

Zasady funkcjonowania i obowiązujące procedury

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

MARIA M. GOSTYŃSKA

Zasady funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zostały zmienione od marca 2011 r. Zlikwidowano rejonizację, dzięki czemu pacjenci zyskali możliwość korzystania z pomocy medycznej w dowolnym punkcie udzielającym tych świadczeń. Wprowadzone zmiany uwidoczniły jednak nieprawidłowości: część świadczeniodawców nie zapewniła odpowiedniej dla danego obszaru zabezpieczenia liczby dyżurujących zespołów lekarsko-pielęgniarskich, zbyt mała była liczba lekarzy niektórych specjalności, znacznie wydłużył się też czas oczekiwania na wizytę domową.

System nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej daje pacjentom możliwość uzyskania pomocy doraźnej w godzinach nocnych oraz w dni świąteczne¹ w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, które nie jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego².

NIK podjęła kontrolę dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

(dalej: „NiŚOZ”) w związku z wynikami kontroli funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego³. W toku kontroli zbadano, czy istnieją bariery ograniczające ko rzystanie z tego rodzaju świadczeń, czy świadczenia są udzielane z zachowaniem obowiązujących procedur i czy pacjenci są odpowiednio poinformowani o możliwości skorzystania z takiej formy pomocy lekarskiej.

¹ W dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego.

² Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym; DzU 2013.757 j.t. ze zm.).

³ Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, wrzesień 2012 r., nr ewid. 149/2012/P11094/KZD. Wyniki kontroli wykazały, że znaczna część pacjentów, którzy zgłaszali się do szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) działających w strukturze szpitali lub wzywali zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) nie znajdowała się w stanie zagrożenia zdrowotnego (a więc osoby te nie kwalifikowały się do udzielenia im świadczeń ratowniczych). Skala tego zjawiska była bardzo duża; w SOR, w skrajnych przypadkach, obejmowała nawet 80% wszystkich zgłaszających się pacjentów, a w odniesieniu do ZRM – 30%. Osobom tym powinny być udzielone świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych lub nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.



Zasady funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zostały zmienione od 1 marca 2011 r.⁴, w celu ułatwienia dostępu do niej przez zniesienie rejonizacji dla pacjentów i tym samym umożliwienie korzystania z pomocy medycznej w dowolnym punkcie udzielania tych świadczeń⁵. Z ustaleń kontroli wynika jednak, że nie wszystkie osoby ubezpieczone miały zapewnione w tym zakresie jednakowe możliwości. Istotne dysproporcje w gęstości zaludnienia w poszczególnych województwach uniemożliwiły ustalenie obszarów zabezpieczenia⁶ tak, aby wszyscy mieszkańcy danego województwa mieli jednakową odległość do miejsca udzielania świadczeń NiŚOZ i aby zbliżona liczba mieszkańców przypadała na jeden zespół dyżurujący (zespół lekarsko-pielęgniarski) udzielający tych świadczeń⁷.

Dostępność do NiŚOZ ograniczało również niezapewnienie przez niektóre podmioty lecznicze gotowości do jej świadczenia przez wymaganą liczbę zespołów dyżurujących w miejscu udzielania pomocy medycznej lub w ogóle nieutworzenie takich zespołów. W tych wypadkach

realizację świadczeń zapewniali lekarze pracujący jednocześnie w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, przy czym nie byli oni zgłoszeni w umowach z oddziałami wojewódzkimi NFZ, mimo że było to warunkiem udzielania przez nich świadczeń NiŚOZ.

Kolejną przyczyną ograniczenia dostępności był krótszy od wymaganego czas trwania dyżurów (nawet o dwie godziny), pełnienie dyżurów w domu „pod telefonem”, jak również długi czas oczekiwania pacjentów na wizyty domowe (w skrajnym przypadku nawet 12 godzin).

W ocenie NIK, także niektóre specjalizacje lekarzy nie są bezpośrednio przydatne przy udzielaniu świadczeń tego rodzaju opieki zdrowotnej (np. medycyna nuklearna, psychiatria, dermatologia czy wenerologia). Równocześnie brakowało odpowiedniej liczby pediatrów, mimo że znaczny odsetek pacjentów NiŚOZ stanowiły dzieci.

Wyniki kontroli wskazały, że znaczna część świadczeniodawców nie spełniała dodatkowych wymagań, podnoszących standard usług zdrowotnych, które nie

⁴ Zmiany w organizacji udzielania i finansowania świadczeń NiŚOZ nastąpiły w związku ze zmianą stanu prawnego, tj. wejściem w życie ustawy zmieniającej z 29.10.2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (art. 3 ust. 2 – DzU nr 225, poz. 1465).

⁵ Przed 1.03.2011 r. deklaracja pacjenta dotycząca wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wiązała go również w zakresie świadczeń nocnej pomocy lekarskiej (NPL – tak wówczas nazywano udzielanie świadczeń poza godzinami pracy POZ). Pacjent był przypisany obligatoryjnie do jednego miejsca udzielania świadczeń.

⁶ Obszar zabezpieczenia – wyznaczany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ spójny terytorialnie obszar (powiat, powiaty, gmina, gminy, dzielnica, dzielnice lub inaczej precyzyjnie określone obszary), którego określenie uzależnione jest od konieczności właściwego zabezpieczenia świadczeń ze względu na wielkość populacji nim objętej, jak i warunki geograficzno-terytorialne danego obszaru.

⁷ Liczba zespołów dyżurujących wynika z wielkości populacji zamieszkałej w poszczególnych obszarach zabezpieczenia (§ 8 ust. 1 zarządzenia nr 85 Prezesa NFZ z 23.12.2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ nr 85/2010”).

były wprawdzie bezwzględnie wymagane przez oddziały wojewódzkie NFZ (dalej: „OWNFZ”), ale ich zadeklarowanie podnosiło ocenę punktową oferty i ułatwiało uzyskanie kontraktu. Sytuacja ta dotyczyła na przykład niezapewnienia, mimo zgłoszenia w ofercie, diagnostyki laboratoryjnej i rtg, dodatkowego zespołu dyżurującego lub dodatkowego lekarza ponad minimalną obsadę wymaganą dla danego obszaru zabezpieczenia.

Zapewniono natomiast, w większości kontrolowanych podmiotów leczniczych, warunki wykonywania świadczeń NiŚOZ zgodne z ofertą w zakresie wymagań lokalowych oraz wyposażenia w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, a także informację dla pacjentów o miejscu i czasie udzielania tych świadczeń.

Stwierdzone nieprawidłowości, wpływające na dostępność świadczeń NiŚOZ, były następstwem niesprawowania przez OWNFZ (poza pojedynczymi przypadkami) nadzoru i kontroli nad funkcjonowaniem NiŚOZ po 1 marca 2011 r., to jest po wprowadzeniu zmian organizacyjnych w systemie udzielania pomocy doraźnej w godzinach nocnych oraz w dni wolne od pracy. Trzeba też zwrócić uwagę na to, że większość organów samorządu terytorialnego w znikomym stopniu angażowała się w tworzenie warunków do prawidłowego funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Podmioty udzielające świadczeń NiŚOZ

Miejsca, w których świadczona była NiŚOZ usytuowane były w przychodniach, szpitalach oraz stacjach pogotowia ratunkowego⁸ i pod względem komunikacyjnym ich lokalizacja nie stanowiła bariery dla pacjentów. Niektórzy potrzebujący pomocy mieli jednak problem z dotarciem do nich w godzinach nocnych, ze względu na brak komunikacji publicznej w tym czasie.

Część podmiotów (30%) w ogóle nie informowała pacjentów o zasadach organizacji i warunkach funkcjonowania NiŚOZ lub ograniczała się do umieszczenia stosownej informacji wewnątrz budynku lub na drzwiach gabinetu lekarskiego.

Na przykład, w jednym z podmiotów leczniczych jedynie przy wejściu na oddział dziecięcy szpitala umieszczona była informacja, że w godzinach nocnych i w dni świąteczne udziela się w trybie ambulatoryjnym pomocy dzieciom w nagłych i zagrożających życiu zachorowaniach, ale czas oczekiwania może się przeciągnąć nawet do kilku godzin, ponieważ pediatrzy pełnią jednocześnie dyżur w oddziale dziecięcym.

Większość świadczeniodawców (80%) stworzyła warunki zgodne z ofertą w części dotyczącej wymagań lokalowych oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Jednak nie we wszystkich placówkach

⁸ Na podstawie informacji uzyskanych z centrali NFZ, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Według stanu na 1.03.2011 r., najwięcej miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ zlokalizowanych było w pomieszczeniach świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (215) oraz w szpitalach posiadających SOR lub izbę przyjęć (217). Według stanu na 30.09.2013 r., liczba miejsc udzielania tych świadczeń w wymienionych obiektach wzrosła odpowiednio do 230 i 260.



został wydzielony osobny gabinet lekarski i zabiegowy, mimo że warunkiem koniecznym jest posiadanie takich pomieszczeń⁹.

Niektórzy świadczeniodawcy nie zapewnili gotowości do udzielania NiŚOZ w miejscu świadczenia pomocy medycznej przez wymaganą dla danego obszaru zabezpieczenia liczbę zespołów lekarsko-pielęgniarskich¹⁰. Było to niezgodne z postanowieniami umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ, jak również ograniczało dostęp do świadczeń, gdyż wydłużał się czas oczekiwania pacjenta na uzyskanie porady lekarskiej.

Jeden ze świadczeniodawców zobowiązany był zapewnić gotowość trzech zespołów dyżurujących oraz jednego lekarza dodatkowo, to jest ponad minimalną obsadę wymaganą na jego obszarze (co zadeklarował w ofercie), a w rzeczywistości dyżurowało tylko dwóch lekarzy (w tym jeden przyjmował pacjentów w trybie ambulatoryjnym, a drugi pozostawał w gotowości do wyjazdu „na wezwanie”), natomiast dwóch pozostałych pełniło dyżur

„pod telefonem” (w okresie objętym kontrolą nie było przypadku wezwania ich w celu udzielenia świadczeń NiŚOZ).

W niektórych podmiotach leczniczych w ogóle nie utworzono zespołów dyżurujących, zaś NiŚOZ zapewniały osoby wykonujące w tym samym czasie inne rodzaje świadczeń, a ponadto nie były one zgłoszone do OOWNFZ¹¹. Wyjaśniano to trudnościami z pozyskaniem odpowiedniej kadry. Część podmiotów (20%) nie przestrzegała obowiązujących godzin funkcjonowania NiŚOZ¹² (od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego)¹³, co ograniczało dostęp do świadczeń.

Liczba porad udzielonych na każdym dyżurze przez jeden zespół dyżurujący¹⁴, a tym samym w ciągu miesiąca, była znacznie zróżnicowana¹⁵. O ile jednak świadczeniodawca nie miał wpływu na wielkość populacji zamieszkałej na danym obszarze zabezpieczenia i na liczbę zgłaszających się

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (DzU nr 139, poz. 1139 ze zm.).

¹⁰ Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 zarządzenia nr 85/2010 Prezesa NFZ.

¹¹ Było to niezgodne z postanowieniami § 7 i § 8 ust. 1 zarządzenia nr 85/2010 Prezesa NFZ.

¹² Stanowiło to naruszenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – zał. nr 5, cz. 1, pkt 2 (DzU z 2009 r., nr 139, poz. 1139); zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych” oraz § 2 ust. 1 pkt 2 zarządzenia nr 85/2010 Prezesa NFZ.

¹³ W miesiącu są średnio 23 dyżury nocne, co stanowi 322 godziny (dyżur nocny trwa od 18.00 do 8.00, tj. 14 godz. razy 23 dyżury, czyli łącznie 322 godziny) oraz 4 weekendy, co stanowi 192 godziny (tj. 8 dni, w których dyżur trwa 24 godziny, co stanowi 192 godziny); łącznie zespół lekarsko-pielęgniarski dyżuruje w ciągu miesiąca przez 514 godzin.

¹⁴ W dalszej części, gdy będzie mowa o liczbie porad udzielonych przez jednego lekarza na dyżurze – należy przez to rozumieć liczbę porad udzielonych przez zespół dyżurujący, niezależnie od tego, ilu lekarzy dyżurowało (zmieniało się) w ramach tego jednego zespołu w czasie pełnionego dyżuru.

¹⁵ W okresie objętym kontrolą miesięczna liczba porad lekarskich udzielonych przez jeden zespół dyżurujący wynosiła średnio od 177 do 581. Natomiast liczba porad lekarskich udzielonych w domu pacjenta „na wezwanie” stanowiła miesięcznie od 3,5% do 35,4% wszystkich porad udzielonych w danym miesiącu, w tym liczba wezwań do dzieci w wieku do 14 lat wynosiła od 1% do 18,9%.

pacjentów, to jednak sposób organizacji udzielania świadczeń miał istotny wpływ na ich wykonanie, na obciążenie pracą każdego z lekarzy, a przez to na dostęp społeczeństwa do pomocy lekarskiej.

W ramach NiŚOZ przyjęcia w trybie ambulatoryjnym stanowiły od 80% do 95% wszystkich porad. W dni powszednie zgłaszało się ogółem od 4 do 20 pacjentów, a w dni wolne od pracy – od 30 do 200. Udział pomocy lekarskiej w trybie wyjazdowym („na wezwanie”) wahał się od 5% do 20%; niektórzy spośród kontrolowanych zatrudniali do tego celu podwykonawców.

W jednym z podmiotów leczniczych w analizowanych miesiącach okresu objętego kontrolą¹⁶ liczba porad udzielonych średnio miesięcznie przez jednego lekarza wynosiła 580, w tym średnio 36 odbyło się „na wezwanie” w domu pacjenta. Po poradę lekarską w ramach NiŚOZ w dni powszednie zgłaszało się do jednego lekarza od 6 do 12 pacjentów, a w soboty, niedziele i inne dni wolne od pracy – od 32 do 47.

Czas oczekiwania na poradę lekarską w domu „na wezwanie” wynosił niejednokrotnie ponad dwie godziny, a w skrajnym przypadku nawet 12 godzin.

Świadczeniodawcy tłumaczyli, że zgłoszenie wizyty domowej w ramach NiŚOZ nie ma charakteru priorytetowego, w przeciwieństwie do obowiązującego w systemie ratownictwa medycznego. Według nich, w „większości przypadków” wyjazd na wezwanie następuje w czasie maksymalnie do dwóch godzin od zgłoszenia. Stwierdzono w toku kontroli, że niektóre z tych „opóźnionych” wyjazdów dotyczyły osób starszych (tj. w wieku 70-87 lat)¹⁷.

Liczba świadczeń udzielonych przez pielęgniarki w ramach NiŚOZ była również zróżnicowana, w zależności od wielkości populacji na danym obszarze zabezpieczenia, liczby zgłaszających się pacjentów, liczby dyżurujących pielęgniarek, ale także od sposobu organizacji pracy. Trzeba też zwrócić uwagę, że świadczenia pielęgniarskie, mimo iż udzielane były w ramach NiŚOZ, w rzeczywistości dotyczyły głównie kontynuacji leczenia w ramach POZ (np. iniekcje, stałe zlecenia zmiany opatrunków). Doraźne wezwania w sytuacjach nagłych były sporadyczne.

Wyniki kontroli wskazały, że dodatkowe wymagania dotyczące udzielania świadczeń NiŚOZ, które nie były wprawdzie bezwzględnie konieczne, ale podnosiły

¹⁶ W 2011 r. – kwiecień, sierpień i grudzień; w 2012 r. – styczeń, czerwiec, wrzesień i grudzień; w 2013 r. – styczeń, marzec i maj.

¹⁷ W marcu 2013 r. u jednego ze świadczeniodawców 13 porad lekarskich „na wezwanie” (20,3%) – spośród 64 – udzielonych zostało po ponad dwóch godzinach od zgłoszenia, w tym 4 – po ponad 3 godzinach i po 1 – po ponad 4, 10 i 12 godzinach. Na przykład, 4 marca (poniedziałek) przyjęto zgłoszenie od pacjenta w wieku 87 lat z powodu gorączki i kaszlu o godz. 18.50, a wyjazd nastąpił o godz. 22; chory został skierowany do SOR (w tym dniu, w czasie dyżuru, dwóch lekarzy udzieliło dwóch porad „na wezwanie” i 26 świadczeń w trybie ambulatoryjnym). Z kolei 30 marca (sobota) przyjęto wezwanie o godz. 11, a wyjazd nastąpił o 21.45, tj. po ponad 10 godzinach. Powodem wezwania było osłabienie chorego w wieku 78 lat; lekarz stwierdził niedokrwistość i skierował chorego do SOR. W tym samym dniu przyjęto zgłoszenie o godz. 9 od pacjenta w wieku 80 lat z powodu osłabienia, a wyjazd nastąpił o godz. 21.45, tj. po ponad 12 godzinach (tego dnia, w czasie dyżuru, dwóch lekarzy udzieliło łącznie 106 porad w trybie ambulatoryjnym i 5 – „na wezwanie”). W przypadku 6 wezwań nie podano w ewidencji zgłoszeń godziny wezwania lub godziny wyjazdu i powrotu od pacjenta.



standard usług zadeklarowanych przez świadczeniodawców w ofercie, wzmacniały ocenę punktową oferty, co ułatwiało uzyskanie kontraktu. Ustalono, że zgłoszenia tego rodzaju nie opierały się jednak na rzetelnej analizie faktycznych możliwości wykonawczych i ocenie opłacalności. W efekcie nie były one w ogóle spełnione lub tylko w niewielkim zakresie. Dotyczyło to, na przykład, zapewnienia diagnostyki laboratoryjnej i/lub rtg, transportu sanitarnego i/lub samochodu osobowego będącego w gotowości do użycia, świadczenia NiŚOZ przez co najmniej jeden dodatkowy zespół dyżurujący lub dodatkowego lekarza ponad minimalną obsadę lekarską wymaganą dla danego obszaru zabezpieczenia.

W większości podmiotów leczniczych (60%) w ogóle nie wykonywano badań laboratoryjnych i rtg pacjentom korzystającym z NiŚOZ¹⁸. Lekarze na ogół nie widzieli potrzeby kierowania na te badania, niekiedy tłumaczono to koniecznością długiego oczekiwania na wynik.

Jeden ze świadczeniodawców brak dostępu do diagnostyki laboratoryjnej i rtg tłumaczył brakiem ekonomicznego uzasadnienia dla utrzymania w gotowości tych pracowni (mimo że dyrektor OOWNFZ nie wyraziła zgody na wykreślenie z zawartej umowy zapisu zobowiązującego świadczeniodawcę do zapewnienia tej diagnostyki¹⁹).

Przystępując do konkursów na zawarcie umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ, zainteresowane placówki deklarowały zatrudnienie lekarzy mających odpowiednie kwalifikacje i specjalizację w określonej dziedzinie medycyny, gwarantujące gotowość do wykonywania tych świadczeń. W okresie objętym kontrolą niektórzy świadczeniodawcy zawarli aneksy do umów dotyczące głównie zasobów kadrowych (tj. zmian personalnych i liczby lekarzy), przez co nastąpiły zmiany w deklarowanych specjalizacjach lekarzy. Niektóre specjalizacje budziły wątpliwości co do ich bezpośredniej przydatności w NiŚOZ (np. radiologia, dermatologia i wenerologia, medycyna nuklearna, rehabilitacja lecznicza, medycyna morska i tropikalna).

Na etapie konkursu ofert jeden ze świadczeniodawców deklarował zatrudnienie 12 lekarzy, ale do czerwca 2013 r. przez aneksy do umowy z NFZ zgłosił tylko dziewięciu, w tym sześciu będących w trakcie specjalizacji, m.in. z radiologii, psychiatrii, dermatologii, otolaryngologii.

Liczba pediatrów i lekarzy odbywających specjalizację w tej dziedzinie, udzielających świadczeń NiŚOZ, była z reguły za mała w stosunku do faktycznych potrzeb. W efekcie dyżurowali oni tylko w określonych godzinach i dniach, głównie w soboty, niedziele oraz inne dni wolne od pracy. Niektórzy świadczeniodawcy w ogóle nie zatrudniali lekarzy tej specjalności.

¹⁸ Według informacji uzyskanych z centrali NFZ, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Spośród 454 świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ od 1.03.2011 r., 308 (67,8%) zadeklarowało dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, a 293 (64,5%) do diagnostyki rtg. Natomiast według stanu na 30.09.2013 r., spośród 463 świadczeniodawców również 308 (66,5%) zadeklarowało dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, a 323 (69,8%) diagnostykę rtg.

¹⁹ Zgodnie z art. 158 ust.1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty.

W jednej z placówek NiŚOZ dyżur pediatryczny pełniony był tylko w soboty, niedziele i inne dni wolne od pracy w godzinach od 7.00 do 19.00, a w pozostałe dni, tj. na dyżurach od poniedziałku do piątku, pediatrzy nie świadczyli NiŚOZ. Z kolei w innej placówce dyżur pediatryczny w ramach NiŚOZ pełnili lekarze z oddziału dziecięcego szpitala (wchodzącego w skład samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej), którzy równocześnie dyżurowali na tym oddziale i najpierw zajmowali się dziećmi hospitalizowanymi, a dopiero potem dziećmi oczekującymi na poradę w ramach NiŚOZ (skutkiem czego czas oczekiwania wydłużał się niekiedy nawet do kilku godzin).

Oddziały wojewódzkie NFZ

Oddziały wojewódzkie NFZ, po wprowadzeniu od 1 marca 2011 r. zmian organizacyjnych w systemie udzielania świadczeń NiŚOZ, podjęły działania zapewniające dostęp do tych świadczeń wszystkim uprawnionym osobom mieszkającym w danym województwie.

Województwa podzielone zostały przez dyrektorów OOWNFZ na tak zwane obszary zabezpieczenia²⁰. Przy wyznaczaniu tych

obszarów przyjęto założenie utrzymania ich zgodności z podziałem administracyjnym województwa, a jedynie duże (pod względem liczby mieszkańców czy powierzchni) powiaty podzielono na mniejsze części (gminy, grupy gmin). W miastach granice obszarów zabezpieczenia przebiegały z zachowaniem granic dzielnic. Wielkość populacji w obszarach zabezpieczenia wynikała ze specyfiki demograficznej i geograficznej województwa²¹.

Obszary zabezpieczenia podzielono²² na kategorie: do 50 tys. osób, do 100 tys. osób, do 150 tys. osób i powyżej 150 tys.²³ Jednak faktyczna liczebność populacji zamieszkałej na ustalonych obszarach zabezpieczenia zaliczonych do tej samej kategorii była bardzo zróżnicowana²⁴.

Na przykład, w jednym z województw dziewięć obszarów przyporządkowanych zostało do niższej kategorii, mimo że wielkość populacji na tych obszarach przekraczała określone granice od 1,9% do 20%.

Podstawowym wskaźnikiem dostępności świadczeń NiŚOZ było zapewnienie co najmniej jednego zespołu lekarsko-pielęgniarskiego na każde rozpoczęte 50 tys. osób zamieszkałych na danym obszarze zabezpieczenia. Jednak w przypadku

²⁰ Na podstawie zarządzenie Prezesa NFZ nr 85/2010/DSOZ.

²¹ Źródłem stanowiącym podstawę do jej określenia były – zgodnie z § 6 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010 – dane o liczbie ludności według Głównego Urzędu Statystycznego.

²² Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010.

²³ Według informacji uzyskanych z centrali NFZ, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, na terenie kraju – według stanu na 1.03.2011 r. – funkcjonowało 499 obszarów zabezpieczenia (w tym 167 w kategorii do 50 tys. mieszkańców, 236 – w kategorii do 100 tys. mieszkańców, 68 – w kategorii do 150 tys. mieszkańców i 28 – w kategorii ponad 150 tys. mieszkańców). Natomiast według stanu na 30.09.2013 r., liczba obszarów wzrosła do 505 (według wyżej wymienionych kategorii – odpowiednio – 183, 227, 69 i 26).

²⁴ W skrajnych przypadkach wynosiła: na obszarach do 50 tys. mieszkańców – od 7,7 tys. do 55,5 tys. osób, na obszarach do 100 tys. mieszkańców – od 49,3 tys. do 108 tys. osób, na obszarach do 150 tys. mieszkańców – od 102 tys. do 161,2 tys. osób, a na obszarach powyżej 150 tys. mieszkańców – od 146,3 tys. do 351,7 tys. osób.



przyporządkowania obszaru zabezpieczenia do niższej kategorii, niż wskazywałyby na to faktyczna liczba mieszkańców, gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ zapewniana była przez mniejszą od wymaganej liczbę zespołów dyżurujących²⁵.

Na każdym obszarze zabezpieczenia świadczeniodawca miał obowiązek zorganizowania jednego miejsca udzielania świadczeń, ale na obszarach powyżej 50 tys. mieszkańców możliwe było zorganizowanie dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (poza miejscem wskazanym w postępowaniu konkursowym) w celu zwiększenia dostępności do świadczeń²⁶.

Oddziały wojewódzkie NFZ informowały społeczeństwo o zasadach funkcjonowania NiŚOZ przez publikacje zamieszczane w środkach masowego przekazu i na stronach internetowych (ogłaszały aktualizowane wykazy świadczeniodawców, komunikaty dotyczące obowiązujących od 1 marca 2011 r. zasad udzielania świadczeń NiŚOZ, w tym informacje o braku rejonizacji, a także o konieczności wywieszenia przez świadczeniodawców list wszystkich placówek wykonujących te świadczenia).

Trzeba zwrócić uwagę na to, że jednostki samorządu terytorialnego (dalej: „JST”) jako gospodarze danego obszaru, a często również organy założycielskie podmiotów leczniczych, powinny mieć wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej na „swoim” terenie²⁷. Jednak niektóre z nich nie współpracowały z OOWNFZ w tym zakresie i nie podejmowały działań w celu zapewnienia mieszkańcom świadczeń NiŚOZ, podając, że nie było takiej konieczności (rozwiązania przyjęte przez poszczególne OOWNFZ były dla nich satysfakcjonujące). Część JST nie posiadała nawet informacji na jakich zasadach, w jakich miejscach i/lub przez którego świadczeniodawcę mieszkańcy mają zapewnioną nocną i świąteczną opiekę zdrowotną.

Finansowanie świadczeń

Świadczenia NiŚOZ finansowane były w formie ryczałtu miesięcznego, to jest kwoty przeznaczonej na zapewnienie gotowości do ich udzielania przez co najmniej jeden zespół dyżurujący (czyli jednego lekarza i jedną pielęgniarkę) na każde rozpoczęte 50 tys. osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia²⁸.

²⁵ Dyrektorzy OOWNFZ wyjaśniali, że na ogół liczba osób uprawnionych do świadczeń jest nieco mniejsza niż wskazują dane GUS (np. nieubezpieczeni, czasowa emigracja zarobkowa), a koszt jednego dodatkowego zespołu to ok. 600 tys. zł rocznie.

²⁶ Według stanu na 1.03.2011 r., w całym kraju istniały 542 miejsca udzielania świadczeń NiŚOZ. Udzielało ich 454 świadczeniodawców wyłonionych w trybie konkursu ofert lub rokowań, którzy utworzyli 1076 zespołów lekarsko-pielęgniarskich (w tym 107 tzw. dodatkowych, utworzonych przez niektórych świadczeniodawców w celu większej dostępności świadczeń), oraz dodatkowo zatrudnionych w tym celu 86 lekarzy i 100 pielęgniarek. Według stanu na 30.09.2013 r., świadczeń NiŚOZ udzielało 463 świadczeniodawców (o 9 więcej), którzy utworzyli 1092 zespoły dyżurujące (w tym 127 „dodatkowych”) oraz zatrudnili dodatkowo 63 lekarzy i 101 pielęgniarek.

²⁷ Art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (DzU z 2013 r., poz. 595); art. 7 ustawy z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (DzU z 2013 r., poz. 594); art. 7 i 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

²⁸ Wysokość ryczałtu zależy od liczby populacji, która jest objęta opieką na danym obszarze zabezpieczenia, co wskazuje treść § 2 ust. 1 pkt 6 zarządzenia nr 85/2010 Prezesa NFZ zmienionego zarządzeniem

Kwoty ryczałtów ustalane były w zależności od kategorii obszaru zabezpieczenia (ale niezależnie od liczby udzielonych porad lekarskich): Wysokość stawek ryczałtowych dla obszarów o określonej populacji²⁹ zaproponował prezes NFZ, ale ostateczną ich wysokość ustaliły OWNFZ w postępowaniu konkursowym mającym na celu wyłonienie świadczeniodawców NiŚOZ (o zawarciu umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ ubiegały się z reguły te placówki, które udzielały tych świadczeń przed 1 marca 2011 r.). Niektórzy dyrektorzy OWNFZ, ustalając stawki, brali pod uwagę faktyczną wielkość populacji na danym obszarze³⁰.

Na wysokość ryczałtów wpływ miały także negocjacje cenowe z oferentami, w trakcie których proponowali oni kwoty niższe od „pełnego ryczałtu”. OWNFZ przeprowadzały negocjacje ze wszystkimi

oferentami wówczas, gdy w konkursach na udzielanie świadczeń NiŚOZ na poszczególnych obszarach zabezpieczenia uczestniczyło co najmniej dwóch oferentów. Skutkowało one obniżeniem stawek ryczałtów na tych obszarach w stosunku do wysokości zaplanowanej przez OWNFZ. Prowadziło to niejednokrotnie do powstania sytuacji, że w ramach tej samej kategorii obszarów zabezpieczenia stawki za udzielanie świadczeń na obszarach o większej populacji były niższe od stawek na obszarach gdzie populacja była mniejsza³¹.

Przekazywane do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przez świadczeniodawców informacje o udzielonych świadczeniach NiŚOZ nie miały wpływu na wypłatę ryczałtu miesięcznego. W informacjach tych nie wykazywano jednak (nie było takiego obowiązku) wykonanych badań diagnostycznych

nr 10/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 28.02.2011 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej: „Ryczałt miesięczny jest przypisany do obszaru zabezpieczenia, na który została zawarta umowa, bez względu na liczbę dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów zorganizowanych poza miejscem udzielania świadczeń, o którym mowa w § 3 ust. 4 (tak określony ryczałt nie podlega podziałowi na dodatkowe miejsca)”.

²⁹ Na spotkaniu z dyrektorami OWNFZ, 11.01.2011 r., prezes NFZ zaproponował następujące stawki ryczałtów na obszarach: do 50 tys. mieszkańców – 56 tys. zł; do 100 tys. osób – 106,4 tys. zł; do 150 tys. osób – 156,8 tys. zł; powyżej 150 tys. osób – 201,2 tys. zł.

³⁰ Wysokość stawek ryczałtowych na obszarach zaliczonych do tej samej kategorii wynosiła (na 1.03.2011 r.): od 13,4 tys. zł do 68,7 tys. zł dla obszaru do 50 tys. mieszkańców; od 59,2 tys. zł do 149,8 tys. zł dla obszaru do 100 tys. mieszkańców; od 115,9 tys. zł do 229,5 tys. zł dla obszaru do 150 tys. mieszkańców; od 171,4 tys. zł do 232,9 tys. zł (1 przypadek 404,5 tys. zł) dla obszaru powyżej 150 tys. mieszkańców. Na 30.09.2013 r. stawki te w odniesieniu do kategorii obszarów wynosiły odpowiednio: od 26,7 tys. zł do 84,1 tys. zł; od 64,0 tys. zł do 146,8 tys. zł; od 114,5 tys. zł do 290,7 tys. zł i od 165,8 tys. zł do 290,4 tys. zł.

³¹ Na przykład, na terenie jednego z OWNFZ – w wyniku negocjacji – na obszarze zabezpieczenia o populacji 89,7 tys. mieszkańców świadczeniodawca otrzymywał ryczałt w wysokości 104,7 tys. zł, a na trzech obszarach o mniejszej populacji (od 78,4 tys. do 88,2 tys. osób) świadczenia udzielane były za wyższe kwoty ryczałtu (od 107 tys. zł do 112,8 tys. zł); na obszarze o populacji 137,6 tys. osób – stawka ryczałtu wynosiła 168 tys. zł, a na dwóch obszarach o mniejszej populacji (133,2 tys. osób i 134 tys. osób) świadczenia udzielane były za wyższe stawki ryczałtowe (odpowiednio – 169,9 tys. zł i 170,3 tys. zł); na obszarze o populacji 78,7 tys. osób stawka ryczałtu wynosiła 85 tys. zł, a na 11 obszarach o mniejszej populacji (od 61,6 tys. do 77,1 tys. osób) świadczenia udzielane były za wyższe stawki ryczałtu (od 93,5 tys. zł do 106,2 tys. zł).



rtg i laboratoryjnych, przez co oddziały nie miały możliwości monitorowania, czy warunki deklarowane w ofercie (dodatkowo punktowane i często decydujące o jej wyborze) są dotrzymane.

Nadzór nad funkcjonowaniem NiŚOZ

Żaden OOWNFZ nie planował i nie prowadził w badanym okresie systemowych kontroli świadczeniodawców NiŚOZ (o których mowa w ustawie o świadczeniach)³². Niektóre oddziały nie przeprowadzały także kontroli doraźnych (na podstawie uprawnień wynikających z zarządzenia Prezesa NFZ)³³.

W ocenie NIK, w związku z wprowadzeniem od 1 marca 2011 r. nowych zasad organizacji i funkcjonowania NiŚOZ, należało sprawdzić, jak te zasady przyjęły się w praktyce³⁴.

Wszystkie oddziały NFZ przeprowadziły natomiast, w marcu 2013 r., wizytacje świadczeniodawców na polecenie Prezesa NFZ³⁵.

Nieprawidłowości stwierdzone podczas tych wizytacji i kontroli doraźnych dotyczyły najczęściej:

- braku wymaganej liczby zespołów żurujących zapewniających gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ;
- braku dostępu do diagnostyki laboratoryjnej i/lub rtg (mimo takiego zapewnienia w ofercie konkursowej);
- nieinformowania oddziałów wojewódzkich NFZ o zmianach personelu udzielającego świadczeń NiŚOZ;
- rozbieżności (pomiędzy raportem statystycznym a dokumentacją medyczną) w wykazywanych numerach prawa wykonywania zawodu lekarzy, którzy udzielili świadczeń;
- rozbieżności pomiędzy liczbą godzin pracy personelu wykazywaną przez świadczeniodawców w sprawozdaniach i w „Harmonogramie – zasoby”;
- krótszego czasu udzielania świadczeń NiŚOZ (np. w godzinach 18.00-7.00 lub 19.00-7.00 zamiast 18.00-8.00);
- niedokumentowania porad udzielonych telefonicznie;
- prowadzenia dokumentacji medycznej niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w tym zakresie³⁶.

W okresie objętym kontrolą do OOWNFZ wpływała niewielka liczba skarg od

³² Por. art. 64 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.).

³³ Zgodnie z § 8 ust. 3 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z 13.05.2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli – decyzję o przeprowadzeniu kontroli doraźnej podejmuje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ z własnej inicjatywy lub na zlecenie Prezesa NFZ.

³⁴ Według informacji uzyskanych z centrali NFZ, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, w okresie od 1.03.2011 r. do 30.09.2013 r. OOWNFZ przeprowadziły łącznie tylko 21 kontroli planowych w zakresie organizacji i funkcjonowania NiŚOZ, 152 kontrole doraźne oraz 171 wizytacji (w tym w 2013 r. – 120 wizytacji odbyło się na polecenie Prezesa NFZ).

³⁵ Pismo Prezesa NFZ z 5.03.2013 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU z 2010 r., nr 252, poz. 1697 ze zm.).

pacjentów na funkcjonowanie NiŚOZ (przeważnie od 2 do 10)³⁷. Skargi dotyczyły głównie: odmowy udzielenia świadczenia lekarskiego, odmowy przyjazdu do pacjenta na wezwanie, niewłaściwej (zdaniem skarżącego) diagnozy lekarskiej, wypisania recepty nierefundowanej, niewypisania zwolnienia lekarskiego.

Badanie ankietowe pacjentów

Oddziały wojewódzkie NFZ nie prowadziły badań ankietowych pacjentów korzystających ze świadczeń NiŚOZ, mimo uprawnień wynikających z art. 192a ustawy o świadczeniach zdrowotnych, ponieważ zdaniem ich dyrektorów, nie było przesłanek uzasadniających podjęcie takich działań. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła zatem ankietę wśród pacjentów, którzy w dniu ankietowania skorzystali ze świadczeń NiŚOZ (łącznie 401 osób) oraz wśród pacjentów oczekujących w tym dniu na udzielenie świadczenia POZ (łącznie 1062 osoby)³⁸. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że prawie wszyscy (96,2%) wiedzieli, gdzie w najbliższej okolicy można skorzystać z NiŚOZ, a 83,7% spośród nich wiedziało nawet, jak nazywa się świadczeniodawca. Znaczna część ankietowanych (69,2%) stwierdziła też, że placówki te są dobrze skomunikowane z otoczeniem

pod względem połączeń zarówno w święta, jak i w godzinach nocnych, jak też z miejscem ich zamieszkania.

Schorzenia, z powodu których pacjenci zgłosili się w ramach NiŚOZ, dla 78,7% z nich było zdarzeniem nagłym. Natomiast u pozostałych osób (21,3%) dolegliwości trwały już od pewnego czasu (u 15,1% – powyżej tygodnia). Świadczy to, że prawie co piąty pacjent powinien wcześniej zgłosić się po poradę lekarską w ramach dziennej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Prawie co czwarty pacjent³⁹ zgłaszał wizytę domową jako świadczenie NiŚOZ (24,8% ankietowanych), ale w 19,9% tych przypadków świadczeniodawca odmówił przyjęcia zgłoszenia. Przyczyną odmowy były: nieuzasadnione – zdaniem osoby przyjmującej zgłoszenie – wezwanie (34,5%), duża liczba pacjentów oczekujących w poczekalni na poradę lekarską (27,6%), brak transportu dla lekarza (13,8%) lub inne powody (24,1%). Tylko nieliczni (2,9%) spośród tej grupy ankietowanych (665 osób) złożyli skargę do kierownika przychodni lub OWNFZ na nieudzielenie porady w ramach NiŚOZ lub odmowę przyjęcia zgłoszenia na wizytę domową. Tylko 60% tych skarg zostało rozpatrzonych i osobie skarżącej przekazano informacje o podjętych działaniach.

³⁷ Według informacji uzyskanych z centrali NFZ, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, w badanym okresie do OWNFZ wpłynęło łącznie 377 skarg na organizację i funkcjonowanie NiŚOZ (w tym 118 – w 2011 r., 125 – w 2012 r. i 134 – w 2013 r.), ale w odniesieniu do poszczególnych oddziałów – były to pojedyncze skargi (w 2011 r. i 2012 r. – od 0 do 22 skarg, a w 2013 r. – od 1 do 20) i stanowiły znikomą ilość w porównaniu z liczbą świadczeń udzielonych pacjentom.

³⁸ To jest pacjentów znajdujących się na liście aktywnej osób objętych podstawową opieką zdrowotną przez kontrolowaną placówkę. Wśród nich byli zarówno pacjenci, którym już udzielono po 1 marca 2011 r. świadczeń w ramach NiŚOZ, jak i osoby, które jeszcze nie korzystały z tego rodzaju usług po tej dacie.

³⁹ Spośród 665 osób, które skorzystały ze świadczeń NiŚOZ przed dniem ankietowania.



Wykonywanie świadczeń ambulatoryjnych przez szpitale

NIK wystąpiła do 345 szpitali⁴⁰ (wśród których 222 było świadczeniodawcami NiŚOZ, a 215 miało w swojej strukturze szpitalny oddział ratunkowy – SOR)⁴¹ z prośbą o podanie wybranych informacji o świadczeniach zdrowotnych wykonanych w trybie ambulatoryjnym⁴².

Z otrzymanych odpowiedzi wynika, że jeśli w szpitalu funkcjonuje tylko NiŚOZ (nie ma SOR), to po świadczenie zdrowotne zgłasza się o ponad 30% mniej pacjentów⁴³ niż w sytuacji, gdy w szpitalu istnieje również SOR⁴⁴. Natomiast gdy w szpitalu działa tylko SOR⁴⁵ (nie ma NiŚOZ), to do SOR zgłasza się o ponad 70% więcej pacjentów, niż wówczas, gdy w szpitalu funkcjonuje również NiŚOZ⁴⁶.

Wnioski z kontroli

Wprowadzone od marca 2011 r. zmiany w organizacji i funkcjonowaniu NiŚOZ uwidoczniły nieprawidłowości, na które

składały się głównie niezapewnienie przez część świadczeniodawców stosownej dla danego obszaru zabezpieczenia liczby dyżurujących zespołów lekarsko-pielęgniarskich i znacznie wydłużony czas oczekiwania na wizytę domową. Wskazuje to na konieczność wzmocnienia nadzoru NFZ nad wykonywaniem tego rodzaju świadczeń. Jednocześnie nadzór i kontrola funkcjonowania świadczeniodawców powinny mieć charakter systemowy, a nie koncentrować się na jednorazowych, doraźnych akcjach w związku z medialnymi sygnałami o nieprawidłowościach.

Problem wykonywania badań dodatkowych (diagnostyki laboratoryjnej i rtg) w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej powinien zostać poddany wnikliwej analizie merytorycznej przez nadzór wojewódzki i krajowy, a także płatnika, w celu wypracowania jednolitych standardów postępowania.

Znaczne różnice w liczbie pacjentów zgłaszających się po świadczenie w ramach NiŚOZ w dni powszednie i w dni

⁴⁰ Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK (DzU z 2012 r., poz. 82 ze zm.).

⁴¹ W 92 szpitalach, spośród 345 ankietowanych przez NIK, funkcjonowały równocześnie NiŚOZ i SOR (odpowiedzi udzieliły 82 szpitale, przekazując informacje, o które zwracała się NIK zarówno w odniesieniu do NiŚOZ, jak i SOR).

⁴² Odpowiedzi udzieliło 321 szpitali (93%) – w tym 207, które są świadczeniodawcami NiŚOZ oraz 195, które posiadają SOR. Dla celów kontrolnych analizowano natężenie zgłaszania się pacjentów w ramach NiŚOZ i do SOR tylko w dni świąteczne, ponieważ są one porównywalne jeśli idzie o czas trwania dyżurów (24 godziny).

⁴³ Jeżeli w szpitalu nie było SOR, to po świadczenie NiŚOZ w dni świąteczne zgłaszało się dziennie średnio 54 pacjentów (średnio 2,25 osób w ciągu godziny) i na dalsze leczenie do izby przyjęć (lub SOR w innym szpitalu) kierowano średnio 4 pacjentów.

⁴⁴ Gdy w szpitalu funkcjonował również SOR, to do NiŚOZ zgłaszało się dziennie średnio 80 pacjentów (o 48% więcej), tj. średnio 3,3 osoby na godzinę, i do SOR kierowano średnio 5 osób.

⁴⁵ Jeżeli w szpitalu funkcjonował tylko SOR (nie było NiŚOZ), to po pomoc doraźną zgłaszało się w dni świąteczne dziennie średnio 74 pacjentów (średnio 3,1 osób na godzinę), a wypisywano z tego oddziału 46 osób, co stanowiło 62,1% pacjentów, którzy zgłosili się tego dnia do SOR.

⁴⁶ Jeżeli w szpitalu równocześnie funkcjonował NiŚOZ, to do SOR zgłaszało się średnio dziennie 43 pacjentów (1,8 osób na godzinę), tj. o 42% mniej, a z SOR wypisywano średnio dziennie 26 osób (o 43,5% mniej), co stanowiło 59,6% wszystkich pacjentów, którzy zgłosili się tego dnia do SOR.

wolne od pracy⁴⁷ wskazują, że liczba dyżurujących zespołów w dni powszednie była zbyt duża w stosunku do faktycznych potrzeb, a w dni wolne niekiedy okazywała się niewystarczająca. NFZ powinien w związku z tym rozważyć zróżnicowanie wymagań w odniesieniu do liczby zespołów dyżurujących w tych okresach.

NFZ powinien również udoskonalić system ryczałtowego wynagradzania świadczeniodawców tak, aby w większym stopniu uwzględniał on uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne na poszczególnych obszarach zabezpieczenia oraz pozwalał na optymalizację kosztów funkcjonowania NiŚOZ, bez naruszania obowiązujących przepisów. Dotychczas niektóre OOWNFZ różnicowały stawki ryczałtowe dla danej kategorii obszaru zabezpieczenia w zależności od liczby mieszkańców, a inne stosowały jednolite stawki bez względu na ich liczbę. Przeprowadzona w trakcie kontroli analiza średniej miesięcznej liczby porad na jednego lekarza wykazała, na niektórych obszarach zabezpieczenia, że liczba udzielonych porad nie zawsze jest proporcjonalna do wielkości populacji.

Dyrektorzy niektórych OOWNFZ przyporządkowywali wybrane obszary zabezpieczenia do niższej kategorii, niż wskazywałyby na to faktyczna liczba mieszkańców. Gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ zapewniana była wówczas przez mniejszą od wymaganej przepisami liczbę

zespołów dyżurujących. Postępowano tak w celu ograniczenia kosztów, gdy liczba mieszkańców niewiele przekraczała wielkość wymaganą dla danego obszaru.

Wyniki kontroli wskazują, że dobrym rozwiązaniem może być zorganizowanie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w tym samym szpitalu, w którym funkcjonuje SOR. Ułatwia to kierowanie do NiŚOZ pacjentów, którzy nie kwalifikują się do udzielenia świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej. Analizy dowiodły, że szpitale udzielające tego rodzaju świadczeń mają więcej pacjentów, gdy funkcjonuje w nich również SOR.

Z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej powinny korzystać pacjenci w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub nagłego zachorowania⁴⁸. Z badań ankietowych osób, które korzystały z tego rodzaju świadczeń wynika jednak, że część z nich (21,3%) zgłosiła się z przyczyn niezwiązanych ze zdarzeniem nagłym, dolegliwości trwały niekiedy powyżej tygodnia i mogły być leczone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w trakcie zwykłego dnia roboczego. Stan ten może wskazywać na niewystarczającą dostępność świadczeń udzielanych w ramach POZ⁴⁹.

MARIA M. GOSTYŃSKA
Departament Zdrowia NIK

⁴⁷ W dni powszednie po świadczenie zdrowotne zgłaszało się – w zależności od wielkości obszaru zabezpieczenia – przeważnie od 4 do 20 osób, a w dni wolne – od 30 do nawet 200 osób.

⁴⁸ To znaczy, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy.

⁴⁹ Artykuł opracowany na podstawie: *Informacji o wynikach kontroli dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*, marzec 2014 r., nr ewid. 1/2014/P13129/KZD (kontrolą objęto lata 2011–2013).