (opracowanie koncep-

⁶⁷ Wykonywanych przez Beneficjenta – Departament Analiz i Strategii: 1. Ocena planów inwestycyjnych w zakresie onkologii i kardiologii; 2. Opracowanie ekspertyz w zakresie wskaźników obowiązujących w innych krajach dla 30 grup chorób; 3. Organizacja procesu konsultacji z zagranicznym środowiskiem akademickim i eksperckim wskaźników używanych w modelach prognostycznych; 4. Opracowanie aktualnej i prognozowanej sytuacji demograficzno-epidemiologicznej kraju oraz w 16 województwach; 5. Opracowanie wkładu merytorycznego dla 30 eksperckich modeli deskryptywnych i MPZ; 6. Opracowanie elektronicznego systemu analiz oraz rozbudowa platformy e-learningowej dla użytkowników; 7. Badanie potrzeb zdrowotnych w zakresie POZ komplementarne wobec danych zobrazowanych w systemie sprawozdawczym; 8. Upowszechnianie map potrzeb zdrowotnych; 9. Opracowanie wkładu merytorycznego do modelu popytowego oraz podażowego dot. kadr medycznych (lekarze); 10. Model wielochorobowości.; 11. Opracowanie wkładu merytorycznego w zakresie modelu sprzętu medycznego. Według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. zadanie nr 1 zostało zakończone; zadania nr 2–6, były w trakcie realizacji; rozpoczęcie zadań nr 7–11 zaplanowano jeszcze w 2017 r.

⁶⁸ Pierwotnie projekt miał być wykonany do 31 grudnia 2018 r. Beneficjent wniosł o wydłużenie realizacji projektu do I półrocza 2020 r., uzasadniając to dodaniem nowych podzadań w ramach już przewidzianych oraz wprowadzenie trzech nowych zadań. IP wyraziła zgodę na wydłużenie projektu tylko do końca 2019 r.

⁶⁹ Koszty pośrednie na realizację projektu do 30 czerwca 2017 r. wyniosły 470,9 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

cji rozbudowy platformy e-learningowej) oraz 366,8 tys. zł za wykonanie do 31 lipca 2017 r. części II umowy (rozbudowa funkcjonalności platformy e-learningowej⁷⁰).

W trakcie kontroli platforma elektroniczna BASiW dostępna była tylko dla celów testowych⁷¹; w założeniach wskazanych we wniosku o dofinansowanie powinna zawierać m.in. wyniki wielomiarowych analiz epidemiologicznych, systemowych oraz ilościowych, a dzięki opracowanym narzędziom wizualizacji danych, ma pozwolić interesariuszom SOZ na szybkie i łatwe tworzenie aktualnych zestawień, wykresów, tabel i map wspomagających decyzje zarządcze.

Platforma elektroniczna BASiW, w zakresie infrastruktury technicznej (sprzętowej, sieciowej i programowej), została wykonana przez podmiot zewnętrzny, chociaż we wniosku o dofinansowanie: (...) *Beneficjent przewidział, że prace nad budową systemu wykonywał będzie samodzielnie (rozwój platformy, której powstanie finansowane jest z realizowanego projektu w ramach POKL) w oparciu o zatrudniony na etat personel, a nie poprzez wydzielenie działania zewnętrznym podmiotom.* Dyrektor DAiS wyjaśniła, że zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu, po zakończeniu tworzenia rozbudowy funkcjonalności platformy przez podmiot zewnętrzny zespół będzie stopniowo zamieszczał dane z kolejnych MPZ i ich aktualizacji oraz inne dokumenty przygotowane w ramach projektu publikacje, raporty, co oznacza, zdaniem Dyrektora DAiS, że zadanie realizowane jest zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela tych wyjaśnień i uznaje, że dokonano w tym zakresie odstępstwa od założeń przyjętych we wniosku o dofinansowanie.

Projekt był przedmiotem dwóch kontroli u Beneficjenta, które zostały przeprowadzone przez Instytucję Pośredniczącą – Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia:

- w 2016 r., w wyniku kontroli, wydano 25 zaleceń pokontrolnych, w tym m.in. dotyczących: zaktualizowania wniosku o dofinansowanie poprzez wskazanie w harmonogramie realizacji projektu terminów rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych etapów realizowanych zadań; realizacji projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie; przestrzegania zapisów ustawy pzp⁷² w zakresie zachowania należytej staranności na etapie szacowania wartości zamówienia; zatrudniania personelu projektowego zgodnie z wymogami określonymi we wniosku o dofinansowanie;

⁷⁰ W ramach części II Wykonawca był zobowiązany do realizacji 11 zadań, w tym m.in.: integracji BASiW z istniejącą platformą e-learningową, wypełnienia Platformy treściami dostarczonymi przez Zamawiającego, zamieszczenia Platformy na serwerze Zamawiającego, udzielenia rocznej opieki technicznej i pięcioletniej gwarancji na działanie Platformy.

⁷¹ Stan faktyczny na podstawie oględzin przeprowadzonych w dniu 12 września 2017 r. w obecności dwóch pracowników Departamentu Analiz i Strategii.

⁷² Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przestrzegania *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków*⁷³ w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020 przy ustalaniu wysokości dodatku zadaniowego w projekcie. W dniu 29 grudnia 2016 r. Instytucja Pośrednicząca zaakceptowała wszystkie zalecenia pokontrolne jako wdrożone.

- w 2017 r. (do 30 czerwca) – nie wydano wniosków pokontrolnych.

Realizacja projektu rozpoczęła się z sześciomiesięcznym opóźnieniem, bowiem dopiero 22 września 2015 r. Minister Zdrowia wydał decyzję o jego dofinansowaniu, zaś Departament Analiz i Strategii uzyskał decyzję o zapewnieniu jego finansowania po trzech kolejnych miesiącach, tj. 22 grudnia 2015 r.⁷⁴ W konsekwencji, w 2015 r. nie zostały poniesione żadne wydatki z tego tytułu, a jego realizacja rozpoczęła się w styczniu 2016 r. Opóźnienia te miały m.in. wpływ na harmonogram realizacji Projektu, który pierwotnie miał zakończyć się z upływem 2018 r., ale ze względu na trudności, dodane podzadania oraz trzy nowe zadania, został wydłużony do końca 2019 r. Beneficjent wyjaśnił we wniosku sprawozdawczym za okres 1 czerwca 2015 r. – 31 grudnia 2015 r., że napotkał na problemy związane z realizacją Projektu, tj. długotrwały proces uzyskania zabezpieczenia finansowego, stanowiącego podstawę do przeprowadzenia postępowań przetargowych na zadania wieloletnie oraz rozpoczynające się w 2016 r.

W dniu 26 czerwca 2017 r. Instytucja Pośrednicząca (DFEiZ) wyraziła zgodę na wydłużenie tworzenia BASiW o rok, tj. do końca 2019 r., nie posiadając stosownej akceptacji Instytucji Zarządzającej (Ministerstwa Rozwoju), co jest niezgodne ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020⁷⁵, który określa, że zmiany założeń zawartych w Rocznym Planie Działania (...) wymagają zgody IZ PO WER (...) – zmiana okresu realizacji (wydłużenie) projektu o więcej niż 6 miesięcy w stosunku do okresu zaplanowanego w Rocznym Planie Działania⁷⁶.

⁷³ Instytucja Pośrednicząca w 2016 r. zakwestionowała wydatki na łączną kwotę 31,2 tys. zł, w tym 19,6 tys. zł z tytułu przekroczenia limitu czterech dodatków zadaniowych do 40% wynagrodzenia brutto oraz 11,6 tys. zł w związku z nieprawidłowościami przy przeprowadzeniu pięciu postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (Beneficjent odwołał się od decyzji).

⁷⁴ Na podstawie kontroli P/16/001 *Wykonanie budżetu państwa w 2015 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2015 r.*, przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia (wystąpienie pokontrolne, s. 24).

⁷⁵ Wersja nr 7 obowiązująca od 8 marca 2017 r. do 25 lipca 2017 r., pkt I Ogólny opis PO oraz głównych warunków realizacji „Ogólne informacje na temat realizacji projektów w PO WER”, pkt 2. Dokument dostępny pod adresem: <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-programu-operacyjnego-wiedza-edukacja-rozwoj-2014-2020/>

⁷⁶ Zgoda na wydłużenie Projektu, na wniosek IP, została wydana przez IZ w trakcie kontroli, w dniu 20 września 2017 r., w drodze wyjątku (zmiany ex post).

5.3.3. Wybór ekspertów do realizacji map potrzeb zdrowotnych

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Minister Zdrowia był odpowiedzialny za przygotowanie map potrzeb zdrowotnych na dwa następujące po wejściu w życie ustawy okresy (30 czerwca 2016 r. – 31 grudnia 2018 r. oraz 1 stycznia 2019 r. – 31 grudnia 2021 r.). Wykonawcami map byli pracownicy Ministerstwa zatrudnieni w projektach w DAiS, realizujący zadania w ramach powierzonych im obowiązków.

W ich przygotowywaniu współpracowano również z ekspertami zewnętrznymi, którzy w ramach obu projektów zostali, w większości, wybrani w drodze przetargu nieograniczonego, realizowanego przez Zakład Zamówień Publicznych; pozostali stanowili grono konsultantów krajowych/wojewódzkich lub osób wskazanych przez nich do współpracy. W celu zapewnienia sprawności prac nad mapami, powołano 30 tzw. *grup roboczych*. Do każdej z nich przypisano ekspertów według przyjętego schematu, tj. ekspertów głównych, pomocniczych, jak również z zakresu epidemiologii i zdrowia publicznego działających w ramach grup roboczych; ekspertów do opracowania szczegółowego wzorca map, w tym z zakresu zdrowia publicznego, rekrutacji, analiz podmiotów leczniczych, ekonomii; jak również ekspertów na potrzeby przygotowania raportów demograficznych i epidemiologicznych.

W celu wyboru ekspertów zewnętrznych wyłanianych w trybie przetargu, przeprowadzono 123 postępowania przetargowe. Wymogi stawiane ekspertom zostały określone przez zespół projektu, w szczególności Lidera merytorycznego ds. zasobów ludzkich, posiadającego doświadczenie wynikające z pracy w Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia. Były one również konsultowane przez kierownictwo Projektu z wybranymi konsultantami krajowymi w odpowiednich dziedzinach. Przy ustalaniu kryteriów służących do wyboru ekspertów uwzględniano m.in.: znajomość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w danym zakresie; wiedzę na temat systemów opieki zdrowotnej w innych krajach (wskaźniki procesu, wyniku, jakości). Warunki stawiane ekspertom dotyczyły kwalifikacji zawodowych (konkretne tytuły specjalisty dostosowane do specyfiki każdej z grup roboczych) oraz doświadczenia naukowego lub zawodowego (doświadczenie kliniczne w zakresie danej dziedziny medycyny, tematyki lub problemu medycznego oraz doświadczenie na stanowisku ordynatora/kierownika oddziału lub kierownika kliniki w szpitalu klinicznym/wojewódzkim czy wojskowym).

Z kolei kryteria oceny ofert dotyczyły, w szczególności: oferowanej ceny, dyspozycyjności, zastępstwa oraz gotowości do pracy w innej grupie roboczej. Określone przez Ministerstwo kryteria stawiane ekspertom, były zmieniane w przypadku części postępowań, gdy następowało ich unieważnienie z uwagi na niezłożenie ofert⁷⁷. Dla każdej grupy roboczej (dla grupy chorób) zakładano wybór eksperta głównego, epidemiologa/eksperta ds. zdro-

⁷⁷ Ministerstwo nie prowadzi rejestru umożliwiającego określenie, w ilu przypadkach, dla jakich rodzajów/grup ekspertów i w jakim zakresie wymagania były zmieniane w kolejnych prowadzonych postępowaniach przetargowych.

wia publicznego oraz po dwóch ekspertów pomocniczych. Odstępstwa od takiego schematu dotyczyły 22 z 30 grup roboczych, w tym siedmiu ekspertów głównych, 13 ekspertów pomocniczych oraz 14 ekspertów epidemiologów/ds. zdrowia publicznego. W jednym przypadku grupy ds. ciąży, porodu i położu oraz opieki nad noworodkiem, nie wybrano żadnego z ww. ekspertów; w przypadku dwóch grup chorób⁷⁸ nie wybrano po trzech z czterech ekspertów; w przypadku ośmiu grup⁷⁹ brak było po dwóch ekspertów, a w 11 przypadkach nie wybrano jednego z ekspertów. Dyrektor DAiS wyjaśniła m.in., że (...) *Ministerstwo starało się przeprowadzić jak najwięcej postępowań, aż do momentu wybrania kompletu ekspertów. Z powtórzenia postępowania rezygnowano, gdy wybór eksperta nastąpiłby zbyt późno lub nie było możliwości wstrzymania prac grup roboczych i podejmowano decyzje o rozpoczynaniu pracy najszybciej jak to możliwe. Brak części ekspertów miał wpływ na opracowanie MPZ, ze względu na konieczność opracowywania materiału merytorycznego przez DAiS we własnym zakresie, częściowo przy nieodpłatnej pomocy Konsultantów Krajowych lub osób przez nich delegowanych. Dotyczyło to m.in. stworzenia zestawu wskaźników, tabel danych oraz ich wizualizacji przez pracowników Ministerstwa na podstawie przeglądu literatury, doświadczenia uzyskanego w trakcie prac z innymi grupami roboczymi oraz konsultantami krajowymi czy wojewódzkimi.*

W ramach realizacji MPZ dokonywano także wyboru ekspertów niebędących ekspertami medycznymi przypisywanymi do określonych grup roboczych, określonych chorób, czy zespołów chorób⁸⁰. Dotyczyło to ekspertów: ds. zdrowia publicznego; ds. restrukturyzacji (dwie osoby); ds. analizy podmiotów leczniczych o charakterze szpitali: klinicznych, szpitali powiatowych, wielospecjalistycznych (po jednej osobie); oraz eksperta w zakresie ekonomii.

Ekspertom tym powierzano m.in.: udział w spotkaniach grup roboczych, przekazywanie wiedzy Zamawiającemu, opracowanie modelu wzorca MPZ oraz opracowanie materiału merytorycznego w zakresie analizy pomiaru głównych wskaźników epidemiologicznych, czy opracowania zbioru wskaźników ilościowych i jakościowych, a także przygotowania raportu dotyczącego opracowanych materiałów.

W postępowaniu określono także wymagania stawiane potencjalnemu ekspertowi w zakresie wykształcenia (np. wykształcenie wyższe i tytuł doktora), doświadczenia zawodowego/naukowego (np. 15-letnie doświadczenie w instytucji o charakterze naukowym, czy badawczym, udział w określonej ilości międzynarodowych projektów naukowych, minimalna ilość lat doświadczenia w consultingu strategicznym/operacyjnym, czy pracy w obszarze zarządzania podmiotami w ochronie zdrowia,

⁷⁸ Choroby nienowotworowe układu płciowego mężczyzn; choroby zakaźne – WZW.

⁷⁹ Choroby zakaźne z wyłączeniem HIV i WZW; choroby zakaźne – HIV; choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani; choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych); choroby wątroby dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych); choroby układu moczowo-płciowego kobiet; choroby krwi i układu odpornościowego; nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego.

⁸⁰ Realizowano m.in. w ramach wniosku o wszczęciu postępowania z 7 października 2015 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

doświadczenie w pracy w randze kadry zarządzającej bądź minimalnej ilości ekspertyz przygotowanych dla jednostek sektora finansów publicznych w zakresie funkcjonowania ochrony zdrowia), jak również osiągnięć (np. wymagana minimalna liczba publikacji o danej tematyce opublikowanych w czasopismach punktowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Dalej: MNiSW).

Wybrano wszystkich ekspertów, którzy współpracowali z grupami roboczymi i MZ, a ich pracę, w tym przygotowane i odebrane przez MZ opracowania, wykorzystywano przy zadaniu dotyczącym opracowania wkładu merytorycznego dla 30 empirycznych modeli deskryptywnych MPZ.

Przy opracowywaniu MPZ realizowano również postępowania dotyczące wyboru eksperta wykonawcy dla 17 raportów demograficznych oraz raportów epidemiologicznych i ich aktualizacji, wykorzystywanych w częściach demograficznej i epidemiologicznej map potrzeb zdrowotnych. Realizowano również postępowania w celu wyboru wykonawcy dla opracowania raportów na temat: stanu kadr lekarzy specjalistów (wybrano Naczelną Izbę Lekarską), stanu kadr fizjoterapeutów (Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska), stanu kadr farmaceutów (realizowany przez Naczelną Izbę Aptekarską).

Ponadto przeprowadzono postępowania, które zostały unieważnione z uwagi na brak złożonych ofert dla opracowania raportu na temat stanu kadr pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych. Jak wyjaśniła Dyrektor DAIS, zamówień unieważnionych nie powtarzano ze względu na brak potencjalnych wykonawców (specyficzny wąski obszar dla danej grupy zawodowej, brak danych z tego obszaru, brak ofert w przetargu i trudności z dokonywaniem wyceny), wysoką szacunkową wartość przedmiotu zamówienia przekraczającą założenia budżetu Projektu, długotrwałość procedury przetargowej, na co wpływ miała zmiana przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych. Ponadto Dyrektor DAIS wyjaśniła, że podjęto decyzje o zmianie założeń projektu i wprowadzeniu nowego zadania dotyczącego kadr medycznych na lata 2017–2019 oraz przygotowania danych dla zawodów medycznych (dotyczących unieważnionych postępowań) przez zespół Beneficjenta, przy współudziale właściwych komórek merytorycznych w MZ i w zawężonym zakresie. Z uwagi na realizację przedmiotu umowy, raporty zostaną wykorzystane przy opracowywaniu kolejnych map potrzeb zdrowotnych, w części dotyczącej analizy i wykorzystania zasobów.

NIK zauważa, iż pomimo podejmowanych działań Ministerstwo nie zapewniło pełnego wsparcia ekspertów zewnętrznych o kwalifikacjach przewidzianych w prowadzonych postępowaniach. Skutkowało to realizacją prac przede wszystkim przez pracowników Ministerstwa nieposiadających kwalifikacji, jakie określono dla ekspertów. Ponadto nie zrealizowano części zadań związanych z przeprowadzeniem badania kadr medycznych.

5.4. Wykorzystanie środków na ochronę zdrowia, pozyskanych z UE w związku z utworzeniem map potrzeb zdrowotnych

IOWISZ Na podstawie art. 95h ustawy o świadczeniach, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 15 września 2016 r w sprawie formularza *Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia*⁸¹. W rozporządzeniu określono m.in. 34 kryteria brane pod uwagę przy ocenie wniosków, wraz z przypisanymi im wagami oraz minimalną ilość punktów potrzebnych do uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Kryteria dotyczyły m.in. zgodności inwestycji z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej oraz jej wpływu na dotychczas niezaspokojone potrzeby zdrowotne; czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia i zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej. W formularzu przypisano poszczególnym kryteriom wagi od 0,2 do 1,0. W przypadku 12 kryteriów, wagi wynosiły od 0,2 do 0,5⁸². Formularz IOWISZ „kryteria oceny inwestycji” został opracowany przez Zespół ds. rozwinięcia metodyki translacji map potrzeb zdrowotnych na plany inwestycyjne w regionach. System teleinformatyczny do obsługi wniosków składanych w ramach IOWISZ przygotowało Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia⁸³, zaś za ocenę celowości inwestycji, z zastosowaniem formularza IOWISZ, odpowiadał Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia.

IOWISZ powstał jako samodzielne narzędzie mające służyć implementacji wniosków z map potrzeb zdrowotnych oraz edukacji w zakresie prawidłowego inwestowania w ochronie zdrowia. Ocena celowości inwestycji obejmowała badanie jej zgodności, m.in. z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, mapami potrzeb zdrowotnych, a także priorytetami zdrowotnymi i rozwojowymi na poziomie kraju. Posiadanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji było warunkiem koniecznym w uzyskaniu współfinansowania ze środków europejskich dla projektu inwestycyjnego w zakresie leczenia szpitalnego oraz AOS, zgodnie z *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*.

Do 30 czerwca 2017 r. w systemie IOWISZ złożono do Ministra Zdrowia 170 wniosków⁸⁴ (w tym korekty), które dotyczyły 50 podmiotów publicznych⁸⁵. Z powodu błędów formalnych odrzucono 62 wnioski; najwię-

⁸¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1539. Dalej: *rozporządzenie IOWISZ*.

⁸² Np. kryteria dotyczące: stopnia obciążenia inwestycji ryzykiem niezapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych – 0,5; posiadania akredytacji Ministra Zdrowia – 0,4; wpływu inwestycji na aktywizację zawodową chorych oraz ograniczenie albo zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu – 0,3; stopnia, w jakim inwestycja wpłynie na poprawę ergonomii pracy osób wykonujących zawód medyczny – 0,2; wpływu inwestycji na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin – 0,2.

⁸³ Państwowa jednostka budżetowa powołana przez Ministra Zdrowia. Głównym przedmiotem działalności CSIOZ jest realizacja zadań z zakresu budowy społeczeństwa informacyjnego, obejmujących organizację i ochronę zdrowia oraz wspomaganie decyzji zarządczych ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie prowadzonych analiz.

⁸⁴ Od 1 lipca do 30 września 2017 r. złożono kolejnych 12 wniosków, z których trzy odrzucono, trzy zwrócono do uzupełnienia, wydano cztery opinie (po 2 pozytywne i negatywne), zaś dwa wnioski były w trakcie procedowania.

⁸⁵ Niektóre podmioty składały po kilka wniosków, ponadto podmioty składały korekty do wcześniejszych wniosków, które są zliczane przez system w ogólnej ewidencji wniosków – mają nadany nowy numer.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

cej z województwa mazowieckiego (14 z 41 złożonych), wielkopolskiego (osiem z 20). Oceniono 108 wniosków na łączną kwotę 4 533 498,8 tys. zł i na tej podstawie wydano 96 pozytywnych decyzji na łączną kwotę 2 963 364,3 tys. zł⁸⁶. Wszystkie wnioski dotyczyły miast i dużych ośrodków miejskich (powyżej pięciu tysięcy mieszkańców). W odniesieniu do 29 pierwotnie wydanych negatywnych opinii, w pięciu przypadkach podmioty nie odwoływały się od otrzymanej decyzji. W odniesieniu do 24 odwołań, w pięciu przypadkach protest pozostawiono bez rozpatrzenia z powodu braków formalnych⁸⁷; a w 18 przypadkach wydano opinię pozytywną.

Wnioski składane były przez podmioty lecznicze także do wojewodów, którzy dokonywali oceny celowości inwestycji. W latach 2016–2017 (do 30 września) złożono 1021 wniosków⁸⁸. W ww. okresie złożono do Ministra Zdrowia 49 odwołań od negatywnych opinii o celowości inwestycji, które zostały wydane przez wojewodów. W 20 przypadkach Minister wydał pozytywną opinię. Poza jednym przypadkiem⁸⁹, wszystkie podmioty wykorzystujące IOWISZ, znalazły się w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i spełniały kryteria w tym zakresie.

⁸⁶ Łącznie z rozpatrzonymi odwołaniami. Pierwotne wnioski pozytywne bez odwołań – 79.

⁸⁷ Zgodnie z art. 95i ust. 9 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

⁸⁸ W tym: 184 w 2016 r. i 837 w 2017 r. Dane dotyczące wartości wniosków dostępne u wojewodów.

⁸⁹ SP ZOZ Stomatologiczne Centrum Kliniczne UM w Lublinie, którego wniosek odrzucono z powodu pozaustawowego zakresu planowanej inwestycji – art. 15 pkt 4–18 ww. ustawy o świadczeniach.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Ocena rzetelności sporządzania map potrzeb zdrowotnych w kontekście możliwości pozyskiwania środków z Unii Europejskiej na ochronę zdrowia.
Cele szczegółowe	<ol style="list-style-type: none">1. Czy Minister Zdrowia stworzył odpowiednie warunki organizacyjne dla prawidłowego tworzenia map?2. Czy proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych opierał się na rzetelnych i zweryfikowanych danych oraz uwzględnił wszystkie istotne ryzyka dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia?3. Czy środki zaplanowane na ten cel zostały wydatkowane gospodarnie?4. Czy mapy umożliwiły pozyskanie środków z UE, a uzyskane środki wykorzystano do przebudowy systemu ochrony zdrowia w oparciu o zdiagnozowane potrzeby zdrowotne?
Zakres podmiotowy	Kontrola została przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia, czynności kontrolne prowadzono w okresie od 4 lipca do 13 października, a wystąpienie pokontrolne skierowano do Ministra Zdrowia 11 listopada 2017 r.
Kryteria kontroli	Podstawą prawną przeprowadzenia kontroli był art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. <i>o Najwyższej Izbie Kontroli</i> ⁹⁰ , z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności, gospodarności i celowości.
Okres objęty kontrolą	2014–2017
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W ramach postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ust. 7 ustawy <i>o NIK</i> , otrzymano dokumenty i wyjaśnienia od/z: <ul style="list-style-type: none">– Ministra Finansów i Rozwoju, w zakresie certyfikacji wydatków przez Komisję Europejską, przeznaczonych na projekty współfinansowane ze środków funduszy strukturalnych UE oraz wsparcia finansowego dla podmiotów leczniczych z budżetu UE;– Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie postępowań odwoławczych w związku z kwalifikacją podmiotów do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej; w zakresie pozyskiwania kompletnych i wiarygodnych danych dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych;– wojewodów, w zakresie ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz wykorzystania regionalnych map potrzeb zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji zarządczych na obszarze województwa;– marszałków województw, w zakresie wykorzystania regionalnych map potrzeb zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji zarządczych na obszarze województwa oraz udostępnienia opracowań własnych Samorządu Województwa nt. zdrowia publicznego;– Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, w zakresie monitorowania aktualności map potrzeb zdrowotnych;

⁹⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

ZAŁĄCZNIKI

- Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, w zakresie pozyskiwania kompletnych i wiarygodnych danych dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych oraz informacji nt. „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski”;
- Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, w zakresie informacji nt. „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla Polski”.

Kontrola została podjęta przez Departament Zdrowia z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2017 r. W ramach przygotowania przedkontrolnego zostały przeanalizowane wyniki wcześniejszych kontroli w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia, informacje w środkach masowego przekazu dotyczące m.in. tematyki przygotowywania map potrzeb zdrowotnych. Ponadto, w związku z planowaną kontrolą, dokonano analizy stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.

W dniu 4 grudnia Minister Zdrowia zgodnie z art. 54 ustawy o NIK wniósł zastrzeżenia do wystąpienia skierowanego 11 listopada 2017 r., które zostały częściowo uwzględnione przez Kolegium NIK.

Minister Zdrowia poinformował, że w trakcie realizacji były wszystkie wnioski pokontrolne.

Pozostałe informacje

Zastrzeżenia wniesione przez Ministra Zdrowia do Wystąpienia pokontrolnego

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Policy Paper Celem przedstawienia w jednym dokumencie *krajowych ram strategicznych polityki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 168 TFUE zapewniających stabilność gospodarczą* (warunek 9.3.)⁹¹, w myśl załącznika XI do Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006⁹², 10 września 2014 r. został przyjęty przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, a następnie pozytywnie zaopiniowany w dniu 17 września 2014 r. przez Komitet Koordynacyjny ds. Polityki Rozwoju, dokument pn. *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*. Dokument zawiera zestawienie celów i kierunków interwencji państwa w strategiach przyjętych przez Radę Ministrów⁹³, w obszarze polityki zdrowotnej. Składa się z trzech części⁹⁴. Ministerstwo Zdrowia otrzymało stanowisko Komisji Europejskiej z dnia 29 lipca 2015 r. dotyczące uznania tego dokumentu o charakterze strategiczno-wdrożeniowym za realizację zobowiązania w zakresie częściowego spełnienia warunku 9.3, w ramach tzw. warunko-

⁹¹ W ramach celu tematycznego nr 9 Umowy partnerstwa (UP) – *Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją*.

⁹² Dz. Urz. UE L 347, 20.12.2013.

⁹³ Uchwała nr 16 RM z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia *Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności* (M.P. z 2013 r. poz. 121), Uchwała nr 157 RM z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia *Strategii Rozwoju Kraju 2020* (M.P. z 2012 r. poz. 882), Uchwała nr 17 RM z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia *Strategii „Sprawne Państwo 2020”* (M.P. z 2013 r. poz. 136), Uchwała nr 104 RM z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020* (M.P. z 2013 r. poz. 640), Uchwała nr 7 RM z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie *Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020”* (M.P. z 2013 r. poz. 73), Uchwała RM z dnia 13 lipca 2010 r. *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie* (M.P. z 2011 r. Nr 36 poz. 423).

⁹⁴ Pierwszą stanowi diagnoza sytuacji zdrowotnej w Polsce, obejmująca analizę demograficzną i epidemiologiczną oraz opis organizacji systemu zdrowotnego, w tym diagnozę zasobów infrastrukturalnych oraz kadrowych w ujęciu krajowym i regionalnym. Druga część ma charakter strategiczno-implémentacyjny i uwzględnia cele długoterminowe oraz kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych, w obszarze zdrowia. W trzeciej części przedstawiono ramy realizacji projektowanych działań: systemu koordynacji, monitorowania i ewaluacji wsparcia sektora zdrowia ze środków UE na poziomie centralnym oraz regionalnym wraz z mechanizmami proefektywnościowymi, wskaźniki kontekstowe, wynikające z dokumentów strategicznych i wskaźniki dla celów operacyjnych oraz ramy finansowe. Istotną częścią dokumentu jest załącznik Nr 1, w którym, w postaci graficznej, przedstawiono diagnozę sytuacji w poszczególnych województwach. Elementy tej diagnozy odnoszą się do: stanu zdrowia (umieralność i chorobowość hospitalizowanych wg. wybranych rozpoznań i 3 grup wieku), uczestnictwa w programach polityki zdrowotnej (profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi); infrastruktury podmiotów wykonujących świadczenia zdrowotne; wyposażenia w aparaturę wysokospecjalistyczną; kadry (wskaźniki liczby personelu medycznego); wskaźników oczekiwania na wizytę u specjalisty AOS i oczekiwania na przyjęcie do szpitala wg wybranych oddziałów; wydatków NFZ na leczenie mieszkańca województwa w zakresie POZ, AOS i leczenia szpitalnego; liczby orzeczeń pierwszorazowych o niepełnosprawności wydanych przez ZUS.

wości *ex-ante*, pomimo wątpliwości dotyczących statusu tego dokumentu, bowiem zdaniem Komitetu Koordynacyjnego ds. Polityki Rozwoju wyrażonym ww. dnia powinien on zostać przyjęty przez Radę Ministrów, co stanowić będzie gwarancje realizacji wszystkich wskazanych w dokumencie działań. Nieprzyjęcie *Policy Paper* przez Radę Ministrów wiąże się z ryzykiem zawieszenia płatności przez Komisję Europejską dla tych priorytetów, których dotyczą niespełnione warunki, a co za tym idzie, ryzykiem utraty tych środków, jeżeli Komisja Europejska stwierdzi, że niespełnienie warunków *ex-ante* w szczególnie istotny sposób odbije się na efektywności przewidzianych interwencji.

Uznanie spełnienia warunkowości *ex-ante*, KE uzależniła także od stworzenia systemu mapowania potrzeb zdrowotnych⁹⁵. Powinien on tworzyć krajowe i regionalne ramy dla koordynacji mającej na celu zwiększanie dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych oraz stymulacji efektywności w sektorze opieki zdrowotnej, jak również wprowadzać system ich monitorowania i przeglądu. Ramy te powinny wynikać z zapisów zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych. W warunkowości *ex-ante*, przyjętej przez Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w Sektorze Zdrowia (KS) w odniesieniu do map potrzeb zdrowotnych, warunki dotyczyły:

- 1) sporządzenia map potrzeb zdrowotnych dla onkologii i kardiologii przy realizacji projektu *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych (dalej: projekt Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia...)*, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego – Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007–2013, gdzie mapy miały być przygotowane w następującym porządku: (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej, uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkową, (4) mapy dostępnych zasobów ludzkich – do dnia 31 grudnia 2015 r.;
- 2) przeszkolenia kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi i przedstawicieli samorządu terytorialnego w korzystaniu z informatycznej implementacji wypracowanych rozwiązań w zakresie map potrzeb dla kardiologii oraz onkologii do dnia 31 grudnia 2015 r.;
- 3) sporządzenia map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w ustawie o świadczeniach, tzw. map leczenia szpitalnego – krajowych i regionalnych/wojewódzkich (zawierających prognozowaną liczbę pacjentów, wykorzystanie oraz potrzeb w zakresie infrastruktury i zasobów finansowych w leczeniu szpitalnym) – w kwietniu 2016 r.;
- 4) sporządzenia map potrzeb zdrowotnych dla innych chorób, do dnia 31 grudnia 2016 r., obejmujących wszystkie elementy systemu przy realizacji planowanego projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Mapy winny stanowić uzupełnienie do map utworzonych na podstawie ustawy o świadczeniach i być

⁹⁵ Spośród 16 warunków dla zdrowia, pięć dotyczyło map potrzeb zdrowotnych.

przygotowane w następującym porządku: (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej, uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkową, (4) mapy dostępnych zasobów ludzkich;

5) aktualizowania i udoskonalania map potrzeb zdrowotnych, obejmujących onkologię, kardiologię oraz inne obszary, dla których mapy zostaną przygotowane w ramach funkcjonowania całości systemu mapowania potrzeb – jako proces ciągły po 2016 r.

Decyzje Ministra Zdrowia

W oparciu o decyzję Ministra Zdrowia Nr POKL.02.03.03-00-010/14-00, z dnia 30 czerwca 2014 r., o dofinansowaniu projektu *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych*, w ramach współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w Ministerstwie Zdrowia, Departamencie Analiz i Strategii, opracowano krajowe i regionalne/wojewódzkie mapy potrzeb zdrowotnych dla onkologii i kardiologii, obejmujące elementy systemu na poziomie POZ, AOS i leczenia szpitalnego. Mapy te zostały opublikowane 31 grudnia 2015 r. na stronie internetowej⁹⁶ Ministerstwa Zdrowia. Krajowa i regionalne mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego zostały opracowane w DAiS i opublikowane w dniu 29 kwietnia 2016 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Natomiast mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób dla każdego z 16 województw oraz jedna ogólnopolska mapa w obszarze leczenia zamkniętego dla 30 grup chorób oraz w zakresie AOS i POZ dla grupy 15 chorób (Moduł A) opracowano w DAiS, w oparciu o decyzję Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. o dofinansowaniu projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Mapy te zostały opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia 31 grudnia 2016 r. W grudniu 2016 r. zostały opublikowane mapy potrzeb zdrowotnych dla:

- 15 grup chorób (Moduł A) w zakresie:
 - leczenia zamkniętego;
 - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS);
 - podstawowej opieki zdrowotnej (POZ);
- 15 grup chorób (Moduł B) w zakresie:
 - leczenia zamkniętego.

W grudniu 2017 r. Moduł B został uzupełniony o AOS i POZ.

Komisja Europejska uznała warunkowość *ex-ante*, w zakresie sektora zdrowia, za spełnioną w całości.

⁹⁶ Dostępne pod adresem: <http://www.mpz.mz.gov.pl/>.

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁹⁷, zgodnie z uzasadnieniem do niej, miała na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów w zakresie następujących obszarów: standardu opieki nad pacjentem onkologicznym, zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia. Mając na względzie m.in.: analizy wskazujące na istotne zróżnicowanie w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych w poszczególnych regionach kraju, wynikające m.in. z istniejącej struktury i rozmieszczenia infrastruktury zdrowotnej; zalecenia Komisji Europejskiej w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków *ex ante*, w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020 oraz konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w opiece zdrowotnej, wprowadzono do treści ustawy: *Dział IV a Ocena potrzeb zdrowotnych* obejmujący rozwiązania zawarte w przepisach art. 95a, 95b, 95c⁹⁸, 95d, 95e⁹⁹. Przewidziane w ustawie rozwiązania wprowadzały konieczność stworzenia regionalnych/wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych, które miały obejmować analizę obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności, w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury oraz wskazywać obszary wymagające podjęcia działań ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego. Z kolei opracowanie ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych wymagane ustawą, jak wynika z uzasadnienia do niej, miało na celu m.in. dostarczenie analogicznych informacji, co w przypadku poziomu regionalnego/wojewódzkiego z tym, że w innym zakresie, tj. w dziedzinach specjalistycznych (np. transplantologii) zabezpieczających potrzeby na poziomie kraju. Ponadto, celem opracowania tych map miało być zapewnienie całościowego zobrazowania analizowanych aspektów na poziomie krajowym przez integrację informacji płynących z analiz regionalnych/wojewódzkich, co miało umożliwić identyfikację potencjalnych obszarów, w których wskazane byłoby podjęcie skoordynowanego działania kilku wojewodów lub właściwych organów państwa. Za opracowanie regionalnych/wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych mają być odpowiedzialni wojewodowie, którzy będą je sporządzać raz na pięć lat, przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, w oparciu o projekty przekazane im przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Również zadaniem wojewodów oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny będzie ich coroczna aktualizacja, pozwalająca na bieżące monitorowanie efektów podjętych działań i weryfikację ich zgodności z prognozami i założeniami. Ustawa wprowadziła również obowiązek opracowania przez wojewodów priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, określanych na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych, na okresy, na które będą tworzone regionalne mapy potrzeb zdrowot-

Akty prawa powszechnego dotyczące mapy potrzeb zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia

⁹⁷ Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.

⁹⁸ Weszły w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

⁹⁹ Weszły w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.

nych. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz regionalne mapy potrzeb zdrowotnych miały być uwzględniane przy tworzeniu planów zakupów na następny rok przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Tworzenie map regionalnych i ich publikowanie na stronach Biuletynu Informacji Publicznej przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewodów miało pozwolić na zapewnienie, na danym terenie, bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, zmniejszenie możliwości podejmowania arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenie transparentności systemu inwestowania i procesu zawierania umów ze świadczeniodawcami. Ustawa zobowiązała również ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego zakres treści map potrzeb zdrowotnych, w celu stworzenia jednolitego i skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Pierwsze dwie mapy, wraz z przygotowaniem metodologii prognostycznej, miały zostać sporządzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia¹⁰⁰. Kolejnym, nowym instrumentem, wprowadzonym przez ww. ustawę, jest instytucja opinii o celowości podejmowania nowych inwestycji oraz tworzenia na danym obszarze, nowych podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wprowadzając ten instrument zakładano, wykreowanie zgodnego z potrzebami zdrowotnymi rozwoju infrastruktury niezbędnej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych i uniknięcie sytuacji, w której wystąpi nadpodaż na lokalnym rynku usług medycznych przez wytworzenie zasobów nieadekwatnie dużych do potrzeb świadczeniobiorców z danego terenu. Projekt nowelizacji ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Minister Zdrowia skierował w dniu 7 kwietnia 2014 r., do uzgodnień międzyresortowych, a termin wnoszenia uwag określił na dzień 23 kwietnia 2014 r. Siedem podmiotów zgłosiło łącznie 73 uwagi do projektu¹⁰¹. Natomiast w przypadku konsultacji publicznych, Minister Zdrowia, przekazując projekt ustawy¹⁰², wskazał termin zgłaszania uwag do dnia 8 maja 2014 r. Łącznie zgłoszono 965 uwag¹⁰³, przy czym nie uwzględniono około 550¹⁰⁴. W podobnym tempie procedowano projekt rozporządzenia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, bowiem opracowywany w DAiS, w trzecim kwartale 2014 r., do uzgodnień resortowych został skierowany 28 listopada 2014 r., a do konsultacji publicznych z czternastodniowym terminem zgłaszania uwag. W ramach konsultacji publicznych do projektu rozporządzenia zgło-

¹⁰⁰ *Vide*: art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. (Dz. U. poz. 1138) – który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

¹⁰¹ Minister Zdrowia w ramach uzgodnień do projektu ustawy, zgodnie z rozdzielnikiem, skierował projekt do 139 podmiotów (wg informacji Ministerstwa).

¹⁰² Zgodnie z rozdzielnikiem, skierował projekt do 120 podmiotów (wg informacji Ministerstwa).

¹⁰³ Według informacji Ministerstwa.

¹⁰⁴ Według informacji Ministerstwa.

szo łącznie 192 uwagi¹⁰⁵, z których nie uwzględniono 127¹⁰⁶. Rozporządzenie Ministra Zdrowia weszło w życie 14 kwietnia 2015 r.

Z kolei ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁰⁷, która weszła w życie 30 sierpnia 2016 r. wprowadziła między innymi istotne zmiany dotyczące celowości inwestycji¹⁰⁸, zarówno w zakresie procedury, jak i przesłanek uzasadniających wydanie opinii pozytywnej, a przede wszystkim wprowadziła Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Minister Zdrowia określił termin konsultacji z partnerami społecznymi, w sprawie zmian w ustawie, na okres od 2 czerwca do 9 czerwca 2016 r. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia¹⁰⁹ został skierowany do uzgodnień międzyresortowych 3 maja 2016 r.¹¹⁰, a do konsultacji publicznych 31 maja 2016 r. z 10-dniowym terminem na ustosunkowanie się do niego¹¹¹. Rozporządzenie weszło w życie z dniem 27 września 2016 r.

¹⁰⁵ Według informacji DAiS.

¹⁰⁶ Według informacji DAiS.

¹⁰⁷ Dz. U. poz. 1355.

¹⁰⁸ Art.: 95d, 95e, 95f, 95g, 95h, 95i, 95j, 95k.

¹⁰⁹ Dz. U. poz. 1539.

¹¹⁰ Według informacji DAiS: łącznie 40 podmiotów zgłosiło 173 uwagi, z których 90 nie zostało uwzględnionych.

¹¹¹ Według informacji DAiS: łącznie zostało zgłoszonych 266 uwag, 174 uwagi zostały nieuwzględnione, a 3 zostały uwzględnione częściowo.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355).
5. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845).
6. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077).
9. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2017 r. poz. 2342, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1889, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579)
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (Dz. U. poz. 1539).
15. 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. Nr 193 poz. 1495).
16. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1935).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. przez art. 1 pkt 50, art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.); od 1 stycznia 2016 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Senacka Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
10. Minister Inwestycji i Rozwoju
11. Minister Zdrowia
12. Rzecznik Praw Obywatelskich
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Prezes Trybunału Konstytucyjnego

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa,

2018 -03- 15

DNM.073.32.2017.14.AK

Pan
Wojciech Kutyla
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli P/17/059 „Tworzenie map potrzeb zdrowotnych” i Informacji o wynikach kontroli z dnia 1 marca 2018 r., uprzejmie przekazuję stanowisko do ww. dokumentu.

Strona 10, pierwszy akapit od góry oraz strona 11, trzeci akapit od góry, ostatnie zdanie.

Uprzejmie informuję, iż w ocenie Ministra Zdrowia bezpodstawnym jest wniosek, że dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych są nierzetelne. Przy przygotowywaniu dokumentów korzystano z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (w tym obliczono wartości zapadalności i chorobowość rejestrowanej), na podstawie których dokonywano również uzupełnienia zbiorów danych z rejestrów (np. KRN). W związku z brakiem możliwości dokonania walidacji danych przedstawionych w mapach (nie ma rejestrów do porównania danych z NFZ) nie ma podstawy do stwierdzenia, że dane te były nierzetelne.

Dodatkowo należy wyraźnie podkreślić, że mapy potrzeb zdrowotnych zawierają najbardziej aktualne dane możliwe do uwzględnienia, w szczególności w kontekście procesów sprawozdawczych, zakresu przeprowadzonych analiz i procesu konsultacji,

które były tworzone w Polsce po raz pierwszy. Brak jest tym samym podstaw do stwierdzenia, że dane w nich zawarte były nieaktualne.

Strona 10, drugi akapit od góry.

Uprzejmie informuję, iż IOWISZ nie stanowił elementu tzw. warunkowości ex-ante dla zdrowia, tj. jego stworzenie nie miało formalnego wpływu na spełnienie wymogów Komisji Europejskiej w zakresie uruchomienia dofinansowania ze środków unijnych.

Strona 10, trzeci akapit od góry, strona 12, ostatni akapit, przedostatnie zdanie oraz strona 30, drugi akapit, zdanie piąte.

Uprzejmie informuję, iż tezy zawarte w dwóch pierwszych fragmentach, tj.: *„Minister Zdrowia nie zapewnił optymalnych warunków organizacyjnych służących prawidłowemu tworzeniu map potrzeb zdrowotnych. W szczególności nie zapewniono zakładanego wsparcia ekspertów zewnętrznych. Ich zadania realizowali pracownicy Ministerstwa, którzy w latach 2014-2017 (do 30 czerwca) wypracowali łącznie 6,3 tys. godzin nadliczbowych. Dopuszczono również do wydłużenia o rok budowy Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – narzędzia wspierającego proces tworzenia i aktualizacji map.”* oraz *„Skutkowało to realizacją prac przede wszystkim przez pracowników Ministerstwa Zdrowia nieposiadających kwalifikacji, jakie określono dla ekspertów.”* są sugestywne oraz niespójne z wyliczeniem w ostatnim z wyżej wymienionych fragmentów. Jak bowiem wskazano, nie wybrano 30% ekspertów dedykowanych przygotowaniu wkładu merytorycznego do map dla 30 grup chorób, przy czym żadnego eksperta nie wyłoniono tylko do jednej grupy. Należy tu pamiętać także o ekspertach uczestniczących w spotkaniach grup roboczych, którzy nie zostali wybrani w drodze przetargu (głównie konsultanci krajowi i wojewódzcy lub osoby przez nich oddelegowane). W konsekwencji należy wskazać, że zadania przewidziane we wniosku o dofinansowanie dla ekspertów były w znacznej większości realizowane przez wykonawców wybranych w ramach postępowania przetargowego, a jedynie w nielicznych przypadkach zaistniała konieczność zwiększonego nakładu pracy po stronie pracowników Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia.

Strona 12, czwarty akapit od góry oraz strona 28, akapit trzeci i czwarty.

W Informacji NIK wskazano: *„Platforma elektroniczna BASiW, w zakresie infrastruktury technicznej (sprzętowej, sieciowej i programowej), została wykonana odpłatnie (0,5 mln zł) przez podmiot zewnętrzny, chociaż we wniosku o dofinansowanie beneficjent (Ministerstwo Zdrowia) deklarował, że prace nad budową systemu będzie wykonywał*

samodzielnie, w oparciu o zatrudniony personel, a nie poprzez zlecenie zadania zewnętrznym podmiotom.” oraz „Platforma elektroniczna BASiW, w zakresie infrastruktury technicznej (sprzętowej, sieciowej i programowej), została wykonana przez podmiot zewnętrzny, chociaż we wniosku o dofinansowanie: (...) „Beneficjent przewidział, że prace nad budową systemu wykonywał będzie samodzielnie (rozwój platformy, której powstanie finansowane jest z realizowanego projektu w ramach POKL) w oparciu o zatrudniony na etat personel, a nie poprzez wydzielenie działania zewnętrznym podmiotom”. Dyrektor DAiS wyjaśniła, że zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu: Po zakończeniu tworzenia rozbudowy funkcjonalności platformy przez podmiot zewnętrzny zespół Zadania będzie stopniowo zamieszczał dane z kolejnych MPZ i ich aktualizacji oraz inne dokumenty przygotowane w ramach projektu publikacje, raporty, co oznacza, zdaniem Dyrektora DAiS, że zadanie realizowane jest zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie. Najwyższa Izba Kontroli nie podziela tych wyjaśnień i uznaje, że dokonano w tym zakresie odstępstwa od założeń przyjętych we wniosku o dofinansowanie.”

Odnosząc się do powyższego uprzejmie informuję, iż w złożonym i zaakceptowanym do realizacji wniosku o dofinansowanie projektu faktycznie istnieje cytowany zapis, jednakże został on niewłaściwie zinterpretowany. We wcześniejszym zdaniu wskazano albowiem, że: „Beneficjent musi zapewnić brak możliwości dostępu do danych przez nieupoważnionych użytkowników”. W konsekwencji prace nad budową platformy wykonuje on samodzielnie, natomiast podmiotowi zewnętrznemu zleca jedynie opracowanie narzędzia informatycznego, tak aby nie przekazywać na zewnątrz całego zestawu danych. Jest to zgodne z innym zapisem wniosku o dofinansowanie projektu: „Planuje się zlecenie rozszerzenia funkcjonalności platformy E-learningowej, którą Beneficjent opracował w ramach projektu realizowanego w ramach POKL i która dotyczy modeli prognostycznych w zakresie onkologii i kardiologii. Zostanie to zrealizowane w postaci stworzenia nowej aplikacji w języku programowania, który umożliwi zapewnienie odpowiedniej jakości i wydajności obsługi dużego zbioru danych oraz jednoczesnego dostępu wielu użytkowników, a także atrakcyjnych wizualnie i interaktywnych możliwości prezentowania danych.” oraz „Po zakończeniu tworzenia rozbudowy funkcjonalności platformy przez podmiot zewnętrzny, zespół Zadania będzie stopniowo zamieszczał dane z kolejnych MPZ i ich aktualizacji oraz inne dokumenty przygotowywane w ramach projektu (publikacje, raporty), a także na bieżąco obsługiwał i reagował na zapotrzebowanie użytkowników docelowych platformy.”

Dodatkowo zlecenie rozbudowy funkcjonalności (narzędzia informatycznego) zostało wpisane w budżet Projektu.

Podsumowując, we wniosku o dofinansowanie wyraźnie wskazano i przewidziano realizację platformy w zakresie infrastruktury technicznej przez podmiot zewnętrzny. Projekt jest więc realizowany prawidłowo, zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie.


Strona 12, ostatni akapit, ostatnie zdanie – „*Ponadto nie zrealizowano zadania polegającego na przeprowadzeniu badania kadr medycznych.*”:

Minister Zdrowia stoi na stanowisku, że powyższe stwierdzenie może wprowadzić czytelnika w błąd. W ramach realizowanego projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych* przewidziano zadanie polegające na zbadaniu sytuacji kadry medycznej, czego wynikiem miał być raport w przedmiotowym zakresie. Celem zwiększenia szczegółowości produktu zaplanowano zlecenie przygotowania pięciu raportów, osobno dla lekarzy, pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów, farmaceutów oraz diagnostów laboratoryjnych. W wyniku postępowań przetargowych wyłoniono wykonawców dla trzech z nich.

Należy jednocześnie zaznaczyć, iż brak wyłonienia wykonawców nie wpłynął negatywnie na realizację zadania, gdyż część analizy została przeprowadzona przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Dochowano więc wszelkich starań, aby produkt i realizacja zadania były jak najwyższej jakości.

Strona 17, pierwszy akapit, trzecie zdanie od końca – „*W podobnym tempie procedowano projekt rozporządzenia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych.*”

Uprzejmie informuję, iż powyższe sformułowanie sugeruje negatywną ocenę procesu, podczas gdy wskazane terminy świadczą o sprawnym procedowaniu sprawy.


Z powołania
MINISTER ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Zbigniew J. Król

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

KZD.430.008.2017
P/17/059

Warszawa, dnia 9 kwietnia 2018 r.

OPINIA
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ do Informacji o wynikach kontroli „Tworzenie map potrzeb zdrowotnych”

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż zawarte w stanowisku Ministra Zdrowia wyjaśnienia nie podważają ustaleń kontroli, w szczególności odnoszących się do oceny, że dotychczas opublikowane mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ) zawierały szereg nierzetelnych danych dotyczących zjawisk epidemiologicznych, a także zasobów systemu ochrony zdrowia, co obniżało ich przydatność jako narzędzia wspierającego podejmowanie kluczowych decyzji zarządczych w systemie ochrony zdrowia.

Minister Zdrowia, jako podstawowe źródło pozyskiwania danych, wskazuje NFZ, przy braku możliwości dokonania walidacji danych przedstawionych w mapach, bowiem, jak podano w stanowisku, „nie ma rejestrów do porównania danych z NFZ”, bądź, jak wynika z ustaleń kontroli, są one niekompletne. W efekcie, w przypadku Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wierciwyc PL-ACS oraz Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, przy opracowywaniu MPZ w ogóle nie wykorzystywano informacji z tych źródeł.

Najwyższa Izba Kontroli, po corocznie powtarzanych kontrolach realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, wielokrotnie wskazywała na problem z wiarygodnością szeregu danych pozyskiwanych i raportowanych przez Fundusz². Istotne rozbieżności pomiędzy danymi NFZ, a danymi zawartymi w Krajowym Rejestrze Nowotworów potwierdzają z kolei wyniki kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”³, a na problemy z rzetelnością niektórych danych, zawartych w MPZ, wskazują także informacje uzyskane przez NIK w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK od wojewodów. Opracowując prognozy, w zakresie potrzeb zdrowotnych, musieli oni korzystać również z innych źródeł informacji z uwagi na błędy zawarte w MPZ. Posługiwano się m.in. corocznymi sprawozdaniami konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, a także opracowaniami regionalnymi, pozyskując bardziej aktualne dane niż te, które zamieszczono w MPZ.

W stanowisku, Minister Zdrowia przedstawił przyczyny wykorzystania danych historycznych, które jednak - zdaniem Izby - pozostają bez wpływu na wyrażoną w informacji ocenę ich przydatności dla planowania działań podejmowanych w celu zaspakajania potrzeb zdrowotnych, w tym w zakresie dostępności świadczeń medycznych w okresach późniejszych, już po publikacji map. Co więcej, sam Minister Zdrowia zdawał sobie sprawę z nieaktualności i niekompletności danych zawartych w MPZ chociażby w zakresie onkologii⁴

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

² Np.: Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. (Nr ewid.: 171/2016/P/16/053/KZD)- Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r. (Nr ewid.: 165/2014/P/14/060/KZD)-

³ Informacja o wynikach kontroli Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia. Nr ewid. (211/2016/P/16/054/KZD).

⁴ Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, w czerwcu 2016 r., została przygotowana ekspertyza Wykorzystanie regionalnych map potrzeb zdrowotnych z zakresu onkologii przy planowaniu rozwoju systemu ochrony zdrowia w województwie. Ekspert zalecał, w kolejnych wersjach MPZ z zakresu onkologii, uzupełnienie danych dotyczących badań przesiewowych w kierunku najczęściej wykrywanych nowotworów: piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego, a także uzupełnienie informacji z zakresu kadr. Wskazano, iż w procesie planowania rozwoju infrastruktury powinno się uwzględnić potrzeby pełnego zakresu diagnostyki onkologicznej, realizowanej w ramach następujących

i kardiologii⁵, zlecając ekspertyzy, w których specjaliści tych dziedzin medycyny wypowiedzieli się, co do niezbędnego, ich zdaniem, uzupełnienia opracowań (MPZ z zakresu kardiologii i onkologii), tak by mogły się stać w pełni wiarygodnym i kompletnym źródłem prognoz o potrzebach zdrowotnych w poszczególnych województwach i kraju.

Odnosząc się z kolei do stanowiska Ministra Zdrowia, iż system IOWISZ nie stanowił elementu tzw. warunkowości ex-ante dla zdrowia, tj. jego stworzenie nie miało formalnego wpływu na spełnienie wymogów Komisji Europejskiej w zakresie uruchomienia dofinansowania ze środków unijnych, NIK zwraca uwagę, że IOWISZ powstał jako samodzielne narzędzie mające służyć implementacji wniosków z map potrzeb zdrowotnych oraz edukacji w zakresie prawidłowego inwestowania w ochronie zdrowia. Ocena celowości inwestycji obejmowała badanie jej zgodności, m.in. z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, mapami potrzeb zdrowotnych, a także priorytetami zdrowotnymi i rozwojowymi na poziomie kraju. Posiadanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji było warunkiem koniecznym w uzyskaniu współfinansowania ze środków europejskich dla projektu inwestycyjnego w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), zgodnie z *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*.

Także zawarte w stanowisku Ministra Zdrowia wyjaśnienia i uwagi dotyczące oceny NIK wskazującej na niezapewnienie przez Ministra optymalnych warunków organizacyjnych służących prawidłowemu tworzeniu map potrzeb zdrowotnych nie podważają ustaleń kontroli w tym zakresie. W Informacji opisano obszernie zarówno kwestię wyboru ekspertów do grup roboczych, jak i prowadzenia badań stanu kadr medycznych oraz obciążenia dodatkowymi obowiązkami pracowników Ministerstwa. Z ustaleń tych wynika m.in., że nie we wszystkich grupach roboczych wybrano ekspertów zgodnie z założonym schematem⁶ oraz że unieważniono część postępowań prowadzonych w celu wyboru wykonawcy dla opracowania raportów na temat stanu niektórych grup kadr medycznych. Ustalenia te są zgodne z materiałem dowodowym zebrany w toku kontroli i nie były kwestionowane przez Ministra na etapie postępowania odwoławczego, w związku z czym ich przedstawienie w Informacji nie powinno budzić wątpliwości.

Również stanowisko Ministra Zdrowia odnośnie wykonania platformy elektronicznej BASiW - w zakresie infrastruktury technicznej (sprzętowej, sieciowej i programowej) - przez podmiot zewnętrzny, chociaż we wniosku o dofinansowanie: beneficjent przewidział, że prace nad budową systemu wykonywał będzie samodzielnie w oparciu o zatrudniony na etat personel, nie zmienia ustaleń kontroli w tym zakresie. We wniosku o dofinansowanie projektu MPZ-BASiW nie przewidziano bowiem zlecenia poszczególnych zadań podmiotom zewnętrznym, a całość budowy platformy elektronicznej BASiW miała być realizowana samodzielnie przez beneficjenta projektu, tj. Departament Analiz i Strategii (DAiS).

Natomiast w odniesieniu do stanowiska Ministra dotyczącego ustalenia, że w podobnym tempie, jak w przypadku prac nad ustawą zmieniającą z dnia 22 lipca 2014 r., pracowano nad projektem rozporządzenia w sprawie MPZ - projekt opracowywany w DAiS, w trzecim kwartale 2014 r., został skierowany do uzgodnień resortowych w dniu 28 listopada 2014 r., a do konsultacji publicznych z czternastodniowym terminem zgłaszania uwag – NIK stwierdza, że wbrew sugestiom Ministra Zdrowia w Informacji nie sformułowano żadnej krytycznej, oceny odnoszącej się realizowanego procesu legislacyjnego.

badan: tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego, medycyna nuklearna oraz diagnostyka molekularna. Niezbędna jest przede wszystkim weryfikacja informacji dotyczących liczby łóżek, sprzętu medycznego oraz specjalistów.

⁵ Druga ekspertyza *Wykorzystanie regionalnych map potrzeb zdrowotnych z zakresu kardiologii przy planowaniu rozwoju systemu ochrony zdrowia w województwie*, przygotowana również na zlecenie Ministerstwa Zdrowia we wrześniu 2016 r., zalecała w mapach potrzeb zdrowotnych rozszerzenie informacji o dostęp do ośrodków prowadzących rehabilitację kardiologiczną. Zdaniem eksperta, w kolejnej edycji map, należy uzupełnić dane dotyczące czasu oczekiwania na wizytę u kardiologa oraz na badania diagnostyczne i procedury zabiegowe, a także wybrane wskaźniki efektywności opieki kardiologicznej.

⁶ Dla każdej grupy roboczej (dla grupy chorób) zakładano wybór eksperta głównego, epidemiologa/eksperta ds. zdrowia publicznego oraz po dwóch ekspertów pomocniczych.