



KZD.430.002.2017

Nr ewid. 43/2017/P/16/057/KZD

Informacja o wynikach kontroli

PRZYGOTOWANIE I WDROŻENIE PAKIETU ONKOLOGICZNEGO

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

Dyrektor Departamentu Zdrowia:

Piotr Wasilewski



Akceptuję:

Mieczysław Łuczak



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 01.06.2017 r.

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

www.nik.gov.pl

WPROWADZENIE	8
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	10
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	12
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	12
2.2. Synteza wyników kontroli.....	13
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	19
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	22
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	22
3.2. Istotne ustalenia kontroli	33
3.2.1. Opracowanie i przygotowanie pakietu onkologicznego	33
3.2.1.1. Ministerstwo Zdrowia.....	33
3.2.1.2. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	36
3.2.2. Wdrożenie i realizacja pakietu onkologicznego	39
3.2.2.1. Zasady finansowania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego oraz ich wpływ na sytuację finansową świadczeniodawców	39
3.2.2.2. Dostęp do świadczeń i kompleksowość ich udzielania w ramach pakietu onkologicznego.....	44
3.2.2.3. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w ramach pakietu.....	49
3.2.2.4. Obsługa Kart DiLO	55
3.2.2.5. Wybrane zagadnienia związane z jakością udzielanych świadczeń onkologicznych.....	59
3.2.2.6. Profilaktyka onkologiczna realizowana w podstawowej opiece zdrowotnej.....	66
3.2.3. Monitorowanie i ewaluacja wdrażania pakietu onkologicznego.....	70
3.2.3.1. Ministerstwo Zdrowia.....	70
3.2.3.2. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	73
3.2.3.3. Systemy informacyjne wykorzystywane w onkologii.....	79
4. INFORMACJE DODATKOWE	85
4.1. Przygotowanie kontroli	85
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	85
4.3. Finansowe rezultaty kontroli	88
5. ZAŁĄCZNIKI	89

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
ASDK	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, wykonywane u świadczeniobiorców, którym świadczenia udzielane są w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ¹ , państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do zadań Agencji należy m.in. wydawanie rekomendacji w sprawie: kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej, a także od 1 stycznia 2015 r. ustalanie taryfy świadczeń;
AP-DiLO	System Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, aplikacja NFZ używana do obsługi Kart DiLO;
AP-KOLCE	aplikacja Kolejki Centralne uruchomiona przez NFZ, przeznaczona dla świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia, w tym na świadczenia udzielane na podstawie Karty DiLO;
Decyzja diagnostyczna	ustalenie rozpoznania na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego, określonego zgodnie z klasyfikacją ICD-10 ² ;
Decyzja terapeutyczna	ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy: określenie procedury medycznej według klasyfikacji ICD-9, zalecenia, wskazówki, instrukcje udzielone świadczeniobiorcy, wystawienie recepty, a także określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia, w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ³ ;
Diagnostyczny pakiet onkologiczny	zestaw finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, w szczególności spośród wskazanych w załączniku nr 5c do zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna ⁴ , które powinny być wykonane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami klinicznymi, w celu przeprowadzenia wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
Diagnostyka onkologiczna	diagnostyka mająca na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej;

¹ Do 31 grudnia 2014 r. funkcjonowała pod nazwą: Agencja Oceny Technologii Medycznych. Szerzej nt. AOTMiT: art. 31m i 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).

² § 2 ust. 1 pkt 4 zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.).

³ § 2 ust. 1 pkt 5 zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie AOS (ze zm.).

⁴ Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 109, ze zm. Od 1 lipca 2016 r. obowiązuje zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 62, ze zm.).

ICD-9-CM	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych, bazuje na Dziewiątej Rewizji Międzynarodowej Listy Chorób. Klasyfikacja ta wykorzystywana jest przez zakłady opieki zdrowotnej, aby ułatwić i uporządkować wykonywanie procedur zabiegowych, diagnostycznych i leczniczych, a także rozliczanie ich z Narodowym Funduszem Zdrowia. Kody składają się z 3–4 znaków, z czego dwa pierwsze są nagłówkami grupy kodów, a trzeci i czwarty są uszczegółowieniem;
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta, wprowadzona przez WHO, aby ujednolicić rozpoznawanie chorób i schorzeń. Wykorzystywana jest m.in. w celach statystycznych, badaniu wskaźników umieralności i chorobowości w stosunku do różnych czynników;
Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (Karta DiLO)	dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ma na celu ułatwienie pacjentowi z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą poruszanie się w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej – pełni rolę skierowania. Karta daje możliwość zapisu na odrębną listę oczekujących, dedykowaną pacjentom oczekującym na diagnostykę onkologiczną. Jest własnością pacjenta i dokumentuje cały proces jego diagnostyki oraz leczenia, aż do momentu powrotu do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po jego zakończeniu;
Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych w leczeniu szpitalnym	zapewnienie możliwości udzielania świadczeń zabiegowych, chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej - w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia oraz trybie ambulatoryjnym, wymaganych art. § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ⁵ ;
Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej	możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, obejmująca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji;
Konsylium	wyodrębniony wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny planujący proces leczenia onkologicznego ⁶ . Do głównych zadań konsylium należy: ustalenie rodzajów terapii, które będą stosowane i kwalifikacja pacjenta do leczenia: zabiegowego, chemioterapii, radioterapii i/lub innych metod (immunoterapia, hormonoterapia), ustalenie harmonogramu leczenia, wskazanie koordynatora leczenia. Decyzje Konsylium powinny uwzględniać standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego rekomendowane przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny;
Koordynator leczenia onkologicznego	do jego zadań należy udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia (określonego przez konsylium) oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem ⁷ . Wspiera pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie, oraz pomaga mu komunikować się z lekarzami. Jego głównym zadaniem jest zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta;
Koszty świadczeń	koszty świadczeń poniesione przez NFZ, zgodnie z planem finansowym;
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów, działający w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów przy Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie;

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

⁶ § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

⁷ § 4a ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Nowotwór złośliwy	zmiana powstała z komórek o niskim zróżnicowaniu (niedojrzałych) znacznie odbiegających w budowie od prawidłowych tkanek. Przyczyną powstawania nowotworów jest uszkodzenie mechanizmów kontrolujących proliferację (rozwrost) komórek na poziomie genetycznym i molekularnym. Nowotwór charakteryzuje się szybkim wzrostem, atypią. Rozprzestrzenia się przez naciekanie, wrastanie w okoliczne tkanki, upośledzając ich funkcję. Komórki nowotworowe przenoszą się z krwią i limfą w odległe miejsca organizmu tworząc nowe ogniska (przerzuty). Stadia rozwoju nowotworu i jego przenoszenie się do odległych tkanek stanowią w rozpoznaniu podstawę określania stopnia zaawansowania rozwoju nowotworu;
Oddział, OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
POZ	podstawowa opieka zdrowotna. Są to w szczególności świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane w warunkach ambulatoryjnych;
Pakiet onkologiczny	akty prawne wprowadzające szybką terapię onkologiczną. W ramach pakietu onkologicznego powstała odrębna kategoria pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii;
Pogłębiona diagnostyka onkologiczna	świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego, wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, u którego potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego, mające na celu szczegółowe zróżnicowanie (zgodnie z klasyfikacją kliniczną i patologiczną), w szczególności typu histopatologicznego nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego, w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia ⁸ ;
Porada lekarska	świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 części I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ⁹ , wydanego na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w ww. zarządzeniu, obejmujące: badanie przedmiotowe, lub badanie podmiotowe, lub świadczenia zabiegowe, lub badania diagnostyczne niezbędne dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia, lub ordynację leków;
Porada początkowa	pierwsza porada, rozpoczynająca proces diagnostyczno-terapeutyczny w ramach wstępnej diagnostyki onkologicznej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, lub u pacjenta pierwszorazowego, która nie jest wskazywana do rozliczenia, a jej data sprawozdawana jest w raporcie statystycznym dla świadczeń skojarzonych z zakresu diagnostyki onkologicznej lub świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych ¹⁰ ;
Profilaktyka zdrowotna	to zorganizowana działalność ukierunkowana na podejmowanie wszelkich czynności zapobiegających zjawiskom i czynnikom szkodliwym dla zdrowia człowieka; działania w tym obszarze dotyczą rozpoznawania, diagnozowania i ograniczania warunków sprzyjających chorobom, wypadkom, urazom, zatruciom i przestępstwom ¹¹ ;

⁸ § 2 ust. 1 pkt 17 zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie AOS (ze zm.).

⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 86.

¹⁰ § 2 ust. 1 pkt 18 zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie AOS (ze zm.).

¹¹ Za M. D. Głowacka, J. Zdanowska „Zdrowie publiczne w Polsce”.

Stawka kapitacyjna	jednostka rozliczeniowa stosowana w rozliczeniach pomiędzy NFZ, a świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej ¹² ;
SZP	leczenie szpitalne;
Szybka terapia onkologiczna (szybka ścieżka onkologiczna)	rozwiązanie organizacyjne, mające na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia. Jest ona przeznaczona dla wszystkich pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy;
System jednorodnych grup pacjentów w leczeniu szpitalnym (JGP)	kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. Grupa JGP to jedna z kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami. Zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, zawiera szczególności: rozpoznania według klasyfikacji ICD-10, procedury medyczne według klasyfikacji ICD-9, wiek pacjenta, czas pobytu;
Świadczenie gwarantowane	świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹³ ;
Świadczenie specjalistyczne	świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej ¹⁴ ;
Świadczenie zdrowotne	działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania ¹⁵ ;
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
Wstępna diagnostyka onkologiczna	świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego odpowiadającego wstępnemu rozpoznaniu, wykonywane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, mające na celu wykluczenie albo potwierdzenie lub istotne uprawdopodobnienie nowotworu złośliwego. Za istotne uprawdopodobnienie uznaje się przypadki, gdy w danym nowotworze nie wykonuje się badania histopatologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przed zabiegiem operacyjnym, lub przypadki, gdy w danym nowotworze za jednoznaczne potwierdzenie nowotworu złośliwego wystarczające jest wykonanie co najmniej badania obrazowego oraz badania cytologicznego lub poziomu hormonu, lub markera nowotworowego ¹⁶ ;
Zdrowie (def. wg WHO)	to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby, czy niedomagania.

¹² Patrz § 17 ust. 1 Załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, od dnia 1 stycznia 2016 r. § 17 ust. 1 Załącznika Nr 1 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹³ Art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

¹⁴ Art. 5 pkt 36 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

¹⁵ Art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

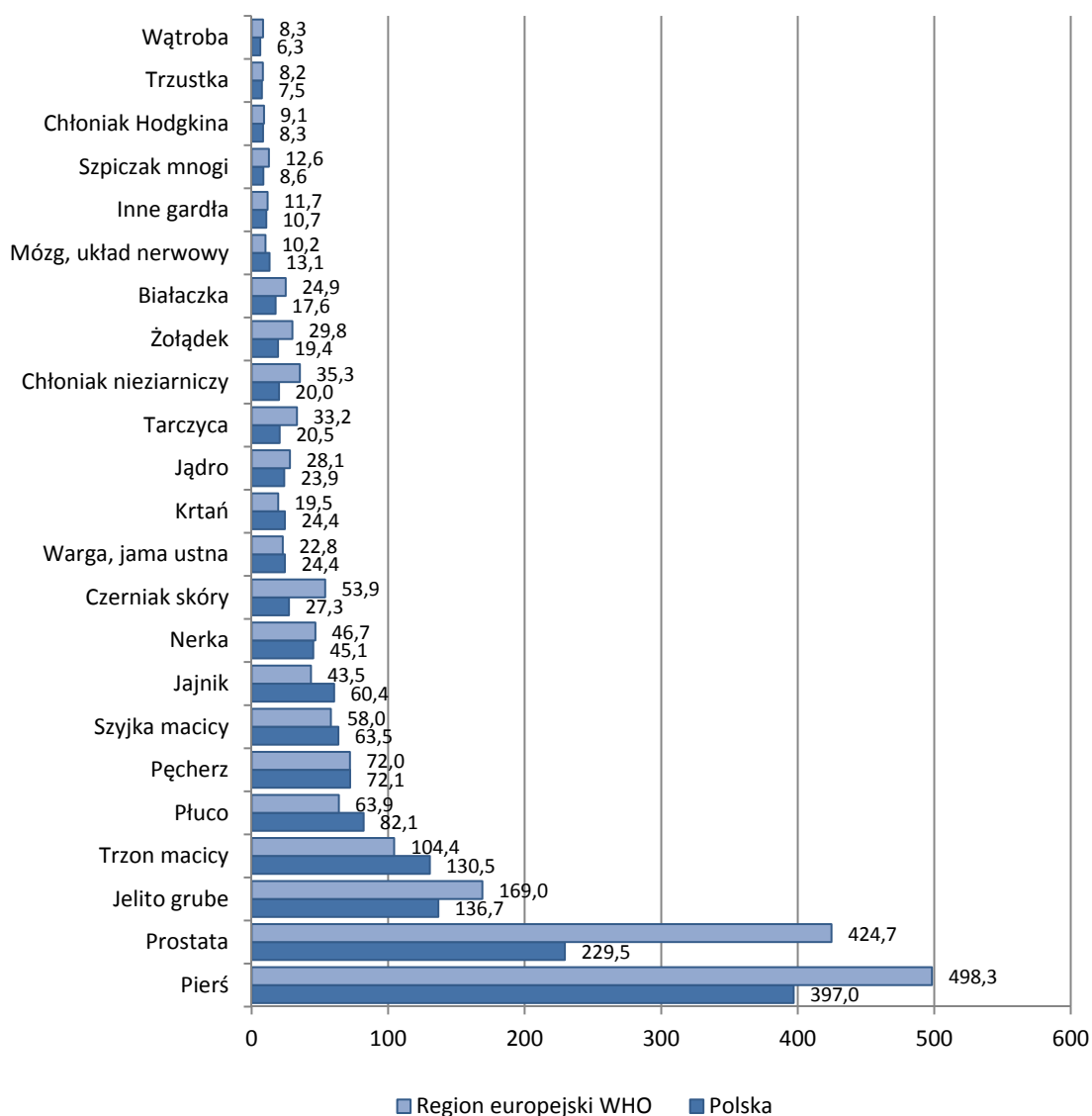
¹⁶ § 2 ust. 1 pkt 16 zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie AOS (ze zm.).

Nowotwory złośliwe stanowią drugą, najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce, a przeżywalność pacjentów onkologicznych jest uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu złośliwego w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe kształtuje się na poziomie 156,5 tysięcy rocznie, a około 94,1 tysięcy osób umiera z tego powodu¹⁷.

Analiza wskaźników 5-letnich przeżyć pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową wskazuje, że Polska należy do krajów, których systemy ochrony zdrowia gorzej radzą sobie z pacjentami onkologicznymi niż większość innych krajów europejskich.

Wykres nr 1

Wskaźniki 5-letnich przeżyć pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową w Polsce, w porównaniu do regionu europejskiego WHO (w przeliczeniu na 100 tys. populacji)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).

¹⁷ Dane za 2013 r. Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/>.

W celu poprawy wyników leczenia, m.in. poprzez przyspieszenie procesu diagnozowania choroby nowotworowej, a następnie rozpoczęcia i zapewnienia kompleksowego leczenia, w 2015 r. wprowadzony został tzw. pakiet onkologiczny.

Zgodnie z jego założeniami, w przypadku podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego, lekarz POZ kieruje pacjenta do onkologa lub do innego specjalisty właściwego dla danego umiejscowienia nowotworu (np. pulmonologa). W tym celu wydaje pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (Kartę DiLO), która uprawnia go do uzyskania świadczeń w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Karta DiLO umożliwia zapisanie pacjenta na odrębną listę oczekujących na diagnostykę onkologiczną, a także dokumentuje proces diagnostyki oraz leczenia pacjenta, aż do momentu ponownego przekazania jej do lekarza POZ po zakończeniu terapii.

Lekarz specjalista, uwzględniając informacje zgromadzone przez lekarza POZ, kieruje pacjenta na badania diagnostyczne, które potwierdzą albo wykluczą nowotwór (diagnostyka wstępna).

Pacjent, u którego potwierdzono nowotwór, jest kierowany na pogłębioną diagnostykę, w celu określenia stopnia zaawansowania nowotworu, w tym liczby i miejsc przerzutów oraz zakwalifikowania do leczenia radykalnego. Na podstawie tych danych wielodyscyplinarny zespół (konsylium) podejmuje decyzje terapeutyczne oraz określa plan leczenia onkologicznego.

Tytuł kontroli

Kontrola „Przygotowania i wdrażania pakietu onkologicznego” została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy NIK na 2016 r. Okres objęty kontrolą obejmował lata 2015–2016 oraz okres opracowywania pakietu onkologicznego w 2014 r.

Cel kontroli

Celem kontroli była ocena, czy w wyniku wprowadzenia pakietu onkologicznego poprawiła się skuteczność leczenia onkologicznego, a w szczególności:

- czy doszło do skrócenia czasu oczekiwania na diagnozę i rozpoczęcie terapii onkologicznej?
- czy doszło do poprawy w zakresie kompleksowości udzielanych świadczeń, poprawy koordynacji ich udzielania?
- czy wprowadzenie pakietu onkologicznego miało wpływ na finanse świadczeniodawców oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, a także dostęp do świadczeń dla innych świadczeniobiorców (nieonkologicznych)?

Cele szczegółowe kontroli obejmowały m.in. ocenę:

- 1) w Ministerstwie Zdrowia:
 - procesu opracowywania pakietu onkologicznego, w tym tworzenia podstaw prawnych, określenia zakresu udzielanych świadczeń,
 - monitoringu i ewaluacji doświadczeń związanych z wdrożeniem i realizacją pakietu onkologicznego oraz ich wykorzystania w celu poprawy funkcjonowania pakietu,
- 2) w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:
 - przygotowania do wdrożenia pakietu onkologicznego, w szczególności w zakresie przeprowadzonych analiz, opracowania zarządzeń, określenia zakresu świadczeń i zasad rozliczeń oraz przygotowania systemów informatycznych do wprowadzenia Karty DiLO,
 - kontraktowania i zabezpieczenia dostępu do świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego,
 - mechanizmów monitorowania i ewaluacji wdrożenia pakietu onkologicznego oraz ich wykorzystania w celu poprawy funkcjonowania pakietu,
- 3) u świadczeniodawców:
 - spełniania wymogów realizacji pakietu onkologicznego,
 - realizacji pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym, w tym obsługi Kart DiLO oraz przesyłania informacji do Krajowego Rejestru Nowotworów,
 - dostępu do świadczeń oraz realizacji pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym oraz wpływu pakietu onkologicznego na dostęp do świadczeń dla pozostałych pacjentów,
 - wybranych zagadnień związanych z przestrzeganiem standardów i jakością leczenia onkologicznego w leczeniu szpitalnym,
 - sytuacji finansowej podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne,
 - działań w zakresie profilaktyki i diagnostyki wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych w podstawowej opiece zdrowotnej.

Podstawa prawna przeprowadzenie kontroli

Kontrola została przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁸ oraz w 25 podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 2 ust. 1, 2 lub 3 (w zależności od statusu prawnego podmiotu kontrolowanego) ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli.

Oceny kontrolowanej działalności dokonano pod względem legalności, rzetelności, gospodarności i celowości, w przypadku podmiotów kontrolowanych na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, legalności, rzetelności, gospodarności w przypadku podmiotów kontrolowanych na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK lub legalności i gospodarności, w przypadku podmiotów kontrolowanych na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy o NIK.

Kontrola została przeprowadzona w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim, wielkopolskim.

¹⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Realizacja pakietu onkologicznego skróciła wprawdzie czas oczekiwania na udzielenie świadczenia dla pacjentów z wystawioną kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego, jednakże nie doprowadziła, w badanym okresie, do znaczącej poprawy w obszarach determinujących skuteczność leczenia onkologicznego:

- **wykrycia choroby w możliwie wczesnym jej stadium oraz zapewnienia dostępu do świadczeń w ramach pakietu dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do niego z uwagi na rozpoznanie,**
- **postawienia precyzyjnej diagnozy, a w konsekwencji zastosowania optymalnych procedur terapeutycznych,**
- **kompleksowości i jakości udzielanych świadczeń.**

Kartę DiLO uzyskała tylko część pacjentów, którzy ze względu na rozpoznanie kwalifikowali się do jej otrzymania. Ponadto dostęp do świadczeń w ramach pakietu ograniczał fakt, iż jedynie część podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń onkologicznych, podpisała umowy o ich realizację w ramach pakietu, a spośród nich nie wszystkie faktycznie wykonywały takie umowy¹⁹. Jeszcze niższy odsetek podmiotów realizujących pakiet zapewniał jednoczesny dostęp, w ramach prowadzonej własnej działalności, do badań laboratoryjnych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych²⁰.

Wystawienie Karty DiLO w podstawowej opiece zdrowotnej, nie zawsze było wynikiem przeprowadzenia diagnostyki przez lekarzy POZ. Stwierdzono bowiem zjawisko wystawiania Kart DiLO w POZ także pacjentom już wcześniej zdiagnozowanym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, leczeniu szpitalnym lub prywatnie. Proces diagnostyczny, w ramach pakietu, odbywał się głównie w szpitalu, tj. już po uzyskaniu potwierdzenia choroby nowotworowej, a nie na niższych szczeblach systemu, które zgodnie z założeniami miały zapewnić wykrywanie nowotworów na wczesnym etapie choroby.

Świadczenia udzielane w ramach pakietu wykonywane były szybciej, niż w przypadku świadczeń planowych, na ogół przestrzegano terminów przewidywanych na realizację diagnostyki i leczenia onkologicznego, określonych w przepisach. Jednocześnie stwierdzono, że czas oczekiwania na udzielenie świadczeń innych niż objętych pakietem wydłużył się, w porównaniu do roku poprzedniego, a w przypadku pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego podwoił się.

Podmioty lecznicze udzielały świadczeń o zróżnicowanej jakości. W części skontrolowanych szpitali podejmowano leczenie pacjentów bez przeprowadzania kompletnych badań immunohistochemicznych i molekularnych. W konsekwencji pacjenci byli pozbawieni możliwości uzyskania niektórych dostępnych procedur terapeutycznych, co, jak wynika z informacji przekazanych przez konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej, negatywnie wpływa na skuteczność leczenia, której miernikiem są wartości wskaźnika 5-letnich przeżyć pacjentów.

¹⁹ W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej udział podmiotów wykonujących świadczenia w ramach pakietu spośród wszystkich udzielających świadczeń onkologicznych wyniósł 7,5%, zaś w lecznictwie szpitalnym 35,1%. Udział podmiotów realizujących świadczenia w ramach pakietu zarówno w AOS, jak i w SZP wyniósł 46,9%.

²⁰ 1,89% podmiotów realizujących pakiet w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 27,52% w lecznictwie szpitalnym, 22,33% podmiotów udzielających świadczeń zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym, według stanu na koniec II kwartału 2016 r. W pozostałych podmiotach zapewnienie dostępu do tej diagnostyki było realizowane poprzez zawarcie stosownych umów z podwykonawcami.

Ponadto, negatywny wpływ na jakość udzielanych świadczeń miał fakt, iż mniej niż połowa podmiotów leczniczych zapewniała możliwość przeprowadzania śródoperacyjnego badania patomorfologicznego, umożliwiające m.in. szybkie ustalenie zakresu koniecznej resekcji.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego nie doprowadziło również do istotnego zwiększenia nakładów na leczenie onkologiczne, pomimo zniesienia limitów na świadczenia udzielane w ramach pakietu onkologicznego. Wśród powodów takiego stanu należy wymienić przede wszystkim ograniczenie dostępu do pakietu grupie osób uprawnionych. Wprowadzone regulacje prawne i wynikający z nich schemat postępowania z pacjentem nie przewidywały bowiem szeregu sytuacji klinicznych, co eliminowało tych pacjentów z diagnostyki i leczenia w ramach pakietu. Powodem była także niska wycena pakietów diagnostycznych, która w wielu wypadkach nie pokrywała rzeczywistych kosztów świadczeń, zwłaszcza w skomplikowanych przypadkach. W konsekwencji sytuacja finansowa podmiotów leczniczych udzielających świadczeń onkologicznych nie poprawiła się. Jedną z przyczyn nieosiągnięcia celów zakładanych w pakiecie onkologicznym był sposób wprowadzania zmian oraz niewystarczająca analiza możliwych skutków przyjmowanych rozwiązań. Nie uwzględniono szeregu uwag zgłoszonych do projektu ustawy wprowadzającej pakiet, w tym sformułowanych przez środowiska medyczne i towarzystwa naukowe. Informacje uzyskane w wyniku prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia monitoringu realizacji pakietu potwierdziły zgłaszane obawy i wskazały na nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu, a kolejne działania naprawcze zostały wdrożone w trybie zmian do wydanych rozporządzeń wykonawczych oraz w nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z 9 marca 2017 r.²¹

2.2 Synteza wyników kontroli

1. Dostęp do świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego był ograniczony i terytorialnie zróżnicowany. Spośród 1.935 świadczeniodawców, którzy podpisali w I kw. 2015 r. umowy o udzielanie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego²², w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jedynie 301 faktycznie udzielało świadczeń w ramach pakietu (15,6%). Podobna sytuacja miała miejsce wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń tylko w leczeniu szpitalnym. Spośród 129 takich świadczeniodawców²³, jedynie 64 (49,6%) faktycznie udzielało ich, zaś w grupie podmiotów udzielających w ramach pakietu zarówno świadczeń w AOS i SZP podmiotów takich było 299 na 439²⁴, które zawarły umowę, tj. 68,1%.

W okresie objętym kontrolą dostęp do świadczeń udzielanych w ramach pakietu w AOS pogorszył się. W II kw. 2016 r. liczba podmiotów faktycznie udzielających tych świadczeń, zmniejszyła się, w porównaniu do I kw. 2015 r., o 35,6%, zaś świadczeniodawców, którzy udzielali ich zarówno w AOS jak i w SZP o 5,7%. Nieznacznie wzrósł odsetek podmiotów udzielających świadczeń onkologicznych w ramach pakietu tylko w leczeniu szpitalnym, tj. o 4,7%. [str. 44–46]

Wprowadzając pakiet onkologiczny założono, że w znacznej części podejrzenie nowotworu złośliwego nie potwierdzi się²⁵, jednakże w wielu przypadkach Karty DiLO były wystawiane dopiero po uzyskaniu potwierdzenia nowotworu, na dalszych etapach diagnostyki i leczenia

²¹ Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 759).

²² Łącznie świadczeń onkologicznych tylko w AOS udzielało 2.615 podmiotów.

²³ Łącznie świadczeń onkologicznych tylko w SZP udzielało 195 podmiotów.

²⁴ Łącznie świadczeń onkologicznych zarówno w AOS jak i w SZP udzielało 596 podmiotów.

²⁵ Potwierdzenie miało nastąpić w jednym na 10 przypadków.

onkologicznego. W poszczególnych województwach występowała duża, sięgająca blisko 280%, różnica w liczbie wydawanych Kart DiLO przypadających na 10 tys. mieszkańców.

Odsetek Kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ był zróżnicowany w poszczególnych województwach i wyniósł w okresie objętym kontrolą od 16% w woj. podkarpackim do 55% w woj. pomorskim (w całej Polsce – 33,4%). Ponadto występowała duża różnica w liczbie wydanych Kart DiLO przypadających na 10 tys. mieszkańców. O ile w woj. podlaskim, w latach 2015–2016 r. (I półrocze), wartość tego wskaźnika wynosiła 43,42, to w woj. kujawsko-pomorskim sięgała 120,40, przy średniej krajowej 94,64 oraz przy jednoczesnym braku korelacji tego wskaźnika z wartością wskaźnika zachorowalności na choroby nowotworowe. Powyższe może świadczyć o niepodjęciu skutecznych działań mających na celu zapobieganie lub wczesne wykrycie zmiany nowotworowej oraz o niewykazywaniu przez lekarzy POZ wystarczającej czułości onkologicznej. [str. 46–49, 68]

Ponadto kontrola wykazała przypadki wystawiania Kart DiLO przez lekarzy POZ także pacjentom już wcześniej zdiagnozowanym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w leczeniu szpitalnym, a także w prywatnych gabinetach. [str. 67–68]

2. Część świadczeniodawców nierzetelnie realizowała obowiązki wynikające z pakietu onkologicznego, dotyczące m.in. zapewnienia terminowości, koordynacji leczenia onkologicznego i dokumentowania poszczególnych etapów procesu leczniczego. W szczególności:

- w 1% skontrolowanych Kart DiLO skład konsylium był niezgodny z § 4a ust. 1 pkt 2 w związku z pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego;
- w 18% skontrolowanych Kart DiLO nie odnotowano informacji o wyznaczeniu koordynatora, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. c ww. rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego;
- 64% zamkniętych Kart DiLO nie zostało przekazanych lekarzom POZ²⁶, choć zobowiązywał do tego art. 32b ust. 3 ustawy o świadczeniach;
- w 25% zbadanych Kartach DiLO nie wskazano numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego, przekazanej do KRN, do czego zobowiązywał art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach.

W 9,0% w 2015 r. oraz w 17,4% w 2016 r. analizowanych przypadków²⁷ etap diagnostyki wstępnej zakończono po upływie odpowiednio 35 i 28 dni od daty zapisu na listę oczekujących lub od udzielenia pierwszej porady, a w 7,9% analizowanych przypadków etap diagnostyki pogłębionej zakończono po upływie 28 dni, co naruszało § 15 ust. 11–12 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. [str. 55–59, 76]

Ponadto w przypadku 26% kontrolowanych świadczeniodawców (5 z 19) z opóźnieniem wprowadzono procedurę leczenia bólu, o której mowa w § 5a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Dwóch świadczeniodawców²⁸ wprowadziło procedury dotyczące jedynie leczenia bólu pooperacyjnego, a u jednego świadczeniodawcy²⁹ takich procedur nie opracowano. [str. 59]

²⁶ Odnosnie 23% zamkniętych kart DiLO (72 kart) nie było informacji, czy zostały one przekazane do lekarza POZ.

²⁷ Dane z AP-DiLO dla kart wystawionych przez lekarzy POZ, stan na dzień 28 listopada 2016 r.

²⁸ Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

²⁹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego Ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku.

3. Wprowadzenie pakietu onkologicznego skróciło wprawdzie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w przypadku zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe w porównaniu do pozostałych pacjentów przyjmowanych w trybie planowym, lecz nie wszyscy pacjenci kwalifikujący się do pakietu uzyskali świadczenia w jego ramach. W 2015 r. pacjentów, którzy nie uzyskali świadczeń w ramach pakietu było 105,9 tys., zaś do 31 maja 2016 r. – 44,3 tys., natomiast pacjentów, którym nie wystawiono Karty DiLO odpowiednio 51,8 tys. i 21,7 tys.³⁰. Formalnie zostali oni pozbawieni możliwości szybkiego wykonania badań diagnostycznych i podobnie, jak pozostali pacjenci, musieli czekać w kolejkach osób oczekujących na udzielenie świadczenia. Zjawisko to potwierdzają również analizy NFZ. [str. 46, 76]

Krótszy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń pacjentom w ramach pakietu onkologicznego, w porównaniu do pozostałych pacjentów uzyskujących je w trybie planowym, dotyczył wszystkich 33 analizowanych poradni i pracowni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz 25 analizowanych oddziałów szpitalnych. [str. 49–52]

W trzech podmiotach leczniczych (na 19 skontrolowanych) stwierdzono nieprawidłowości dotyczące nierzetelnego prowadzenia odrębnych list oczekujących na świadczenia w ramach pakietu onkologicznego, czym naruszono art. 20 ust. 12 i 13 ustawy o świadczeniach, a ponadto w pięciu kontrolowanych podmiotach leczniczych stwierdzono nieprawidłowości polegające na nieprzekazywaniu do NFZ informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co stanowiło naruszenie art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach. W pięciu podmiotach leczniczych stwierdzono nieprawidłowości w zakresie dokonywania okresowej oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, czym naruszono art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. [str. 53–55]

4. Wprowadzenie pakietu onkologicznego **nie doprowadziło do istotnej poprawy kompleksowości i jakości udzielanych świadczeń**. Jedynie 1,89% podmiotów realizujących pakiet w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, zapewniało jednoczesny dostęp w ramach prowadzonej własnej działalności do badań laboratoryjnych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych w ramach własnej działalności³¹. W leczeniu szpitalnym takich podmiotów było 27,52%³². [str. 46]

Ustalenia kontroli wskazują również na zróżnicowaną jakość udzielanych świadczeń przez poszczególne podmioty lecznicze. W pięciu, spośród kontrolowanych 19 szpitali, świadczeniodawcy udzielający świadczeń onkologicznych nie przeprowadzali wszystkich niezbędnych badań diagnostycznych (patomorfologicznych) umożliwiających postawienie precyzyjnej diagnozy i zakwalifikowanie do zastosowania tzw. terapii spersonalizowanej, realizowanej m.in. w ramach tzw. programów lekowych. W konsekwencji pacjenci byli pozbawieni możliwości zastosowania części dostępnych procedur terapeutycznych, co negatywnie wpływa na skuteczność leczenia. [str. 59–62]

³⁰ Analiza Ministerstwa Zdrowia, dotycząca umów typu 03 Leczenie szpitalne.

³¹ Dotyczy podmiotów udzielających świadczeń tylko w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; według stanu na koniec II kwartału 2016 r.

³² Dotyczy podmiotów udzielających świadczeń tylko w leczeniu szpitalnym; według stanu na koniec II kwartału 2016 r. Wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym było ich 22,33%. W pozostałych podmiotach leczniczych dostęp do badań diagnostycznych został zapewniony przez podwykonawców.

Czynnikiem pogarszającym jakość udzielanych świadczeń był brak doświadczenia w wykonywaniu niektórych zabiegów w mniejszych podmiotach leczniczych, co skutkowało zwiększoną, niekiedy blisko dwukrotnie, śmiertelnością pooperacyjną pacjentów.

Na jakość udzielanych świadczeń negatywny wpływ miał fakt, iż jedynie część podmiotów wykonujących onkologiczne zabiegi operacyjne, w ramach pakietu onkologicznego, zapewniało możliwość przeprowadzania śródoperacyjnego badania patomorfologicznego, co wpływało m.in. na zakres resekcji stwierdzonych zmian nowotworowych. Mniej niż połowa świadczeniodawców (46,5%) posiadało taką możliwość. W ocenie NIK, dysponowanie przez podmioty lecznicze, wykonujące operacyjne zabiegi onkologiczne, możliwością wykonywania śródoperacyjnego badania patomorfologicznego pozwoliłoby na ustalenie, czy w linii cięcia znajdują się komórki nowotworowe, a w konsekwencji przyczyniłoby się do ograniczenia liczby powtórnych operacji.

[str. 62–63]

5. Wprowadzenie pakietu onkologicznego i zniesienie limitów na te świadczenia nie doprowadziło do istotnego zwiększenia nakładów na leczenie onkologiczne. W 2015 r. były one jedynie o 3,26% wyższe niż w roku poprzednim, w tym środki obejmujące rozpoznania pakietowe były wyższe jedynie o 3,72% i, co należy podkreślić, nastąpiło to przy dynamice wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem w wysokości blisko dwukrotnie wyższej, tj. 6,97%³³.

[str. 39–40]

6. W 2015 r., jedynie 10,9% wartości świadczeń udzielonych pacjentom kwalifikującym się, z uwagi na rozpoznanie, do pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zostało rozliczonych w jego ramach, zaś 89,1% na dotychczasowych zasadach, tj. w ramach umów objętych limitami. W okresie od stycznia do sierpnia 2016 r. wartość świadczeń rozliczanych w ramach pakietu w AOS nie zmieniła się istotnie i wyniosła 14,0%. W leczeniu szpitalnym udział świadczeń udzielonych pacjentom kwalifikującym się do pakietu, którzy zostali rozliczeni przez Fundusz na nowych zasadach wyniósł 25,3% w 2015 r., a w 2016 r. 29,0%. Przyczyną tego był między innymi fakt, iż pakiet nie przewidywał szeregu sytuacji klinicznych utrudniających rozliczanie świadczeń w ramach pakietu (np. w nowotworach płuca, trzustki czy nerki).

W ocenie NIK szczególnie negatywnie należy ocenić **brak możliwości wystawienia Karty DiLO przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w sytuacji podejrzenia nowotworu złośliwego**, lecz dopiero po jego definitywnym stwierdzeniu, co często wiązało się z wykonaniem biopsji. W takiej sytuacji rozliczanie, w ramach pakietu, było możliwe dopiero na etapie ambulatoryjnej diagnostyki pogłębionej, a nie wstępnej. W konsekwencji pacjenci, kwalifikujący się do pakietu z uwagi na rozpoznanie, pozbawieni zostali możliwości szybkiego wykonania badań diagnostycznych i podobnie, jak pozostali pacjenci musieli czekać w kolejkach osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

[str. 28, 39–41, 67–68, 74–75]

Istotną przyczyną nierozliczania świadczeń wykonanych na rzecz pacjentów kwalifikujących się z uwagi na rozpoznanie do pakietu była również wycena ryczałtów za wykonanie badań w jego ramach, która nie zawsze pokrywała ich koszty. W takich sytuacjach świadczeniodawcy preferowali rozliczanie na dotychczasowych zasadach, tj. w ramach umów objętych limitami.

[str. 41–42, 74–75]

Wyżej opisane zjawiska wskazują, w ocenie NIK, że przyjęte zasady rozliczeń, choć formalnie znosiły limity na świadczenia w wybranych typach nowotworów, w praktyce spełniały podobną do limitów rolę.

³³ Poniesione przez NFZ w 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67.751.200,67 tys. zł, a w 2014 r. 63.338.421,40 tys. zł.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie natomiast ocenia zmianę podejścia do rozliczania świadczeń wprowadzoną pakietem onkologicznym. Był on bowiem próbą uzależnienia płatności nie od samego wykonania procedury medycznej, lecz od uzyskanego efektu, tj. postawienia diagnozy i szybkiego podjęcia leczenia. Dotychczasowe zasady płatności za usługi medyczne (tzw. fee for service) stymulowały do wielokrotnego przyjmowania pacjentów niezależnie od uzyskanych wyników diagnostyki i leczenia. Negatywnie należy natomiast ocenić niekonsekwentne wprowadzenie tej zasady, tj. pozostawienie świadczeniodawcom dowolności rozliczania świadczeń z NFZ. [str. 43]

7. Proces opracowywania projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach i rozporządzeń wykonawczych wprowadzających pakiet onkologiczny nosił znamiona działań mających na celu jedynie spełnienie formalnego wymogu przeprowadzenia konsultacji społecznych. Świadczy o tym krótki okres rozpatrywania zgłoszonych uwag³⁴, a przede wszystkim nieuwzględnienie przez Ministra Zdrowia szeregu istotnych merytorycznie uwag, zgłaszanych na etapie opiniowania projektu ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny, a które uwzględniono już po wdrożeniu pakietu w celu poprawy jego funkcjonowania. W tak istotnej społecznie kwestii, jak dostępność dla obywateli dotkniętych chorobą nowotworową specjalistycznych świadczeń medycznych, Minister Zdrowia winien dołożyć najwyższej staranności w procedowaniu aktu prawnego. W szczególności w sytuacji, gdy w opiniach ekspertów wskazywano m.in. na uprzywilejowanie wybranej grupy pacjentów.

Błędy popełnione w procesie legislacyjnym, na które zwracali uwagę eksperci i podmioty opiniujące, próbowano doraźnie usunąć, m.in. w drodze interpretacji przepisów, już trzy miesiące po wejściu w życie pakietu onkologicznego. W marcu 2015 r., w drodze interpretacji dotychczasowych przepisów, Minister Zdrowia dopuścił możliwość wydawania Karty DiLO przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń z zakresu onkologicznych programów profilaktycznych, zaś w dniu 6 października 2015 r. Minister Zdrowia wydając nowe rozporządzenie w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego³⁵, zmieniając wzór Karty, umożliwił jej wystawianie przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych.

Powyższe było sprzeczne z art. 32a ust. 4 ustawy o świadczeniach, gdyż uprawnienie do wydawania Kart DiLO posiadał tylko lekarz POZ albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, a nie lekarze specjaliści udzielający świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych³⁶. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia³⁷ oraz z art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach (odpowiednio pkt 1–3 i 13), świadczenia z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych są odrębnym

³⁴ Projekt nowelizacji został skierowany do uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji publicznych w dniu 7 kwietnia 2014 r. Termin zgłaszania uwag wyznaczony został na dzień 8 maja 2014 r. dla organizacji społecznych oraz na dzień 23 kwietnia 2014 r. dla podmiotów uczestniczących w konsultacjach międzyresortowych. Projekt nowelizacji ustawy został przyjęty w dniu 10 czerwca 2014 r., a w dniu 18 czerwca 2014 r. został skierowany do Sejmu RP.

³⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 1627.

³⁶ Zgodnie z art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach, program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz.

³⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 1943, ze zm.

rodzajem świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji, Minister Zdrowia wydając ww. rozporządzenie z dnia 6 października 2015 r. naruszył przepis § 115 Zasad techniki prawodawczej zamieszczony w załączniku do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie zasad techniki prawodawczej³⁸ stanowiący, że w rozporządzeniu zamieszcza się tylko przepisy regulujące sprawy przekazane do unormowania w przepisie upoważniającym, tj. w art. 32b ust. 5 ustawy o świadczeniach.

Dopiero projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, skierowany do Sejmu RP w dniu 23 listopada 2016 r.³⁹, zawierał stosowne uprawnienia do wydawania Kart dla lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych, a także uwzględniał m.in. możliwość ich wydawania przez lekarzy specjalistów w AOS w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, o co wnioskowali opiniujący projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach, wprowadzającej pakiet onkologiczny. [str. 31–36]

8. Ministerstwo Zdrowia monitorowało i analizowało przekazywane przez NFZ dane, związane z wdrażaniem i realizacją świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. W lipcu 2015 r. Minister Zdrowia powołał Zespół, którego zdaniem była analiza i przedstawianie propozycji zmian w funkcjonowaniu pakietu onkologicznego oraz opiniowanie propozycji takich zmian wnioskowanych przez środowisko medyczne. Zespół rekomendował m.in.:

- możliwość wydania Karty DiLO przez lekarzy specjalistów w AOS, także w sytuacji podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego,
- uproszczenie Karty DiLO i ograniczenie zakresu zamieszczanych w niej danych,
- wprowadzenie referencyjności ośrodków onkologicznych,
- rozszerzenie pakietu onkologicznego o świadczenia z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej,
- wprowadzenie standardów diagnostycznych w nowotworach złośliwych oraz opracowanie wytycznych dla pacjentów pozostających w obserwacji po zakończeniu leczenia onkologicznego.

Część z tych postulatów została zaakceptowana przez Ministra Zdrowia. [str. 70–73]

Jednocześnie Ministerstwo nie monitorowało wszystkich istotnych ryzyk związanych z realizacją pakietu. Pomimo wskazania, przez podmioty opiniujące projekt ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny, ryzyka polegającego na uprzywilejowanym traktowaniu przez świadczeniodawców pacjentów z nowotworami objętymi pakietem, a w konsekwencji ograniczaniu dostępu do świadczeń dla pozostałych pacjentów, problem ten nie był analizowany. [str. 72]

9. Narodowy Fundusz Zdrowia miał krótki czas na przygotowanie do wprowadzenia pakietu onkologicznego i jego wdrożenie. Zarządzenia Prezesa NFZ, wprowadzające zasady finansowania i sposoby aneksowania umów związanych z realizacją pakietu, zostały podpisane dopiero w grudniu 2014 r., co było spowodowane późnym wydaniem aktów wykonawczych do nowelizacji ustawy o świadczeniach, wprowadzającej pakiet onkologiczny. Ponadto udostępnione rozwiązania informatyczne AP-DiLO, w początkowej fazie obowiązywania pakietu, nie były w pełni funkcjonalne i wymagały wielu modyfikacji. [str. 36–38]

³⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 283.

³⁹ Przedmiotowa ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych została uchwalona w dniu 9 marca 2017 r. (Dz. U. poz. 759).

10. Ponadto NIK zwróciła uwagę na nieuwzględnienie przez NFZ, w rocznych planach kontroli na 2015 i 2016 r., kontroli realizacji szybkiej ścieżki onkologicznej⁴⁰, mimo, że zagadnienia związane z wdrożeniem i realizacją pakietu onkologicznego należały do głównych priorytetów działań Funduszu. Na potrzebę przeprowadzenia takich kontroli wskazywały nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń onkologicznych, wykryte w trakcie postępowań kontrolnych, przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ, dotyczących innych zagadnień. [str. 77]

11. System informacyjny wykorzystywany do obsługi Krajowego Rejestru Nowotworów oraz System Informatyczny NFZ, w tym m.in. System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) nie zapewniały dostępu do spójnych, porównywalnych i kompletnych danych obrazujących realizację profilaktyki i leczenia pacjentów z chorobami onkologicznymi. W szczególności systemy informatyczne NFZ, w tym (SIMP) oraz Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), 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. Raporty podmiotów trzecich 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 KRN⁴¹. Powyższe skutkuje brakiem kompletnych i rzetelnych danych o zachorowaniach na nowotwory złośliwe oraz o skuteczności leczenia, a tym samym uniemożliwia prowadzenie kompleksowych analiz i utrudnia podejmowanie decyzji w zakresie polityki zdrowotnej. [str. 79–84]

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

System diagnozowania i leczenia chorób nowotworowych był rozproszony i nie zapewniał pacjentom kompleksowego leczenia, pomimo próby zmiany tego stanu poprzez wprowadzenie pakietu onkologicznego. Nie zostały w pełni zrealizowane cele wprowadzenia pakietu onkologicznego, określone w uzasadnieniu do nowelizacji ustawy, tj. poprawa wyników leczenia m.in. przez zapewnienie kompleksowego leczenia. Nie zapewniono równego dostępu do świadczeń w ramach pakietu onkologicznego dla wszystkich chorych kwalifikujących się do niego z uwagi na rozpoznanie oraz do kompleksowego leczenia, w tym pełnej diagnostyki, co negatywnie wpływa na jakość udzielanych świadczeń.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę, że wraz z wprowadzeniem przepisów dotyczących szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym, nie zostały zmienione zasady realizacji rehabilitacji dla pacjentów z chorobami nowotworowymi. Oznacza to, iż ta forma

⁴⁰ W tym nieuwzględnienie badania w przeprowadzanych kontrolach zagadnień związanych ze spełniania wymagań określonych w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym obowiązku zapewnienia koordynacji leczenia, a także nieprzeprowadzenie kontroli odnośnie prawidłowości udzielania świadczeń z zakresu brachyterapii, pomimo wykrycia ryzyka nieprawidłowego ich rozliczania przez świadczeniodawców.

⁴¹ Patrz Raport Fundacji My Pacjenci pt. „Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce”, Warszawa, listopad 2016 r.

leczenia odbywa się zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej⁴² i jest finansowana w ramach ogólnych umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację tych umów nie ma wyodrębnionej kwoty na świadczenia dla pacjentów onkologicznych, co nie pozwala na oszacowanie i ocenę, czy zapewniono odpowiednią wysokość środków na ich rehabilitację, a co za tym idzie na utrwalenie pozytywnych skutków leczenia uzyskanych często dużym nakładem kosztów⁴³.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje na potrzebę kompleksowych zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej nad pacjentami z chorobami nowotworowymi, bowiem pakiet onkologiczny, wprowadzający jedynie zmiany w organizacji udzielania świadczeń, był tylko rozwiązaniem fragmentarycznym, zmierzającym do skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń.

W celu poprawy funkcjonowania pakietu onkologicznego w marcu 2017 r. znowelizowano ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym m.in.:

- uproszczono sprawozdawczość w zakresie prowadzenia list oczekujących dla pacjentów z wystawioną Kartą DiLO;
- uproszczono wzór Karty DiLO poprzez skrócenie jej z siedmiu do dwóch stron oraz przyznano uprawnienie do jej wystawienia lekarzowi ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przypadku podejrzenia nowotworu oraz lekarzowi udzielającemu świadczeń w ramach programów zdrowotnych;
- przyznano ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uprawnienia w postaci możliwości ogłaszania zaleceń postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, opracowanych przez towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny;
- wprowadzono mierniki oceny efektywności prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, co powinno przyczynić się do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa świadczeniobiorców.

W celu dalszego zwiększenia skuteczności i kompleksowości udzielania świadczeń onkologicznych w ramach pakietu onkologicznego NIK wnosi o podjęcie działań mających na celu:

- ograniczenie możliwości rozliczania poza pakietem onkologicznym świadczeń udzielanych pacjentom z wystawioną Kartą DiLO;
- zwiększenie odsetka pacjentów onkologicznych z wystawioną Kartą DiLO w celu zapewnienia im dostępu do szybkiej diagnostyki, w szczególności poprzez zwiększenie liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej w ramach pakietu. Pozwoliłoby to na uniknięcie sytuacji, gdy pacjent z podejrzeniem choroby nowotworowej, kwalifikujący się do pakietu onkologicznego, poszukuje świadczeniodawcy mogącego wystawić mu Kartę lub oczekuje na udzielenie świadczenia na równi z innymi pacjentami (nieonkologicznymi).

⁴² Dz. U. poz. 1522, ze zm.

⁴³ Z danych uzyskanych w toku kontroli w Centrali NFZ wynika, że w rehabilitacji leczniczej na leczenie pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym (z grupy C i D wg ICD-10) wydatkowano w 2015 r. 15.862,18 tys. zł, co stanowiło zaledwie 0,72% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (2.203.034,31 tys. zł), a do 31 sierpnia 2016 r. – 9.922,62 tys. zł. Ww. dane mogą nie obejmować wszystkich informacji o udzielonych świadczeniach na rzecz pacjentów, u których rozpoznano nowotwór. Rehabilitacja lecznicza obejmuje leczenie następstw chorób onkologicznych objawiających się różnymi dysfunkcjami lub upośledzeniami narządu ruchu, narządów zmysłów itp. Ponadto w wielu schorzeniach czynny proces nowotworowy jest przeciwskazaniem do szybkiego i wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji, i w takim przypadku jest ona realizowana w odległym czasie.

Ponadto, w ocenie NIK, zasadnym jest wspieranie rozwoju wyspecjalizowanych ośrodków diagnostyki i leczenia onkologicznego (wszechstronnie zorientowanych lub narządowych), dysponujących odpowiednim doświadczeniem, kadrami medycznymi oraz możliwością prowadzenia kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego (we własnym zakresie), wyłonionych z wykorzystaniem map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 9 ustawy o świadczeniach. Stanowiłoby to rzeczywistą zmianę jakościową w systemie opieki nad pacjentem onkologicznym i pozwoliłoby na zwiększenie jakości leczenia, w tym m.in. przez przeprowadzenie wszystkich niezbędnych badań celem wyboru optymalnej terapii, w tym immunohistochemicznych i molekularnych.

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

W „Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024”⁴⁴, wskazano największe słabości dotychczasowego systemu opieki nad pacjentem onkologicznym, m.in. przewlekły i pofragmentowany proces diagnostyczny. Trwa on zbyt długo i jest nieskoordynowany, co skutkuje wykonywaniem niepotrzebnych badań lub nieuzasadnionymi przyjęciami do szpitala.

Regulacje prawne dotyczące pakietu onkologicznego zostały wprowadzone m.in. przez:

- art. 20 ust. 12–14, art. 32a, 32b, 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zapisy te wprowadzono ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁴⁵;
- § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴⁶;
- § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴⁷;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego⁴⁸ oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego⁴⁹;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów⁵⁰;
- § 3 ust. 1 pkt 3 i ust. 2a, § 4 pkt 1a i 8–9, § 5 ust. 1b, § 8 ust. 1 pkt 4a oraz załącznik nr 3 tabela 13–15, nr 12 pkt III rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁵¹;
- § 8 ust. 2, § 10 ust. 6, § 13 ust. 4 i 9, § 15 ust. 5–16 oraz w załącznik nr 5c do zarządzenia⁵² Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zmianami)⁵³;

⁴⁴ <http://www.walkazrakiem.pl/>

⁴⁵ Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm., zwana dalej ustawą z 22 lipca 2014 r.

⁴⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

⁴⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

⁴⁸ Dz. U. z 2014 r. poz. 1751. Rozporządzenie obowiązywało do dnia 31 października 2015 r.

⁴⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1627. Rozporządzenie obowiązuje od dnia 1 listopada 2015 r.

⁵⁰ Dz. U. z 2014 r. poz. 1810.

⁵¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.

⁵² Zarządzenia stanowią wykonanie upoważnienia określonego w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym Prezes NFZ określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju, określając przy tym zakres tych świadczeń oraz warunki wymagane od świadczeniodawców.

⁵³ Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 109, ze zm. Od 1 lipca 2016 r. zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 62, ze zm.).

- § 7 ust. 3–4, § 11 ust. 11a, § 14 ust. 11, § 16 ust. 1a–3 oraz załącznik nr 2a, 3b, 15 do zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zmianami)⁵⁴,
- § 12a, § 15 ust. 7 oraz załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna⁵⁵.

Przez pakiet onkologiczny należy rozumieć rozwiązania organizacyjne, mające na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia (tzw. **szybka ścieżka onkologiczna**). W ramach pakietu onkologicznego powstała odrębna kategoria pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy, oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii. Pacjentom tym wystawia się **kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego**. Karta pełni rolę skierowania, jest własnością pacjenta i dokumentuje cały proces jego diagnostyki oraz leczenia, aż do momentu przekazania jej lekarzowi POZ po zakończeniu procesu.

Zgodnie z art. 32a ust. 4 ustawy o świadczeniach Karta DiLO może być wydana przez:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego;
- lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził nowotwór złośliwy;
- lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy.

Wystawienie Karty DiLO wywołuje dwa zasadnicze skutki: po pierwsze, pacjent może skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej poradni specjalistycznej lub w szpitalu u lekarza specjalisty wskazanego w Karcie bez konieczności posiadania skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 oraz art. 58 ustawy o świadczeniach. Oznacza to, że Karta zastępuje zarówno skierowanie na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, jak i skierowanie do szpitala, z zastrzeżeniem, że działa ona tylko w tych podmiotach leczniczych, które mają kontrakt z NFZ na realizację pakietu onkologicznego.

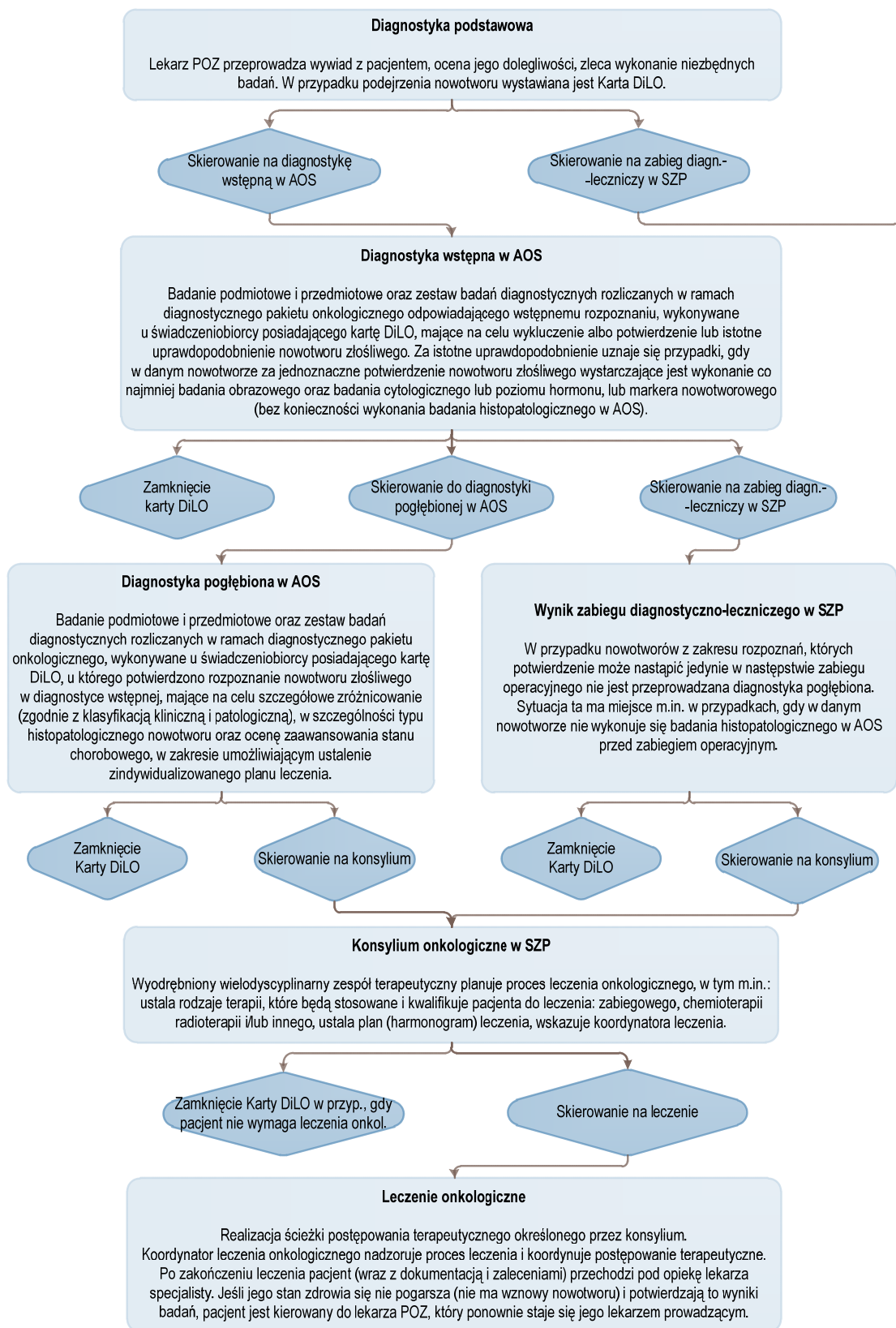
Drugim skutkiem jest wpisanie pacjenta na odrębną listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach. Do tej listy nie stosuje się kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, przy uwzględnieniu przypadków stabilnych i pilnych. W art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach ustawodawca wskazał kryteria dla listy pacjentów onkologicznych, tj. m.in.: rokowania co dalszego przebiegu nowotworu oraz choroby współistniejące mające wpływ na nowotwór. Czas oczekiwania na onkologiczną diagnostykę wstępną, w przypadku wydania Karty przez lekarza POZ, może wynosić maksymalnie 2 tygodnie.

⁵⁴ Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 110, ze zm. Od 1 lipca 2017 r. zarządzenie nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 71, ze zm.).

⁵⁵ Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 32, ze zm. Od 20 listopada 2015 r. zastąpione zarządzeniem Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 77, ze zm.), a następnie od 28 czerwca 2016 r. zarządzeniem Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 50, ze zm.).

Schemat nr 1

Schemat szybkiej ścieżki onkologicznej



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Szybka ścieżka onkologiczna objęła choroby nowotworowe oznaczone symbolami Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:

- D37–D48⁵⁶ lub C00–C97 bez C44⁵⁷ lub D00–D09 bez D04⁵⁸ w przypadku lekarza POZ,
- C00–C97 bez C44 lub D00–D09 bez D04 w przypadku lekarza AOS lub SZP.

Od 1 listopada 2015 r. powyższy katalog rozszerzono o rozpoznania z zakresu ICD-10: D32, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4, D45–D47, D76.0 (nowotwory układu chłonnego i krwiotwórczego, nowotwory łagodne centralnego układu nerwowego).

Kluczową rolę w realizacji pakietu onkologicznego odgrywać miał, zgodnie z założeniami ustawodawcy, **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)**, który w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania przedmiotowego oraz diagnostyki będącej w jego kompetencjach, został uprawniony do wystawienia Karty DiLO. W Karcie DiLO lekarz POZ dokonuje adnotacji o podejrzeniu nowotworu i wskazuje jego przypuszczalną lokalizację.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r.⁵⁹ oraz z dnia 29 grudnia 2014 r.⁶⁰ zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, rozszerzyło zakres kompetencji lekarza POZ, w zakresie zlecanych badań diagnostycznych⁶¹. Jednocześnie, ustalono stawkę za udzielenie świadczenia związanego z wydaniem Karty w wysokości 50 zł.

W celu premiowania jakości udzielanych świadczeń wprowadzono współczynnik korygujący zapłatę za poradę związaną z wydaniem Karty DiLO w zależności od uzyskanego przez świadczeniodawcę dla danego okresu sprawozdawczego uśrednionego **wskaźnika rozpoznawania nowotworów**⁶². W przypadku, gdy zostanie wykryty jeden nowotwór na pięć wydanych Kart – wartość tej porady będzie wyceniona na 107 zł za każdego pacjenta. Przy kolejnych niższych wskaźnikach finansowanie przewiduje stawki dla lekarzy na poziomie 64 zł i 50 zł, a dla świadczeniodawcy POZ, u którego lekarze wykrywali nowotwory na poziomie minimalnym, tj. jeden wykryty nowotwór na 15 wydanych Kart, wycena porady zostanie obniżona do około 20 zł⁶³.

⁵⁶ Przykładowo D37 – Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych.

⁵⁷ Przykładowo C44 oznacza „Inne nowotwory złośliwe skóry”.

⁵⁸ D04 – „Rak in situ skóry”.

⁵⁹ Dz. U. z 2014 r. poz. 1440.

⁶⁰ Dz. U. z 2014 r. poz. 1914.

⁶¹ Katalog badań został poszerzony m.in. o badania hematologiczne: FT3, FT4, PSA (antygen swoisty dla stercza całkowity), wapń zjonizowany, żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), diagnostyka ultrasonograficzna: tarczycy i przytarczyc, ślinianek, nerek, moczowodów i pęcherza moczowego, obwodowych węzłów chłonnych, wstępna ocena gruczołu krokowego. Ponadto lekarz POZ zyskał uprawnienia do wydawania skierowań na gastroskopię i kolonoskopię (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne).

⁶² Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 86/2014/DSOZ z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ z 2014 r. poz. 86).

⁶³ Patrz § 15 zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 32, ze zm.).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów⁶⁴ minimalny wskaźnik wynosi 1/15. Jednocześnie ustawodawca ustalił, że minimalnym materiałem źródłowym dającym możliwość wyliczenia wskaźnika jest 30 świadczeniobiorców, którym wydano Kartę i postawiono diagnozę, która potwierdziła lub wykluczyła chorobę nowotworową. Do chwili spełnienia tego warunku, wskaźnika rozpoznawania nowotworów nie ustala się (art. 32a ust. 10 ustawy o świadczeniach).

W przypadku nieosiągnięcia przez lekarza POZ minimalnej wartości ww. wskaźnika, zgodnie z art. 32a ust. 12 ustawy o świadczeniach, Fundusz informuje lekarza oraz świadczeniodawcę o obowiązku odbycia przez lekarza szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, prowadzonego przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków. Od dnia otrzymania powyższej informacji do dnia przedstawienia przez lekarza dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia, lekarz nie może wydawać Kart DiLO (art. 32a ust. 13 ustawy o świadczeniach).

W związku z czasowym brakiem możliwości wystawiania Kart ustawodawca przewidział, że jeżeli stanowi to przesłankę do zmiany lekarza POZ, zmiana ta nie jest zaliczana do takich, od których liczby uzależniony jest obowiązek wniesienia opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach (art. 32a ust. 15 ustawy o świadczeniach).

Na poziomie **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**, zgodnie z zarządzeniem Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.), prowadzi się **diagnostykę wstępną**, mającą na celu wykluczenie albo potwierdzenie lub istotne uprawdopodobnienie nowotworu złośliwego⁶⁵, a następnie **diagnostykę pogłębianą**, mającą na celu szczegółowe zróźnicowanie (zgodnie z klasyfikacją kliniczną i patologiczną), w szczególności typu histopatologicznego nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego, w zakresie umożliwiającym ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia. W przypadku wykluczenia choroby nowotworowej w wyniku diagnostyki wstępnej Karta DiLO jest zamykana.

W przypadku nowotworów z zakresu rozpoznań, których potwierdzenie może nastąpić jedynie w następstwie zabiegu operacyjnego nie jest przeprowadzana diagnostyka pogłębianą. Sytuacja ta ma miejsce m.in. w przypadkach, gdy w danym nowotworze nie wykonuje się badania histopatologicznego w AOS przed zabiegiem operacyjnym.

W celu stwierdzenia nowotworu złośliwego lekarz AOS zleca wykonanie badań w ramach tzw. **diagnostycznego pakietu onkologicznego**, stanowiącego zestaw finansowanych ryczałtowo

⁶⁴ Ustalenia indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów dokonuje się po raz pierwszy po 1 marca 2015 r. Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów jest ustalany raz w miesiącu jako iloraz:

- 1) liczby świadczeniobiorców, którym lekarz wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, i którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, w wyniku diagnostyki onkologicznej rozpoznano nowotwór złośliwy, z wyjątkiem nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka skóry, oraz
- 2) liczby świadczeniobiorców, którym lekarz wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego i którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie (§ 2 rozporządzenia w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów).

⁶⁵ Za istotne uprawdopodobnienie uznaje się przypadki, gdy w danym nowotworze nie wykonuje się badania histopatologicznego w AOS przed zabiegiem operacyjnym, lub gdy w danym nowotworze za jednoznaczne potwierdzenie nowotworu złośliwego wystarczające jest wykonanie co najmniej badania obrazowego oraz badania cytologicznego lub poziomu hormonu, lub markera nowotworowego. Możliwość uprawdopodobnienia rozpoznania nowotworu na etapie diagnostyki wstępnej wprowadzona została zarządzeniem Nr 90/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 grudnia 2015 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

badan diagnostycznych i procedur medycznych, w szczególności spośród wskazanych w załączniku nr 5c do zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, które powinny być wykonane u świadczeniobiorcy posiadającego Kartę DiLO, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami klinicznymi, w celu przeprowadzenia wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej. Katalog objął 27 pakietów diagnostyki wstępnej oraz 17 pakietów diagnostyki pogłębionej, przypisanych do najczęściej występujących nowotworów złośliwych (od 12 grudnia 2015 r. odpowiednio 30 i 20 pakietów⁶⁶).

Świadczeniodawca udzielający świadczeń w rodzaju AOS pacjentom, którym wystawiono Kartę, ma obowiązek zapewnić dostęp do diagnostyki onkologicznej w zakresie: diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej i badań endoskopowych, określić i wdrożyć procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, a także powinien zapewnić realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (§ 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶⁷).

Zgodnie z § 15 ust. 11–12 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ, świadczeniodawca udzielający świadczeń diagnostyki onkologicznej, obowiązany był wykonać te świadczenia, w terminach nieprzekraczających:

- 1) 35 dni w 2015 r., a w 2016 r. – 28 dni, w przypadku wykonywania wstępnej diagnostyki onkologicznej, przy czym od dnia zapisania pacjenta na listę oczekujących, do dnia uzyskania porady początkowej rozpoczynającej wstępną diagnostykę onkologiczną nie może upłynąć więcej niż 14 dni;
- 2) 28 dni w przypadku wykonywania pogłębionej diagnostyki onkologicznej, przy czym, odpowiednio:
 - od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej, do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni, albo
 - od dnia zapisania pacjenta na listę oczekujących, do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni – w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę pogłębionej diagnostyki onkologicznej dotyczącej innej lokalizacji nowotworu złośliwego niż będąca podstawą realizacji wstępnej diagnostyki onkologicznej, albo
 - od dnia wykonania u pacjenta porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy, albo
 - od dnia zapisania pacjenta na listę oczekujących, do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego u świadczeniobiorcy, o którym mowa w lit. c nie może upłynąć więcej niż 7 dni – w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę pogłębionej diagnostyki onkologicznej.

⁶⁶ Dodano pakiety diagnostyki onkologicznej mięsaków kości, mięsaków tkanek miękkich oraz nowotworów prącia.

⁶⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

W przypadku, gdy diagnostyka onkologiczna nie została zrealizowana w tym terminie, poziom finansowania diagnostyki onkologicznej wykonanej z opóźnieniem ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w załączniku nr 5c do ww. zarządzenia (§ 15 ust. 14). Ponadto, od 12 grudnia 2015 r., w celu zwiększenia roli AOS w realizacji świadczeń „szybkiej terapii onkologicznej” oraz „zmotywowania” świadczeniodawców do wykonywania tych usług w czasie 7 tygodni (49 dni), wprowadzono wskaźnik 1,2 dla wyceny pakietów wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej, w tym: diagnostyka wstępna została wykonana w ciągu 28 dni, a diagnostyka pogłębiona w ciągu 21 dni (§ 15 ust. 13a i 13b)⁶⁸.

W zarządzeniu Nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, nie określono maksymalnych terminów na realizację wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej oraz współczynników korygujących.

Świadczeniodawca, który przeprowadził wstępną i pogłębioną diagnostykę onkologiczną u pacjenta na podstawie Karty DiLO, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu diagnostyki onkologicznej (§ 15 ust. 6–7 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ). Warunkiem rozliczenia świadczeń pogłębionej diagnostyki onkologicznej jest wykonanie zestawu badań, pozwalających na określenie stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, zakończone przekierowaniem świadczeniobiorcy na konsylium, o którym mowa w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydanego na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy i wydaniem mu nieodpłatnie kopii dokumentacji medycznej umożliwiającej opracowanie zindywidualizowanego planu leczenia (§15 ust. 8 wyżej wskazanego zarządzenia).

W przypadku, gdy lekarz POZ skierował pacjenta do lekarza specjalisty w AOS bez wystawienia Karty DiLO, lekarz AOS mógł wystawić Kartę DiLO dopiero po przeprowadzeniu wszystkich badań diagnostycznych, niezbędnych do postawienia diagnozy i rozpoznaniu nowotworu złośliwego. W tym przypadku wszystkie porady i badania diagnostyczne były rozliczane w ramach umów objętych limitami, gdyż w chwili zgłoszenia do lekarza AOS, pacjent nie posiadał Karty DiLO. Dopiero kolejny etap (diagnostyka pogłębiona) mógł zostać rozliczony w ramach pakietu onkologicznego. Podobnie w sytuacji zgłoszenia się pacjenta do lekarza AOS ze skierowaniem oraz wynikami badań (w tym biopsji) wykonanymi w innym podmiocie leczniczym (w tym prywatnie), nie było podstaw do rozliczenia udzielonych świadczeń w ramach pakietu, gdyż warunkiem ich rozliczenia w pakiecie jest wykonanie wskazanej biopsji, która już została wykonana. W takiej sytuacji lekarz AOS mógł rozliczyć udzieloną poradę jedynie w ramach umów objętych limitami oraz wystawić Kartę DiLO kierując pacjenta na konsylium i leczenie szpitalne. W praktyce oznacza to, że znaczna część pacjentów kwalifikujących się do pakietu, jest diagnozowana poza nim.

W przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego, zgodnie z art. 32a ust. 5 ustawy o świadczeniach, lekarz miał obowiązek wypełnienia **Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego** i jej przesłania bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów⁶⁹.

⁶⁸ Zapisy wprowadzone zarządzeniem Nr 90/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 grudnia 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁶⁹ Dz. U. z 2012 r. poz. 1497. Rozporządzenie to obowiązywało do dnia 12 grudnia 2015 r. Następnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. z 2016 r. poz. 1362).

Podmiotem prowadzącym rejestr jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie (§ 4 ww. rozporządzenia). 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 (§ 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia w związku z art. 19 ust. 8 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁷⁰).

Na lekarzu, który dokonał rozpoznania choroby nowotworowej oraz zgłosił ją do Krajowego Rejestru Nowotworów, ciążył obowiązek wpisania w Karcie DiLO numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawanego przez Krajowy Rejestr Nowotworów (art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach).

Istotną modyfikacją w **leczeniu szpitalnym** było wprowadzenie obowiązku powołania **wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego**, tzw. „**konsylium**”. Składa się on z lekarzy specjalistów co najmniej w dziedzinie:

- onkologii i hematologii dziecięcej – w przypadku leczenia dzieci albo hematologii – w przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego, albo onkologii klinicznej – w pozostałych przypadkach;
- radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej;
- chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu (nie dotyczy nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego), w przypadku leczenia dzieci – chirurgii dziecięcej;
- rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej (§ 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego).

Od 1 listopada 2015 r. zmienił się wymagany skład konsylium – w przypadku leczenia pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci lub dorosłych:

- zrezygnowano z obligatoryjnego udziału lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej oraz rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej;
- zobowiązano świadczeniodawców do zapewnienia co najmniej dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinach onkologii i hematologii dziecięcej w przypadku leczenia dzieci albo hematologii lub onkologii klinicznej lub jednego specjalisty hematologii i jednego specjalisty onkologii klinicznej – w przypadku leczenia dorosłych;
- w przypadku leczenia dzieci wprowadzono alternatywę dla lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej uwzględniającą specjalistów w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej lub chirurgii stomatologicznej (w przypadku chirurgii szczękowo-twarzowej) oraz otorynolaryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii (w przypadku otorynolaryngologii).

⁷⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.

Ustalenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium oraz rozpoczęcie leczenia powinno się odbyć w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w podmiocie leczniczym, a od 1 listopada 2015 r. w przypadku, gdyby zdiagnozowanie pacjenta było możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, określono maksymalny 28-dniowy termin (liczony od dnia umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia) na przeprowadzenie tego zabiegu oraz ustalenie planu leczenia przez konsylium (§ 4a ust. 1 pkt 1 lit. b ww. rozporządzenia). Celem Konsylium jest przede wszystkim kwalifikacja pacjenta do leczenia i ustalenie rodzajów terapii, które będą stosowane, tj. leczenie zabiegowe, chemioterapia, radioterapia i/lub inne (hormonoterapia, immunoterapia), ustalenie planu (harmonogramu) leczenia oraz wskazanie koordynatora leczenia.

Konsylium wskazanego w ustawie o świadczeniach, nie należy utożsamiać z konsylium, o którym mowa w art. 37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry⁷¹, stanowiącym ciało doradcze lekarza, powoływane z jego inicjatywy lub na wniosek pacjenta, jeżeli prowadzący proces terapeutyczny lekarz uzna, że zachodzą wątpliwości, co do postępowania leczniczego. Konsylium, które funkcjonuje w ramach leczenia onkologicznego, powoływane jest dla każdego pacjenta przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego i stanowi standard postępowania terapeutycznego.

Po określeniu sposobu postępowania terapeutycznego wyznaczany jest **koordynator**, do którego zadań należy w szczególności udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy pomiędzy różnymi podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych (§ 4a ust. 1 pkt 1 lit. c ww. rozporządzenia).

Zgodnie z § 4a ust. 1 ww. rozporządzenia, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, powinien ponadto zapewniać:

- udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów osoby prowadzącej fizjoterapię, a także psychologa lub psychoonkologa;
- zapewniać w lokalizacji w przypadku leczenia dzieci: oddział o profilu onkologia i hematologia dziecięca lub chirurgia onkologiczna dziecięca, lub onkologia kliniczna oraz chirurgia dziecięca⁷², w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego: oddział o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddział o profilu zabiegowym, a w pozostałych przypadkach oddział o profilu zabiegowym;
- zapewniać dostęp do świadczeń: chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej (odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym);
- posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń;
- stosować się do standardów, wytycznych lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny.

⁷¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 125.

⁷² A od 1 listopada 2015 r. zapewniać w lokalizacji dostęp do oddziału o profilu onkologia i hematologia dziecięca lub chirurgia onkologiczna dziecięca, lub chirurgia onkologiczna, lub onkologia i hematologia dziecięca oraz chirurgia dziecięca, lub onkologia kliniczna oraz chirurgia dziecięca, lub chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci, lub otorynolaryngologia dla dzieci.

Pakiet onkologiczny wprowadził również, w przypadku leczenia szpitalnego, wymóg opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu (§ 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego).

Znowelizowane przepisy ustawy o świadczeniach wprowadziły również mechanizmy związane z monitoringiem skuteczności leczenia po jego zakończeniu. Jeśli wyniki badań nie wykazują pogorszenia stanu zdrowia, pacjent kierowany jest do lekarza rodzinnego (art. 32b ust. 3 tej ustawy).

W przypadku, gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego, świadczeniobiorca pozostawia Kartę DiLO u świadczeniodawcy, który wykonywał tę diagnostykę, a w przypadku zakończenia leczenia onkologicznego, świadczeniobiorca pozostawia Kartę DiLO u świadczeniodawcy, który zakończył to leczenie (art. 32b ust 2 ustawy o świadczeniach). W obu przypadkach, świadczeniodawca przekazuje Kartę DiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej (art. 32b ust 3 ustawy o świadczeniach).

* * *

W dniu 23 listopada 2016 r. do Sejmu RP skierowana została **nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (druk sejmowy nr 1098)⁷³, wprowadzająca zmiany w pakiecie onkologicznym, w tym dotyczące:

1. przyznania możliwości wydania Karty DiLO lekarzowi udzielającemu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, który stwierdził podejrzenie nowotworu, oraz lekarzowi udzielającemu świadczeń w ramach programów zdrowotnych;
2. rezygnacji ze wskaźnika rozpoznawania nowotworów, obliczanego dla lekarzy POZ;
3. uproszczenia sprawozdawczości w zakresie prowadzenia list oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie Karty DiLO, poprzez wyłączenie z obowiązku przekazywania danych dotyczących pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia na podstawie Karty DiLO, tj. m.in. danych dotyczących każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca, liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania, oraz informacji o pierwszym wolnym terminie, w którym możliwe jest udzielenie świadczenia;
4. rezygnacji z obowiązku zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy w ramach pakietu onkologicznego;
5. wprowadzenia przepisu, zgodnie z którym świadczeniodawca realizujący leczenie onkologiczne na podstawie Karty DiLO wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, do którego zadań należy udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą przez zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach procesu leczenia (w tym ujęcie numeru telefonu i adresu e-mail koordynatora w karcie DiLO). Obecnie zadania koordynatora są ujęte na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;

⁷³ <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=1098>

6. uproszczenia Karty DILO, polegającym na skróceniu jej z siedmiu do dwóch stron. Zrezygnowano m.in. z zamieszczenia w karcie DILO numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego, a także danych dotyczących objawów oraz danych dotyczących badań diagnostycznych, ponieważ ich wyniki dołączane są do Karty DILO. Ponadto w projekcie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych i informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych przewidziane zostało wprowadzenie zasady, że Karta DILO będzie w całości prowadzona także w postaci elektronicznej;
7. zastąpienia sformułowania „nowotwór złośliwy” sformułowaniem „nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy”. Przedmiotowa zmiana ma na celu usankcjonowanie leczenia w ramach pakietu onkologicznego nowotworów, które w klasyfikacji histopatologicznej i onkologicznej są niezłośliwe, ale są złośliwe klinicznie, w związku z czym wymagają postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, charakterystycznego dla nowotworów złośliwych;
8. przyznania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uprawnienia w postaci możliwości ogłaszania, w drodze obwieszczenia (po zasięgnięciu opinii AOTMiT), zaleceń postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Upoważnienie określone w projektowanym art. 11 ust. 3 ustawy o świadczeniach, ma być obligatoryjne w odniesieniu do zaleceń postępowania wyłącznie w zakresie onkologii (diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego), stanowiących element pakietu onkologicznego;
9. Minister Zdrowia opracuje mierniki oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy będą mogli wykorzystywać ww. mierniki do obliczania corocznie wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego na podstawie danych z raportów statystycznych, które przekazują do Narodowego Funduszu Zdrowia za poprzedni rok kalendarzowy nie później niż do końca drugiego kwartału. Oczekuje się, że efektem raportowania tych wskaźników oraz ich analizy będzie zwiększenie dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego, co przyczyni się do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa świadczeniobiorców. Zakłada się, iż wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zostaną obliczone przez świadczeniodawców po raz pierwszy za 2017 r. i przekazane do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia nie później niż do końca drugiego kwartału 2018 r.

Powyższa nowelizacja ustawy o świadczeniach została uchwalona przez Sejm RP w dniu 9 marca 2017 r.⁷⁴.

Ponadto w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷⁵, w załączniku nr 4 określono dodatkowe warunki realizacji diagnostyki, leczenia i monitorowania w ramach szybkiej terapii onkologicznej, w tym m.in.:

- posiadanie oddziałów: onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna, radioterapia lub brachyterapia, poradni onkologicznej oraz zapewnienie co najmniej dostępu do poradni właściwej dla danego rodzaju nowotworu;

⁷⁴ Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 759).

⁷⁵ Projekt skierowany do Sejmu 23 listopada 2016 r. wraz z projektem nowelizacji ustawy o świadczeniach (druk sejmowy nr 1098).

- zapewnienie m.in. realizacji badań USG, RTG, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w lokalizacji, realizacji badań m.in. patomorfologicznych, cytofluorometrycznych, cytogenetycznych, immunohistochemicznych i molekularnych, obejmujących co najmniej pobranie materiału w lokalizacji;
- posiadanie w lokalizacji zakładu patomorfologii;
- zapewnienie dostępu do pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej, pracowni lub zakładu radioterapii, pracowni lub zakładu brachyterapii, oddziału rehabilitacyjnego lub zakładu rehabilitacji leczniczej;
- udokumentowane zapewnienie konsultacji szeregu lekarzy specjalistów;
- zapewnienie dostępu do poradni leczenia bólu lub medycyny paliatywnej, poradni rehabilitacyjnej, poradni genetycznej;
- obowiązek dokonywania corocznie oceny powikłań wczesnych i późnych oraz przeżyć całkowitych i przeżyć wolnych od progresji choroby 1-, 3- i 5-letnich;
- zapewnienie kontynuacji leczenia i opieki w warunkach ambulatoryjnych. Świadczenie ma obejmować poradę kontrolną po zakończeniu leczenia, nie rzadziej niż jedną poradę w roku w okresie 5 lat.

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Opracowanie i przygotowanie pakietu onkologicznego

3.2.1.1. Ministerstwo Zdrowia

Wydłużający się czas oczekiwania na diagnostykę onkologiczną oraz rozpoczęcie terapii, co ma istotny wpływ na skuteczność leczenia, stały się jedną z głównych przyczyn wprowadzenia tzw. pakietu onkologicznego. Jego założenia zostały sformułowane oraz przedstawione publicznie na konferencji prasowej Prezesa Rady Ministrów oraz Ministra Zdrowia w dniu 21 marca 2014 r. Składały się na nie następujące elementy:

- zniesienie limitów w diagnostyce i leczeniu onkologicznym;
- zagwarantowanie każdemu pacjentowi terminu usługi medycznej;
- stworzenie szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz zapewnienie każdemu pacjentowi opieki konsylium lekarskiego.

Powyższe założenia stanowiły postawę do przygotowania projektu zmian legislacyjnych, które miały wdrożyć m.in. pakiet onkologiczny, w drodze nowelizacji szeregu aktów prawnych, w tym w szczególności ustawy o świadczeniach.

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych został wpisany do Wykazu Prac Legislacyjnych Rady Ministrów. Nie został on poprzedzony opracowaniem, a następnie przyjęciem założeń tej ustawy przez Radę Ministrów. Było to zgodne z § 5 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów⁷⁶, choć stanowiło odstępstwo od zasadniczego trybu opracowywania projektów ustaw⁷⁷.

⁷⁶ M.P. z 2016 r. poz. 1006, ze zm.

⁷⁷ Zgodnie z § 5 ust. 1 wyżej wskazanej uchwały Rady Ministrów opracowanie projektu ustawy wymaga uprzedniego przyjęcia przez Radę Ministrów założeń tego projektu (ust. 1), lecz opracowanie projektu ustawy może nastąpić bez uprzedniego przyjęcia założeń tego projektu, jeżeli wynika to z wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów albo decyzji Rady Ministrów lub Prezesa Rady Ministrów (ust. 2). Zasadą było zatem, że projekt ustawy jest opracowywany na podstawie założeń projektu ustawy, przyjętych wcześniej przez Radę Ministrów. Przywołany zapis został uchylony z dniem 22 czerwca 2016 r.

Projekt nowelizacji został opublikowany w dniu 7 kwietnia 2014 r. i skierowany do uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji publicznych. Termin zgłaszania uwag wyznaczony został na dzień 8 maja 2014 r. dla organizacji społecznych oraz na dzień 23 kwietnia 2014 r. dla podmiotów uczestniczących w konsultacjach międzyresortowych, co było zgodne z § 36 i 40 przywołanej wyżej uchwały Rady Ministrów⁷⁸.

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierał szereg zmian dotyczących różnych obszarów m.in.:

- wprowadzenia szybkiej ścieżki leczenia pacjentów onkologicznych (zwany potocznie pakietem onkologicznym),
- prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia (zwany potocznie pakietem kolejkowym),
- wprowadzenia map potrzeb zdrowotnych,
- zmiany sposobu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej i przekształcenia Agencji Oceny Technologii Medycznych w Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- zmiany zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

W toku 30-dniowych konsultacji do projektu zgłoszono łącznie 965 uwag, w tym do zapisów wprowadzających pakiet onkologiczny – 125. Istotne znaczenie miały uwagi merytoryczne interesariuszy, tj. w szczególności odnoszące się do przepisów art. 20 ust. 12–14, 32a i 32b oraz 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach, które podważały przyjęte założenia i sposób wdrożenia zmian. Wskazano m.in. na:

- niezasadność rozróżnienia możliwości wystawienia Karty DiLO w zależności od profilu lekarza (lekarz POZ w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, lekarz specjalista w przypadku stwierdzenia tego nowotworu). Lekarz udzielający świadczeń w AOS często podejrzewa nowotwór, ale nie może postawić jednoznacznego rozpoznania bez pogłębionej diagnostyki obrazowej (TK, MR, PET) i/lub badań histopatologicznych (np. wycinek płuca w przypadku pulmonologa). Będzie to skutkowało tym, że specjalista, mający podejrzenie nowotworu, nie będzie mógł wystawić karty leczenia onkologicznego i będzie musiał odesłać pacjenta do lekarza POZ lub zlecić diagnostykę poza szybką ścieżką onkologiczną;
- negatywnie zaopiniowano zasadność wprowadzenia indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznania nowotworów, co będzie ograniczało „czujność onkologiczną” lekarzy, zamiast wprowadzania systemu zachęt dla lekarzy, którzy rzeczywiście wykazą się wysoką czujnością;

⁷⁸ Zgodnie z § 36 ust. 1 tej uchwały, organ wnioskujący, biorąc pod uwagę treść projektu założeń projektu ustawy, projektu ustawy lub projektu rozporządzenia, a także uwzględniając inne okoliczności, w tym znaczenie projektu oraz przewidywane skutki społeczno-gospodarcze, stopień jego złożoności oraz jego pilność, przedstawia projekt do konsultacji publicznych, w tym może skierować projekt do organizacji społecznych lub innych zainteresowanych podmiotów albo instytucji w celu przedstawienia ich stanowiska, uwzględniając wytyczne w zakresie prowadzenia konsultacji publicznych, jeżeli zostały ustalone przez Radę Ministrów lub jej organ pomocniczy.

Z kolei § 40 ust. 1–4 tej uchwały stanowił, że organ wnioskujący, kierując projekt dokumentu rządowego do uzgodnień, konsultacji publicznych lub opiniowania, wskazuje termin do zajęcia stanowiska; jeżeli termin do zajęcia stanowiska nie wynika z przepisów odrębnych, organ wnioskujący wyznacza go, biorąc pod uwagę przedmiot, zakres i objętość projektu dokumentu rządowego, zakres podmiotów, na które projekt oddziałuje, oraz pilność sprawy; wyznaczenie terminu do zajęcia stanowiska krótszego niż 7 dni, a w przypadku projektu aktu normatywnego – krótszego niż 14 dni, od udostępnienia projektu wymaga szczegółowego uzasadnienia, jeżeli skutki nieprzedstawienia stanowiska nie wynikają z przepisów odrębnych, organ wnioskujący może uznać nieprzedstawienie stanowiska w wyznaczonym terminie za uzgodnienie treści projektu lub przedstawienie opinii pozytywnej, a w przypadku konsultacji publicznych – za rezygnację z przedstawienia stanowiska.

- zwrócono ponadto uwagę na brak określenia pojęcia „przyczyny niezależnych od świadczeniodawcy”, które wpływają na wydłużenie 7 tygodniowego terminu na przeprowadzenie diagnostyki onkologicznej. Dotrzymanie wymaganego terminu na badanie diagnostyczne MR, CT uzależnione jest od poziomu finansowania tych świadczeń przez NFZ. Zapewnienie czasookresu wykonania badania wiązać się będzie ze znaczącym przesunięciem kolejki dla pozostałej grupy pacjentów;
- wprowadzenie papierowej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, której wypełnianie powoduje niepotrzebną biurokrację po stronie lekarzy, zabierając czas niezbędny na diagnozę i leczenie pacjentów;
- ograniczenia szybkiej ścieżki onkologicznej tylko do nowotworów złośliwych.

Zapiniowano negatywnie wszystkie ww. uwagi merytoryczne, a zaakceptowano jedynie jedną uwagę techniczną, zgłoszoną przez wojewodę małopolskiego, dotyczącą modyfikacji nazwy Karty. Ta zmiana miała charakter kosmetyczny i nie miała wpływu na projektowany model diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach został przyjęty w dniu 10 czerwca 2014 r., a w dniu 18 czerwca 2014 r. – pismem Prezesa Rady Ministrów – został skierowany do Sejmu RP.

Na zlecenie Biura Analiz Sejmowych sporządzono trzy opinie dotyczące wspomnianego projektu ustawy. W pierwszej, z dnia 7 lipca 2014 r., autorstwa dr Tomasza Sroki z Zakładu Bioetyki i Prawa Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, wskazano, iż wejście w życie analizowanych przepisów jedynie w niewielkim stopniu może wpłynąć na realną poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto wskazano, że wprowadzenie do publicznego systemu ochrony zdrowia nowej kategorii pacjentów onkologicznych nada im szczególne uprawnienia (przywileje) w stosunku do pozostałych świadczeniobiorców. Z uwagi na wprowadzenie odrębnej listy oczekujących dla pacjentów onkologicznych, otrzymają oni możliwość wcześniejszego dostępu do świadczeń, przed innymi pacjentami (nieposiadającymi Karty DiLO) oczekującymi na udzielenie świadczenia w tej samej poradni czy gabinecie diagnostycznym, w tym pacjentami cierpiącymi na inne niż nowotworowe schorzenia bezpośrednio zagrażające ich życiu (np. kardiomiopatię).

Zwrócono też uwagę na wątpliwości dotyczące regulacji karty onkologicznej – brak jednak mechanizmu pozwalającego na rozwiązanie sytuacji, w której pacjent – celem prawidłowej diagnostyki lub leczenia onkologicznego – powinien skorzystać w tym samym przedziale czasowym z usług dwóch lub więcej świadczeniodawców, mając jednak tylko jeden egzemplarz karty, który – zgodnie z projektowanymi przepisami – winien pozostawić u świadczeniodawcy.

W drugiej opinii (również z dnia 7 lipca 2014 r.) autorstwa Grzegorza Ciury – specjalisty ds. społecznych w Biurze Analiz Sejmowych – wskazano, iż przyjęte w projekcie zasady postępowania z pacjentami onkologicznymi wprowadzają ich uprzywilejowanie w systemie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Autor wskazał, iż odbędzie się to kosztem innych świadczeń, bowiem projekt nie zakłada wzrostu finansowania z tytułu wprowadzenia Karty DiLO. Stąd powstaje pytanie, czy podejrzenie choroby nowotworowej lub jej zdiagnozowanie jest dostateczną cechą różnicującą, uprawniającą do prawnych preferencji tej grupy pacjentów? Autor wskazał, iż nie wydaje się także uzasadnione odrębne regulowanie w ustawie zasad udzielania świadczeń dotyczących jednego schorzenia (w tym przypadku chorób nowotworowych).

Dalsze prace legislacyjne nad projektem przebiegały na posiedzeniach Komisji Zdrowia, przy czym pierwsze posiedzenie Komisji odbyło się w dniu 8 lipca 2014 r., zaś kolejne, kończące proces legislacyjny w Komisji Zdrowia po pierwszym czytaniu projektu ustawy, w dniu 9 lipca 2014 r. Drugie czytanie projektu nowelizacji ustawy odbyło się w dniu 11 lipca 2014 r. na posiedzeniu plenarnym Sejmu RP. Trzecie czytanie projektu ustawy miało miejsce w dniu 22 lipca 2014 r. na posiedzeniu Sejmu RP. Tego samego dnia, kiedy projekt ustawy został uchwalony przez Sejm RP i przekazany do Senatu RP oraz stał się przedmiotem debaty.

Senacka Komisja Zdrowia zarekomendowała Senatowi RP przyjęcie ustawy bez poprawek. W dniu 24 lipca 2014 r. Senat RP uchwalił ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bez poprawek. Ustawa została przekazana Prezydentowi RP do podpisu.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż odstąpiono od przyjętego trybu prac nad projektem rządowym, tj. od opracowania założeń projektu ustawy, przystępując bezpośrednio do opracowywania projektu nowelizacji ustawy. Ponadto projektodawca określił od razu przyszły kształt zmiany systemu leczenia pacjentów onkologicznych i sposób jego wdrożenia, a uwagi merytoryczne zgłoszone w toku konsultacji, które podważały przyjęte założenia i sposób wdrożenia zmian były negatywnie opiniowane. Akceptowano jedynie uwagi dotyczące kwestii technicznych, które nie miały wpływu na projektowany model diagnostyki i leczenia onkologicznego. Taki sposób procedowania projektu wskazuje, że prowadzone konsultacje miały charakter formalny, a nie merytoryczny. Zwiększało to ryzyko stworzenia niedopracowanej merytorycznie i legislacyjnie regulacji, co znalazło swoje późniejsze potwierdzenie, gdyż szereg postulowanych zmian zostało wprowadzonych do pakietu już w trakcie jego działania i miało na celu wyeliminowanie zaobserwowanych wad w jego funkcjonowaniu. Szersze uwzględnienie uwag interesariuszy, pozwoliłoby, w ocenie Izby, na skuteczniejsze wdrożenie pakietu onkologicznego. Należy zatem podkreślić, że głos środowiska lekarskiego, eksperckiego i pacjentów, którzy znakomicie znają system leczenia onkologicznego, jego problemy i możliwe sposoby poprawy w zasadzie nie został uwzględniony, a postulowane zmiany wprowadzono dopiero w nowelizacji ustawy o świadczeniach⁷⁹.

3.2.1.2. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W październiku 2014 r., po opublikowaniu zmian rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z dnia 20 października 2014 r. oraz z 5 listopada 2014 r., dotyczących pakietu onkologicznego⁸⁰, NFZ przeprowadził ostatnie konsultacje z Ministerstwem Zdrowia odnośnie projektów zarządzeń wprowadzających pakiet onkologiczny i 4 listopada 2014 r. skierował do 21-dniowych konsultacji zewnętrznych projekty zarządzeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne, a w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – 26 listopada 2014 r.

Do projektu zarządzenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wpłynęły 433 uwagi, z których część odnosiła się do rozwiązań wprowadzających pakiet onkologiczny. Dotyczyły one, m.in. zbyt niskiej wyceny pakietów onkologicznych, rozszerzenia zakresu realizowanych

⁷⁹ Druk sejmowy nr 1098, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=1098>.

⁸⁰ Rozporządzeń Ministra Zdrowia zmieniających rozporządzenia: w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (20 października 2014 r.), w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (20 października 2014 r.) oraz rozporządzenia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

pakietów onkologicznych w niektórych specjalnościach i wykazu badań wykonywanych w ramach diagnostyki onkologicznej, wprowadzenia dodatkowych pakietów, m.in. w zakresie diagnostyki dla świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii (mięsaków kości). Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zostało podpisane 5 grudnia 2014 r.

Do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne wpłynęło 510 uwag, z których większość nie dotyczyła treści stanowiących przedmiot konsultacji. Zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ⁸¹ zostało podpisane 5 grudnia 2014 r.

Do zarządzenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna uwagi złożyło 30 podmiotów, z których większość nie odnosiła się do pakietu onkologicznego, lecz zmian wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Fundusz rozpatrzył negatywnie zgłoszone uwagi. Zarządzenie Nr 86/2014/DSOZ⁸² zostało podpisane 17 grudnia 2014 r. Ponieważ około 36% świadczeniodawców nie podpisało umów na 2015 r. na podstawie ww. zarządzenia, ostateczną treść warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna obowiązujących od 1 stycznia 2015 r. ustalono dopiero zarządzeniem Nr 3/2015/DSOZ z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniającym ww. zarządzenie⁸³. Zarządzenie to zostało podpisane przez Prezesa NFZ bez przeprowadzenia konsultacji, w tym bez zasięgnięcia opinii konsultantów krajowych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, pomimo, że obowiązek zasięgnięcia opinii właściwych podmiotów wynikał z art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach⁸⁴ oraz § 2 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸⁵.

Prace nad zmianami w systemach informatycznych NFZ umożliwiającymi świadczeniodawcom realizację szybkiej ścieżki onkologicznej, w tym obsługę Karty DILO, rozpoczęły się w kwietniu 2014 r. Podstawowe wymagania odnoszące się do wprowadzanych rozwiązań zostały wypracowane we współpracy z pracownikami Departamentu Informatyki, Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia. W dniu 6 listopada 2014 r. został uruchomiony pilotaż, który obejmował wybranych świadczeniodawców z dwóch OW NFZ (siedem podmiotów leczniczych w Pomorskim oraz sześć podmiotów w Lubelskim), a w dniu 11 grudnia 2014 r. uruchomiony został pilotaż (ogólnopolski) wraz z instrukcjami dotyczącymi obsługi systemu AP-DiLO. Uruchomienie systemu AP-DiLO nastąpiło 31 grudnia 2014 r.⁸⁶. W każdym z OW NFZ zorganizowano szkolenia dla świadczeniodawców w zakresie obsługi Kart DiLO. Wsparcie użytkowników systemu

⁸¹ Zmieniające zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

⁸² Zmieniające zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

⁸³ Treść zarządzenia została ustalona w wyniku porozumienia zawartego 7 stycznia 2015 r. między Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ oraz Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie. Zmiany dotyczyły, m.in. sprawozdawczości wykonywanych badań, wyższej stawki kapitałowej uzależnionej od realizacji obowiązku sprawozdawczego i osiągnięcia wskaźnika liczby badań określonych przez Prezesa NFZ, wyższej stawki kapitałowej pielęgniarki POZ i położnej od 1 stycznia 2016 r., w związku z nowymi zadaniami pielęgniarek i położnych.

⁸⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. Obecnie art. 146 ust. 4 ustawy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).

⁸⁵ Dz. U. Nr 81, poz. 484. Obecnie § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

⁸⁶ Jednocześnie w komunikacie został udostępniony komplet instrukcji. Dokumentacje oraz ich aktualizacje zostały również udostępnione bezpośrednio w aplikacji AP-DiLO w części dokumenty.

obsługi Karty DiLO realizowano za pośrednictwem koordynatorów w każdym z OW NFZ. System AP-DiLO był na bieżąco aktualizowany, w związku z uwagami zgłaszanymi przez świadczeniodawców, OW NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia.

NIK zwraca uwagę, iż świadczeniodawcy oraz OW NFZ, szczególnie w pierwszym okresie udostępnienia systemu AP-DiLO, zgłaszali wiele problemów z jego funkcjonowaniem, utrudniających realizację pakietu onkologicznego, co skutkowało wprowadzeniem 29 aktualizacji w pierwszych dwóch miesiącach 2015 r.

W AP-DiLO rejestrowane były m.in. informacje dotyczące danych osobowych pacjenta, trybu wydania Karty, podmiotu leczniczego, rozpoznania, dat zapisania na listę oczekujących na poszczególne etapy, dat porad rozpoczynających i kończących diagnostykę wstępną i pogłębianą, daty konsylium, daty zabiegu diagnostyczno-leczniczego, sposobu dalszego postępowania, daty rozpoczęcia i zakończenia leczenia onkologicznego, daty i numeru zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN.

Koszt dostosowania systemów informatycznych NFZ do obsługi Karty DiLO, w tym aktualizacji i modyfikacji w latach 2014–2016, wyniósł ok. 3.000 tys. zł⁸⁷ i został rozliczony w ramach ryczałtowych umów z dostawcami systemów informatycznego wsparcia NFZ.

Podstawą zapłaty za świadczenia, wykonane w ramach pakietu onkologicznego, były dane sprawozdawcze o udzielonych świadczeniach (rozliczeniowe i statystyczne) przekazywane przez świadczeniodawców za pomocą komunikatu sprawozdawczego SWIAD⁸⁸. Aplikacja AP-DiLO nie była bezpośrednio powiązana z systemem rozliczeń świadczeń, nie były w niej rejestrowane dane odnośnie wykazanych do zapłaty i sfinansowanych świadczeń przez Fundusz. W ocenie NIK utrudniało to bieżącą analizę finansową w zakresie realizacji i rozliczania świadczeń udzielonych w ramach pakietu⁸⁹.

W okresie 2015 r. – 31 sierpnia 2016 r. w Funduszu obowiązywało ponad 60 reguł warunków walidacji i weryfikacji dotyczących rozliczania świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego, a pierwsze reguły zostały wdrożone już w styczniu 2015 r.

W ocenie NIK, NFZ nie był w pełni przygotowany na wdrożenie pakietu onkologicznego. W związku z bardzo późnym wydaniem rozporządzeń wykonawczych do znowelizowanej ustawy o świadczeniach, wprowadzającej pakiet onkologiczny przez Ministra Zdrowia, zarządzenia Prezesa NFZ wprowadzające pakiet onkologiczny weszły w życie dopiero w grudniu 2014 r. W związku z powyższym oddziały wojewódzkie NFZ miały bardzo krótki czas na przeprowadzenie procesu aneksowania umów, obejmujących procedury onkologiczne. Ponadto udostępnione rozwiązania informatyczne AP-DiLO, w początkowej fazie obowiązywania pakietu, nie były w pełni funkcjonalne i wymagały wielu modyfikacji. Działania Funduszu w tym zakresie, w ocenie NIK, wynikały przede wszystkim z ustaleń wypracowanych z Ministrem Zdrowia.

⁸⁷ Koszt został wyliczony na podstawie szacunkowych stawek przyjętych w umowie z dostawcami oprogramowania dla NFZ. W ramach kosztów uwzględnione zostały wyłącznie koszty dostosowań, napraw, nadzorów i konsultacji związanych z oprogramowaniem dedykowanym.

⁸⁸ Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ nr 14/2013/DSOZ z 21 marca 2013 r. oraz nr 16/2015/DI Prezesa NFZ z 31 marca 2015 r. zmieniającymi zarządzenie w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych.

⁸⁹ Analiza finansowa była możliwa po wygenerowaniu danych z obu systemów i ich powiązaniu.

3.2.2. Wdrożenie i realizacja pakietu onkologicznego

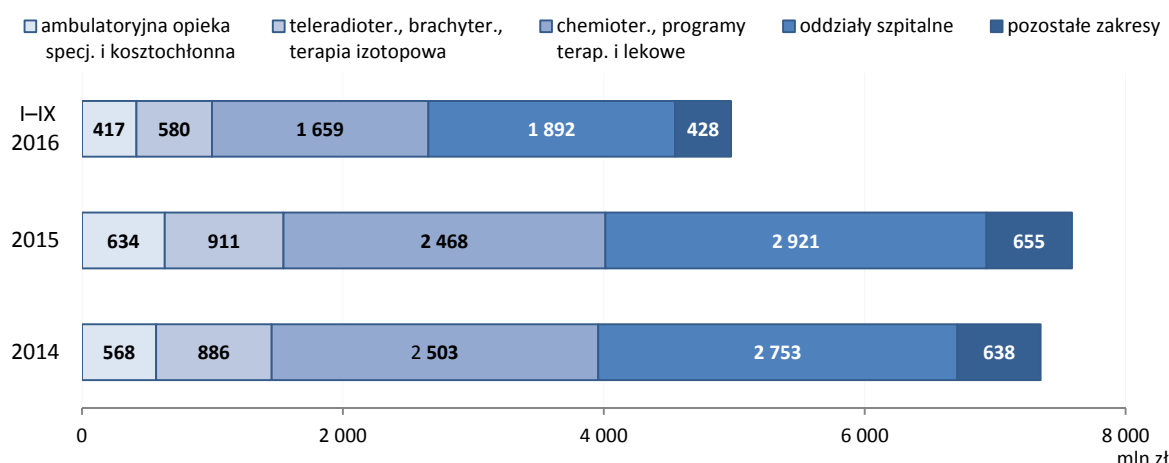
3.2.2.1. Zasady finansowania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego oraz ich wpływ na sytuację finansową świadczeniodawców

Wdrożenie pakietu onkologicznego nie spowodowało istotnego zwiększenia wielkości środków przeznaczanych na leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi, pomimo zniesienia limitów na wybrane świadczenia zdrowotne. W 2015 r. były one jedynie o 3,26% wyższe niż w roku poprzednim, w tym środki obejmujące leczenie pacjentów z rozpoznaniem nowotworu wskazanego w pakiecie onkologicznym⁹⁰ były wyższe o 3,72% przy czym, co należy podkreślić, wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem był około dwukrotnie wyższy (6,97%⁹¹).

Na leczenie onkologiczne w 2015 r. wydatkowano środki w wysokości 7.588.526,12 tys. zł, tj. o 239.496,98 tys. zł więcej niż w 2014 r. (7.349.029,14 tys. zł), a do 31 sierpnia 2016 r. wydatkowano 4.975.541,44 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe⁹² w 2015 r. wydatkowano 6.010.156,97 tys. zł, tj. o 215.544,14 tys. zł więcej niż w 2014 r. (5.794.612,84 tys. zł), a do 31 sierpnia 2016 r. wydatkowano 3.824.181,53 tys. zł. Szczegółowe dane w tym zakresie zostały przedstawione w załączniku nr 3 do Informacji.

Wykres nr 2

Wydatki na leczenie onkologiczne (rozpoznanie C00-D48) w latach 2014–2016 (do 31 sierpnia)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Jedną z głównych przyczyn braku zwiększenia wielkości środków przeznaczanych na leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi był fakt, iż nie zmienił się istotnie sposób rozliczania świadczeń onkologicznych. Świadczeniodawcy rozliczali świadczenia onkologiczne przede wszystkim na podstawie wcześniejszych zasad, tj. umów określających limity wykonywanych usług medycznych. Jedynie 24,4% w 2015 r. oraz 28,1% do 31 sierpnia 2016 r. wartości świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne⁹³, udzielonych pacjentom

⁹⁰ Dotyczy rozpoznań o symbolach klasyfikacji ICD-10: C00–C97, z wyłączeniem C44, D00–D09 z wyłączeniem D04, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0.

⁹¹ Poniesione przez NFZ w 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67.751.200,67 tys. zł, a w 2014 r. 63.338.421,40 tys. zł.

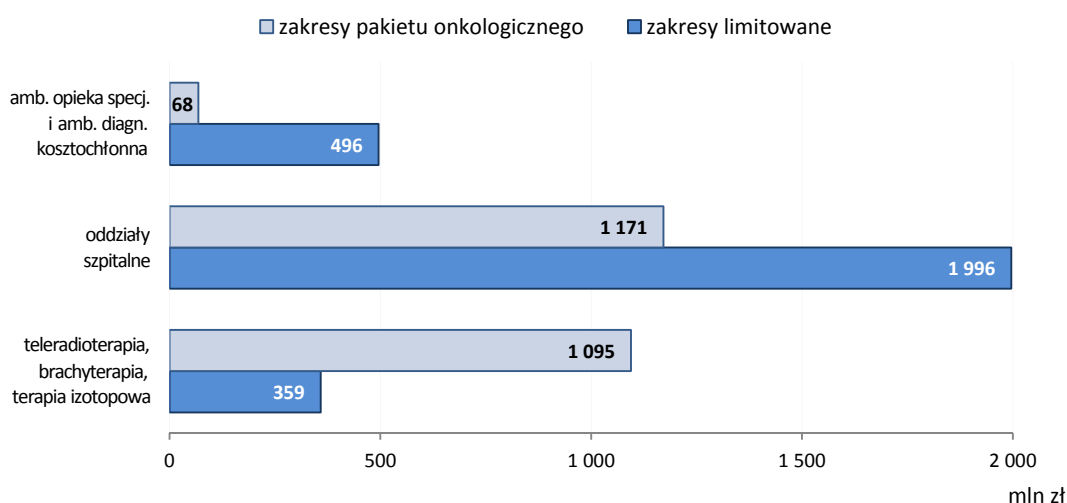
⁹² Dotyczy rozpoznań o symbolach klasyfikacji ICD-10: C00–C97, z wyłączeniem C44, D00–D09 z wyłączeniem D04, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0.

⁹³ Świadczenia we wszystkich typach umów AOS i SZP udzielone pacjentom z rozpoznaniem o symbolach ICD10: C00–C97 (z wyłączeniem C44); D00–D09 (z wyłączeniem D04), D33.0–D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0.

kwalfikującym się, z uwagi na rozpoznanie, do leczenia na podstawie Karty DiLO, została rozliczona w ramach pakietu onkologicznego, przy czym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS – świadczenia w poradniach), odsetek ten był niższy i wynosił około 21,0% (w przypadku Podkarpackiego OW NFZ było to jedynie 10%). W leczeniu szpitalnym – w oddziałach szpitalnych odsetek świadczeń rozliczonych w ramach pakietu onkologicznego był wyższy i wyniósł 37,0%, a w leczeniu szpitalnym w zakresie teleradioterapii, brachyterapii i terapii izotopowej – 75,3%.

Wykres nr 3

Wartość wykonanych i rozliczonych przez NFZ w latach 2015–2016 (do 31 sierpnia) świadczeń onkologicznych dla pacjentów kwalifikujących się z uwagi na rozpoznanie do pakietu, a rozliczonych w jego ramach oraz w ramach umów objętych limitami



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Przyczynami tego stanu były m.in.: mała liczba Kart DiLO wydanych przez lekarzy podstawowej opiece zdrowotnej⁹⁴, niski odsetek świadczeniodawców realizujących pakiet onkologiczny, a także możliwość wystawiania Karty DiLO w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej dopiero po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu. Nowe regulacje nie przewidywały również szeregu sytuacji klinicznych, co utrudniało rozliczanie świadczeń w pakiecie onkologicznym, na co zwracano uwagę już podczas opiniowania projektów aktów normatywnych wprowadzających pakiet onkologiczny.

- Jak ustalono w **Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku (UCK)**, niewielki odsetek pacjentów rozliczonych w ramach kontraktu nielimitowanego w Klinice Onkologii i Radioterapii wiązał się z faktem, że wielu chorych otrzymało szybko niezbędne leczenie onkologiczne, zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych i standardami leczenia, bez konieczności założenia karty DiLO. Uznano, że priorytetem jest sprawne udzielanie świadczeń, a nie dopasowywanie się do szybkiej ścieżki onkologicznej, gdy, nie wynika z tego korzyść dla chorego ani co do jakości, ani czasu podjętego leczenia onkologicznego. Kartę DiLO w Poradni zakładano głównie chorym, którzy wymagali pilnej diagnostyki (szczególnie zaawansowanej diagnostyki obrazowej) w celu ustalenia rozpoznania i zaawansowania procesu rozrostowego. U tych chorych, którzy zgłaszali się posiadając częściową diagnostykę, nie zakładano Karty DiLO w sytuacji, gdy przejście ścieżki diagnostycznej skutkowałoby wydłużeniem czasu do podjęcia leczenia.

Terminy zakładane przez pakiet onkologiczny nie przystają do terminów uzasadnionych przez wiedzę medyczną w przypadku agresywnych chłoniaków i ostrych białaczek. Wymagają one rozpoczęcia leczenia w ciągu 1–5 dni, a nowotwory o charakterze indolentnym nie wymagają leczenia przez miesiące lub lata.

⁹⁴ Szerzej na ten temat w punktach 3.2.2.2, 3.2.2.4 i 3.2.2.6.

Rak płuca, z powodu lokalizacji, tylko w przypadku niewielkiego odsetka chorych może być diagnozowany w ramach poradni specjalistycznej. Jest to związane z koniecznością wykonywania biopsji igłowej, którą, z uwagi na grożące powikłania, należy wykonać w warunkach szpitalnych. Ponadto pakiet onkologiczny nie obejmuje wielu podstawowych procedur diagnostycznych i leczniczych stosowanych w diagnostyce, stopniowaniu i leczeniu nowotworów pierwotnych i wtórnych układu oddechowego, np. mediastinoskopii, torakoskopii, czy wycięcia klinowego guza płuca, a badanie PET w raku płuca zaleca się wykonać dopiero po omówieniu na konsylium lekarskim i rozpoczęciu etapu leczenia.

Ordynator Kliniki Chirurgii Onkologicznej UCK wyjaśnił, że rozliczenie w ramach pakietu onkologicznego możliwe jest głównie u pacjentów, którym można zaproponować leczenie mające na celu usunięcie nowotworu. W Klinice leczona była także liczna grupa chorych, u których leczenie nie prowadzi do usunięcia nowotworu. Realizowane są m.in. procedury paliatywne, czy procedury operacyjne wykonywane w ramach przygotowania do leczenia onkologicznego (np. wyłonienie kolostomii przed radioterapią raka odbytnicy lub jejunostomii) lub w trakcie jego trwania (wszczepienie portów naczyniowych do chemioterapii). Wykonywane są wieloetapowe zabiegi rekonstrukcyjne z powodu raka piersi (grupy J04, J05, J06).

W ocenie Kierownika Kliniki Urologii UCK, w urologii do szybkiej ścieżki onkologicznej kwalifikowali się głównie chorzy na raka gruczołu krokowego, a pacjenci cierpiący na nowotwory pęcherza moczowego lub nerki, nie pasowali do schematu wprowadzonego pakietem onkologicznym. Problemem jest, że rozpoznanie jest u nich stawiane na podstawie badań obrazowych, a potwierdzenie histopatologiczne jest, w większości przypadków, uzyskiwane już po zakończeniu leczenia i wypisaniu pacjenta ze szpitala. Ponadto dużą grupę chorych z rozpoznaniem nowotworu na urologii stanowią też pacjenci z nawrotowymi nowotworami (nawroty, powikłania, postęp choroby) – rak pęcherza, nowotwory ginekologiczne, rak jądra, rak prącia i czasami też rak gruczołu krokowego. Takich pacjentów bardzo trudno jest zakwalifikować do DiLO.

Ponadto istotny wpływ na ograniczone rozliczanie świadczeń w ramach pakietu było nierealizowanie przez świadczeniodawców umów zawartych w tym zakresie. Spośród 1.743 świadczeniodawców posiadających umowy na realizację pakietu w AOS, realizowało je jedynie 194 podmioty, tj. 11,1%. Spośród 601 podmiotów mających umowy na realizację pakietu jednocześnie w AOS i SZP – aktywnie realizowało je 282, tj. 68,4% (szerzej w pkt 3.2.2.2).

Mała liczba świadczeniodawców realizujących aktywnie pakiet przełożyła się również na stopień realizacji zawartych kontraktów. W 2015 r. wartość pierwotna kontraktów wyniosła 171,5 mln zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz 2.265,6 mln zł w leczeniu szpitalnym, a wartość ostateczna kontraktów wyniosła jedynie 26,3% ich wartości pierwotnej w AOS i 59,5% w SZP (odpowiednio 45,2 mln zł i 1.347,1 mln zł). Natomiast w 2016 r. pierwotnie zawarto kontrakty na kwotę 171,5 mln zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i 896,6 mln zł w leczeniu szpitalnym, a ich wartość w ciągu roku została zwiększona odpowiednio o 29,8% i 66,5% (do 59,6 mln zł i 1.492,6 mln zł).

Co istotne, świadczenia realizowane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej mogły być rozliczane w ramach pakietu jedynie na rzecz pacjentów posiadających już Kartę DiLO. Nie przewidziano w pakiecie możliwości rozliczenia świadczeń w przypadku podejrzenia nowotworu. W takich sytuacjach diagnostyka wykonywana w kierunku potwierdzenia bądź wykluczenia nowotworu była sprawozdawana i rozliczana w ramach umów objętych limitami, tj. poza pakietem onkologicznym. W praktyce oznaczało to, że w ramach pakietu mogły być rozliczane jedynie świadczenia udzielone na etapie diagnostyki pogłębianej.

Jedną z przyczyn nierozliczenia świadczeń onkologicznych w ramach pakietu onkologicznego, było również nieprzestrzeganie przez świadczeniodawców terminów wyznaczonych na wykonanie diagnostyki i rozpoczęcie leczenia onkologicznego, co wiązało się z obniżeniem kwot środków przekazanych przez NFZ.

W latach 2015–I poł. 2016 r., w związku z przekroczeniem terminów na wykonanie diagnostyki onkologicznej, sfinansowano na poziomie 70% wartości w ramach diagnostyki wstępnej 4.684 świadczeń o wartości 1.596,97 tys. zł (tj. 14,31% ogólnej liczby świadczeń sprawozdanych w diagnostyce wstępnej), a w ramach diagnostyki pogłębionej 5.551 świadczenia o wartości 2.773,92 tys. zł (tj. 8,91% ogólnej liczby świadczeń sprawozdanych w diagnostyce pogłębionej).

Wyżej opisane zasady powodowały, że choć pakiet onkologiczny znosił limity udzielania świadczeń, przyjęte rozwiązania w praktyce ograniczały dostęp do świadczeń dla pacjentów poprzez ich „przesunięcie” do rozliczania w ramach umów limitowych.

Przyczyną niskiej realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego były również przyjęte zasady wyliczenia wartości ryczałtów przekazywanych świadczeniodawcom za wykonane świadczenia w ramach pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Ich wartość wyliczona została na podstawie analizy struktury wykonywanych procedur medycznych u pacjentów z rozpoznaniem typu nowotworu złośliwego oraz dotychczasowej lub obniżonej ich wyceny. W przypadku pacjentów wymagających przeprowadzenia dodatkowych lub kosztownych badań diagnostycznych, kwota ryczałtu nie pokrywała kosztów diagnostyki⁹⁵. W takich sytuacjach dla świadczeniodawcy bardziej opłacalne było odrębne rozliczanie poszczególnych procedur medycznych, co było możliwe w ramach umów objętych limitami.

Na niską wycenę poszczególnych pakietów diagnostyki wstępnej i/lub pogłębionej wskazywali wszyscy świadczeniodawcy, u których przeprowadzono tego typu analizy (osiem podmiotów z 19 skontrolowanych)⁹⁶.

- Według szacunków stworzonych na potrzeby kontroli NIK w **SP ZOZ w Świdnicy** rzeczywiste koszty diagnostyki pogłębionej prowadzonej, przy czterech najczęściej występujących nowotworach złośliwych, w Poradni Onkologicznej znacznie przekraczały kwoty refundowane przez NFZ w ramach pakietu onkologicznego (za wyjątkiem nowotworu krtani/gardła). Z kolei w Poradni Chirurgii Ogólnej koszty te (za wyjątkiem raka skóry – czerniaka złośliwego) kształtowały się na podobnym poziomie. Przedmiotowa analiza wykazała, że w Poradni Onkologicznej całkowity koszt diagnostyki:
 - nowotworu złośliwego jelita grubego wyniósł 929 zł (wg pakietu onkologicznego 791 zł),
 - nowotworu złośliwego żołądka wyniósł 1.116 zł (wg pakietu onkologicznego 626 zł),
 - nowotworu złośliwego krtani/gardła wyniósł 442 zł (wg pakietu onkologicznego 1.794 zł),
 - nowotworu złośliwego piersi przy mammografii jednej piersi – 1.930 zł (wg pakietu onkologicznego 846 zł),
 - nowotworu złośliwego piersi przy mammografii dwóch piersi – 2.027 zł (wg pakietu onkologicznego 846 zł),
 a w Poradni Chirurgii Ogólnej całkowity koszt diagnostyki:
 - nowotworu złośliwego żołądka wyniósł 641 zł (wg pakietu onkologicznego 626 zł),
 - nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy – 641 zł (wg pakietu onkologicznego 791 zł),
 - nowotworu złośliwego gruczołu piersiowego – 701 zł (wg pakietu onkologicznego 846 zł),
 - czerniaka złośliwego – 264 zł (wg pakietu onkologicznego 1.196 zł).
 Kwota ustalonego ryczałtu znacznie przekraczała (ponad czterokrotnie) rzeczywiste koszty diagnostyki pogłębionej prowadzonej w przypadku nowotworu złośliwego krtani gardła i w przypadku czerniaka złośliwego.
- Podobnie, jak wynika z ustaleń kontroli w **Centrum Onkologii im. Łukaszczyka w Bydgoszczy**, kwota ryczałtu za badania diagnostyczne wykonywane w ramach pakietu onkologicznego była niedoszacowana m.in. w przypadku nowotworów: żołądka, wątroby i trzustki, tarczycy, nerek oraz czerniaka lub przeszacowana m.in. w nowotworach: przełyku, dolnego odcinka przewodu pokarmowego, gruczołu krokowego, jajników i jajowodów. Dużym problemem było również włączenie badania PET do badań wykonywanych w ramach diagnostyki. Koszty wykonania tego badania w całości pokrywały wynagrodzenie otrzymane

⁹⁵ M.in. w przypadku pozytonowej, emisyjnej tomografii komputerowej (PET).

⁹⁶ Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

za przeprowadzenie diagnostyki lub często je przekraczały. Co za tym idzie kwota ryczałtu za wykonane badania diagnostyki wstępnej i pogłębionej w AOS nie zawsze pokrywała koszty rzeczywiste tych świadczeń ponoszone przez Centrum, co miało duże znaczenie dla wyniku finansowego.

- W **Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie** wskazano m.in., że cena badania PET kształtuje się na poziomie 3.300 zł, cena w przypadku badania choliną, stosowanego w niektórych rodzajach schorzeń nerek wynosi 4.500 zł, a najwyższa stawka jaką mógł otrzymać szpital za diagnostykę pogłębioną wykonaną przy nowotworze nerki diagnozowanym w poradni urologicznej to 662,20 zł.
- Z kolei na znaczne niedoszacowanie pakietów wstępnych i pogłębionych w przypadku przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki w białaczkach ostrych i przewlekłych (odpowiednio o 2,1 tys. zł i 5,4 tys. zł) oraz w chłoniakach (odpowiednio o 2,1 tys. zł i 5,1 tys. zł) wskazały wyniki kontroli przeprowadzonej w **Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie**.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że możliwość wyboru przez świadczeniodawców sposobu rozliczania świadczeń onkologicznych kwalifikujących się z uwagi na rozpoznanie do pakietu onkologicznego miała skutek nie tylko finansowy. Wprowadzenie ryczałtu przy rozliczeniach świadczeń wykonanych w ramach pakietu miało na celu stworzenie bodźca dla świadczeniodawców do możliwie szybkiego postawienia rozpoznania. Nie liczyło się bowiem samo wykonanie określonej procedury, lecz uzyskanie końcowego efektu w postaci diagnozy i rozpoczęcia leczenia w określonym terminie, co należy ocenić pozytywnie. Była to próba płacenia przez Fundusz za efekt, a nie za poszczególne świadczenia, których wykonanie wcale nie musi prowadzić do uzyskania zakładanych celów, tj. postawienia diagnozy lub wyleczenia pacjenta. Wprowadzając pakiet onkologiczny, celu tego nie udało się jednak w pełni osiągnąć.

Na negatywne skutki dotychczasowych zasad rozliczania świadczeń polegających na płatności przez NFZ za wykonaną usługę, skutkujące nieuzasadnionym wydłużaniem procesu diagnostycznego, wykonywaniem szeregu procedur medycznych bez uzyskania końcowego efektu, a w rezultacie wydłużaniu czasu oczekiwania pacjentów na uzyskanie świadczeń zdrowotnych, zwracali również uwagę goście uczestniczący w panelu ekspertów zorganizowanym przez NIK w dniu 16 lutego 2016 r.⁹⁷

Wprowadzenie nowego sposobu rozliczania świadczeń i ich wycena miała negatywny wpływ na sytuację finansową podmiotów leczniczych. Z przeprowadzonej w toku kontroli analizy wyników finansowych 204 komórek organizacyjnych realizujących pakiet onkologiczny, zlokalizowanych w 16 podmiotach leczniczych wynika, że w 2015 r. w porównaniu do 2014 r., w 127 komórkach organizacyjnych pogorszył się wynik finansowy. Jednocześnie przychody z tytułu realizacji umów z NFZ, zmniejszyły się średnio na jedną badaną komórkę organizacyjną o 52.875,6 tys. zł, zaś koszty zwiększyły się średnio o 36.673,9 tys. zł. Liczba komórek organizacyjnych, które na koniec 2015 r. odnotowały ujemny wynik finansowy zwiększyła się ze 125 do 130, a ich średnia strata zwiększyła się z 1.259,1 tys. zł do 1.415,9 tys. zł (tj. o 12,5%). Liczba podmiotów, które na koniec 2015 r. odnotowały dodatni wynik finansowy zmniejszyła się z 79 do 71, a ich średni zysk zmniejszył się z 3.379,7 tys. zł do 2.063,2 tys. zł (tj. o 39,0%).

Również sama konstrukcja umów zawartych na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiła bodziec do ograniczania ich udzielania w ramach pakietu onkologicznego. Pakiet onkologiczny został bowiem wprowadzony poprzez podpisanie ze świadczeniodawcami dotychczas realizującymi umowy o udzielanie świadczeń onkologicznych w AOS lub SZP aneksów do umów, na podstawie

⁹⁷ Patrz Informacja o wynikach kontroli Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających ze środków publicznych, Nr ewid. 18/2016/P/15/092/LOP.

których wydzielono tzw. „zakresy skojarzone nielimitowane”⁹⁸, dedykowane grupie chorych z określonym rozpoznaniem. Oznaczało to, że w kwocie zobowiązania określonej w dotychczasowej umowie, wyodrębniono środki przeznaczone na realizację świadczeń udzielanych w ramach pakietu. Środki te, po przekroczeniu kwoty zobowiązania, na wniosek świadczeniodawcy były zwiększane. Wniosek taki można było jednak składać dopiero, po upływie kwartału. W sytuacji, gdy limity w dotychczasowych umowach zostały określone na niskim poziomie skutkowało to nawet kilkumiesięcznym oczekiwaniem świadczeniodawcy na płatność i stanowiło formę jej odroczenia przez Fundusz.

3.2.2.2. Dostęp do świadczeń i kompleksowość ich udzielania w ramach pakietu onkologicznego

Pakiet onkologiczny nie przyczynił się w istotny sposób do poprawy dostępu do świadczeń onkologicznych. Przyczyną było to, że nie wszyscy świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o realizację pakietu faktycznie udzielali świadczeń. Spośród 1.935 świadczeniodawców AOS, którzy zawarli umowy na realizację pakietu w I kw. 2015 r., świadczeń udzielało jedynie 301 (15,6%). W leczeniu szpitalnym umowy zawarło 129 podmiotów, przy czym realizowało w tym okresie je tylko 64 (49,6%). Natomiast liczba podmiotów udzielających świadczeń w I kw. 2015 r. w ramach pakietu zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym wyniosła 439, a świadczeń faktycznie udzielało 299 świadczeniodawców (68,1%).

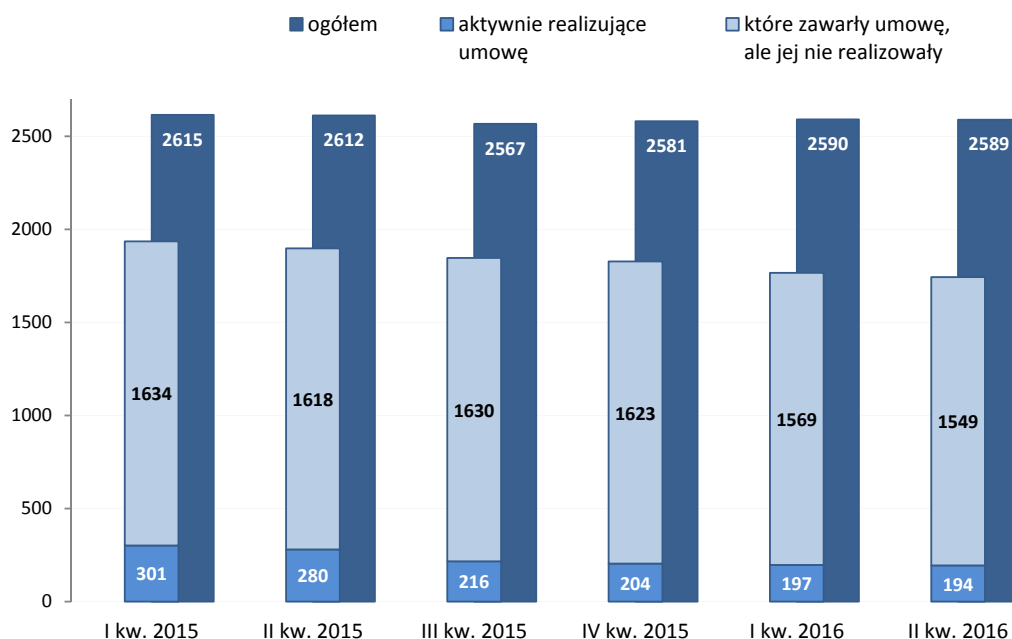
W badanym okresie dostęp do świadczeń stopniowo pogarszał się. Zmniejszała się bowiem zarówno liczba świadczeniodawców mających zawarte umowy jak i udzielających świadczeń w ramach pakietu. Na koniec II kw. 2016 r. w AOS liczba podmiotów, które zawarły umowy zmniejszyła się o 9,9%, a faktycznie udzielających świadczeń o 35,5%. W SZP liczba świadczeniodawców mających zawarte umowy zmniejszyła się o 15,5%, chociaż liczba faktycznie udzielających świadczeń zwiększyła się o 4,7%. Natomiast liczba podmiotów udzielających świadczeń w ramach pakietu zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym, zmniejszyła się o 6,2%, a faktycznie udzielających świadczeń o 5,7%. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia załącznik nr 4.

NFZ zwrócił dodatkowo uwagę, że zmniejszenie liczby świadczeniodawców wynikało z wyłączenia drobniejszych podmiotów na rzecz większych, aktywnie realizujących pakiet, a także z wprowadzonych reguł weryfikacji odnośnie sprawdzenia daty wykonania świadczenia i daty założenia Karty DİLO.

⁹⁸ Przez „zakres skojarzony” należy rozumieć zakres wyodrębniony w umowie w danym zakresie świadczeń, w ramach którego udzielane są określone świadczenia, dla których w kwocie zobowiązania określonej w umowie wyodrębniane są środki przeznaczone wyłącznie na ich finansowanie, zaś termin „nielimitowany” – oznacza, że wyodrębniona kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji świadczeń z pakietu onkologicznego może ulegać zwiększeniu do poziomu wykonania świadczeń.

Wykres nr 4

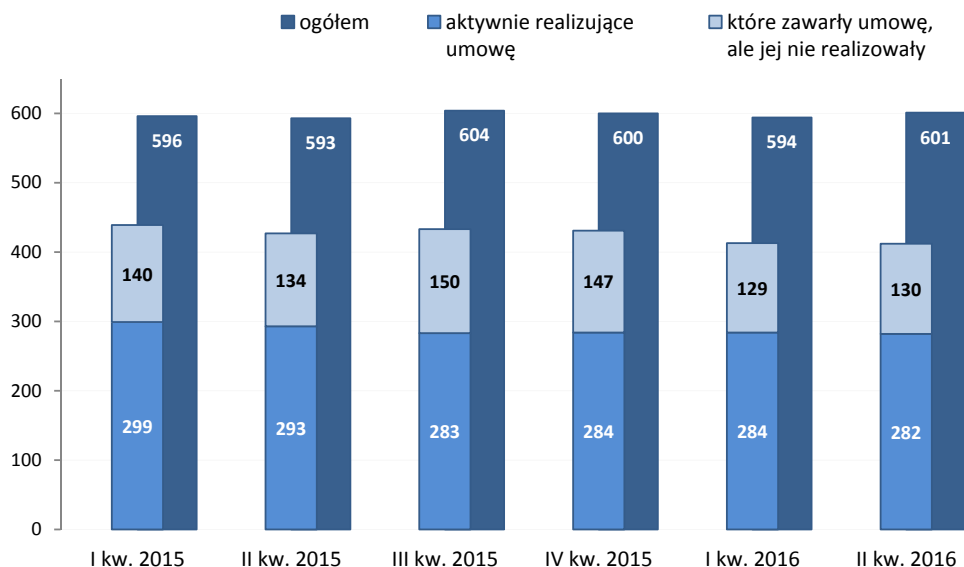
Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń onkologicznych jedynie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 5

Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń onkologicznych jednocześnie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz w leczeniu szpitalnym



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach pakietu stanowili niski odsetek w stosunku do liczby podmiotów leczniczych udzielających świadczeń pacjentom onkologicznym w ramach umów limitowych. W odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odsetek podmiotów realizujących pakiet w odniesieniu do podmiotów

udzielających świadczeń pacjentom z rozpoznaniem nowotworu wynosił od 11,51% w I kw. 2015 r. do 7,49% w II kw. 2016 r., leczenia szpitalnego odpowiednio od 32,82% do 35,08%, a w przypadku podmiotów udzielających świadczeń w ramach pakietu zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i leczeniu szpitalnym stanowił w tym okresie od 50,17% do 46,92%.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego nie skutkowało również zapewnieniem kompleksowego udzielania świadczeń. Jedynie 33 spośród 1.743 świadczeniodawców (1,89%)⁹⁹, którzy podpisali umowy na realizację pakietu w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, zapewniała bowiem jednocześnie dostęp, w ramach prowadzonej własnej działalności, do badań laboratoryjnych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych w ramach własnej działalności. W leczeniu szpitalnym takich podmiotów było 30 (27,52%)¹⁰⁰, a wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym było ich 92 (22,33%).

Głównym założeniem pakietu onkologicznego było to, że po wydaniu Karty DiLO przez lekarza podstawowej opiece specjalistycznej pacjenci będą mieli przeprowadzoną onkologiczną diagnostykę w trybie ambulatoryjnym (w tym badania kosztochłonne). Przewidywano też, iż w znacznej części przypadków rozpoznanie nowotworu złośliwego nie potwierdzi się (założono, że proporcja ta wyniesie około 1:10). Jednakże przeprowadzona przez NFZ analiza danych za okres styczeń – wrzesień 2015 r. pokazała m.in., że jedynie około 25% nowotworów jest diagnozowana ambulatoryjnie, a także, że występują duże różnice rozpoznawalności nowotworu w zależności od lokalizacji. Część lokalizacji nowotworów jest trudna do zdiagnozowania w warunkach ambulatoryjnych (szerzej na str. 74).

W ocenie NIK, przyjęte zasady rozliczeń oraz ograniczona liczba podmiotów leczniczych realizujących pakiet onkologiczny powodowały, że choć limity na udzielanie świadczeń pacjentom z wybranymi chorobami nowotworowymi zostały zniesione, w praktyce wyżej opisane zjawiska ograniczały dostęp do leczenia. Skutkowało to tym, że około 38% pacjentów, kwalifikujących się do pakietu z uwagi na rozpoznanie, nie otrzymało Karty DiLO. Formalnie zostali oni pozbawieni możliwości szybkiego wykonania badań diagnostycznych i podobnie, jak pozostali pacjenci, musieli czekać w kolejkach osób oczekujących na udzielenie świadczenia. W 2015 r. pacjentów, którym udzielono świadczeń poza pakietem onkologicznym i jednocześnie, którym nie wystawiono Karty DiLO było 51,8 tys., zaś do 31 maja 2016 r. – 21,7 tys.¹⁰¹.

Przykładowo:

- w **Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy** w 2015 roku 12.334, a w 2016 r. 8.118 pacjentów z rozpoznaniem chorób nowotworowych otrzymało świadczenia zdrowotne w ramach AOS. Spośród nich 8.871 (43,3%) trafiło do CO bez założonej Karty DiLO, w związku z czym do czasu potwierdzenia rozpoznania nowotworu, kwalifikującego pacjenta do objęcia pakietem onkologicznym, byli oni diagnozowani i leczeni w ramach umów objętych limitami. Po uzyskaniu, w wyniku przeprowadzonej diagnostyki, potwierdzenia nowotworu złośliwego, pacjentom tym założono Karty DiLO i dalsze postępowanie terapeutyczne prowadzono

⁹⁹ Dotyczy podmiotów udzielających świadczeń tylko w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; według stanu na koniec II kwartału 2016 r.

¹⁰⁰ Dotyczy podmiotów udzielających świadczeń tylko w leczeniu szpitalnym; według stanu na koniec II kwartału 2016 r.

¹⁰¹ W 2015 r. pacjentów, których nie rozliczono w ramach pakietu onkologicznego w ramach umów 03 – leczenie szpitalne było 105,9 tys. (z ogółem 203,7 tys. kwalifikujących się), zaś do 31 maja 2016 r. – 44,3 tys. (z ogółem 102,5 kwalifikujących się). Analiza MZ obejmowała świadczenia sprawozdane w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 maja 2016 r. z rozpoznaniem zasadniczymi wg. klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00–C43, C45–D03, D05–D09, D32, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4 i D76.0 oraz rozpoznaniem zasadniczym Z51.0 oraz rozpoznaniem współistniejącymi C00–C43, C45–D03, D05–D09, D32, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4 i D76.0. Zastrzeżono, że liczba pacjentów rozliczonych i nierozliczonych nie jest addytywna.

w ramach pakietu onkologicznego. Wszystkim pacjentom wskazanym powyżej wykonano ogółem 258,2 tys. badań diagnostycznych w 2015 r., z czego 41,4% rozliczono poza pakietem onkologicznym, a w 2016 r. – 140.184 badania, z czego 43,7% rozliczono poza pakietem onkologicznym.

W leczeniu szpitalnym w 2015 r. 6.079, a w 2016 r. 4.557 pacjentów z rozpoznaniem chorób nowotworowych, otrzymało świadczenia zdrowotne w Centrum. Spośród nich 1.953 (18,4%) trafiło do CO bez założonej Karty DiLO, w związku z czym, podobnie jak w AOS, byli oni diagnozowani i leczeni w ramach umów objętych limitami. Po uzyskaniu, w wyniku przeprowadzonych badań, potwierdzenia nowotworu złośliwego, pacjentom tym założono Kartę DiLO i dalsze postępowanie terapeutyczne prowadzono w ramach pakietu onkologicznego. Wszystkim pacjentom wskazanym powyżej w 2015 r. wykonano ogółem 130.512 badań diagnostycznych, z czego 15,1% rozliczono poza pakietem onkologicznym, a w 2016 r. – 95.556 badania, z czego 6,5% rozliczono poza pakietem onkologicznym.

O zróżnicowanym dostępie do świadczeń onkologicznych udzielanych w ramach pakietu onkologicznego, w poszczególnych województwach, świadczy również duża, sięgająca blisko 280% różnica w liczbie wydawanych Kart DiLO przypadających na 10 tys. mieszkańców. O ile w woj. podlaskim w latach 2015–I poł. 2016 r. wartość tego wskaźnika wynosiła 43,42, to w woj. kujawsko-pomorskim sięgała 120,40, przy średniej krajowej 94,64.

Wykres nr 6

Liczba wystawionych Kart DiLO na 10 tys. ubezpieczonych w latach 2015–2016

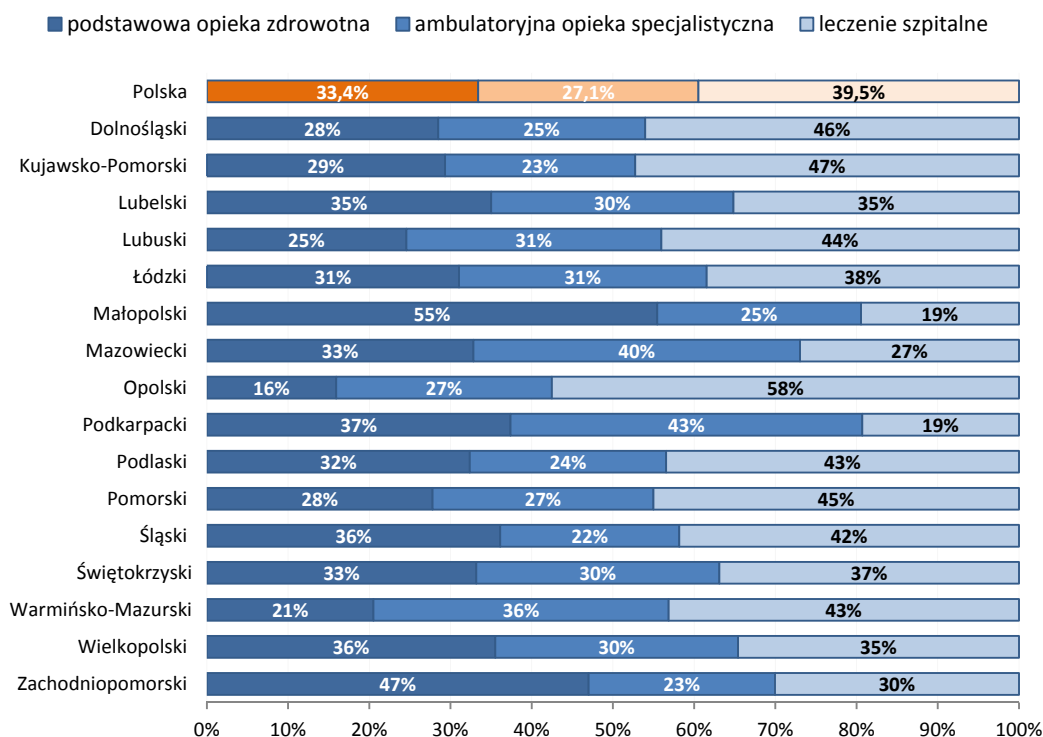


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Powyższe zróżnicowanie potwierdza również porównanie odsetka wydanych Kart DiLO w poszczególnych rodzajach świadczeń, na terenie działania OW NFZ w latach 2015–2016. Ogółem 33,4% Kart DiLO zostało wystawionych w podstawowej opiece zdrowotnej, 27,1% w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz aż 39,5% w leczeniu szpitalnym.

Wykres nr 7

Odsetki wydanych Kart DiLO w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym ogółem, w podziale na OW NFZ w latach 2015–2016



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z kolei porównanie liczby wydanych Kart z zachorowalnością na choroby nowotworowe¹⁰² wskazuje również na brak korelacji liczby wydanych Kart DiLO ze wskaźnikami zachorowalności. Wprowadzając pakiet onkologiczny założono, że w znacznej części podejrzenie nowotworu złośliwego nie potwierdzi się¹⁰³, jednakże porównanie z zachorowalnością na nowotwory wskazuje, że w wielu województwach Karty DiLO były wystawiane dopiero po uzyskaniu potwierdzenia nowotworu.

Przykładowo, w woj. zachodniopomorskim wartości wskaźnika zachorowalności była jedną z najniższych w kraju (37,5 na 10 tys. mieszkańców), podczas gdy wskaźnik wystawianych Kart DiLO na 10 tys. ubezpieczonych wynosił aż 106,5. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku woj. mazowieckiego, przy wskaźniku zachorowalności 33,46 na 10 tys. mieszkańców, wskaźnik wystawianych Kart DiLO 2015–2016 r. wynosił 106 na 10 tys. uprawnionych (75,90 w 2015 r. i 30,11 w I poł. 2016 r.).

Natomiast w woj. opolskim, przy wskaźniku zachorowalności 43,14 na 10 tys. mieszkańców, wskaźnik wystawianych Kart DiLO, w latach 2015–2016, wynosił 73,74 na 10 tys. uprawnionych (51,39 w 2015 r. i 22,35 w I poł. 2016 r.). W województwie podlaskim wskaźniki te wynosiły odpowiednio 43,4 i 33,8.

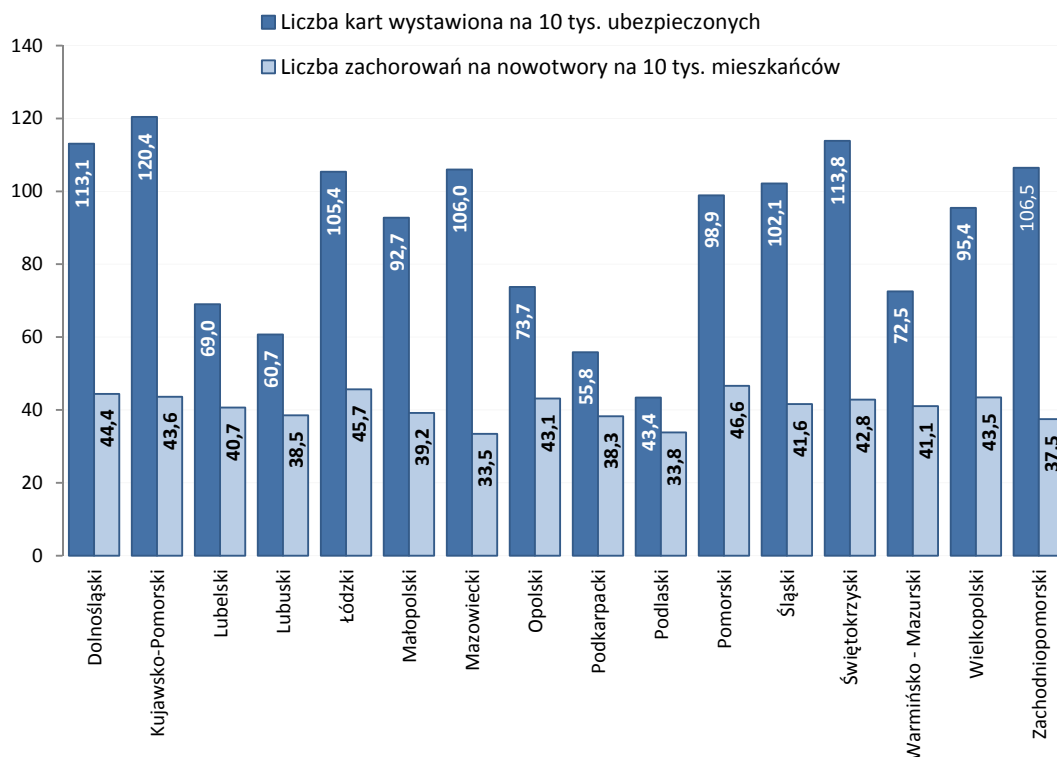
Szczegółowe dane dla lat 2015–2016 (do 30 czerwca) w tym zakresie przedstawia wykres:

¹⁰² Liczona jako stosunek liczby zachorowań na nowotwory ogółem w 2013 r. do liczby mieszkańców danego województwa, zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów.

¹⁰³ Potwierdzenie miało nastąpić w jednym na 10 przypadków.

Wykres nr 8

Liczba Kart DiLO wystawionych na 10 tys. ubezpieczonych w porównaniu do liczby zachorowań na nowotwory złośliwe na 10 tys. mieszkańców



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRiN i NFZ.

3.2.2.3. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w ramach pakietu

Wprowadzenie pakietu onkologicznego skróciło czas oczekiwania pacjentów z chorobami nowotworowymi na udzielenie świadczeń zdrowotnych, w porównaniu do pozostałych pacjentów uzyskujących świadczenia w trybie planowym (szczegóły przedstawiono w załączniku nr 7).

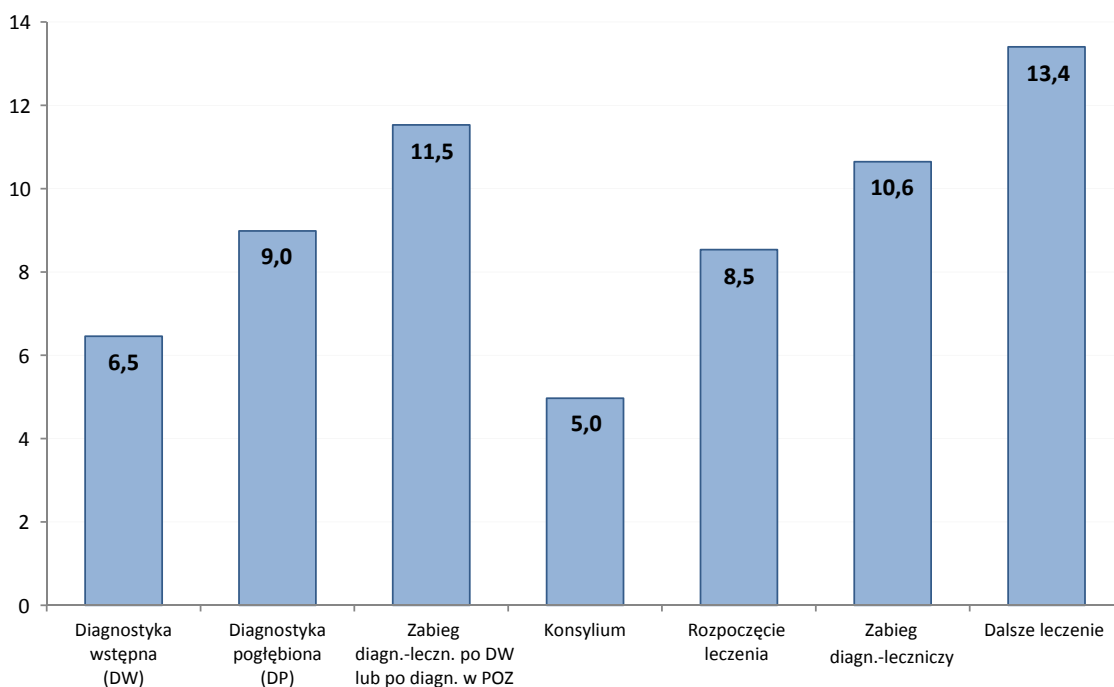
Dotyczyło to wszystkich 33 analizowanych poradni i pracowni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, przy czym w przypadku 15 poradni i pracowni (45,45%), świadczeń w ramach pakietu udzielano (w latach 2015–2016 II półrocze) na bieżąco, podczas gdy w przypadku pozostałych pacjentów tych poradni czas oczekiwania wynosił od 12 dni (poradnia chirurgii dziecięcej w I kwartale 2015 r.) do 169 dni (poradnia endokrynologiczna dla dzieci w IV kw. 2015 r.).

Również w przypadku wszystkich 25 analizowanych oddziałów szpitalnych czas oczekiwania pacjentów objętych pakietem na rozpoczęcie leczenia był krótszy niż czas oczekiwania na uzyskanie świadczeń w trybie planowym. W przypadku sześciu oddziałów (24%) leczenie pacjentów rozpoczynano bezzwłocznie, podczas gdy pacjenci przyjmowani na te oddziały w trybie planowym oczekiwali od 2 dni (oddziałów onkologii i hematologii dziecięcej w I kw. 2016 r.) do 176 dni (oddziały audiologii i foniatrii, II kwartał 2016 r.).

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie, w ramach pakietu onkologicznego, świadczenia zdrowotnego¹⁰⁴, zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak również w leczeniu szpitalnym, nie przekroczył na koniec poszczególnych kwartałów okresu 2015–2016 (I półrocze) 14 dni. Sporadyczne wyjątki odnotowano jedynie w odniesieniu do świadczeń udzielanych: w poradniach okulistycznych w II kwartale 2015 r. (60 dni), w oddziałach chirurgii szczękowo-czaszkowej w I kwartale 2016 r. (33 dni) oraz w oddziałach okulistycznych w II kwartale 2016 r. (20 dni). Wyjątek stanowiły również oddziały endokrynologiczne oraz medycyny nuklearnej. W pierwszym przypadku, od II kwartału 2015 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania wydłużył się z 29 dni do 46 dni, zaś w drugim przypadku, w IV kwartale 2015 r. oraz I kwartale 2016 r. odnotowano, iż czasy oczekiwania pacjentów wynosiły odpowiednio 108 dni oraz 123 dni. Na koniec II kwartału 2016 r. pacjenci do oddziałów medycyny nuklearnej przyjmowani byli na bieżąco.

Wykres nr 9

Średni czas oczekiwania w dniach na poszczególne etapy diagnostyki i leczenia onkologicznego w latach 2015–2016 (do 28 listopada)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie analizy danych z AP-KOLCE, dotyczących osób wpisanych na listę oczekujących, którym udzielono świadczenia do dnia 28 listopada 2016 r. Z analizy wyłączono błędne rekordy oraz osoby, którym udzielono świadczenia w dniu zgłoszenia (tj. wpisania na listę oczekujących).

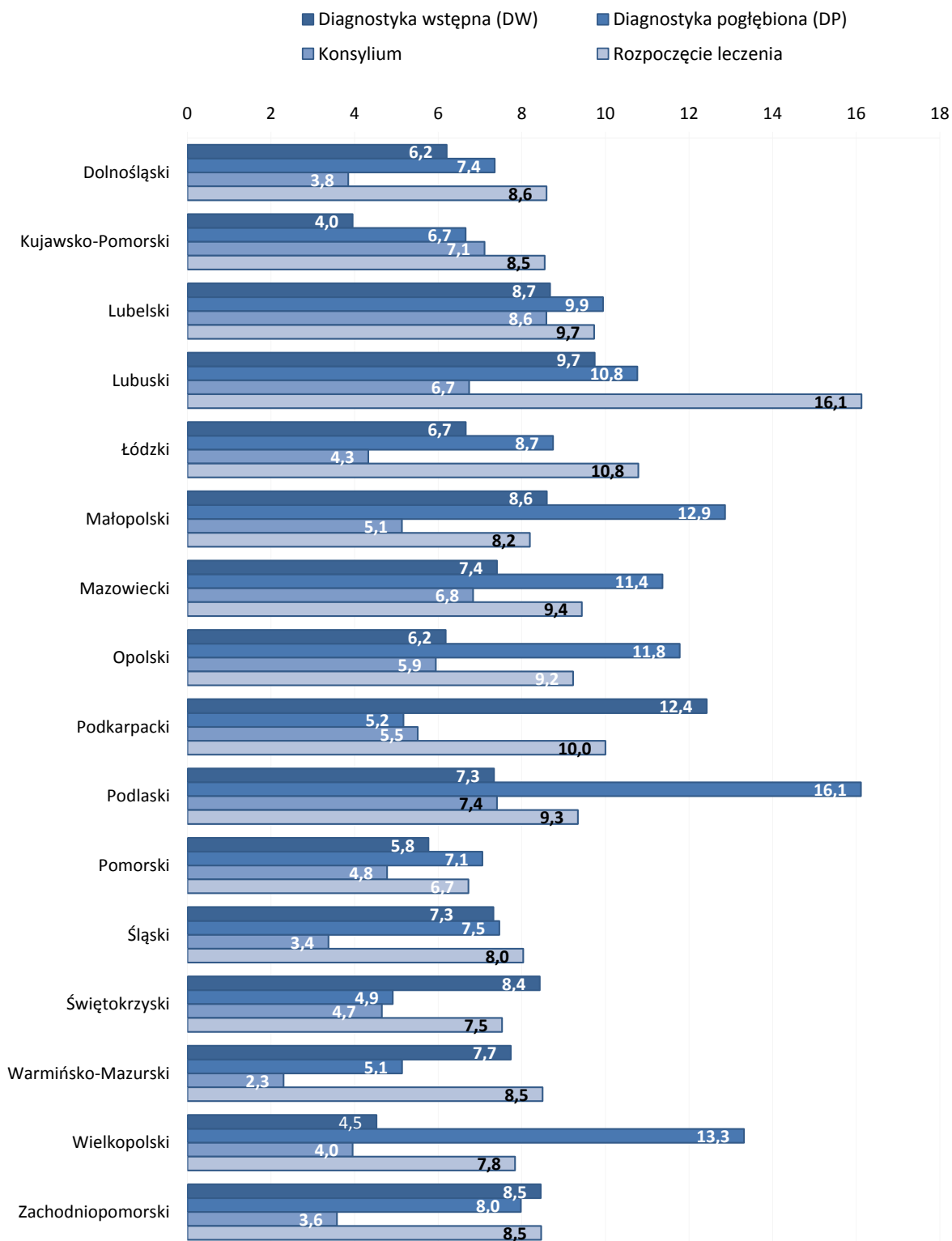
Korzystanie z pakietu onkologicznego nie zawsze gwarantowało pierwszeństwo w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych. W oddziałach urologicznych uzyskiwano świadczenia w trybie pilnym szybciej, niż wynosił czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia w ramach pakietu (średnio o około 3–5 dni). Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku oddziałów endokrynologicznych. Pacjenci przyjmowani w trybie pilnym oczekiwali od 10 dni do 52 dni krócej niż pacjenci z Kartą DiLO¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Etapy: 1 – oczekiwanie na diagnostykę wstępną w AOS; 2 – oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną w AOS; 3 – oczekiwanie na konsylium w SZP; 5 – oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia w SZP.

¹⁰⁵ Według stanu na koniec: I kw. 2015 r. krócej o 10 dni, II kw. 2015 r. krócej o 13 dni, III kw. 2015 r. krócej o 52 dni, IV kw. 2015 r. krócej o 40 dni, I kw. 2016 r. krócej o 29 dni, II kw. 2016 r. krócej o 11 dni.

Wykres nr 10

Średni czas oczekiwania (w dniach) na poszczególne etapy diagnostyki i leczenia onkologicznego w latach 2015–2016 (do 28 listopada) w podziale na OW NFZ



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie analizy danych z AP-KOLCE, dotyczących osób wpisanych na listę oczekujących, którym udzielono świadczenia do dnia 28 listopada 2016 r. Z analizy wyłączone błędne rekordy oraz osoby, którym udzielono świadczenie w dniu zgłoszenia (tj. wpisanie na listę oczekujących).

Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń planowych oraz w trybie pilnym, dla pacjentów innych niż objętych pakietem onkologicznym wydłużył się w latach 2014–2016 (I półrocze). Potwierdzają to również analizy list oczekujących przeprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (por. str. 76). Jednakże Ministerstwo Zdrowia oraz NFZ nie dysponowały szczegółowymi analizami pozwalającymi na ustalenie w jakim stopniu spowodowane było to wprowadzeniem pakietu onkologicznego i uprzywilejowaniem pacjentów z wybranymi rozpoznaniem onkologicznymi, a w jakim mogło być spowodowane innymi czynnikami. Podobnie, jak w przypadku świadczeń udzielanych poza pakietem onkologicznym, również w przypadku świadczeń objętych nim, odnotowano zróżnicowany czas oczekiwania na ich udzielenie pomiędzy poszczególnymi województwami.

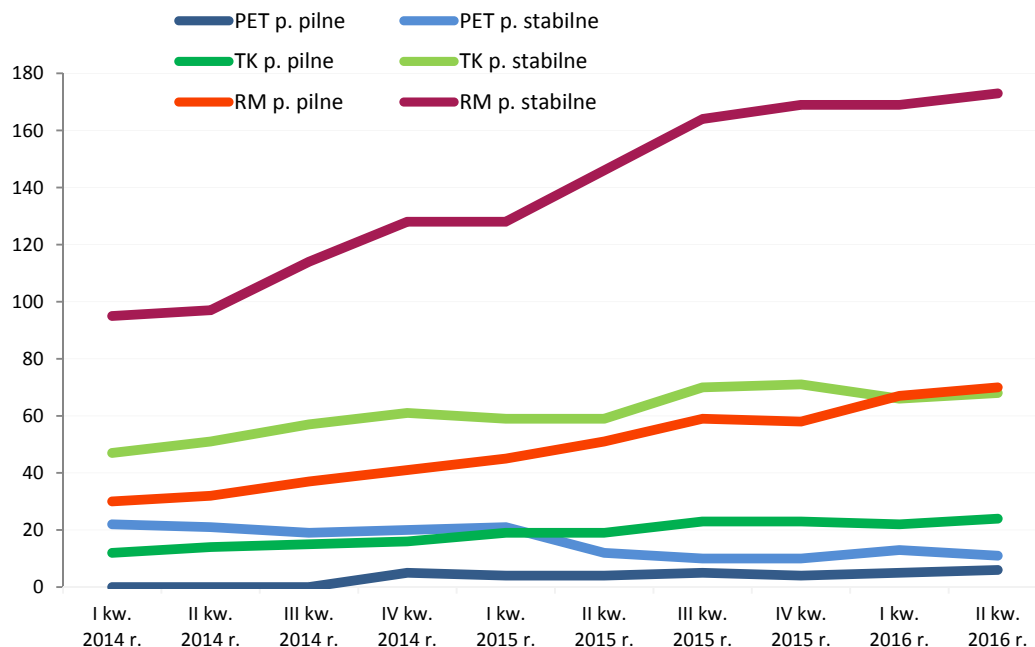
W przypadku poradni endokrynologicznych średni czas oczekiwania dla pacjentów z wystawioną Kartą DiLO na diagnostykę wstępną AOS podawano od 0 dni w województwie wielkopolskim i świętokrzyskim do 24 dni w województwie podkarpackim, na etap 2 – oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną AOS od 0 dni w województwie małopolskim, mazowieckim i świętokrzyskim do 84 dni w województwie zachodniopomorskim, natomiast pacjenci poza pakietem najkrócej oczekiwali w województwie podkarpackim, gdzie średni czas oczekiwania w sytuacji „przypadek pilny” wynosił od 3 do 9 dni, „przypadek stabilny” – od 58 do 78 dni, a najdłużej w województwie dolnośląskim, gdzie „przypadek pilny” – od 18 do 43 dni, „przypadek stabilny” – od 340 do 468 dni.

W przypadku poradni urologicznej średni czas oczekiwania dla pacjentów z wystawioną Kartą DiLO, na diagnostykę wstępną AOS podawano od 2 dni w województwie dolnośląskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim i wielkopolskim do 29 dni w województwie podkarpackim, na etap 2 – oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną AOS od 0 dni w województwie opolskim i wielkopolskim, do 28 dni w województwie opolskim, natomiast pacjenci poza pakietem najkrócej oczekiwali w województwie lubelskim, gdzie średni czas oczekiwania „przypadek pilny” wynosił od 2 do 8 dni, „przypadek stabilny” – od 35 do 50 dni, a najdłużej w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie „przypadek pilny” – od 6 do 15 dni, „przypadek stabilny” – od 83 do 121 dni.

Czas oczekiwania na diagnostykę obrazową w pracowni tomografii komputerowej dla „przypadków pilnych” systematycznie się wydłużał z 12 dni w I kw. 2014 r. do 24 dni w II kw. 2016 r., a dla „przypadków stabilnych” z 47 do 68 dni (w tym samym okresie). Podobnie w pracowni rezonansu magnetycznego nastąpiło wydłużenie czasu oczekiwania z 30 do 70 dni dla „przypadków pilnych” oraz z 95 do 173 dni dla „przypadków stabilnych”.

Wykres nr 11

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń (w dniach) w pracowniach: tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz pozytonowej tomografii emisyjnej, według stanu na koniec poszczególnych kwartałów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W trzech podmiotach leczniczych¹⁰⁶ (na 19 skontrolowanych) stwierdzono nieprawidłowości dotyczące nierzetelnego prowadzenia odrębnych list oczekujących na świadczenia w ramach pakietu onkologicznego, czym naruszono art. 20 ust. 12 i 13 ustawy o świadczeniach.

- W **Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach** nie wpisano 14 pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia onkologicznego w ramach pakietu onkologicznego w aplikacji AP-KOLCE, zamiast tego wpisano ich do „standardowych” kolejek. W konsekwencji sprawozdawane dane dotyczące pierwszego wolnego terminu, czy średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w ramach pakietu onkologicznego były nierzetelne. Jak wyjaśniono nieprawidłowość ta wynikała najprawdopodobniej z przeoczenia pracowników rejestracji. Zdarzało się, że pracownik nie zawsze pamiętał, że te same dane musi wpisać dwukrotnie do dwóch programów kolejkowych.
- W **Szpitalu Specjalistycznym im. J.K. Łukowicza w Chojnicach** stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieumieszczeniu 32 i 27 pacjentów na liście oczekujących, odpowiednio na konsylium i na leczenie onkologiczne. Jak wyjaśniono pacjenci ci nie uzyskali świadczeń w dniu zgłoszenia się do szpitala, jednakże starano się by konsylium i leczenie onkologiczne odbyło się w czasie dwóch tygodni od zakończenia diagnostyki pogłębionej.
- W **Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 1 im Fryderyka Chopina w Rzeszowie** dla żadnej z komórek organizacyjnych nie prowadzono odrębnej listy oczekujących na udzielenie świadczenia dla pacjentów objętych diagnostyką w celu rozpoznania nowotworu złośliwego, lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, co stanowiło naruszenie art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dyrektor Szpitala stwierdził, że świadczenia onkologiczne na podstawie Karty DiLO były realizowane na bieżąco.

¹⁰⁶ Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im Fryderyka Chopina w Rzeszowie.

W pięciu kontrolowanych podmiotach leczniczych¹⁰⁷ stwierdzono nieprawidłowości polegające na nieprzekazywaniu informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co stanowiło naruszenie art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

- **W Szpitalu Specjalistycznym im. J.K. Łukowicza w Chojnicach** nie przekazano terminowo 28 informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia z 210 objętych badaniem (13%). Informacje te przekazano po upływie 10, 11 lub 14 dni od daty poprzedniego przekazania informacji, mimo, że w myśl art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach informacje te należało przekazywać, co najmniej raz w tygodniu. Jak wynika z udzielonych wyjaśnień powyższe spowodowane były przeoczeniem.
- **W ARS MEDICAL w Pile** w wyniku badania danych z systemu AP-KOLCE dotyczących marca i sierpnia 2015 r. i 2016 r. stwierdzono, że nie przekazano do NFZ informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w drugim tygodniu sierpnia 2015 r. w 10 poradniach (dermatologicznej, chorób płuc i gruźlicy, ginekologiczno-położniczej, chirurgii ogólnej, nefrologicznej, otolaryngologicznej, endokrynologicznej, gastroenterologicznej, onkologicznej, chirurgii onkologicznej). Informacje w powyższym zakresie nie były ponadto przekazywane w 2015 r. oraz do 19 maja 2016 r. w odniesieniu do oddziału onkologii i chemioterapii, a także w marcu 2016 r. w odniesieniu do poradni hematologicznej (przekazano je dopiero 19 maja 2016 r.).

Jak wyjaśniono w pierwszym przypadku wynikało to prawdopodobnie z problemów technicznych, w dwóch pozostałych spowodowane było sposobem przekazywania informacji z NFZ. Brakujące informacje zostały przygotowane dopiero po otrzymaniu pisma z NFZ (17 maja 2016 r.), w którym zostały wprost wymienione sprawozdawane miejsca udzielania świadczeń i po telefonicznej konsultacji z NFZ. Ponadto, listy w aplikacji AP-KOLCE w zakresie „Hematologia – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” zostały uzupełnione, po uzyskaniu komunikatu z systemu SZOI (14 października 2016 r.).

W pięciu podmiotach leczniczych¹⁰⁸ stwierdzono nieprawidłowości w zakresie dokonywania okresowej oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, czym naruszono art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nieprawidłowości dotyczyły w szczególności:

- niedokonywania ocen list oczekujących prowadzonych dla wszystkich komórek organizacyjnych (art. 21 ust. 1):
- **W Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach**, Zespół Oceny Przyjęć analizował prawidłowość prowadzenia „standardowych” list oczekujących na udzielenie świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne z zakresu ortopedii i okulistyki. Nie dokonywał on natomiast oceny list oczekujących w 19 komórkach organizacyjnych, w których prowadzono tzw. kolejki onkologiczne. Jak wyjaśnił Przewodniczący Zespołu ds. Oceny Przyjęć, wynikało to z najdłuższego czasu oczekiwania na świadczenia wykonywane w tych oddziałach. Analizą prawidłowości prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w AOS zajmował się natomiast pracownik działu Kontraktowania i Statystyki Medycznej we współpracy z Kierownikiem Poradni. Analiza ta, polegała na sprawdzeniu prawidłowości dokonywania wpisów, zgodności planowanych dat udzielenia świadczeń z datą ich udzielenia, dokonywania skreśleń z listy, występowania zmian terminów oraz zgodności planowanych terminów udzielenia świadczeń na podstawie Karty DiLO z obowiązującymi wytycznymi. Nie udokumentowano żadnych czynności dotyczących oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń onkologicznych, a pracownicy zajmujący się oceną tych kolejek w AOS nie wchodził w skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć.
- **W Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 1 Im. F. Chopina w Rzeszowie** zespół do spraw oceny przyjęć zajmował się wyłącznie rozpatrywaniem podań o przyspieszenie zabiegu operacji zaćmy. Jak wyjaśniono zespół realizował swoje zadania głównie przez rozpatrywanie podań o przyspieszenie terminu operacji zaćmy, ponieważ do Kliniki Okulistyki wpływała duża ilość wniosków o przyspieszenie terminów zaćmy.

¹⁰⁷ Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Ars Medical Sp. z o.o. w Pile, Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

¹⁰⁸ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosł. Ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o., Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

- dokonywania oceny list oczekujących z rzadziej niż raz w miesiącu (art. 21 ust. 1):
 - *W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. błogosławionego ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku w okresie od stycznia do września 2015 r. w Szpitalu nie dokonywano comiesięcznej oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń. Przewodnicząca Zespołu Oceny Przyjęć, wskazała m.in., że nie pamięta czy przekazywała Dyrektorowi Szpitala raporty z oceny list w tym okresie.*
- składu zespołu oceny przyjęć (art. 21 ust 2):
 - *W Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie ustalono, iż zgodnie z obowiązującym zarządzeniem wewnętrznym w tej sprawie, w skład Zespołu wchodziła osoba, która od lutego 2016 r. nie była już pracownikiem Szpitala. W wyjaśnieniu wskazano, iż osoba ta omyłkowo nie została wyłączona z zespołu.*
- prowadzenia oceny list oczekujących w niepełnym zakresie (art. 21 ust. 4):
 - *W Szpitalu Specjalistycznym w Prabutach, w poddanych kontroli raportach za miesiące wrzesień i grudzień 2015 r. oraz marzec 2016 r. nie odniesiono się do kwestii prawidłowości prowadzenia dokumentacji. Dokonywano jedynie analizy czasu oczekiwania na świadczenia oraz przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń w przypadku wszystkich pierwszorazowych pacjentów oczekujących na świadczenia (bez wydzielenia listy osób oczekujących na świadczenia onkologiczne).*

3.2.2.4. Obsługa Kart DiLO

W latach 2015–2016 (do 31 sierpnia) rozliczono z NFZ 13,1 tys. pakietów diagnostyki wstępnej (w 2015 r. 7.867, a do 31 sierpnia w 2016 r. – 5.218) oraz 69,1 tys. pakietów diagnostyki pogłębionej (w 2015 r. 39,6 tys., a do 31 sierpnia 2016 r. – 29,4 tys.). Należy zwrócić przy tym uwagę, że zrealizowane pakiety diagnostyki wstępnej stanowiły jedynie 15,93% wszystkich zrealizowanych pakietów diagnostycznych (wstępnych i pogłębionych), co jest spowodowane tym, że Karty DiLO w AOS mogą być wydawane dopiero po potwierdzeniu rozpoznania.

W tym samym okresie zostało rozliczonych 196,3 tys. konsyliów, a liczba hospitalizacji w ramach pakietu wyniosła 153,5 tys. Szczegółowe dane w tym zakresie zostały przedstawione w załączniku nr 6. Niektórzy świadczeniodawcy nierzetelnie realizowali obowiązki wynikające z pakietu onkologicznego, dotyczące zapewnienia terminowości i koordynacji leczenia onkologicznego. Analiza Kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ (dane z AP-DiLO wg stanu na 28 listopada 2016 r.) wykazała, że:

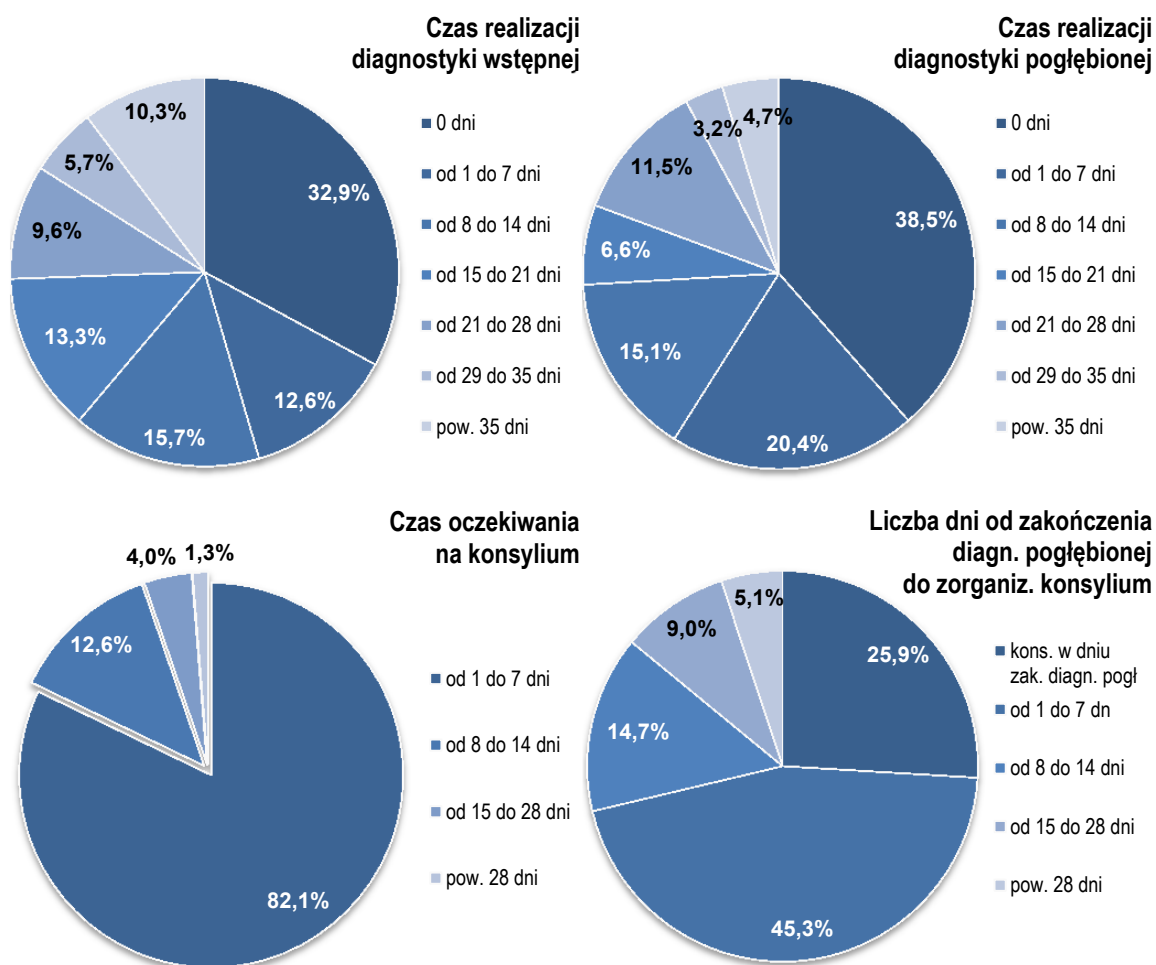
- w 9,0% w 2015 r. oraz w 17,4% w 2016 r. analizowanych przypadków¹⁰⁹ etap diagnostyki wstępnej zakończono po upływie odpowiednio 35 i 28 dni od daty zapisu na listę oczekujących lub od udzielenia pierwszej porady, tj. z przekroczeniem terminów określonych w § 15 ust. 11–12 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Ponadto w 32,9% przypadków diagnostykę przeprowadzono w ciągu jednego dnia (ta sama data porady rozpoczynającej i kończącej diagnostykę);
- w 7,9% przypadków diagnostyka pogłębiona odbyła się w czasie dłuższym niż 28 dni od daty zapisu na listę oczekujących lub od udzielenia pierwszej porady, tj. z przekroczeniem terminów określonych w § 15 ust. 11 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Ponadto w 38,5% przypadków diagnostykę wykonano w ciągu jednego dnia (ta sama data porady rozpoczynającej i kończącej diagnostykę),

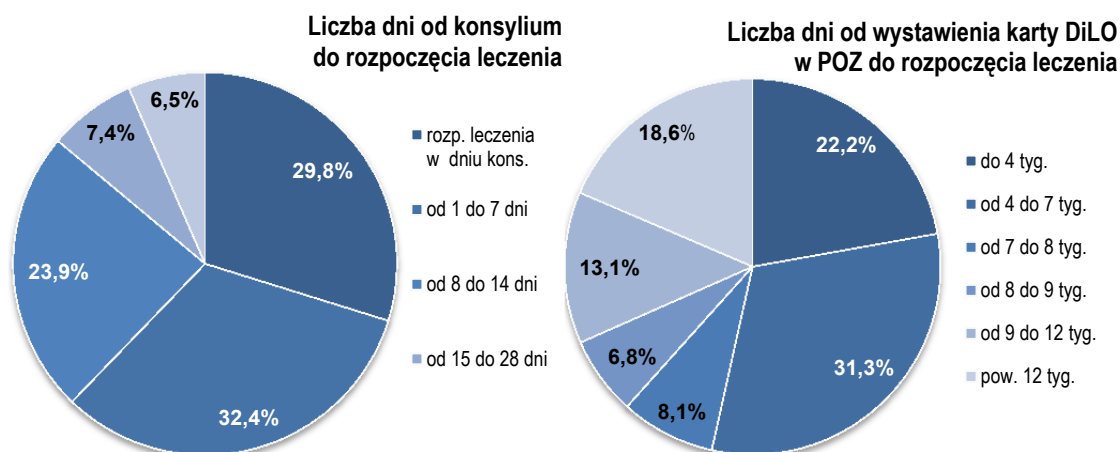
¹⁰⁹ Dane z AP-DiLO dla kart wystawionych przez lekarzy POZ, stan na dzień 28 listopada 2016 r.

- w 94,7% przypadków, Konsylium odbywało się przed upływem 14 dni od daty wpisania pacjenta na listę osób oczekujących, tj. zgodnie z § 4a ust. 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, stanowiącego, że określenie sposobu postępowania terapeutycznego i podjęcie leczenia powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 25,9% pacjentów, w przypadku których nie odnotowano daty wpisania na listę oczekujących, mieli zorganizowane konsylium w dniu zakończenia diagnostyki pogłębionej, a 60,0% takich pacjentów miało konsylium w ciągu od 1 do 14 dni od zakończenia diagnostyki;
- 29,8% pacjentów rozpoczęło leczenie w dniu zorganizowania konsylium, 32,4% w ciągu od 1 do 7 dni, a 23,9% od 8 do 14 dni;
- 53,5% pacjentów rozpoczęło leczenie w ciągu 7 tygodni od daty wystawienia Karty DiLO, a 33,4% od 49 do 100 dni.

Wykres nr 12

Terminowość realizacji pakietu onkologicznego przez podmioty lecznicze





Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie Kart DiLO, wystawionych przez lekarzy POZ w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 28 listopada 2016 r. (dane pobrane z AP-DiLO).

W toku kontroli poddano badaniu wystawione Karty DiLO i dokumentację medyczną 568 pacjentów, którzy uzyskali świadczenia onkologiczne w 16 podmiotach leczniczych. W wyniku analizy ustalono, że dane zawarte w niektórych Karach DiLO nie były kompletne i nie pozwalały na rzetelne udokumentowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Badanie wykazało, że w 1% zbadanych przypadków (4 Karty DiLO) skład konsylium był niezgodny z § 4a ust. 1 pkt 2 w związku z pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

- W **Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach**, dnia 20 września 2016 r., konsylium dla dwóch pacjentów odbyło się w składzie niezgodnym z wymogami wynikającymi z rozporządzenia w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, a ponadto zostało ono udokumentowane i sprawozdane do ŚOW NFZ z datą niezgodną ze stanem faktycznym. Z udzielonych wyjaśnień wynika, że diagnosta obrazowy i koordynatorka szybkiej terapii onkologicznej nie mogli uczestniczyć w konsylium, bowiem przebywali na zwolnieniu lekarskim. Mając na względzie dobro pacjenta oraz jak najszybsze opracowanie planu leczenia (konsylia w PZOZ odbywały się co dwa tygodnie), podjęto decyzję o zorganizowaniu konsylium, mimo niepełnego składu lekarskiego. Konsylium to zostało udokumentowane i sprawozdane do NFZ z datą niezgodną ze stanem faktycznym. W dokumentacji medycznej (Kartach DiLO i protokołach z konsylium) jako datę zorganizowania wskazano datę 19 września 2016 i z taką datą konsylium sprawozdano do NFZ. W trakcie kontroli NIK, dokonano poprawek w dokumentacji medycznej obu pacjentów, wysłana została korekta do raportu statystycznego i rozliczeniowego, a środki za konsylium zostały zwrócone do ŚOW NFZ.
- W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. błogosławionego Ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku**, w przypadku dwóch pacjentów uzyskujących świadczenia na podstawie Karty DiLO, nie zapewniono udziału w Konsylium: w pierwszym przypadku specjalisty w dziedzinie radiologii, a w drugim wszystkich lekarzy specjalistów, których udział w konsylium był wymagany (tj. specjalistów w dziedzinie: onkologii klinicznej, radioterapii, chirurgii, radiologii). W złożonych wyjaśnieniach podano m.in., że przewodniczący poszczególnych konsyliów wpisali w systemie elektronicznym DiLO dane odpowiednich specjalistów, określono plan leczenia, a w wersji papierowej Kart brakowało właściwych podpisów, co wynikało z przeoczenia. NIK wskazał, że potwierdzeniem uczestnictwa w Konsylium przez lekarza, którym brał w nim udział jest złożenie przez niego podpisu na karcie DiLO, a nie umieszczenie jego danych w systemie elektronicznym. Fakt umieszczenia danych lekarza w tym systemie nie oznacza, że faktycznie brał on udział w posiedzeniu Konsylium.

W 18% zbadanych przypadków w Kartach DiLO nie odnotowano informacji o wyznaczeniu koordynatora, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. c ww. rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego.

- W **Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie** we wszystkich zbadanych Kartach DiLO nie wskazano koordynatora leczenia (sekcja GB.2 Karty). W Centrum przyjęto zasadę, że koordynatorem leczenia jest lekarz prowadzący leczenie danego pacjenta.

Nierzetelne wypełnianie Kart DiLO stwierdzono w 12 z 19 kontrolowanych podmiotów leczniczych¹¹⁰. Nieprawidłowości dotyczyły wypełniania poszczególnych sekcji Kart, w tym m.in. dotyczących określenia planu leczenia, wyznaczenia koordynatora, odnotowywania numeru przekazanej KZNZ oraz danych lekarza POZ.

- W **Regionalnym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie** analiza 76 Kart DiLO wykazała, że: sześć Kart DiLO wystawionych pacjentom, którym udzielono świadczeń w ramach leczenia szpitalnego nie miało wypełnionych żadnych pól z wyjątkiem zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN wraz z podaniem numeru KZNZ; w dziewięciu przypadkach data rozpoczęcia leczenia była wcześniejsza od daty wpisania na listę osób oczekujących na leczenie szpitalne (od jednego dnia do 26 dni) oraz daty posiedzenia konsylium. Jak wyjaśniono, stwierdzone nieprawidłowości wynikały z omyłek pisarskich.
- W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Końskich** w badanych Kartach DiLO nie wskazywano planu leczenia (rodzaju planowanego zabiegu operacyjnego lub radioterapii ani schematu dawkowania leku w chemioterapii). Nie uzupełniono również Kart DiLO w zakresie harmonogramu leczenia oraz nazwiska koordynatora procesu leczenia. Było to niezgodne z pkt 10 instrukcji wypełniania Karty zamieszczonej w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, a od dnia 1 listopada 2015 r. z pkt 12 instrukcji wypełniania Karty zamieszczonej w załączniku do rozporządzenia onkologicznego tym samym tytule. Z udzielonych wyjaśnień wynika, że rubryki GB.1. Postępowanie terapeutyczne, GB.2. Koordynator, GB.3. Harmonogram, GC. Podsumowanie leczenia muszą być uzupełniane ręcznie, po wydrukowaniu Karty DiLO. W szpitalu oryginał Karty DiLO po konsylium otrzymuje pacjent z wpisanymi odręcznie danymi koordynatora i decyzją konsylium oraz od pacjenta pobierany jest nr telefonu kontaktowego. Telefonicznie pacjent informowany jest gdzie i kiedy ma się zgłosić na dalsze leczenie. Szczegółowe uzupełnienie rubryk G2. Postępowanie terapeutyczne (zwłaszcza nazwy świadczeniodawcy) oraz G7. Harmonogram na etapie konsylium i przed wydaniem oryginału Karty jest niemożliwe, gdyż: konsylia odbywają się głównie w godzinach popołudniowych, kiedy to nie ma możliwości telefonicznego ustalenia miejsca leczenia, a szpital współpracuje z kilkoma ośrodkami w zakresie radioterapii i chemioterapii. Zdarzały się przypadki, że chory wybierał ośrodki leczenia inne niż zaproponowane przez nas. W związku z powyższym konieczność uzupełnienia ww. rubryk GB.1. oraz GB.3. wiąże się z potrzebą dodatkowego przyjazdu chorego i jest dla niego dodatkowym, niepotrzebnym obciążeniem.
- W **Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie** we wszystkich zbadanych Kartach, w sekcji GB.3 wpisywano rzeczywiste wykonanie planu leczenia, zamiast pierwszego planu ustalonego przez konsylium w czasie 14 dni od dnia wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, co było niezgodne z pkt 12, ppkt. 7 instrukcji wypełniania Karty zamieszczonej w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Jak wyjaśniono proces leczenia onkologicznego ma charakter dynamiczny i niejednokrotnie w trakcie realizowania go występują zdarzenia powodujące konieczność doraźnych zmian w pierwotnie założonym planie. Jednakże NIK zwrócił uwagę, że rzeczywisty przebieg leczenia powinien być odnotowywany w indywidualnej dokumentacji medycznej, zaś Karta DiLO stanowi potwierdzenie faktu odbycia konsylium oraz określenia przez niego planu leczenia. Nie zastępuje ona pozostałej dokumentacji medycznej, w której zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹¹, wpisów dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Stwierdzono, iż 64% zamkniętych Kart DiLO (204 z 319) nie zostało przekazanych lekarzom POZ¹¹², choć zgodnie z art. 32b ust. 3 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca przekazuje Kartę DiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej

¹¹⁰ Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosł. Ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. L. Błazka w Inowrocławiu, Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

¹¹¹ Dz. U. poz. 2069.

¹¹² Odnosnie 23% zamkniętych kart DiLO (72 kart) nie było informacji, czy zostały one przekazane do lekarza POZ.

lub leczenia onkologicznego lekarzowi, o którym mowa w art. 55 ust. 2a tej ustawy (tj. lekarzowi POZ), wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ww. ustawy. Najwyższa Izba Kontroli podkreśla, że jednym z założeń reformy systemu ochrony zdrowia była koordynacja procesu leczniczego pacjenta przez lekarzy POZ. Fakt pozostawiania pacjenta – jak wynika ze złożonych wyjaśnień – pod obserwacją lekarzy w poradni specjalistycznej przez okres 5 lat po zakończonym procesie terapeutycznym, nie stoi w sprzeczności, z obowiązkiem przekazywania lekarzowi POZ Karty DiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej. Należy bowiem zauważyć, że w tym okresie pacjent może być leczony przez lekarza POZ, a wiedza na temat przebytej choroby nowotworowej może skutkować potrzebą modyfikacji leczenia w przypadku wystąpienia innych chorób.

W 25% zbadanych Kart DiLO nie wskazano numeru KZNZ, przekazanej do KRN, do czego zobowiązywał art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach. W 19% zbadanych KZNZ brakowało informacji o potwierdzeniu histopatologicznym nowotworu, a w 35% nie określono zaawansowania anatomicznego nowotworu wg. klasyfikacji TNM.

Z opóźnieniem wprowadzono procedurę leczenia bólu w przypadku 26% kontrolowanych świadczeniodawców (5 z 19), o której mowa w § 5a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Dwóch świadczeniodawców¹¹³ wprowadziło procedury dotyczące jedynie leczenia bólu pooperacyjnego, a u jednego świadczeniodawcy¹¹⁴ takich procedur nie opracowano.

3.2.2.5. Wybrane zagadnienia związane z jakością udzielanych świadczeń onkologicznych

Wprowadzenie pakietu onkologicznego nie spowodowało istotnej poprawy jakości udzielanych świadczeń onkologicznych. Świadczą o tym m.in. przypadki podejmowania leczenia pacjentów z nowotworem złośliwym bez przeprowadzania kompletnych badań patomorfologicznych. Warunkiem skutecznej selekcji chorych do nowoczesnego leczenia spersonalizowanego jest bowiem potwierdzenie w komórkach nowotworowych obecności markera będącego molekularnym celem leczenia. Celem tym jest najczęściej wybrane białko receptorowe lub zmutowany gen. Świadczeniodawca dla poprawnego zastosowania terapii celowanych powinien posiadać możliwość wykonania wybranych badań immunohistochemicznych oraz molekularnych. Optymalną sytuacją jest gdy świadczeniodawca dysponuje własnymi pracownikami wykonującymi wspomniane badania.

Pięciu świadczeniodawców udzielających świadczeń onkologicznych (na 19 badanych)¹¹⁵, nie przeprowadzało wszystkich niezbędnych badań immunohistochemicznych i/lub molekularnych umożliwiających postawienie precyzyjnej diagnozy i zakwalifikowanie do zastosowania tzw. terapii spersonalizowanej, realizowanej w ramach programów terapeutycznych i lekowych, pomimo sformułowania takiego zalecenia przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK), do których stosowania zobowiązywał przepis § 4a ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie

¹¹³ Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Poznaniu w Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie.

¹¹⁴ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosł. Ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku.

¹¹⁵ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosł. Ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Ars Medical Sp. z o.o. w Pile, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie.

świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego. W konsekwencji pacjenci byli pozbawieni możliwości zastosowania części dostępnych procedur terapeutycznych, co, jak wynika z danych przekazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej, negatywnie wpływa na skuteczność leczenia oraz obniża odsetek przeżyć pacjentów. Podstawową przyczyną było niewykonywanie tego typu badań w ramach własnej działalności oraz, jak wyjaśniano, niestosowanie terapii spersonalizowanej. Pacjenci byli leczeni za pomocą metod standardowych lub byli odsyłani do innych podmiotów leczniczych.

Przykładowo:

- W **Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach** pacjentom leczonym w związku z rozpoznaniem raka sutka, raka żołądka, niedrobnokomórkowego raka płuca, raka jelita grubego, nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego, włókniakomięsaka guzowatego skóry, czerniaka oraz chłoniaków niezłośliwych z komórek szeregu B²¹ nie wykonywano badań molekularnych i tylko sporadycznie wykonywano badania immunohistochemiczne. Z wyjaśnień jednostki kontrolowanej wynika, że było to spowodowane nieprzeprowadzeniem terapii spersonalizowanej przez podmiot.
- W latach 2015–2016 (do 31 sierpnia) w **ARS MEDICAL Sp. z o.o w Pile** leczone były 1.532 pacjentki ze stwierdzonym nowotworem piersi. Badania immunohistochemiczne wykonano 35 pacjentkom, a dodatni wynik tego badania (oznaczenie HER2+++) stwierdzono u czterech z nich. W okresie tym u 16 pacjentów zastosowano terapię spersonalizowaną, a u pozostałych terapię „standardową”. W sześciu przypadkach wyników niejednoznacznych pogłębiono badania diagnostyczne, a w jednym przypadku nie wykonano pogłębionych badań immunohistochemicznych. Wyjaśniono, że badania immunohistopatologiczne i immunohistochemiczne nie były konieczne do podjęcia decyzji terapeutycznej na tym etapie leczenia.
- W **Wojewódzkim Szpitalu Im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu** szczegółowej analizie poddano 54 historii chorób pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi. We wszystkich przypadkach przeprowadzono badania na oznaczenie ekspresji receptorów HER2. W 36 przypadkach wynik przeprowadzonego badania był ujemny. W dwóch przypadkach uzyskano wynik niejednoznaczny HER2(++) i u tych pacjentek wykonano dalsze pogłębione badania diagnostyczne (FISH). W 15 przypadkach wynik badania IHC oznaczono jako HER2(+++). Dwanaście pacjentek z wynikiem HER2 (+++) miało zleconą terapię spersonalizowaną, a w przypadku trzech pacjentek zastosowano terapię standardową. Kierownik Centrum Onkologicznego Szpitala stwierdziła, iż dwie pacjentki nie spełniały kryteriów włączenia do programu lekowego pn. „Leczenie raka piersi”, a jedna pacjentka nie wyraziła zgody na leczenie spersonalizowane.
- W **Szpitalu Wielospecjalistycznym im. L. Błazka w Inowrocławiu** wszystkim pacjentkom operowanym z powodu nowotworu piersi przeprowadzano badania z zakresu diagnostyki patomorfologicznej z oznaczeniem ekspresji receptorów HER2. W przypadku pacjentek z wynikiem HER2(+++) stosowano terapię spersonalizowaną, a w przypadku wyników niejednoznacznych HER(++) pacjentki były kierowane do Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy na pogłębienie diagnostyki i podjęcie leczenia.
- Podobnie w **Powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o.**, skontrolowanym w toku kontroli rozpoznawczej, spośród 51 pacjentek operowanych w 2015 r. z powodu nowotworu piersi, jedynie dla 16 (31,4%) oznaczano markery ER, PGR, HER2, Ki67, zaś w czterech przypadkach, w których wykonano badanie ekspresji genu HER2, a jego wynik był niejednoznaczny, nie pogłębiono diagnostyki. W złożonych wyjaśnieniach podano, że: w przypadku zgłoszenia się pacjentki z wynikiem HER2 – niejednoznaczny onkolog kliniczny zmuszony jest zlecić weryfikację tego wyniku do jednostki wykonującej badanie histopatologiczne. Wynik HER2 jest niezbędny do ustalenia planu leczenia systemowego, który jest następnym etapem leczenia onkologicznego. Badanie HER2 jest niezbędne do podjęcia decyzji dalszego leczenia chemicznego.

Konieczność przeprowadzania badań immunohistochemicznych i molekularnych u każdego pacjenta, u którego zdiagnozowano typ raka zawierający zmianę molekularną mogącą stanowić podstawę leczenia celowanego potwierdziło Polskie Towarzystwo Onkologiczne. Jest to niezbędne do doboru terapii w przypadkach przerzutowych lub nieresekcyjnych, w niektórych chorobach nowotworowych (np. GIST, czy rak piersi) w każdym przypadku, dla doboru leczenia uzupełniającego. Najwyższa Izba Kontroli zauważa ponadto, że według danych PTO,

w przypadku zastosowania terapii spersonalizowanych możliwa jest poprawa wyników leczenia, w szczególności zwiększenie odsetka przeżyć pacjentów¹¹⁶.

W „Zaleceniach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013 r.” zamieszczonych na stronach Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, do których stosowania zobowiązani są świadczeniodawcy, na mocy przepisu § 4a ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.¹¹⁷ wskazano m.in. wprost, że: „Niezbędnym elementem badania patomorfologicznego jest ocena ekspresji ER i PgR, stanu HER2 i wskaźnika proliferacji Ki-67. (...) Ekspresja 2+ w badaniu IHC ma wartość graniczną (niejednoznaczną) i wymaga oceny liczby kopii genu HER2 metodą hybrydyzacji in situ (FISH, fluorescence in situ hybridization lub CISH, chromogenic in situ hybridization). (...) Około 15–20% raków piersi określonych metodą IHC jako HER2(+++) wykazuje amplifikację genu HER2 i są one traktowane jako nowotwory HER2-dodatnie. (...) Stan HER2 powinien być oznaczany w każdym rozpoznanym histopatologicznie naciekającym raku piersi oraz, w miarę możliwości, w przypadkach nawrotu nowotworu”.

Dobre praktyki

Jako przykład dobrej praktyki, w stosowaniu najnowszych standardów diagnostyczno-terapeutycznych, można wskazać utworzenie, w dwóch podmiotach kontrolowanych, jednostek specjalizujących się w kompleksowej diagnostyce i leczeniu chorób piersi, zgodnie z zaleceniami polskich towarzystw onkologicznych (Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej oraz Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej).

- *Projekt pn. Breast Unit, czyli Zespół Chorób Piersi prowadzony w **Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu** dotyczy nowoczesnego systemu leczenia i diagnozowania nowotworów na wszystkich etapach choroby: od postawienia diagnozy po operację, radioterapię, chemioterapię, leczenie systemowe, aż do pomocy chirurga plastycznego, fizjoterapeuty i psychologa. Planowany termin uruchomienia inwestycji i podjęcia działalności leczniczej to 8 marca 2017 r.*
- *Podobnie w **Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku** wdrażane są kolejne etapy tworzenia jednostki specjalizującej się w leczeniu schorzeń piersi (tzw. „Breast Cancer Unit”). W dniu 18 maja 2016 r. w UCK rozpoczęła swoją działalność Zintegrowana Poradnia Nowotworów Piersi, umożliwiającą przeprowadzenie diagnostyki nowotworów piersi w ciągu jednego dnia, a 17 listopada 2016 r. otwarto pododdział dla chorych na raka piersi w Oddziale Dziennym Chemioterapii Kliniki Onkologii i Radioterapii.*

Jak wynika z informacji przekazanych przez PTO śródoperacyjne badanie patomorfologiczne, w niektórych rozpoznaniach jest niezbędnym warunkiem właściwego przeprowadzenia procedury chirurgicznej, jak np. w raku trzustki, mięsakach, raku przełyku, żołądka. „Stąd postulat ograniczenia radykalnego leczenia chirurgicznego tych jednostek chorobowych do wybranych ośrodków referencyjnych, gdyż poprawia to wyniki przeżyć chorych, zmniejsza liczbę powikłań i ostatecznie obniża koszty terapii, przy lepszych jej wynikach”.

¹¹⁶ Przykładowo: w sytuacji ekspresji receptorów steroidowych w raku sutka (ER/PR) hormonoterapia uzupełniająca zwiększa średnio o ok. 10 punktów procentowych odsetek przeżyć 15-letnich; w raku sutka, w sytuacji amplifikacji genu HER2 i nadekspresji jego produktu białkowego, leczenie transzumabem, lapatinibem, pertuzumabem (nierefundowany), TDM1 (nierefundowany) leczenie uzupełniające zwiększa odsetek przeżyć 10-letnich o 5–9 punktów procentowych; w raku podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) wykazującym mutację genu c-KIT oraz PDGFRA zastosowanie imatynibu w leczeniu uzupełniającym poprawia o ok. 10 punktów procentowych 5-letnie przeżycia w stosunku do terapii standardowej; w przypadku włókniakomięsaka guzowatego skóry z rearanżacją genu PDGFR zastosowanie imatynibu skutkuje, że mediana przeżyć przekracza 5 lat i jest kilkukrotnie większa niż w terapii „standardowej”; w przypadku czerniaka z mutacją genu BRAF oraz mutacjami w genach N-RAS i c-KIT – mediana przy zastosowaniu leczenia skojarzonego inhibitorem BRAF i MEK przy obecności mutacji BRAF wynosi ponad 2 lata, tj. ok. 4-krotnie dłużej, niż przy „standardowej chemioterapii”; podobne mediany niezależnie od statusu mutacji uzyskiwane są przy zastosowaniu przeciwciał anty-PD1 niwolumabu i pembrolizumabu (immunoterapia nierefundowana w Polsce, według stanu na dzień 19 maja 2016 r.).

¹¹⁷ Zgodnie z § 4a ust. 1, pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r., świadczeniodawca powinien stosować się do standardów, wytycznych, lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny.

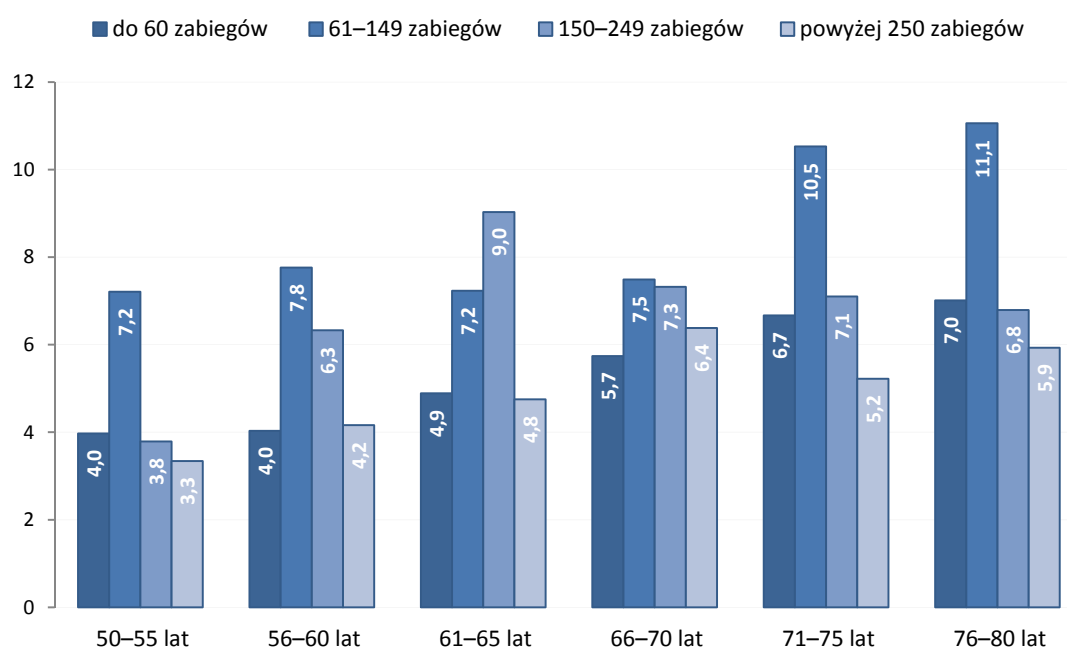
Na jakość udzielania świadczeń onkologicznych, poprawność postawionej diagnozy, a w konsekwencji rodzaj zastosowanej terapii istotny wpływ ma fakt, iż nie wszyscy świadczeniodawcy posiadali zakład patomorfologii w strukturze organizacyjnej, a część spośród posiadających go nie mogła wykonywać badań immunohistochemicznych lub molekularnych.

Jedynie część podmiotów wykonujących operacje zapewniało możliwość przeprowadzania śródoperacyjnego badania patomorfologicznego. Jego wykonanie zwiększało prawdopodobieństwo wykonania doszczętnego zabiegu resekcji nowotworu, co przekładało się na skuteczność leczenia. Spośród 114 świadczeniodawców, którzy podpisali umowy na realizację świadczeń w leczeniu szpitalnym o realizację pakietu onkologicznego, 61 świadczeniodawców (tj. 53,51%) nie posiadało zakładu patomorfologii, zaś spośród 431 posiadających umowy na realizację świadczeń w ramach pakietu zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jak i leczeniu szpitalnym – 191 (tj. 55,68%). Dodatkowo część zakładów patomorfologii wykonywała jedynie badania histopatologiczne, bez badań immunohistochemicznych lub molekularnych.

System diagnozowania i leczenia chorób nowotworowych był rozproszony i nie zapewniał pacjentom kompleksowego leczenia, pomimo próby zmiany tego stanu poprzez wprowadzenie pakietu onkologicznego. Negatywnie wpływało to na jakość leczenia, czego skutkiem była zwiększona śmiertelność pooperacyjna pacjentów w podmiotach, które nie miały dużego doświadczenia w wykonywaniu takich zabiegów. Analiza odsetka zgonów, jakie miały miejsce w ciągu 30 dni od daty wykonania zabiegu, dokonana przez NIK, wskazuje na to, że ich jakość była częściowo skorelowana z liczbą zabiegów wykonywanych przez podmiot leczniczy. Szczegółowe dane przedstawiono w załączniku nr 8 oraz na poniższym wykresie:

Wykres nr 13

Odsetek pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, którzy zmarli po wykonaniu zabiegu operacyjnego w zależności od liczby przeprowadzanych operacji w podmiocie leczniczym



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. W analizie wzięto pod uwagę zabiegi operacyjne sprawozdane do NFZ we wszystkich zakresach świadczeń przez podmioty lecznicze, które wykonywały w 2015 r. zabiegi z kodem produktu 5.51.01 (wszystkie rozszerzenia) pacjentom z rozpoznaniem C wg klasyfikacji ICD10.

Wyższa śmiertelność pooperacyjna w podmiotach wykonujących od 61 do 149 operacji niż w przypadku świadczeniodawców wykonujących do 60 operacji rocznie, w ocenie NIK, związana jest ze zjawiskiem selekcji pacjentów, tj. odsyłaniem przez mniejsze podmioty lecznicze pacjentów w ciężkim stanie klinicznym do większych ośrodków specjalistycznych. Może to w sposób pośredni wskazywać, na fakt, iż nowotwory złośliwe są rozpoznawane w Polsce w późnym stadium ich rozwoju, co potwierdzają dane KRN. Zasadnym wydaje się zatem powołanie ośrodków specjalizujących się w leczeniu określonych typów nowotworów złośliwych w celu poprawy wyników leczenia.

Trudności w sprostaniu wymaganiom Funduszu związanym z realizacją pakietu wskazują również na strukturalne problemy systemu ochrony zdrowia, a w szczególności na ograniczone możliwości świadczenia określonych usług na zasadach i w terminach określonych w pakiecie onkologicznym. Potwierdzają to ustalenia kontroli NIK, które wskazywały m.in. na ograniczone zasoby systemu ochrony zdrowia, w szczególności dotyczące kadr medycznych. Według stanu na 30 września 2016 r., czynnych zawodowo było:

- 783 chirurgów onkologicznych,
- 747 radioterapeutów onkologicznych,
- 450 hematologów,
- 184 onkologów i hematologów dziecięcych,
- 771 patomorfologów,
- 3.394 radiologów i diagnostów obrazowych,
- 816 onkologów.

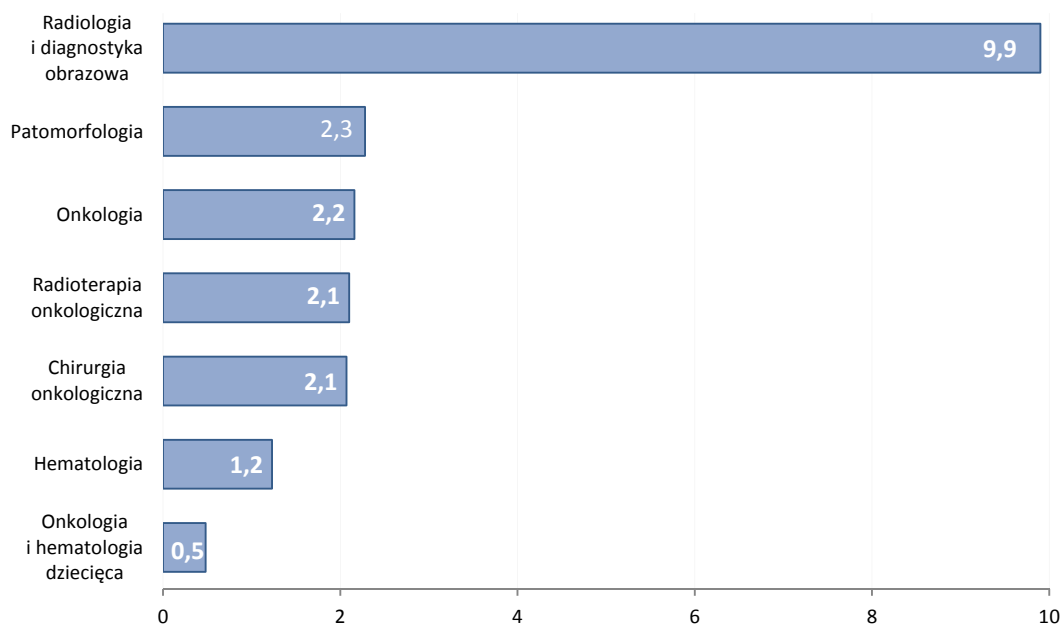
Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji z powyższych specjalności¹¹⁸ wynosiła 1.058, z tego: onkologii klinicznej – 473, radioterapii onkologicznej – 171, chirurgii onkologicznej – 208, ginekologii onkologicznej – 148, onkologii i hematologii dziecięcej – 58.

W podziale na kategorie wiekowe (lekarze z I^o, II^o oraz bezstopniową specjalizacją), wśród onkologów największy odsetek stanowią osoby w wieku 41–65 lat (643, 80,8%), ze specjalizacją radioterapia onkologiczna 46–65 lat oraz powyżej 70. r.ż. (376, 46,7%), wśród hematologów w wieku 46–55 (176, 37,4%), wśród onkologów i hematologów dziecięcych w wieku 46–55 lat (104, 55,9%), wśród patomorfologów w wieku 46–55 lat oraz powyżej 70. r.ż. (438, 50,0%), wśród radiologów i diagnostów obrazowych w wieku 46–55 lat oraz powyżej 70. r.ż. (1.838, 48,3%), wśród onkologów w wieku 36–45 lat (463, 55,9%).

¹¹⁸ Zgodnie z danymi z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, stan na dzień 27 września 2016 r.

Wykres nr 15

Liczba lekarzy wybranych specjalności na 100.000 mieszkańców



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, NIL oraz CMKP¹¹⁹.

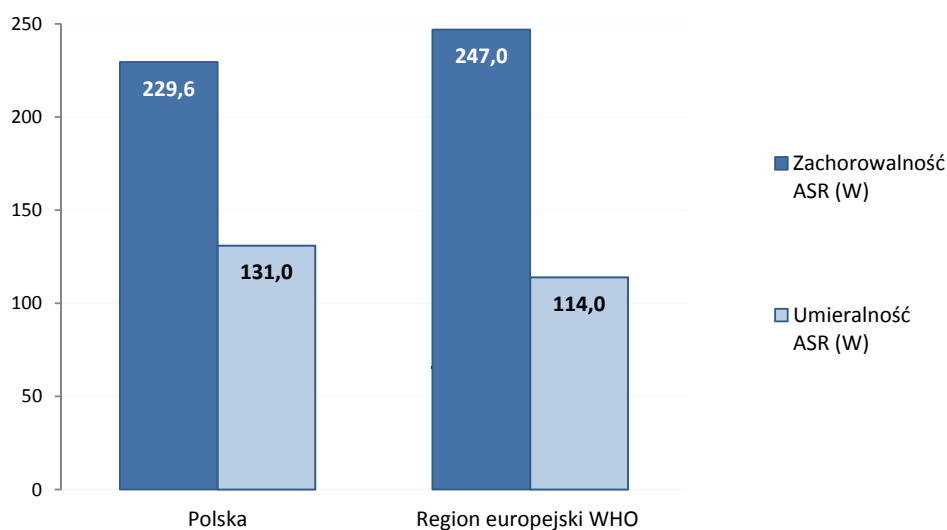
Porównanie liczby patomorfologów, tj. lekarzy mających kluczowe znaczenie dla postawienia poprawnej diagnozy, z liczbą świadczeniodawców, którzy według stanu na koniec II kwartału 2016 r. realizowali świadczenia onkologiczne w ramach umów objętych limitami w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym, wskazuje, że jeden patomorfolog przypadał statystycznie na 4,38 podmiotu leczniczego (szczegółowe dane w tym zakresie zostały przedstawione w załączniku nr 9). W ocenie NIK miało to negatywny wpływ na jakość udzielnych świadczeń.

Nieprzestrzeganie wymogów jakościowych leczenia onkologicznego skutkuje wyższą śmiertelnością na choroby nowotworowe. Sytuację Polski na tle krajów europejskich przedstawia poniższy wykres.

¹¹⁹ Dane NIL uzyskane z rejestru lekarzy w podziale na specjalizację. Wg. stanu na 30 września 2016 r. Dane statystyczne stat.gov.pl/.../7/.../powierzchnia_i_ludnosc_w_przekroju_terytorialnym_w_2016_r.pdf, lipiec 2016 r.

Wykres nr 15

Zachorowalność i umieralność na choroby nowotworowe w Polsce na tle państw europejskich



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GLOBOCAN 2012: *Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012* (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx). Na wykresie podano współczynniki standaryzowane według wieku (ASR), tj. współczynniki jakie miałyby dana populacja, gdyby miała standardową strukturę wiekową. Standaryzacja jest konieczna przy porównaniu kilku populacji różniących się wiekiem, ponieważ wiek ma duży wpływ na ryzyko zachorowania na raka.

W 18 podmiotach leczniczych zbadany sprzęt medyczny i zatrudnienie lekarzy było zgodne z wymaganiami Ministra Zdrowia, określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w jednej jednostce kontrolowanej, tj. w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 1 im. F. Chopina w Rzeszowie¹²⁰.

Nierzetelne wykazywanie zatrudnionych lekarzy, ich czasu pracy i/lub sprzętu medycznego do realizacji umów z NFZ oraz ich nieaktualizowanie stwierdzono w 13 podmiotach leczniczych (z 19 objętych kontrolą)¹²¹. Naruszono w ten sposób § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób (personelu medycznego), wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia, zgodnie z § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów.

Przykładowo:

- W **Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy** w harmonogramach pracy Poradni Gastroenterologicznej oraz Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów Płuc za miesiące: listopad 2014 r, czerwiec 2015 r. i czerwiec 2016 r. ustalono lekarzy lub godziny świadczenia przez nich pracy inne niż wskazane w umowie AOS, o czym Centrum nie informowało NFZ. Jak wyjaśniono harmonogramy pracy zostały wdrożone

¹²⁰ Nieprawidłowość dotyczyła liczby zatrudnionych lekarzy w Klinicznym Zakładzie Brachyterapii.

¹²¹ Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach, Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o., Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich, Ars Medical Sp. z o.o. w Pile, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie.

5 lat wcześniej, a Centrum aktualizuje tylko liczbę lekarzy. Wskazanie wszystkich lekarzy w codziennej pracy umożliwia bezproblemowe podjęcie obowiązków w poradni przez innego lekarza, a co za tym idzie wykonywanie porad w każdym momencie i w znacznym stopniu ułatwia opiekę nad pacjentami. NIK podkreśliła jednak, że harmonogramy pracy Poradni (a tym samym dostępność personelu medycznego) powinny być zgodne z zapisami zawartymi w umowie NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS.

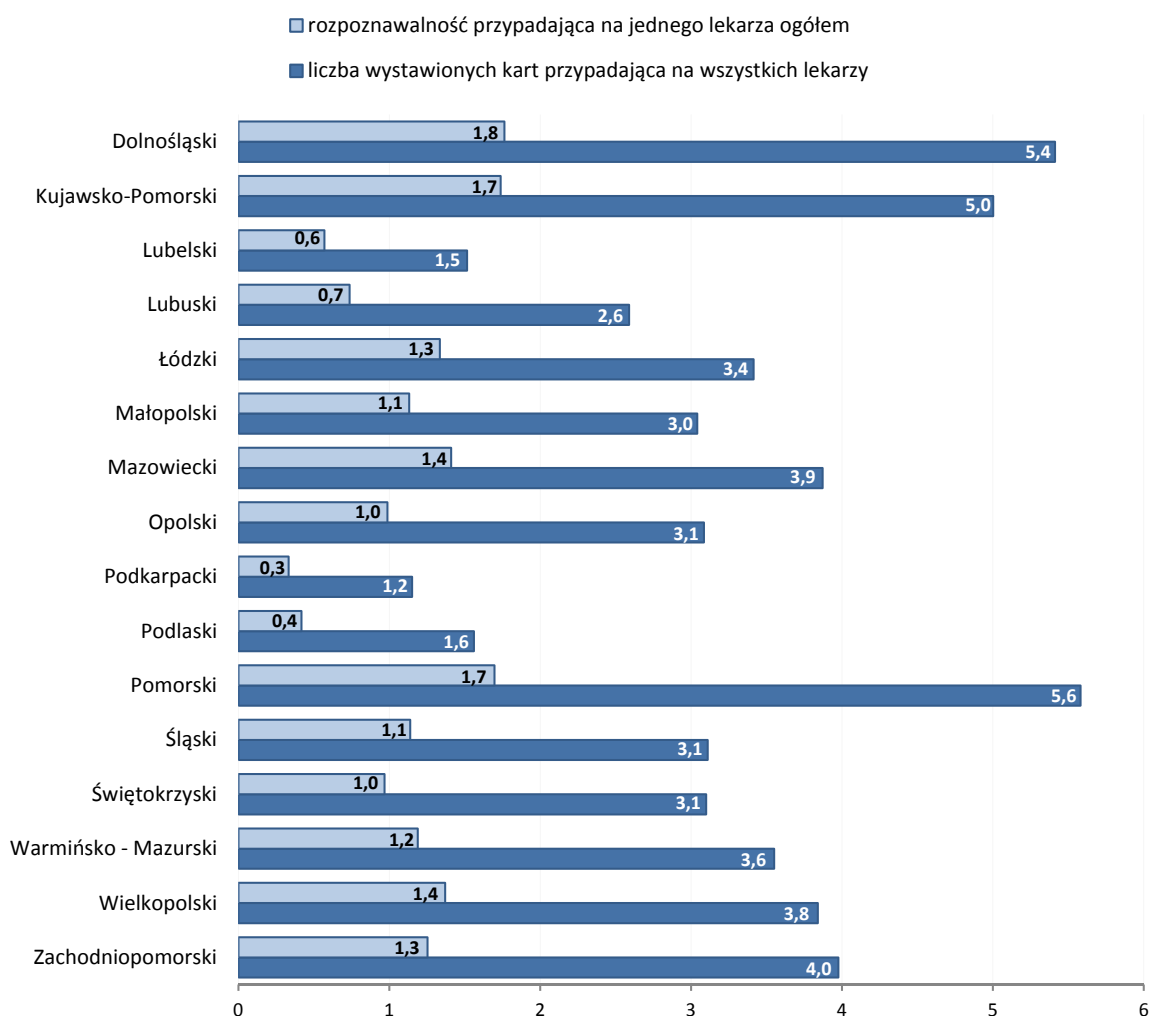
- **Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach m.in.** nie dokonał aktualizacji danych zgłoszonych do ŚOW NFZ, w zakresie sprzętu, który nie jest już wykorzystywany do realizacji świadczeń w Poradni Chirurgii Onkologicznej i Poradni Onkologicznej. Brak aktualizacji tych danych wynikał z błędów w komunikacji i braku przekazania informacji o zmianach pracownikom dokonującym aktualizacji potencjału świadczeniodawcy. Ponadto PZOZ nie zgłosił przerwy w udzielaniu świadczeń przez Poradnię Onkologiczną w związku z absencją jedynego lekarza zatrudnionego w tej komórce organizacyjnej w dniu 25 czerwca 2015 r.

3.2.2.6. Profilaktyka onkologiczna realizowana w podstawowej opiece zdrowotnej

W latach 2015–2016 (do 30 czerwca), lekarze POZ wystawili łącznie ponad 110 tys. Kart DiLO. Średnia liczba Kart DiLO wystawionych na 10 tys. mieszkańców wynosiła 31,63, zaś odsetek potwierdzonych rozpoznań 34,55% i wahał się od 25,54% w woj. podlaskim do 39,14% w woj. łódzkim.

Wykres nr 16

Liczba wydanych Kart DiLO w latach 2015–2016 przypadająca na jednego lekarza POZ i rozpoznawalność nowotworów złośliwych wśród pacjentów z wystawioną przez nich Kartą DiLO

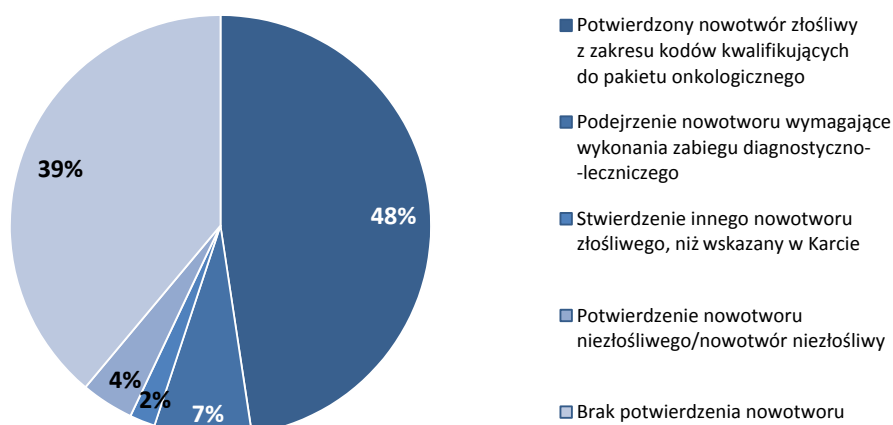


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Z przeprowadzonej w toku kontroli analizy Kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ w latach 2015–2016 (do 30 czerwca) wynika, że aż 36,4 tys. Kart było nadal aktywnych. Spośród 62 tys. pacjentów, którzy przeszli diagnostykę wstępną: u 29,5 tys. potwierdzony został nowotwór złośliwy, u 4,6 tys. pacjentów stwierdzono podejrzenie nowotworu wymagające wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego, u 1,2 tys. pacjentów stwierdzono inny nowotwór niż wskazany w skierowaniu, u 2,5 tys. pacjentów stwierdzono nowotwór niezłośliwy. U pozostałych 24,1 tys. pacjentów stwierdzono brak potwierdzenia nowotworu złośliwego.

Wykres nr 18

Wynik diagnozy po diagnostyce wstępnej pacjentów, którym Kartę DiLO wydał lekarz POZ



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ – bazy Kart DiLO wydanych w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2016 r.

Po raz pierwszy indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów (WRN), o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów, został wyliczony dwóm lekarzom we wrześniu 2015 r., w grudniu 2015 r. trzem lekarzom, na koniec I poł. 2016 r. 10 lekarzom, a w grudniu 2016 r.¹²² wskaźnik był już wyliczony 32 lekarzom. W latach 2015–2016, spośród ww. lekarzy, dwóch nie osiągnęło minimalnego indywidualnego WRN (jeden lekarz w województwie mazowieckim nie osiągnął wskaźnika we wrześniu i październiku 2015 r. oraz styczniu, maju, czerwcu, lipcu, sierpniu i wrześniu 2016 r., a drugi lekarz w województwie dolnośląskim w lipcu, wrześniu, październiku i listopadzie i grudniu 2016 r.).

W poszczególnych miesiącach 2015–2016 r. indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów, wyznaczany poszczególnym lekarzom, wyniósł w pięciu przypadkach powyżej 60%, w 18 przypadkach od 50% do 60%, w 29 przypadkach od 40% do 50%, w 12 przypadkach od 30% do 40%, w 35 przypadkach od 20% do 30%, 59 przypadkach od 10% do 20%, a w 35 przypadkach wskaźnik ten wyniósł poniżej 10%.

Ustalenia kontroli przeprowadzonych w podstawowej opiece zdrowotnej wskazują, że występowały przypadki, gdy do lekarzy POZ zgłaszali się pacjenci w celu wystawienia Karty DiLO, z polecenia innych lekarzy lub z wcześniej wykonaną diagnostyką onkologiczną w AOS, SZP, czy we własnym zakresie (prywatnie). Było to spowodowane m.in. brakiem możliwości wydania przez lekarza specjalistę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub w leczeniu szpitalnym

¹²² Stan na 15 grudnia 2016 r.

Karty DiLO, gdy podejrzewał nowotwór złośliwy, a także w szpitalu po wykonaniu biopsji guza nowotworowego w sytuacji, gdy na wyniki badania histopatologicznego oczekiwano ok. miesiąca, a świadczeniobiorca w tym czasie był już wypisany ze szpitala i nie pozostawał jego pacjentem.

- W **Dolnośląskim Centrum Diagnostyki Medycznej DOLMED we Wrocławiu**, w 29 przypadkach wydanie Kart DiLO poprzedzone było wykonaniem badań diagnostycznych określonych w części IV do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z czego:
 - jedynie w ośmiu przypadkach (28%) badania te (zdjęcia rentgenowskie, badania krwi, moczu oraz USG) zostały wykonane na zlecenie lekarzy POZ w Centrum Diagnostyki,
 - w przypadku jednego pacjenta część badań diagnostycznych wykonano na zlecenie specjalisty. W trzech przypadkach (10%) badania diagnostyczne (rezonans magnetyczny, gastroscopia, kolonoskopia oraz tomografia komputerowa) zostały wykonane u pacjentów w placówkach zewnętrznych w wyniku skierowania ich do specjalistów (otolaryngologa, neurologa, chirurga),
 - a w osiemnastu przypadkach (62%) pacjenci zgłosili się do lekarza POZ w celu otrzymania Karty DiLO z wynikami wykonanych już wcześniej badań (gastroscopii, USG, TK, RM, mammografii, kolonoskopii, badań krwi, badań histopatologicznych), wśród których dwóch pacjentów było już w trakcie leczenia onkologicznego, a sześciu pacjentów przedstawiło wyniki badań po pobytach w szpitalu.
- Podobnie w „**Przychodni Orłowo**” Sp. z o.o. w Gdyni taka sytuacja wystąpiła w przypadku 19 Kart DiLO na 30 zbadanych. Karty te zostały wystawione na prośbę lekarzy oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych (w tym np. przez pisemne zlecenie wydania Karty wystawione przez lekarza chirurga) lub też samych pacjentów, co miało przyspieszyć dalszą diagnostykę i/lub rozpoczęcie leczenia.

W okresie objętym kontrolą NIK nie stwierdziła korelacji pomiędzy wartością wskaźnika liczby zachorowań przypadającą na 10 tys. mieszkańców danego województwa, a liczbą wydawanych Kart DiLO przypadającą na tą populację. W woj. lubelskim odnotowano wysokie wartości wskaźnika zachorowalności na nowotwory złośliwe przy jednoczesnej niewielkiej liczbie wystawianych Kart DiLO przypadających na 10 tys. ubezpieczonych (szczegółowe dane zamieszczono w załączniku nr 5). W ocenie Izby może to świadczyć o ograniczonej skuteczności działań lekarzy POZ w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych.

Należy podkreślić fakt, iż niska jakość świadczeń profilaktycznych udzielanych przez lekarzy POZ była już dwukrotnie wskazywana przez NIK¹²³, a ustalenia tej kontroli wskazują, że w ostatnich 10 latach nie nastąpiła poprawa w tym zakresie.

W dokumentacji pacjentów¹²⁴ brakowało wpisów wymaganych § 42 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹²⁵ oraz § 41 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹²⁶, w tym m.in.:

- w 28% kart zdrowia nie zamieszczono wpisów o istotnych informacjach dotyczących przebytych poważnych chorób (lub ich braku),
- w 13% kart zdrowia nie zamieszczono informacji dotyczących chorób przewlekłych (lub ich braku),

¹²³ Informacja o wynikach kontroli *Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)* (Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KZD) oraz Informacja o wynikach kontroli *Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych* (Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD).

¹²⁴ Analizą objęto 150 kart historii zdrowia i choroby pacjentów pięciu kontrolowanych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w rodzaju podstawowej opieka zdrowotna, z wystawioną kartą DiLO, w wieku 23–97 lat, którzy pozostawali pod opieką lekarzy POZ średnio przez 15 lat (min. 0, maks. 54 lata). Badaniem objęto wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej za lata 2012–2016.

¹²⁵ Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.

¹²⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

- w 23% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących pobytów w szpitalu (lub ich braku),
- w 36% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących zabiegów chirurgicznych (lub ich braku),
- w 63% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących szczepień i o stosowanych surowicach (lub ich braku),
- w 61% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących uczuleń (lub ich braku),
- w 60% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących obciążeń dziedzicznych (lub ich braku),
- w 55% kart zdrowia nie zamieszczono istotnych informacji dotyczących wzrostu i masy ciała (BMI).

Analiza dokumentacji medycznej powyższych pacjentów wskazała również, że nie u wszystkich pacjentów były wykonywane badania diagnostyczne:

- u 24% pacjentów nie wykonano badań diagnostycznych, związanych w związku z podejrzeniem nowotworu złośliwego oraz z wydaniem Karty DiLO. Dotyczyło to w szczególności pacjentów, którzy zgłosili się po ich wystawienie w związku z podejrzeniem nowotworu w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub leczeniu szpitalnym, lub z badaniami wykonanymi we własnym zakresie;
- w 80% kart nie zawarto adnotacji o przeprowadzonych rozmowach dotyczących profilaktyki chorób nowotworowych;
- u 91% pacjentów nie wykonano badania per rectum (lub brakowało informacji o odmowie pacjenta poddania się temu badaniu);
- u 57% pacjentek w dokumentacji nie zawarto informacji o wykonaniu badania gruczołu piersiowego (USG, mammografia) i/lub instruktażu samobadania piersi;
- u 61% pacjentek w dokumentacji nie zawarto informacji o wykonanych badaniach cytologicznych;
- w dokumentacji 84% pacjentów nie zawarto informacji o wykonaniu kolonoskopii, a u 81% pacjentów o wykonaniu gastroskopii;
- w dokumentacji 43% pacjentów nie zawarto adnotacji o wykonaniu RTG płuc.

Należy zauważyć, że rak gruczołu krokowego jest schorzeniem, którego znaczenie w ostatnim dziesięcioleciu ogromnie wzrosło ze względu na wzrastającą zachorowalność, a także na wydłużenie czasu życia mężczyzn. Nowotwór ten można rozpoznać obecnie w znacznie wcześniejszym stadium zaawansowania, co daje możliwość skuteczniejszego leczenia. Z tych względów wiedza dotycząca tego schorzenia powinna być ciągle uaktualniana wśród lekarzy mających najczęstszy kontakt z pacjentem.¹²⁷

W toku kontroli lekarze wskazywali, że do katalogu badań w POZ powinny zostać dodane m.in.: usg gruczołu piersiowego, usg jąder, badania laboratoryjne: CEA (jelito grube), antygen węglowodanowy CA 19-9 (przewód pokarmowy, trzustka), *α-fetoproteina* (pierwotny guz wątroby), LDH (np. chłoniak), *beta-2-mikroglobulina* (np. chłoniak), oznaczenie wolnego PA.

W toku kontroli ustalono, że w dwóch z sześciu kontrolowanych podmiotów leczniczych ustalone zostały ograniczenia w zlecaniu badań przez lekarzy POZ, co mogło negatywnie wpływać na liczbę zlecanych badań diagnostycznych.

¹²⁷ Por. „Rak stercza” red. Romuald Zdrojowy. Wydawnictwo Termedia 2014 r. ISBN : 978-83-7988-297-7.

- W **Dolnośląskim Centrum Diagnostyki Medycznej DOLMED SA we Wrocławiu** obowiązywały ograniczenia wartościowe zlecanych badań. Wynikały one z zawartych z lekarzami POZ kontraktów oraz, w przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, z Regulaminu premiowania lekarzy. Spółka pokrywała należności za wystawione przez lekarzy skierowania dla pacjentów POZ na badania diagnostyczne do kwoty równej iloczynowi pacjentów zbadanych w ramach POZ w danym miesiącu i stawki 10 zł (dla lekarzy, z którymi zawarto umowy cywilnoprawne). Przyznawana lekarzom premia regulaminowa (umowy pracę) była obniżana, jeżeli równowartość wydanych przez pracownika skierowań przekroczy kwotę równą iloczynowi zbadanych w ramach POZ w poprzednim miesiącu pacjentów i stawki 10 zł. W zawartych z lekarzami umowach cywilnoprawnych znalazł się zapis, że Dyrektor DOLMED S.A. może odstąpić od ww. zasad na pisemny wniosek lekarza zawierający uzasadnienie przekroczeń kwoty przeznaczonej na badania diagnostyczne. Jak wyjaśniono powyższe regulacje skutkują obligatoryjną weryfikacją oceny zasadności badań diagnostycznych powyżej określonej kwoty pod rygorem współuczestniczenia przez lekarzy w kosztach diagnostyki.
- W **Przychodni Orłowo Sp. z o.o. w Gdyni** wprowadzono dla lekarzy POZ zalecany wartościowy limit skierowań na badania diagnostyczne stanowiący iloczyn liczby przyjętych w danym miesiącu pacjentów przez danego lekarza i określonego ułamka stawki kapitałowej. Ustalenie limitu miało na celu głównie ograniczenie zlecania badań „wymuszanych” przez pacjentów kierowanych z prywatnych poradni specjalistycznych lub ze szpitali. Prezes Zarządu wyjaśniła, że z uwagi na to, iż była praktykującym lekarzem, dokonywała oceny działalności diagnostycznej innych lekarzy na podstawie dokumentacji medycznej pacjentów, a ustalone limity wystarczały na skuteczne diagnozowanie pacjentów i nie były generalnie przez nich przekraczane.

Informacje o masie ciała i wzroście (BMI) opisano w 55% zbadanych kart zdrowia. NIK zwraca uwagę, że nadwaga i otyłość, występujące coraz częściej w całej populacji Polaków, są uznawane za czynniki sprzyjające występowaniu chorób cywilizacyjnych. Zaniechanie takiego badania jest niezrozumiałe, zwłaszcza, że na wyposażeniu każdej poradni POZ jest waga lekarska ze wzrostomierzem, a jego wykonanie nie jest czasochłonne i nie wymaga specjalnych umiejętności.

79,8% wizyt było realizowanych u lekarza wskazanego w deklaracji wyboru, poddani badaniu pacjenci mieli średnio 14 wizyt lekarskich w okresie od 1 stycznia 2015 r.–31 sierpnia 2016 r. (od jednej do 54 wizyt).

W ocenie NIK zaniechanie przez lekarzy POZ wykonywania i dokumentowania badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych, stanowi przejaw braku realizacji świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania. Takie postępowanie było niezgodne z obowiązującymi przepisami¹²⁸ i stanowiło odstępstwo od podstawowych celów i zadań medycyny rodzinnej sformułowanych już piętnaście lat temu w założeniach reformy systemu ochrony zdrowia¹²⁹.

3.2.3. Monitorowanie i ewaluacja wdrażania pakietu onkologicznego

3.2.3.1. Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia monitorowało i analizowało dane związane z wdrażaniem i realizacją świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Były one pozyskiwane m.in. z Narodowego Funduszu Zdrowia i obejmowały informacje o:

- liczbie wydanych Kart DiLO w podziale na województwa i poszczególne etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego;

¹²⁸ Por. art. 15 ust. 1 oraz art. 27 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹²⁹ „Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce”, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, listopad 1998 r. Między innymi określenie ram dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) uwzględniało priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, ciągłość opieki zdrowotnej i wszechstronną analizę wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta, a także odbiurokratyzowanie i podmiotowe traktowanie uprawnionych do świadczeń, co zapewnić miało „zbliżenie” lekarza do pacjenta i większą elastyczność reagowania systemu na potrzeby populacji.

- liczbie wykonanych diagnostyk wstępnych, udziale diagnostyk wstępnych wykonanych w terminie;
- liczbie wykonanych diagnostyk pogłębionych, udziale diagnostyk pogłębionych wykonanych w terminie;
- liczbie przeprowadzonych konsyliów oraz ich terminowości;
- liczbie zamkniętych Kart;
- świadczeniodawcach wydających Karty.

Powyższe dane były zamieszczane w bieżąco aktualizowanej bazie. Na podstawie tych danych obliczana była terminowość wykonywanych, w ramach pakietu onkologicznego, świadczeń (diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej oraz konsylium).

W początkowym okresie funkcjonowania pakietu, tj. do dnia 30 maja 2015 r., raporty były sporządzane codziennie, a od 1 czerwca 2015 r. w interwałach tygodniowych. Wyniki tych analiz były publikowane na stronie internetowej dedykowanej pakietowi onkologicznemu. Na stronie tej zamieszczono również informacje istotne dla pacjentów¹³⁰. W poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ utworzono zespoły odpowiedzialne za wdrażanie pakietu onkologicznego. Raz w miesiącu przekazywały one do Ministerstwa Zdrowia oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia raporty z funkcjonowania pakietu onkologicznego. Również raz w tygodniu, oddziały wojewódzkie NFZ przekazywały do Ministerstwa Zdrowia oraz do Centrali NFZ pytania. Odpowiedzi, udzielane przez Centralę NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia, rozsyłane były następnie do wszystkich OW NFZ.

Ministerstwo opracowało zbiorcze analizy, jak np.: „Pakiet onkologiczny styczeń 2015 r.”¹³¹, „Raport pakiet onkologiczny 11 tygodni”, „Raport pakiet onkologiczny 5 miesięcy”. Informacje zawarte w raportach obejmowały m.in. epidemiologię nowotworów złośliwych w Polsce, funkcjonowanie pakietu onkologicznego i zagadnienia związane z wydawaniem Kart DiLO.

Ministerstwo Zdrowia analizowało informacje o liczbie potwierdzonych podejrzeń nowotworu złośliwego wśród Kart DiLO wydanych w POZ. Według stanu na dzień 8 sierpnia 2016 r., spośród 117.836 Kart wydanych w POZ, 67.765 znajdowało się na etapie diagnostyki lub leczenia, tj. etapie umożliwiającym dokonanie oceny trafności podejrzenia. W przypadku tych Kart udział rozpoznań potwierdzających rozpoznanie nowotworu złośliwego (lub miejscowo złośliwego leczonego w ramach pakietu onkologicznego) wynosił 61%.

Ponadto zarządzeniem z dnia 8 lipca 2015 r. Minister Zdrowia powołał Zespół, którego zdaniem było przedstawianie propozycji zmian w funkcjonowaniu pakietu onkologicznego oraz opiniowanie propozycji takich zmian wnioskowanych przez środowisko medyczne¹³². Zespół rekomendował m.in.:

- możliwość wydania Karty DiLO przez lekarzy specjalistów w AOS, także w sytuacji podejrzenia wystąpienia podejrzenia nowotworu złośliwego,
- poszerzenie zakresu jednostek chorobowych objętych pakietem,
- uproszczenie Karty DiLO i ograniczenie zakresu zamieszczanych w niej danych.

Ponadto, Zespół zwrócił uwagę na następujące niekorzystne zjawiska, a w szczególności fakt, że cyt.: „ośrodki monoterapeutyczne (lub diagnostyczne) coraz częściej realizują tzw. „konsylium

¹³⁰ <http://pakietonkologiczny.gov.pl>

¹³¹ Publikacja 5 lutego 2015 r.

¹³² Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia nr 30 z dnia 10 lipca 2015 r.

autobusowe”, tzn. ściągają specjalistów onkologów z ośrodków wielospecjalistycznych. Jeżeli konsylium zatwierdza terapię skojarzoną, którą początkuje chirurg, a ośrodek monoterapeutyczny realizuje wyłącznie chemioterapię, to pacjent nie rozpoczyna leczenia w ośrodku, w którym prowadzono konsylium tylko musi nierzadko „szukać” placówki z oddziałem chirurgii, gdzie chętnie podejmą się operacji, nie mając doświadczenia onkologicznego. Skutkuje to gorszą prognozą i jakością (dowód: około 20% reoperacji w ośrodkach onkologicznych, po uprzednim zabiegu w innej placówce). NFZ płaci podwójnie za to samo świadczenie”. W związku z powyższymi ustaleniami, Zespół rekomendował wprowadzenie referencyjności ośrodków onkologicznych, a także wprowadzenie standardów diagnostycznych w nowotworach złośliwych. Wnoszono także o rozszerzenie pakietu onkologicznego o świadczenia z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej oraz opracowanie wytycznych dla pacjentów pozostających w obserwacji po zakończeniu leczenia onkologicznego.

Cześć z tych postulatów została zaakceptowana przez Ministerstwo Zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że ustalenia wyżej wskazanego Zespołu wskazują na niską jakość świadczeń onkologicznych udzielanych przez niektóre podmioty lecznicze, co ma negatywny na efekty leczenia. Należy ponadto zauważyć, że część propozycji przedstawiana przez Zespół, jako efekt analizy funkcjonowania pakietu onkologicznego, była zgłaszana już na etapie przygotowywania pakietu. Potwierdza to, w ocenie NIK, fakt niewystarczającego przygotowania projektu pakietu onkologicznego.

Pozytywnie należy natomiast ocenić działania Ministerstwa zmierzające do stałego i bieżącego monitorowania procesu wdrażania pakietu.

Ministerstwo nie przeprowadziło jednak analiz wpływu wprowadzenia pakietu onkologicznego na dostęp do świadczeń, w tym diagnostycznych dla innych pacjentów niż onkologiczni. W sytuacji, gdy świadczeniodawcy zmuszeni zostali do wykonania świadczeń w określonych terminach, których niedotrzymanie wiązało się z brakiem możliwości rozliczenia świadczenia w ramach pakietu, pacjenci onkologiczni mogli uzyskać pierwszeństwo w dostępie do świadczeń. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, przedmiotowy zakres analiz pozostawał we właściwości Narodowego Funduszu Zdrowia (Departamentu Spraw Świadczeniobiorców).

Ministerstwo Zdrowia podejmowało działania zmierzające do modyfikacji i poprawy funkcjonowania pakietu. W dniu 6 października 2015 r. Minister Zdrowia wydał nowe rozporządzenie w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Rozporządzenie to dostosowało wzór Karty DiLO do możliwości prowadzenia leczenia onkologicznego w ramach pakietu, w przypadku łagodnych nowotworów centralnego układu nerwowego i niektórych nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego. Dostosowano również wzór Karty do możliwości jej wystawienia przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych. Uwzględniono w odpowiednich polach Karty możliwość skierowania pacjenta na zabieg diagnostyczno-leczniczy z POZ i AOS.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³³, w zakresie związanym z realizacją pakietu dokonano m.in. następujących zmian¹³⁴:

¹³³ Dz. U. z 2015 r., poz. 1612.

¹³⁴ <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12273151/12293271/dokument187227.pdf>

- zmieniono skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci lub dorosłych rezygnując z obligatoryjnego udziału lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej;
- zobowiązano świadczeniodawców do zapewnienia co najmniej dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, w przypadku leczenia dzieci albo hematologii lub onkologii klinicznej lub jednego specjalisty hematologii i jednego specjalisty onkologii klinicznej w przypadku leczenia dorosłych;
- dookreślono, iż świadczeniodawca spełniający wszystkie wymagania określone w § 4a tego rozporządzenia, pełni rolę ośrodka wiodącego.

Dalsze modyfikacje, związane z pakietem onkologicznym, wprowadzało także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹³⁵.

W 2016 r. rozpoczęto prace mające na celu wprowadzenie zmian w pakiecie onkologicznym na poziomie ustawowym. Projekt ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych został skierowany do Sejmu RP w dniu 23 listopada 2016 r. (szczegółowy opis nowelizacji został przedstawiony w punkcie 3.1, na str. 31–33).

Ponadto, nie kwestionując potrzeby wystawiania Kart DiLO przez lekarzy specjalistów realizujących świadczenia w programach profilaktycznych, Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że Minister Zdrowia przyznał prawo do wydawania Kart DiLO lekarzom niewymienionym w art. 32a ust. 4 ustawy o świadczeniach¹³⁶, a tym samym przekroczył upoważnienie ustawowe wskazane w art. 32b ust. 5 ustawy. W rozporządzeniu z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia Minister Zdrowia rozszerzył to uprawnienie na lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych¹³⁷, które zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia są odrębnym rodzajem świadczeń zdrowotnych¹³⁸. Należy przy tym podkreślić, że dopiero projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach, skierowany do Sejmu RP w dniu 23 listopada 2016 r. eliminował tę lukę i zawierał stosowne upoważnienie.

3.2.3.2. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

W latach 2015–2016 Fundusz sporządzał i przekazywał do Ministerstwa Zdrowia analizy w związku z wprowadzeniem pakietu onkologicznego, gdzie przedstawiono dane prezentujące strukturę realizacji udzielonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w podziale na typy umów i miesiące, liczbę Kart DiLO oraz liczbę świadczeniodawców realizujących pakiet onkologiczny.

¹³⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 1660.

¹³⁶ Zgodnie z art. 32a ust. 4 ustawy o świadczeniach, prawo do wydawania Kart DiLO posiadał lekarz POZ albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych.

¹³⁷ Zgodnie z art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach, program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz.

¹³⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1943, ze zm.

Dane prezentowane były narastająco w podziale na oddziały wojewódzkie oraz miejsca wydania Karty oraz na 100 tysięcy uprawnionych.

Ponadto Departament Informatyki NFZ, przekazywał Ministerstwu Zdrowia raporty – zestawienia zawierające surowe dane z bazy danych zasilone na podstawie dostarczanych przez lekarzy podczas procesu diagnostyki i leczenia onkologicznego danych systemu AP-DILO w plikach Excel i plikach tekstowych¹³⁹. Dane w plikach Excel dot. statystyki DiLO były przekazywane codziennie w dni robocze w okresie od 8 stycznia 2015 r. do 29 maja 2015 r. a od 1 czerwca 2015 r. – raz w tygodniu, natomiast pliki tekstowe przekazywane były raz w tygodniu począwszy od 26 stycznia 2015 r.

Prezes Funduszu, w analizie przekazanej 22 stycznia 2016 r. Ministerstwu Zdrowia, przedstawił dane dotyczące realizacji pakietu onkologicznego za okres styczeń – wrzesień 2015 r w porównaniu do 2014 r. w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz dokonał próby oceny jakościowej realizacji pakietu w części diagnostycznej w AOS dla województwa mazowieckiego, a także w przypadku wybranych nowotworów dla całej Polski¹⁴⁰. Analiza ta pokazała, że większość świadczeń onkologicznych realizowanych jest poza pakietem onkologicznym zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a liczba pacjentów na etapie diagnostyki wstępnej stanowi około 60% pacjentów z etapu pogłębionego¹⁴¹, co oznacza, że większość pacjentów, diagnozowanych na etapie pogłębionym ma założoną na tym etapie Kartę DILO.

Ponadto wskazano, że około 25% nowotworów jest diagnozowana ambulatoryjnie, a ponadto występują duże różnice rozpoznawalności nowotworu w zależności od lokalizacji. I tak ambulatoryjnie jest rozpoznawanych ponad 80% czerniaków skóry oraz 67% nowotworów piersi, ponad 30% nowotworów głowy i szyi oraz gruczołu krokowego, 23% nowotworów dolnego przewodu pokarmowego, a pozostałe lokalizacje są rozpoznawane incydentalnie. Część lokalizacji jest trudna do diagnostyki ambulatoryjnej¹⁴², a poziom realizacji diagnostyki pogłębionej w poszczególnych lokalizacjach jest wynikiem, m.in.: wyceny świadczenia względem standardu diagnostycznego (np. w bezobjawowym czerniaku nie ma potrzeby wykonywania badań obrazowych), oraz możliwości diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych (stąd praktycznie brak realizacji świadczeń diagnostycznych ambulatoryjnych w raku płuc).

Skupiając się na najczęstszych nowotworach (rak piersi, jelita grubego, prostaty, głowy i szyi), wskazano, że przyjęty model wyliczenia kosztów poszczególnych pakietów diagnostycznych powoduje problemy podczas próby ustalenia leczenia przez konsylium (brak niektórych badań

¹³⁹ Zawierają dane: kod oddziału NFZ, kod świadczeniodawcy, tryb wydania karty, data wydania karty, typ identyfikatora, zakodowany identyfikator pacjenta, data decyzji o założeniu karty, rozpoznanie na etapie wydania karty DILO, bieżący etap, status bieżący karty, data ustalenia statusu etapu, rozpoznanie na aktualnym etapie, numer prawa wykonywania zawodu lekarza, kod następnego etapu, płeć, wiek pacjenta, liczba kart, liczba świadczeniodawców, liczba kart na świadczeniodawcę, nr karty, data wpisu do kolejki, data pierwszej porady, data porady zakończonej rozpoznaniem, kod rozpoznania, nr KRN, data zgłoszenia do KRN, numer umowy, data zakończenia leczenia, data zabiegu, kod rozpoznania, nr KRN, data zgłoszenia do KRN, OW NFZ, kod świadczeniodawcy, umowa numer, umowa kod miejsca, planowany termin, rzeczywista data udzielenia, data skreślenia, powód skreślenia, inny powód słownik, inny powód, kod etapu, nazwa etapu.

¹⁴⁰ Do porównań realizacji świadczeń z roku 2014 przyjęto realizację w zakresach grup rozpoznania C00–C43, C45–D03, D05–D09 oraz Z51 jako rozpoznanie główne i wymienione wcześniej jako współistniejące.

¹⁴¹ Analiza działania pakietu onkologicznego w części diagnostycznej wyłącznie na podstawie danych z terenu Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ okres marzec – październik 2015, ekstrapolowanych na cały rok (odrzucono styczeń i luty jako miesiące niemiernodajne).

¹⁴² Przede wszystkim nowotwory układu oddechowego, wszelkie ginekologiczne (poza nowotworami szyjki macicy, które powinny być często diagnozowane ambulatoryjnie).

czy niewłaściwa ich jakość, nie daje podstaw do egzekwowania ich uzupełnienia przez realizatorów etapu diagnostycznego – wycena uwzględnia przede wszystkim stan aktualny, nie zaś oczekiwany). Odnośnie nowotworów układu oddechowego oraz urologicznych zwrócono uwagę, że należałoby rozważyć alternatywne metody diagnostyczne, a w zakresie nowotworów ginekologicznych przyczyny niskiego odsetka diagnostyki w trybie ambulatoryjnym, zwłaszcza w przypadku raka szyjki macicy, czy jej trzonu, należałoby skonsultować ze specjalistami z zakresu ginekologii. Odnośnie czerniaka natomiast podniesiono, że prawdopodobnie zbyt wysoka jest wycena pakietu. Jednocześnie wskazano na prawdopodobieństwo niedoszacowania pakietów diagnostyki nowotworów stosunkowo dobrze dostępnych do badania w trybie ambulatoryjnym (prostata, jelito grube), co znajduje odzwierciedlenie w niskim odsetku diagnostyk ambulatoryjnych.

Wskazano na możliwość korelacji pomiędzy rzeczywistymi kosztami diagnostyki, wyceną pakietu a odsetkiem jego realizacji. W związku z tym zwiększenie odsetka diagnozowanych ambulatoryjnie pacjentów nie będzie możliwe bez zmiany wyceny pakietów.

Analiza działania pakietu onkologicznego, w części diagnostycznej, na podstawie czterech wybranych nowotworów dla Polski za 10 miesięcy 2015 r.¹⁴³ wykazała, że w ramach diagnostyki wstępnej diagnozowanych było jedynie od 16% pacjentów w nowotworach piersi do 10% w nowotworach prostaty, a ocena stopnia zaawansowania choroby w diagnostyce pogłębionej w ramach AOS, w największej części przypadków dokonana została, w odniesieniu do chorych z rozpoznaniem raka piersi (53%) i tylko w 11%, w przypadku nowotworu płuca, co potwierdza, że w ramach szybkiej ścieżki ambulatoryjnej diagnozowana była tylko nieznaczna część chorych.

Ponadto podano, że prawidłowo wyceniona została diagnostyka wstępna raka prostaty oraz diagnostyka wstępna nowotworów klatki piersiowej (płuco). Natomiast, w stosunku do pozostałych sześciu diagnostyk, istnieją wątpliwości do ich prawidłowej wyceny, tj. m.in. możliwość przeszacowania diagnostyki pogłębionej nowotworów klatki piersiowej (płuco), diagnostyki wstępnej i pogłębionej nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego, oraz diagnostyki wstępnej i pogłębionej raka piersi, oraz niedoszacowania diagnostyki pogłębionej raka prostaty.

NIK zauważa, że mimo wykazanych w analizie wątpliwości odnośnie wyceny pakietów, NFZ nie skorygował wyceny ww. świadczeń i nie występował do AOTMiT o zmianę taryfikacji świadczeń w tym zakresie. Poza ww. analizami Fundusz nie dokonywał kolejnych ocen realizacji pakietów onkologicznych.

W 2014 r. w podstawowej opiece zdrowotnej wykonano 100.850,8 tys. badań diagnostycznych. W 2015 r. liczba badań była niższa i wyniosła 98.067,12 tys. Analiza skutków wprowadzenia pakietu w zakresie liczby i wartości świadczeń diagnostycznych wykonywanych w POZ wykazała, że zmienił się udział poszczególnych grup badań w liczbie wykonanych badań ogółem. Wzrost wykonania zaznacza się w grupie badań biochemicznych oraz ultrasonograficznych, a na wzrost wykonania w tych grupach miało wpływ rozszerzenie wykazu badań o badania poziomu hormonów tarczycy (łącznie ok. 1,7 mln wykonanych badań) oraz badań USG¹⁴⁴. Wykonanie badań w tych grupach w części związane jest z prowadzoną na poziomie POZ diagnostyką w kierunku rozpoznawania nowotworów.

¹⁴³ Nowotwory klatki piersiowej (płuco), dolnego odcinka przewodu pokarmowego, piersi oraz prostaty. W analizie uwzględniono wszystkie kosztochłonne badania wykazane w raportach (niezależnie od tego, czy były uwzględnione w założeniach kosztowych), a także w standardach Instytutu Onkologii. Nie analizowano podstawowych badań biochemicznych.

¹⁴⁴ USG tarczycy i przytarczyc, ślinianek, nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, obwodowych węzłów chłonnych (łącznie ok. 0,57 mln wykonanych badań).

W analizach z zakresu list oczekujących Fundusz¹⁴⁵ wskazał m.in., że wzrost liczby badań realizowanych na potrzeby diagnostyki onkologicznej, w ramach pakietu onkologicznego, wpływał na ograniczenie dostępności w pracowniach specjalistycznych do realizacji badań na rzecz innych pacjentów. Miało to miejsce, m.in. w pracowniach rezonansu magnetycznego, gdzie pacjenci oczekujący na świadczenia udzielane poza pakietem w II kw. 2016 r. oczekiwali ze statusem „przypadek pilny” średnio 70 dni – wzrost z 45 w I kw. 2015 r. (w województwach podlaskim i śląskim czas oczekiwania wynosił, w poszczególnych kwartałach, ponad 100 dni), a „przypadek stabilny” średnio 173 dni, oraz w pracowniach tomografii komputerowej, gdzie w II kw. 2016 r. ze statusem „przypadek pilny” średnio 24 dni, a „przypadek stabilny” średnio 68 dni.

Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu, gdzie pacjenci onkologiczni nie mieli wykazywanych wydłużonych czasów oczekiwania, a pozostali pacjenci oczekujący ze statusem „przypadek pilny” oczekiwali średnio 47 dni w II kw. 2016 r. (w województwie zachodniopomorskim w I kw. 2015 wynosił 130 dni, a w II kw. 2015 r. 114 dni), a „przypadek stabilny” 223 dni (najdłuższe czasy oczekiwania wykazano w województwie wielkopolskim średnio 569 dni, w II kw. 2016 r.).

Zdaniem NIK, uprzywilejowanie pacjentów z wystawioną Kartą DiLO, było jedną z przyczyn wydłużenia, w latach 2015–2016 (II kw.), średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w trybie planowym, a także w pilnym, pacjentom innym niż objęci pakietem onkologicznym.

NIK wskazuje, także na to, że Fundusz nie prowadził analiz w zakresie występowania różnic w liczbie wydawanych Kart DiLO przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach, trafności rozpoznawania nowotworów złośliwych u pacjentów z Kartą DiLO w wybranych województwach, korelacji pomiędzy liczbą wystawianych Kart DiLO a liczbą zachorowań na nowotwory, co pozawalałoby na ocenę skuteczności wdrożenia pakietu.

W 2015 r. w oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzono siedem zadań audytowych w zakresie finansowania nielimitowanych produktów onkologicznych odnośnie wykonania zaleceń wydanych w wyniku ww. przeprowadzonych zadań. W przeprowadzonych audytach wskazano m.in. na następujące ryzyka:

- ze względu na późny termin wejścia w życie zarządzeń Prezesa NFZ, wprowadzających pakiet onkologiczny, OW NFZ miały bardzo krótki czas na przeprowadzenie procesu aneksowania umów, a aneksy ze świadczeniodawcami podpisywano dopiero w styczniu 2015 r., bez uprzedniego weryfikowania złożonych przez świadczeniodawców oświadczeń o spełnianiu warunków do zawarcia umów na produkty onkologiczne, co niosło za sobą ryzyko zawarcia umów z podmiotami niespełniającymi warunków do ich realizacji;
- brak pełnej funkcjonalności systemu informatycznego do obsługi Kart DiLO oraz ciągła modyfikacja systemu (29 aktualizacji na przestrzeni dwóch miesięcy). Brak wsparcia adekwatnymi narzędziami informatycznymi i niewystarczająca funkcjonalność wspierającego systemu informatycznego, przekładała się m. in. na problemy związane z rozliczaniem świadczeń, brakiem właściwych mechanizmów kontroli oraz utrudnieniami w sprawowaniu nadzoru nad procesem realizacji i rozliczeń umów, a brak zasobów zapewniających odpowiednią responsywność

¹⁴⁵ Analizy danych z zakresu list oczekujących w marcu i wrześniu 2016 r., tabelaryczne zestawienia danych z zakresu list oczekujących w maju i listopadzie 2016 r. oraz zestawienie przyczyn dużych liczb osób oczekujących na wybrane świadczenia w listopadzie 2015 r. Informacje te były przekazywane do Ministerstwa Zdrowia.

systemów informatycznych Funduszu, wykorzystywanych przez podmioty zewnętrzne, mógł wpływać na realizację umów, prawidłowość i terminowość rozliczeń oraz społeczną akceptację wdrażanych zmian;

- nieprzystępowanie świadczeniodawców do realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego lub rezygnacja z ich realizacji m. in. ze względu na aspekt finansowy, tzn. zbyt niska, zdaniem świadczeniodawców, wycena poszczególnych świadczeń jednostkowych w AOS;
- wzrost kwoty zaplanowanych świadczeń na świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, przekraczanie planu finansowego w pozycji POZ za pierwsze miesiące 2015 r., spowodowane zwiększeniem wartości stawek kapitaacyjnych (wg szacunków OW NFZ kwota zawarta w planie finansowym na zapewnienie finansowania świadczeń w tym rodzaju mogła być niewystarczająca), oraz brak wytycznych dotyczących kwestii przesunięć środków finansowych przeznaczonych na finansowanie „pakietu onkologicznego” na inne rodzaje świadczeń (w tym świadczenia onkologiczne poza „pakietem”) w przypadkach niewykonania świadczeń;
- konieczność limitowania pozostałych świadczeń onkologicznych – nie objętych pakietem onkologicznym, co może powodować ograniczenie dostępności do świadczeń.

Przeprowadzone czynności sprawdzające w sześciu jednostkach, w 2016 r., wykazały zrealizowanie zaleceń¹⁴⁶ wystosowanych w ww. zadaniach audytowych.

NIK zwróciła uwagę na nieuwzględnienie przez Fundusz, w rocznych planach kontroli, obszarów i zagadnień związanych z realizacją pakietu onkologicznego w 2015 i 2016 r., pomimo, że wdrożenie i realizacja szybkiej ścieżki onkologicznej nastąpiła od stycznia 2015 r. W kontrolach realizowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ stwierdzano nieprawidłowości w zakresie rozliczania świadczeń pakietu onkologicznego przez świadczeniodawców, a priorytety ogólnopolskie i regionalne NFZ na 2015 r. i 2016 r. dotyczyły głównie wdrożenia i realizacji pakietu onkologicznego¹⁴⁷.

Jak wyjaśniono, z uwagi na nowy obszar, na etapie prac nad planem, nie zidentyfikowano problemów, czy skarg dotyczących umów w zakresie tego zagadnienia i w związku z tym nie zgłaszano propozycji dotyczących wyłącznie tego obszaru do rocznego planu kontroli. Jednocześnie Departament Kontroli, dostrzegając potrzebę kontroli zagadnień związanych z pakietem onkologicznym w dłuższej perspektywie czasowej, przekazał do oddziałów wojewódzkich NFZ materiał o charakterze pomocniczym odnośnie obszarów kontroli świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonych przez NFZ w latach 2016–2018, gdzie wskazano, iż odrębnym problemem będzie kontrola świadczeń udzielanych w ramach tzw. pakietu onkologicznego.

¹⁴⁶ Monitorowanie realizacji planu finansowego ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń w rodzaju POZ celem wyeliminowania zagrożeń związanych z przekroczeniem planu na koniec roku, rozważenie możliwości zorganizowania dodatkowych spotkań informacyjnych dla świadczeniodawców, podjęcie działań zmierzających do zapewnienia właściwego wsparcia realizowanych zadań poprzez odpowiednie funkcjonalności systemów informatycznych, bieżące zgłaszanie dostosowań oraz wszystkich zidentyfikowanych błędów w funkcjonowaniu wykorzystywanego systemu, w ustalony wewnętrzny sposób. W jednym OW NFZ nie wydano zaleceń i nie przeprowadzono czynności sprawdzających.

¹⁴⁷ M.in. w 2015 r. skrócenie czasu oczekiwania na ambulatoryjną pełnoprofilową diagnostykę onkologiczną dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu złośliwego w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, umożliwienie wydawania przez lekarzy POZ kart DiLO uprawniających do uzyskania świadczenia w trybie szybkiej ścieżki onkologicznej, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne, a w 2016 r. zwiększenia dostępności do diagnostyki w trybie ambulatoryjnym poprzez skrócenie czasu diagnozowania pacjentów, czy monitorowanie realizacji chemioterapii jako elementu świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego, z uwzględnieniem migracji.

NIK oceniła negatywnie uwzględnienie w zbyt małej liczbie kontroli, obejmujących m.in. pakiet onkologiczny w latach 2015–2016, zagadnień dotyczących spełniania wymagań określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, w tym obowiązku zapewnienia koordynacji leczenia, m.in. poprzez nałożenie na świadczeniodawców wymogu powołania koordynatora leczenia. Jedynie w trzech postępowaniach (doraźnych), na 59 postępowań kontrolnych, przedmiotem kontroli były ww. zagadnienia. W toku ww. kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców, m.in. stwierdzono podwójne rozliczanie tych samych świadczeń w ramach umów limitowych oraz w pakiecie onkologicznym, nieprawidłowości odnośnie harmonogramów pracy, nieprzewodzenie list oczekujących i niewpisywanie pacjentów na listy, nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji oraz nieprawidłowe rozliczanie świadczeń z zakresu brachyterapii.

W wyniku nieprawidłowości związanych z kontrolą realizacji pakietu onkologicznego, wykazanych w przeprowadzonych kontrolach, wydano zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie nieprawidłowości. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. nakazano zwrot kwoty w wysokości 1.202, 80 tys. zł (odzyskano całą kwotę), a także nałożono kary umowne w łącznej kwocie 196,07 tys. zł (na dzień 30 września 2016 r. do spłaty pozostała kwota 6,41 tys. zł).

W związku z wątpliwościami w przedmiocie poprawności rozliczania przez świadczeniodawców pojedynczych frakcji w brachyterapii, zamiast całego procesu leczenia niezależnie od liczby frakcji, wg ustalonego planu leczenia¹⁴⁸ oraz zgłaszanymi do Centrali NFZ przez niektórych dyrektorów OW NFZ¹⁴⁹, nieprawidłowościami ujawnionymi w trakcie kontroli przeprowadzonych w tym zakresie dotyczącymi, m.in. pakietu onkologicznego¹⁵⁰, Fundusz, w I połowie 2015 r., przeprowadził analizę dotyczącą rozliczania świadczeń związanych z brachyterapią. Analiza danych sprawozdawczych dotyczących rozliczania brachyterapii (w szczególności produktu rozliczeniowego 5.07.01.0000042 *Brachyterapia z planowaniem 3D*) w latach 2013–2014 wskazała, zdaniem NFZ, na prawdopodobieństwo nieprawidłowego rozliczania świadczeń przez większość świadczeniodawców w łącznej kwocie 29.143,3 tys. zł¹⁵¹. Zastępca Prezesa ds. Medycznych skierował do wszystkich dyrektorów OW NFZ stanowisko, iż w ramach ww. produktu rozliczeniowego, rozliczany powinien być cały proces leczenia określonego nowotworu, a tym samym niedopuszczalna jest praktyka rozliczania przez świadczeniodawców poszczególnych frakcji stosowanych w brachyterapii, która realizowana jest w ramach planu leczenia.

¹⁴⁸ Model finansowania świadczeń z zastosowaniem brachyterapii polegający na rozliczaniu całego procesu leczenia brachyterapią niezależnie od ilości frakcji, wg ustalonego planu leczenia obowiązuje od 2009 r.

¹⁴⁹ Pismo Dyrektora Podkarpackiego OW NFZ z 11 marca 2015 r. (znak: WSOZ-K.401.10.2015) w sprawie rozliczania świadczeń z zakresu brachyterapii.

¹⁵⁰ Kontrola przeprowadzona pod koniec 2015 r. przez Kujawsko-Pomorski OW NFZ w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, gdzie w związku z nieprawidłowym rozliczaniem zakwestionowano świadczenia z zakresu brachyterapii na kwotę 1.597.440 zł, co stanowiło 41,09% kontrolowanych świadczeń w tym zakresie.

¹⁵¹ Notatka służbowa z 17 czerwca 2015 r. skierowanej do Prezesa NFZ Departament świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Dodatkowo, w celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych przy sprawozdawaniu do rozliczania przedmiotowych świadczeń, Prezes NFZ doprecyzował definicję pojęcia „całego procesu leczenia” związanego z brachyterapią¹⁵².

Z danych NFZ wynika, że w latach 2015–2016 w stosunku do 13 podmiotów na 24 udzielających świadczeń z zakresu brachyterapii, wystąpiło ryzyko nieprawidłowo rozliczanych przez nich świadczeń w powyższym zakresie na łączną kwotę 21.060 tys. zł. Postępowania kontrolne, przeprowadzone w 2015 i 2016 r. u sześciu świadczeniodawców z ww. 13, wykazały nieprawidłowości związane, m.in. z przedstawieniem przez świadczeniodawców danych niezgodnych ze stanem faktycznym i nieprawidłowym sprawozdaniem świadczeń brachyterapii do rozliczania na łączną kwotę 15.002,16 tys. zł (8.737,46 tys. zł w 2015 r. i 6.264,70 tys. zł w 2016 r.). W związku z ww. nieprawidłowościami nałożono kary umowne w kwocie 565,86 tys. zł (235,60 tys. zł w 2015 r. i 330,17 tys. zł w 2016 r.).

Zdaniem NIK, niepodjęcie przez Komórki merytorycznie Centrali NFZ, odpowiedzialne za kontrolę i prawidłowe rozliczenie świadczeń, działań kontrolnych/wyjaśniających wobec pozostałych świadczeniodawców¹⁵³ sprawozdających w latach 2015–2016 świadczenia w sposób wskazujący na ich nieprawidłowe rozliczenie na łączną kwotę 13.019,76 tys. zł, należy ocenić jako nierzetelne i niegospodarne. Szczególnie w sytuacji podjętych przez Fundusz działań doprecyzowujących model prawidłowego finansowania świadczeń brachyterapii w 2015 r., istotnych ustaleń z przeprowadzonych w tym zakresie kontroli u pozostałych świadczeniodawców, wysokich kwot potencjalnych nieprawidłowości, a także małej liczby podmiotów pozostających do weryfikacji (jedynie siedmiu świadczeniodawców). Dodatkowo należy wskazać, że w analizie z 2015 r. ustalono, iż ww. świadczeniodawcy również w latach 2013–2014 udzielali świadczeń z zakresu brachyterapii w sposób wskazujący na ich nieprawidłowe rozliczanie.

4.2.3.3. Systemy informacyjne wykorzystywane w onkologii

Kluczowe znaczenie dla dokonywania ocen skuteczności diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, analiz epidemiologicznych i działań profilaktycznych w tym zakresie mają systemy informacyjne, takie jak: Krajowy Rejestr Nowotworów oraz System Informatyczny NFZ, w tym System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Żaden z tych systemów nie zapewniał dostępu do spójnych, porównywalnych i kompletnych danych obrazujących realizację profilaktyki i leczenia pacjentów z chorobami onkologicznymi.

Krajowy Rejestr Nowotworów został ustanowiony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów¹⁵⁴. Rozporządzenie to zostało uchylone wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2014 r.¹⁵⁵,

¹⁵² Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 88/2015/DSOZ z 8 grudnia 2015 r. zmieniające zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, dodano pkt 2a w brzmieniu: „2a) cały proces leczenia metodą brachyterapii – świadczenie obejmujące wszystkie składowe części procesu, takie jak: kwalifikację, wykonanie indywidualnego planu leczenia z określeniem: – całkowitej dawki promieniowania w Gy, – podziałem tej dawki na frakcje – pojedyncza aplikacja, – odległości czasowej pomiędzy poszczególnymi frakcjami, c) weryfikację położenia aplikatorów, d) przeprowadzenie aplikacji w znieczuleniu, e) usunięcie aplikatorów.

¹⁵³ Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (Warszawa), Zachodniopomorskie Centrum Onkologii (Szczecin), Krajowa Fundacja Medyczna (Warszawa), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, Affidea Onkoterapia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (Warszawa), Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu (Wrocław), Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (Kraków).

¹⁵⁴ Dz. U. z 2012 r. poz. 1497, ze zm.

¹⁵⁵ Sygn. Akt K33/13; Dz. U. z 2015 r. poz. 16.

który jednocześnie wskazał, że rejestry utworzone przed dniem ogłoszenia niniejszego wyroku nadal mogą być prowadzone. Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw¹⁵⁶ poszerzono katalog przesłanek określających cele tworzenia rejestrów. Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów weszło w życie z dniem 30 sierpnia 2016 r.¹⁵⁷

Zadania Krajowego Rejestru Nowotworów w latach 2013–2015 były finansowane ze środków NPZChN. Jak wynika z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ¹⁵⁸ „(...) partycypacja Ministra Zdrowia w kosztach związanych z działalnością Krajowego Rejestru Nowotworów w ramach *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* w poszczególnych latach, będzie odbywać się na podstawie corocznie przyjmowanego zestawienia zadań, według potrzeb Krajowego Rejestru Nowotworów, możliwych do sfinansowania w ramach Programu i zgodnego z treścią uchwały Rady Ministrów. W świetle powyższego, Departament Polityki Zdrowotnej nie jest w stanie przewidzieć ile będzie wynosić dofinansowanie działań KRN w przyszłych latach (...)”.

Krajowy Rejestr Nowotworów, którego obsługę zapewniało Centrum Onkologii, m.in. gromadził i opracowywał dane dotyczące zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych¹⁵⁹. Zgłoszenia do Rejestru przekazywane były za pomocą Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego¹⁶⁰ przez placówki publicznej i niepublicznej służby zdrowia na terenie całego kraju.

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 choroby¹⁶¹. Każde zgłoszenie zarejestrowane w bazie KRN otrzymuje unikalny numer i podlega analizie przez pracowników KRN.

Z kolei system SIMP jest narzędziem realizacji przez NFZ zadań związanych głównie z rozliczaniem świadczeń udzielanych w ramach programów profilaktycznych realizowanych ze środków Funduszu, tj. dla pacjentów kwalifikujących się do nich. W konsekwencji w SIMP nie jest rejestrowana znaczna część świadczeń profilaktycznych udzielanych poza programami.

System Informatyczny NFZ służy zaś rejestrowaniu, kontroli i rozliczaniu wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielonych przez świadczeniodawców na podstawie umowy zawartej z Funduszem. W odniesieniu do świadczeń onkologicznych systemy informatyczne NFZ pozwalają m.in. na wyliczenie przeżyć 5-letnich, a także pośrednie potwierdzenie wystąpienia nowotworu

¹⁵⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 1991, ze zm.

¹⁵⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1362.

¹⁵⁸ Dwa pisma Departamentu Polityki Zdrowotnej, znak: IK 689679 z dnia 12 września 2016 r. oraz znak: PZO.0911.1.2016 z dnia 23 sierpnia 2016 r.

¹⁵⁹ Zbieranie danych przez KRN stanowiło element programu badań statystyki publicznej, w ramach badania „zachorowania i leczeni na wybrane choroby”. Patrz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 lipca 2015 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. poz. 1304, ze zm.).

¹⁶⁰ Formularz MZ/N-1a, którego wzór został określony w rozporządzeniu Prezesa rady Ministrów z dnia 15 marca 2016 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 statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. poz. 460, ze zm.).

¹⁶¹ 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 wg klasyfikacji TNM), informacje związane z rozpoznaniem histopatologicznym (kod histopatologiczny, wynik badania, typ histologiczny), informacje o leczeniu.

na podstawie zdarzeń związanych z pacjentem takich, jak np. rozliczanie świadczeń z zakresu radioterapii, chemioterapii. Nie zawierają natomiast informacji o stopniu zaawansowania nowotworu, czy wyniku badania histopatologicznego.

Systemy informatyczne NFZ, w tym System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) oraz Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), 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.

Centralny Ośrodek Koordynujący (COK) programy profilaktyczne wnioskował o poszerzenie dostępu do danych zamieszczanych w systemie informatycznym NFZ (SIMP) w celu lepszego monitorowania skuteczności ich realizacji¹⁶². COK, w dniu 5 sierpnia 2016 r., wystąpił do NFZ o udostępnienie danych dotyczących udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy¹⁶³. Fundusz odmówił udostępnienia danych, uzasadniając decyzję przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹⁶⁴. Zdaniem NFZ, szczegółowość wnioskowanych danych zdecydowanie wykraczała poza obszar zadań określonych w umowie zawartej z Ministrem Zdrowia na realizację NPZChN¹⁶⁵.

Porównanie zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, 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. W przypadku pacjentek z rozpoznaniem w tym okresie rakiem piersi było to 42,2%, zaś w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego 38,9%¹⁶⁶.

Powyższe 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 KRN¹⁶⁷.

¹⁶² Patrz: Sprawozdanie COK z realizacji Populacyjnych Programów: wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w roku 2015.

¹⁶³ Pismo, znak: ZPN-073-34/16. Odpowiedź NFZ, pismo, znak: DSOZ.401.1841.2016/W/23031/KAO z dnia 2 września 2016 r.

¹⁶⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

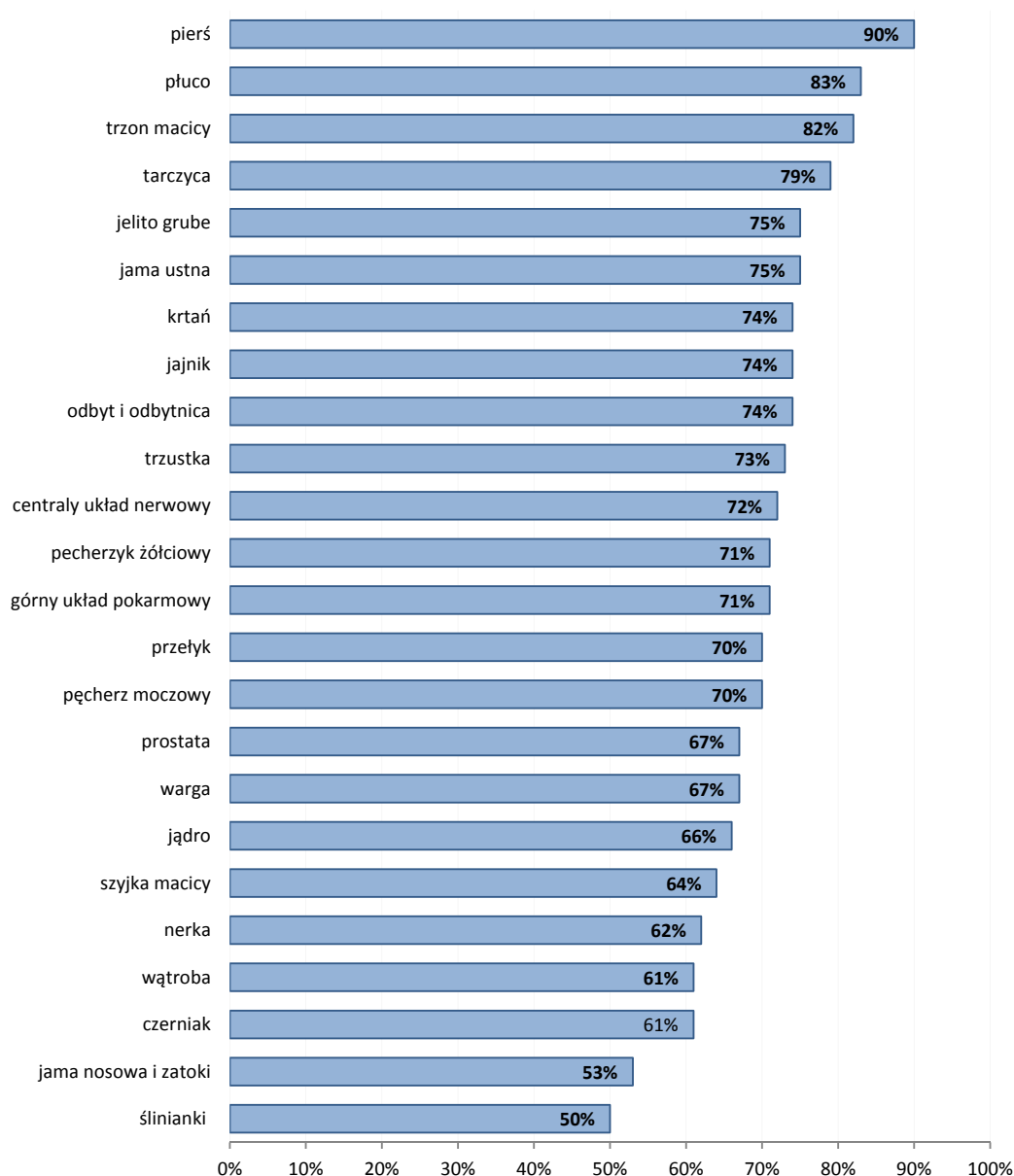
¹⁶⁵ Umowa Nr 1/2-3/1/2016/97/640 na realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych zawarta dnia 25 lipca 2016 r. pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

¹⁶⁶ Analiza zbiorów danych NFZ i KRN dotyczących raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego za lata 2009–2012, przeprowadzona przez NIK na potrzeby kontroli P/16/054 Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia. Wyszukano pacjentów, którzy są w obu zbiorach. Dane o stopniu zaawansowania nowotworu pochodzą z KRN. Informacja o pacjentach biorących udział w badaniach przesiewowych pochodzi z NFZ. Rok rozpoznania nowotworu oraz datę zgonu pacjenta otrzymano z NFZ.

¹⁶⁷ Patrz Raport Fundacji My Pacjenci pt. „Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce”, Warszawa, listopad 2016 r.

Wykres nr 18

Procentowa kompletność Krajowego Rejestru Nowotworów



Źródło: Raport Fundacji My Pacjenci pt. „Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce”, Warszawa, listopad 2016 r.

Krajowy Rejestr Nowotworów nie zawierał również, w przypadku znacznej liczby pacjentów z rozpoznaniem pierwszy raz w latach 2010–2011 nowotworem, 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%¹⁶⁸.

Jedną z przyczyn tego stanu było nieprzekazywanie przez świadczeniodawców kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (MZ/N-1a), co było niezgodne z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów.

¹⁶⁸ Raport Fundacji My Pacjenci pt. „Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce”, Warszawa, listopad 2016 r.

W latach 2015–2016 (do 31 sierpnia) do bazy Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wprowadzono łącznie 994,8 tysięcy Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (KZNZ)¹⁶⁹. Karty dotyczyły łącznie 178,9 tysięcy przypadków zachorowań na nowotwory rozpoznane w latach 2015–2016. Wprowadzenie art. 32a ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach wymogu dokonywania zgłoszenia zachorowań na nowotwory złośliwe spowodowało znaczny wzrost liczby przesyłanych KZNZ – dla porównania w 2014 r. do rejestru wpłynęło 370,3 tysięcy kart, tj. o 255,7% mniej niż w 2015 r. Liczba kart zgłoszonych elektronicznie przez lekarzy wynosiła w 2014 r. – 0,3 tys., tj. 0,1% kart, w 2015 r. – 149,8 tys., tj. 23,9% kart oraz w 2016 r. (do 31 sierpnia) – 88,7 tys., tj. 24,1% kart.

Jak wynika z wyjaśnień KRN, nie ma możliwości stwierdzenia, ile KZNZ zostało zgłoszonych w związku z realizacją pakietu onkologicznego. Z tego samego powodu niemożliwe jest również określenie wpływu pakietu na jakość i kompletność danych.

W badanym okresie wystąpiła duża liczba kart o statusie „szkic”, tj. 140,3 tysięcy (14,1% wszystkich kart), jak również duża liczba kart o statusie „anulowane” – 53,3 tysiące, w tym 41,6 tysięcy w 2015 r. i 10,3 tysięcy w 2016 r.

W celu zwiększenia liczby kart zweryfikowanych Wojewódzkie Biura Rejestracji, na prośbę KRN, wysłały pisma do podmiotów leczniczych zgłaszających KZNZ, z prośbą o zakończenie procedury wysyłania karty do bazy KRN. W przypadku błędów pracownicy rejestru odsyłają KZNZ do lekarza z prośbą o korektę. Liczba kart skorygowanych z lat 2015–2016 (do 31 sierpnia) wyniosła 52,0 tysięcy, a 2,8 tysiąca kart miało status „do korekty” (0,3% wszystkich kart).

W latach 2013–2016 (do 31 sierpnia) odsetek KZNZ z potwierdzeniem histopatologicznym wyniósł 84,9%, a w poszczególnych latach zmniejszał się i wynosił: 86,7% w 2013 r., 87,3% w 2014 r., 80,5% w 2015 r. oraz 77,9% w 2016 r. Podobnie zmniejszał się odsetek kart z informacjami dotyczącymi TNM oraz stadium zaawansowania nowotworu:

- odsetek KZNZ z informacją o stadium zaawansowania nowotworu (pole 35) wynosił: 71% w 2013 r., 68% w 2014 r., 53% w 2015 r. oraz 47% w 2016 r.;
- odsetek KZNZ z określeniem stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu wg klasyfikacji TNM (pole 32) wynosił: 29% w 2013 r., 32% w 2014 r., 38% w 2015 r. oraz 33% w 2016 r.

Jednakże jednocześnie zwiększyła się liczba przesłanych KZNZ na przypadek zachorowania z 2,1 kart w 2013 i 2014 r. do 4,1 w 2015 r. i 6,9 w 2016 r. (do 31 sierpnia).

Wprowadzanie KZNZ z lat 2015–2016 jeszcze się nie zakończyło, więc nie wiadomo jak ostatecznie zmieniają się odsetki KZNZ z potwierdzeniami histopatologicznymi i określeniem stopnia zaawansowania choroby.

Przyjmuje się, że aktualność i kompletność danych wg KZNZ to pełna informacja o pacjencie (diagnoza, leczenie, wznowa, przerzut), a uzyskanie tych informacji zajmuje od trzech miesięcy do półtora roku. KZNZ wypełniane są dla jednego pacjenta wielokrotnie, w różnych odstępach czasu i w różnej chronologii. Dla KZNZ zaakceptowanych dla przypadków w roku zgłoszenia średni czas od daty wypełnienia karty do dnia wpisania do bazy skracał się i wynosił:

- w 2014 r. 79 dni dla kart zgłaszanych elektronicznie przez lekarzy oraz 125 dni dla kart otrzymywanych postaci papierowej,

¹⁶⁹ Tj. 626,1 tys. w 2015 r. oraz 368,7 w 2016 r.

- w 2015 r. 26 dni dla kart zgłaszanych elektronicznie przez lekarzy, 87 dni dla kart przekazywanych z systemu HIS dwóch ośrodków onkologicznych oraz 109 dni dla kart otrzymywanych postaci papierowej;
- w 2016 r. (do 31 sierpnia) 19 dni dla kart zgłaszanych elektronicznie przez lekarzy, 13 dni dla kart przekazywanych z systemu HIS dwóch ośrodków onkologicznych oraz 73 dni dla kart otrzymywanych postaci papierowej.

Powyższe ustalenia wskazują, że wiarygodność danych zawartych w KRN może budzić wątpliwości. Niekompletność danych zawartych w KRN nie pozwala na przeprowadzanie analiz realizowanych programów profilaktycznych, w tym w zakresie ich efektywności i skuteczności, co utrudnia ocenę ich wpływu na stan zdrowia ludności. Należy przy tym zaznaczyć, że rzetelność danych zawartych w bazach NFZ również jest ograniczona z uwagi na zakres danych oraz sposób sprawozdawania świadczeń.

4.1 Przygotowanie kontroli

Do przygotowania programu kontroli wykorzystano informacje z wcześniej przeprowadzonych kontroli, analizę stanu prawnego, oraz materiałów i dokumentów Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących tego zagadnienia, a także opracowania naukowe i publicystyczne dotyczące problematyki leczenia osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej.

Departament Zdrowia, w ramach przygotowania do kontroli planowej, koordynowanej przeprowadził w 2015 r. kontrole rozpoznawcze w:

- dwóch placówkach podstawowej opieki zdrowotnej: Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Zdrowie Plus Sc J.S-H.D. w Warszawie oraz Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Sana” s.c. w Warszawie¹⁷⁰,
- Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddziale w Krakowie¹⁷¹,
- a także jednym szpitalem powiatowym: Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach¹⁷².

Ponadto tematyka realizacji pakietu onkologicznego została poruszona przy okazji kontroli nr P/14/060 oraz P/16/053 dotyczących realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia odpowiednio w 2014 i 2015 r. Ponadto w Narodowym Funduszu Zdrowia zasięgano informacji dotyczących realizacji pakietu onkologicznego w 2015 r.

Do kontroli zostały wytypowane podmioty:

- Ministerstwo Zdrowia;
- Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia;
- podmioty lecznicze realizujące pakiet onkologiczny w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym, mające powyżej 1 tys. pacjentów z wystawioną Kartą DiLO, zlokalizowane w mieście wojewódzkim (po jednym w województwie);
- podmioty lecznicze realizujące pakiet onkologiczny w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym, mające poniżej 1 tys. pacjentów z wystawioną Kartą DiLO, zlokalizowane poza miastem wojewódzkim (po dwa w województwie);
- podmioty lecznicze realizujące pakiet onkologiczny w podstawowej opiece zdrowotnej, które wystawiły pacjentom powyżej 30 Kart DiLO (po jednym w województwie).

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 9 sierpnia do 23 stycznia 2017 r. (data podpisania ostatniego wystąpienia pokontrolnego). W wystąpieniach pokontrolnych, skierowanych do kierowników wszystkich 27 kontrolowanych jednostek, sformułowano łącznie 83 wnioski pokontrolne.

Po kontroli przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia sformułowano zostały uwagi, które wskazywały iż:

- 1) pośpiech we wprowadzaniu pakietu onkologicznego skutkował wprowadzeniem niedopracowanych merytorycznie i legislacyjnie regulacji. Szereg postulowanych wcześniej zmian zostało wprowadzonych do pakietu dopiero w trakcie jego realizacji, w celu wyeliminowania zaobserwowanych wad w funkcjonowaniu przyjętych rozwiązań;

¹⁷⁰ Kontrola Nr R/15/005/KZD/02 oraz Nr Kontrola Nr R/15/005/KZD/03.

¹⁷¹ Kontrola Nr R/15/005/KZD/01.

¹⁷² Kontrola Nr R/15/005/KZD/04.

- 2) Ministerstwo Zdrowia nie przeprowadziło oceny wpływu wprowadzenia pakietu onkologicznego na dostęp do świadczeń, w tym diagnostycznych, dla innych pacjentów niż onkologiczni, choć na ryzyko ograniczenia dostępności zwracali uwagę opiniujący projekt ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny. W ocenie NIK zasadne jest dokonanie takiej analizy.

Wnioski pokontrolne adresowane do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczyły m.in.:

- podjęcia działań zmierzających do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych zarówno w ramach pakietu onkologicznego jak i w ramach świadczeń limitowanych;
- uwzględniania, w toku kontroli poprawności realizacji świadczeń z zakresu pakietu onkologicznego, weryfikacji spełniania warunków określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego;
- przeprowadzenia postępowań wyjaśniających i kontrolnych w związku z udzieleniem świadczeń z zakresu brachyterapii niezgodnie z przyjętym przez Fundusz modelem finansowania, określonym w zarządzeniach Prezesa NFZ w rodzaju leczenie szpitalne;
- wyjaśnienia spraw i ściągnięcia należności w związku z udzielaniem w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 września 2015 r. świadczeń w ramach pakietu z rozpoznaniem ICD D33.0–D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0 wprowadzonymi od 1 października 2015 r. w kwocie 11.232 zł;
- wyjaśnienia spraw i ściągnięcia należności w związku z udzieleniem 14 świadczeń udzielonych z przekroczeniem terminów określonych w zarządzeniu 79/DSOZ/2014;
- przeprowadzenia analizy odnośnie wyceny pakietów onkologicznych i ustalenia rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń w ramach poszczególnych pakietów diagnostycznych.

Wnioski pokontrolne adresowane do podmiotów leczniczych realizujących pakiet onkologiczny w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym dotyczyły m.in.:

- przekazywania zamkniętych Kart DiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadkach określonych w art. 32b ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- załączania kopii Kart DiLO do dokumentacji medycznej pacjentów;
- zapewnienia rzetelnego wypełniania Kart DiLO w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, z zachowaniem treści wymaganych załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, w szczególności w zakresie harmonogramu leczenia onkologicznego, nazwiska koordynatora procesu leczenia;
- opracowania procedur wewnętrznych określających organizację udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, w tym zadania i obowiązki koordynatorów leczenia, o których mowa w par. 4a ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- zapewnienia rzetelnego wykazywania dostępności personelu medycznego, sprzętu i aparatury medycznej będącego w zasobach podmiotów leczniczych i wykorzystywanego do realizacji umów z NFZ;
- zapewnienia rzetelnego prowadzenia dokumentacji osobowej lekarzy w zakresie indywidualnego czasu pracy;
- przestrzegania terminów wynikających z § 15 ust. 11 pkt 1 zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ przewidzianych na wykonanie wstępnej diagnostyki onkologicznej oraz przestrzeganie 14-dniowego terminu na określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez konsylium i podjęcia leczenia;

- podjęcia działań zmierzających do objęcia pakietem onkologicznym wszystkich pacjentów spełniających odpowiednie kryteria oraz, których stan zdrowia do tego kwalifikuje;
- opracowania i wdrożenia procedury oceny i skutecznego leczenia bólu, zgodnie z § 5a Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- wzmocnienia nadzoru nad częstotliwością monitorowania bólu u pacjentów;
- każdorazowego zapewnienia właściwego składu konsylium;
- każdorazowego wyznaczania koordynatora dla każdego pacjenta;
- doprowadzenia do zamykania Kart DiLO dla świadczeniobiorców, którym zakończono leczenie onkologiczne;
- zapewnienia udokumentowanego udziału w zespole prowadzącym leczenie pacjentów onkologicznych osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa (lub psychoonkologa), zgodnie z § 4a pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- prowadzenia odrębnej listy oczekujących na udzielenie świadczenia dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczenie mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach;
- wprowadzania rzetelnych danych do AP-DiLO i AP-KOLCE, a przez to zapewnienie rzetelności danych dotyczących pierwszego wolnego terminu udzielania świadczeń oraz średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na ich udzielenie i terminowe przekazywanie tych danych do OW NFZ;
- wzmocnienia nadzoru nad przekazywaniem do OW NFZ informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczeń w celu zachowania wymaganej częstotliwości tych informacji,
- wyeliminowania przypadków nieumieszczenia pacjentów na listach oczekujących na udzielenie świadczeń na podstawie Karty DiLO;
- zapewnienia terminowego przekazywania w wersji elektronicznej Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego do Krajowego Rejestru Nowotworów a także kompletności danych w nich zawartych;
- uzupełnienia kart zgłoszenia nowotworu złośliwego ze statusem „szkic” i przesłania ich do KRN;
- zapewnienia wypełniania przez lekarzy obowiązku wynikającego z art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wpisywania w Kartach DiLO numeru zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN;
- poinformowania wojewódzkiego biura rejestracji nowotworów o nierzetelnym zgłoszeniu nowotworu złośliwego, który nie został potwierdzony w wynikach badania histopatologicznego i konieczności korekty tego zgłoszenia;
- sporządzenia korekty raportu statystycznego i rozliczeniowego dotyczącego diagnostyki pogłębionej i konsylium pacjenta, u którego nie został potwierdzony w diagnostyce wstępnej nowotwór złośliwy oraz zwrot środków do OW NFZ;
- zapewnienia w Klinicznym Zakładzie Brachyterapii liczby lekarzy wymaganej przepisami rozporządzenia Ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz określonych w procedurach uregulowanych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radioterapii onkologicznej¹⁷³;
- zawarcia umów serwisowych na sprzęt wykorzystywany do udzielania świadczeń medycznych w zakresie radioterapii i brachyterapii.

¹⁷³ Dz. Urz. MZ, poz. 78.

Wnioski pokontrolne adresowane do podmiotów leczniczych, realizujących pakiet onkologiczny w podstawowej opiece zdrowotnej, dotyczyły m.in.:

- wzmocnienia nadzoru nad:
 - a) sprawozdawaniem do OW NFZ liczby świadczeń związanych z wydaniem Kart DiLO i danych dotyczących wykonywanej diagnostyki onkologicznej poprzedzającej wydanie tej Karty;
 - b) dołączaniem do dokumentacji medycznej pacjentów kopii wydanych Kart DiLO, w części dotyczącej zakresu lekarza POZ;
 - c) prawidłowym wskazywaniem w Kartach DiLO kodów rozpoznań;
 - d) kompletności sporządzanej przez lekarzy dokumentacji medycznej;
- wyeliminowania przypadków prowadzenia dokumentacji medycznej niezgodnie z § 41 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- odnotowywania w dokumentacji medycznej pacjentów, prowadzonych przez lekarzy POZ działań profilaktycznych w zakresie chorób nowotworowych i edukacji zdrowotnej.

Zastrzeżenia zostały złożone do wystąpień pokontrolnych skierowanych do dwóch spośród 27 kontrolowanych jednostek, tj. Ministerstwa Zdrowia i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione.

Adresaci wystąpień pokontrolnych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków. Według stanu na dzień 19 maja 2017 r. zostało zrealizowanych 40 wniosków, 20 było w trakcie realizacji, a 23 wniosków nie zrealizowano.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły łączne 13.033.581,53 zł. Kwota ta obejmowała:

- 1) Potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości – 13.019.760 zł, kwota potencjalnych nieprawidłowości, ustalona w toku kontroli NIK dotycząca siedmiu świadczeniodawców sprawozdających w latach 2015–2016 świadczenia w zakresie brachyterapii (w szczególności produktu rozliczeniowego 5.07.01.0000042 Brachyterapia z planowaniem 3D) w sposób wskazujący na nieprawidłowości w ich rozliczeniu.
- 2) Kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa łącznie 13.821,53 zł z tego:
 - 11.232 zł, kwota świadczeń (z rozpoznaniem: D33.0–D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0) sfinansowanych w ramach pakietu, na podstawie umów o leczenie szpitalne w okresie styczeń – październik 2015 r., których możliwość finansowania wprowadzono dopiero od 1 listopada 2015 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
 - 2.589,53 zł, kwota stanowiąca 30% wartości świadczeń (8.631,77 zł) rozliczonych w pełnej wartości, mimo przekroczenia terminu określonego w zarządzeniu Prezesa Nr 79/2014/DSOZ z 5 grudnia 2014 r. zgodnie, z którym poziom finansowania diagnostyki onkologicznej wykonanej z opóźnieniem ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości wynikającej z zarządzenia.

Wykaz jednostek kontrolowanych oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Jednostka kontrolowana	JO NIK
1.	Ministerstwo Zdrowia	Departament Zdrowia
2.	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	
3.	Centrum Onkologii – Instytut im. m. Skłodowskiej-Curie w Warszawie	
4.	Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy	Delegatura w Bydgoszczy
5.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu	
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku	
7.	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu	Delegatura w Gdańsku
8.	Przychodnia Orłowo Sp. z o.o. w Gdyni	
9.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	
10.	Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	
11.	Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o.	Delegatura w Kielcach
12.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	
13.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach	
14.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	
15.	MEDICUS X Góraś-Salata, Walerowicz, Kwiatkowska, Kozłowska, Ludew – Lekarska Spółka Partnerska w Skarżysku-Kamiennej	Delegatura w Poznaniu
16.	Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Poznaniu	
17.	Ars Medical Sp.z o.o. w Pile	
18.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	
19.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zespołu Lekarza Rodzinnego JAR-MEDIC w Jarocinie	Delegatura w Rzeszowie
20.	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	
21.	Samodzielny Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jaśle	
22.	Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu	
23.	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	Delegatura we Wrocławiu
24.	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	
25.	Dolnośląskie Centrum Diagnostyki Medycznej Dolmed we Wrocławiu	
26.	Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie	
27.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy	

Lp.	Jednostki kontrolowane w ramach kontroli rozpoznawczych, przeprowadzonych przez Departament Zdrowia
1.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zdrowie Plus Sc J.S-H.D. w Warszawie
2.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Sana” s.c. w Warszawie
3.	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie
4.	Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
3. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 18706, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2016 r. poz. 1047, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
11. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.).
12. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1829, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 214, poz. 1816). Rozporządzenie obowiązywało do dnia 15 czerwca 2016 r.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1567). Rozporządzenie obowiązuje od dnia 29 września 2016 r.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych ((Dz. U. z 2016 r. poz. 1743, ze zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1751). Rozporządzenie obowiązywało do dnia 31 października 2015 r.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627). Rozporządzenie obowiązuje od dnia 1 listopada 2015 r.

22. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).
23. 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). Rozporządzenie obowiązywało do dnia 31 grudnia 2015 r.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400, ze zm.). Rozporządzenie obowiązuje od 1 stycznia 2016 r.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.). Rozporządzenie obowiązywało do dnia 22 grudnia 2015 r.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069). Rozporządzenie obowiązuje od 23 grudnia 2015 r.
27. Zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ z 2013 r. poz. 69, ze zm.). Zarządzenie obowiązywało do dnia 19 listopada 2015 r.
28. Zarządzenie Nr 77/2015/ Prezesa NFZ z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 77, ze zm.). Zarządzenie obowiązywało od dnia 20 listopada 2015 r. do dnia 27 czerwca 2016 r.
29. Zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 50, ze zm.). Zarządzenie obowiązuje od dnia 28 czerwca 2016 r.
30. Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 109, ze zm.). Zarządzenie obowiązywało do dnia 30 czerwca 2016 r.
31. Zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 62, ze zm.). Zarządzenie obowiązuje od dnia 1 lipca 2016 r.
32. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 110, ze zm.). Zarządzenie obowiązywało do dnia 30 czerwca 2016 r.
33. Zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 71, ze zm.). Zarządzenie obowiązuje od dnia 1 lipca 2016 r.

Koszty leczenia onkologicznego w latach 2014–2016 (do 31 sierpnia)

Rodzaj świadczeń/ typ umowy	2014		2015			2016 (styczeń–sierpień)		
	rozpoznania onkol. (C00-D48)	rozpoznania pakietu onkol.	rozpoznania onkol. (C00-D48)	rozpoznania pakietu onkol.	zakresy pakietu onkol.	rozpoznania onkol. (C00-D48)	rozpoznania pakietu onkol.	zakresy pakietu onkol.
Podstawowa opieka zdrowotna – wydanie Karty DİLO	–	–	–	–	2 153 259	–	–	1 220 439
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach	359 192 615	153 440 137	416 360 741	194 218 336	37 124 035	276 572 895	131 510 850	31 348 360
– AOS – świadczenia w poradniach	359 192 615	153 440 137	416 360 741	194 218 336	37 124 035	276 572 895	131 510 850	31 348 360
– AOS – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	208 998 099	146 615 346	217 652 274	146 790 403	0	140 235 662	91 835 134	0
Leczenie szpitalne, w tym:	6 142 575 633	5 029 992 616	6 299 622 852	5 189 800 539	1 314 017 900	4 130 402 252	3 279 226 519	951 835 749
– SZP – oddziały szpitalne	2 753 362 236	1 739 539 312	2 920 780 015	1 913 456 067	668 246 784	1 891 859 805	1 254 171 508	503 067 047
– SZP – programy terapeutyczne (lekowe)	43 263 655	27 923 522	16 092 623	8 545 630	0	6 215 303	3 613 992	0
– SZP – chemioterapia	1 301 236 434	1 247 193 728	1 245 492 796	1 173 946 187	0	869 263 090	818 308 056	0
– SZP – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa	885 722 178	856 882 121	911 101 170	887 696 406	645 771 117	579 975 394	565 449 272	448 768 702
– SZP – programy zdrowotne (lekowe)	1 158 991 130	1 158 453 934	1 206 156 249	1 206 156 249	0	783 088 660	637 683 692	0
Rehabilitacja lecznicza	15 390 041	14 587 135	15 862 178	14 930 807	0	9 922 616	9 344 221	0
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	7 273 716	5 874 413	7 029 793	5 578 576	0	4 747 948	3 676 381	0
Opieka paliatywna i hospicyjna	299 287 760	278 245 979	321 610 022	297 573 432	0	216 399 830	199 289 202	0
Leczenie stomatologiczne	568 866	424 998	568 369	409 587	0	371 140	274 497	0
Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	127 440 733	0	122 186 339	0	0	68 578 164	0	0
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w tym:	188 301 678	165 432 210	187 633 554	160 855 294	0	128 310 935	109 024 730	0
– Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	169 178 778	148 500 510	169 160 211	146 192 421	0	116 754 146	99 710 252	0
– Teleradioterapia stereotaktyczna, teleradioterapia protonowa i inne (KLRP-1) (TS/KLWSW/TP/KLRP-1)	19 122 900	16 931 700	18 473 343	14 662 873	0	11 556 789	9 314 478	0
RAZEM	7 349 029 141	5 794 612 836	7 588 526 123	6 010 156 972	1 358 990 307	4 975 541 442	3 824 181 535	988 877 473

Źródło: Dane NFZ. Ponadto w ramach pakietu onkologicznego na świadczenia udzielone w AOS pacjentom z innymi rozpoznaniem (brak potwierdzenia nowotworu) wydatkowano w 2015 r. – 5.695.113 zł, w 2016 r. – 4.472.925 zł.

Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń pacjentom z chorobami nowotworowymi w poszczególnych kwartałach 2015–2016 r. oraz w II kwartale 2016 r. w podziale na województwa

Kwartał	Tylko w AOS			Tylko w SZP			Jednocześnie w AOS i SZP		
	którzy realizują świadczenia onkologiczne	którzy zawarli umowę na realizację pakietu	którzy aktywnie realizują umowę na pakiet	którzy realizują świadczenia onkologiczne	którzy zawarli umowę na realizację pakietu	którzy aktywnie realizują umowę na pakiet	którzy realizują świadczenia onkologiczne	którzy zawarli umowę na realizację pakietu	którzy aktywnie realizują umowę na pakiet
I kwartał 2015	2615	1935	301	195	129	64	596	439	299
II kwartał 2015	2612	1898	280	196	120	71	593	427	293
III kwartał 2015	2567	1846	216	193	120	65	604	433	283
IV kwartał 2015	2581	1827	204	187	114	68	600	431	284
I kwartał 2016	2590	1766	197	188	109	68	594	413	284
II kwartał 2016	2589	1743	194	191	109	67	601	412	282

Źródło: Dane NFZ.

OW NFZ	Tylko AOS w IV kw. 2016 r.			Tylko w SZP w IV kw. 2016 r.			Jednocześnie w AOS i SZP w IV kw. 2016 r.		
	realizujący świadczenia onkologiczne	z zawartą umowę na realizację pakietu	aktywnie realizujący umowę na pakiet	realizujący świadczenia onkologiczne	z zawartą umowę na realizację pakietu	aktywnie realizujący umowę na pakiet	realizujący świadczenia onkologiczne	z zawartą umowę na realizację pakietu	aktywnie realizujący umowę na pakiet
Dolnośląski	320	400	35	53	45	28	57	56	34
Kujawsko-Pomorski	135	81	4	6	0	0	34	18	15
Lubelski	128	64	11	41	10	10	40	13	6
Lubuski	96	24	3	1	0	0	23	4	4
Łódzki	225	113	29	45	0	0	42	27	17
Małopolski	289	101	7	3	0	0	52	35	20
Mazowiecki	273	121	13	4	4	4	91	51	44
Opolski	86	45	5	2	0	0	20	16	9
Podkarpacki	212	75	4	5	16	5	38	13	6
Podlaski	5	104	5	5	14	5	7	12	7
Pomorski	114	157	26	10	2	1	1	22	19
Śląski	119	130	21	7	7	6	66	51	38
Świętokrzyski	154	74	2	2	0	0	25	18	12
Warmińsko-Mazurski	12	115	12	2	4	2	11	18	11
Wielkopolski	317	64	9	5	7	6	57	29	22
Zachodniopomorski	104	75	8	0	0	0	37	29	18
Razem	2 589	1 743	194	191	109	67	601	412	282

Źródło: Dane NFZ.

Liczba wystawionych Kart DiLO oraz liczba pacjentów, u których potwierdzono nowotwór złośliwy w latach 2015–2016 (do 30 czerwca)

OW NFZ	Liczba wystawionych Kart DILO			Liczba pacjentów, którzy mieli potwierdzony nowotwór złośliwy			Liczba lekarzy POZ zgłoszonych do realizacji umowy (wg. stanu na wrzesień 2016)	Liczba uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
	POZ	AOS	SZP	POZ	AOS	SZP		
Dolnośląski	13 725	6 700	8 775	4 470	6 138	8 765	2 536	2 582 315
Kujawsko-Pomorski	8 093	6 812	7 884	2 812	6 191	7 852	1 618	1 892 771
Lubelski	2 782	4 928	5 849	1 046	4 713	5 847	1 835	1 963 927
Lubuski	1 823	1 645	2 028	519	1 510	2 026	704	904 908
Łódzki	8 826	5 386	10 215	3 452	5 146	10 152	2 585	2 318 142
Małopolski	7 891	7 717	12 775	2 937	7 218	12 705	2 595	3 060 336
Mazowiecki	17 240	12 867	23 131	6 279	12 050	22 975	4 453	5 023 036
Opolski	2 320	2 687	1 197	743	2 518	1 184	752	841 277
Podkarpacki	1 693	2 824	6 115	489	2 585	6 078	1 471	1 903 924
Podlaski	1 505	1 843	1 236	403	1 664	1 235	964	1 055 785
Pomorski	11 347	5 135	3 980	3 450	4 682	3 942	2 033	2 068 997
Śląski	13 167	12 933	16 301	4 818	12 138	16 261	4 233	4 151 467
Świętokrzyski	3 202	4 091	5 739	1 000	3 095	5 738	1 033	1 144 742
Warmińsko-Mazurski	3 238	2 758	3 251	1 084	2 619	3 244	912	1 274 813
Wielkopolski	9 083	7 252	14 629	3 240	6 709	14 602	2 365	3 244 094
Zachodniopomorski	4 557	4 076	7 360	1 437	3 743	7 349	1 146	1 502 203
Razem	110 492	89 654	130 465	38 179	82 719	129 955	31 235	34 932 736

Źródło: Dane NFZ.

Liczba rozliczonych z NFZ Kart DiLO, pakietów onkologicznych, konsyliów oraz liczba hospitalizacji w latach 2015–2016 (do 31 sierpnia)

OW NFZ	Wydanie Karty DiLO w POZ	Diagnostyki wstępne	Diagnostyki pogłębione	Konsylia	Liczba hospitalizacji
Dolnośląski	3 478	1 322	5 907	14 887	10 592
Kujawsko-Pomorski	1 573	858	4 745	15 724	12 996
Lubelski	910	388	3 630	8 864	4 642
Lubuski	597	124	1 023	3 088	1 892
Łódzki	3 137	1 063	3 569	15 047	9 932
Małopolski	2 146	921	5 617	16 835	15 192
Mazowiecki	5 161	2 215	10 052	29 513	26 775
Opolski	725	109	2 340	3 255	1 696
Podkarpacki	632	111	1 543	6 981	4 504
Podlaski	500	274	1 585	2 868	1 941
Pomorski	4 560	1 426	4 644	10 250	7 975
Śląski	4 499	2 100	10 798	27 429	21 243
Świętokrzyski	1 708	280	1 618	5 624	5 041
Warmińsko-Mazurski	810	439	2 710	5 917	4 765
Wielkopolski	2 406	932	6 162	19 530	16 232
Zachodniopomorski	1 263	523	3 110	10 482	8 063
Razem	34 105	13 085	69 053	196 294	153 481

Źródło: Dane NFZ.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń (w dniach) wg stanu na koniec poszczególnych kwartałów

Nazwa komórki organizacyjnej		I kw. 2014 r.		II kw. 2014 r.		III kw. 2014 r.		IV kw. 2014 r.		I kw. 2015 r.					II kw. 2015 r.					III kw. 2015 r.					IV kw. 2015 r.					I kw. 2016 r.					II kw. 2016 r.												
		B	A	B	A	B	A	B	A	C				B	A	C				B	A	C				B	A	C				B	A	C				B	A								
										E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5	E1	E2	E3	E5
1.	Świadczenia specjalistyczne oraz świadczenia kontraktowane odrębnie:																																														
1.1.	Poradnia chemioterapii	3	9	2	12	2	12	6	12	3	3			1	10	5	10			1	10	3	8			1	28	9	9			0	21	9	11			0	11	8	9			1	5		
1.2.	Poradnia chirurgii onkologicznej	2	21	2	23	2	25	3	25					3	23					3	26					2	25					2	22					3	22					3	24		
1.3.	Poradnia ginekologii onkologicznej	1	11	1	12	0	12	0	12	2	4			1	9	6	8			3	5	7	6			0	7	8	13			0	14	7	12			1	10	9	10			2	6		
1.4.	Poradnia hematologiczna	14	77	15	77	17	89	16	100	4	8			16	88	4	10			16	100	4	14			20	109	7	8			23	120	3	7			21	101	3	5			22	116		
1.5.	Poradnia hematologiczna dla dzieci	2	42	4	42	6	44	5	47	4				5	41	0				6	41					4	49		8			5	42					3	37	0				4	46		
1.6.	Poradnia leczenia bólu	2	27	3	30	3	32	3	35					4	31					5	32					6	35					6	34					5	35					5	40		
1.7.	Poradnia medycyny nuklearnej	0	34	0	29	1	27	1	25					1	27					7	23					0	17					0	9					0	7					0	9		
1.8.	Poradnia onkologiczna	2	19	2	19	2	21	2	22	5	4			3	19	6	5			2	19	5	5			3	23	5	6			4	20	5	5			3	19	6	5			3	19		
1.9.	Poradnia onkologii i hematologii dziecięcej	2	18	2	18	2	17	2	20		1			2	19					8	23					5	32					3	28					7	28					7	31		
1.10.	Pracownia lub zakład medycyny nuklearnej	3	25	4	25	4	27	4	27		3			6	25		4			3	18		4			4	25					5	28					5	32					6	33		
1.11.	Pracownia pozytonowej tomografii emisyjnej	0	22	0	21	0	19	5	20					4	21					4	12					5	10					4	10					5	13					6	11		
1.12.	Pracownia tomografii komputerowej	12	47	14	51	15	57	16	61	6	4			19	59	4	4			19	59	10	4			23	70	8	4			23	71	9	4			22	66		5			24	68		
1.13.	Pracownia rezonansu magnetycznego	30	95	32	97	37	114	41	128	7	7			45	128	8	6			51	146	2	4			59	164		3			58	169		7			67	169		7			70	173		
1.14.	Poradnia nefrologiczna	4	50	5	50	5	58	4	63	2				6	53	6				8	60					8	66	5				9	71	9			9	67	6				11	72			
1.15.	Poradnia chorób płuc	3	35	3	35	3	43	3	44	6	4			4	37	6	8			6	46	6	2			6	53	5	9			7	50	5	17			6	46	4	2			7	50		
1.16.	Poradnia gastroenterologiczna	5	63	6	64	6	74	6	81	5	6			8	67	6	5			9	82	6	4			10	92	5	6			11	92	5	3			11	79	5	6			16	90		
1.17.	Poradnia endokrynologiczna	10	114	11	111	13	137	12	159	7	9			11	128	6	17			14	133	6	6			19	162	6	6			20	176	7	15			25	166	6	9			29	185		
1.18.	Poradnia ginekologiczna (położniczo-ginekologiczna)	0	13	1	14	0	14	1	15	4	4			1	13	4	4			1	15	4	3			1	15	3	3			1	14	4	5			1	13	3	5			1	15		
1.19.	Poradnia chirurgii dziecięcej	1	10	1	11	1	12	1	12					1	12					2	13					2	15					1	13					2	12					3	13		
1.20.	Poradnia chirurgii onkologicznej dziecięcej	4	33	5	28	6	34	5	33					4	32					7	35					7	39					1	44					5	25					10	33		

Nazwa komórki organizacyjnej		I kw. 2014 r.		II kw. 2014 r.		III kw. 2014 r.		IV kw. 2014 r.		I kw. 2015 r.					II kw. 2015 r.					III kw. 2015 r.					IV kw. 2015 r.					I kw. 2016 r.					II kw. 2016 r.											
		B	A	B	A	B	A	B	A	C					B	A	C					B	A	C					B	A	C															
										E1	E2	E3	E5	E1			E2	E3	E5	E1	E2			E3	E5	E1	E2	E3			E5	E1	E2	E3	E5	E1	E2	E3	E5	E1	E2	E3	E5			
1.21.	Poradnia endokrynologiczna dla dzieci	9	109	12	116	14	134	13	150					10	117					13	129					19	144					24	169					23	134					23	154	
1.22.	Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci	6	66	7	67	7	84	5	95					7	76					13	95					12	98					14	109					12	90					21	99	
1.23.	Poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	2	23	2	25	3	28	2	29					3	30					3	34					5	39					3	35					3	34					5	34	
1.24.	Poradnia nefrologii dla dzieci	5	53	5	55	5	61	5	67					6	53					7	56					9	65					10	71					8	66					11	64	
1.25.	Poradnia neurochirurgii dla dzieci	3	29	4	30	5	32	4	31					7	39					7	36					11	43					19	52					13	38					16	47	
1.26.	Poradnia neurologii	3	40	4	42	4	48	4	51	8				5	43	5	6			6	48	13	2			7	52	6				7	52	7				7	47	6	0			8	53	
1.27.	Poradnia neurologii dla dzieci	4	47	5	52	4	59	5	61					7	53					10	62					12	67					12	64					11	54					15	67	
1.28.	Poradnia okulistyki	3	56	3	58	3	69	4	75	5				3	59	14	60			5	71	6				5	81	4	4			5	85	8				5	69	5	1			6	78	
1.29.	Poradnia okulistyki dla dzieci	1	51	2	53	2	59	2	66					4	51					5	63					5	72					6	71					6	64					7	79	
1.30.	Poradnia otolaryngologii	1	17	1	18	1	20	2	19	4	5			2	20	3	13			2	22	3	6			3	23	4	4			2	21	5	3			3	22	7	4			3	24	
1.31.	Poradnia otolaryngologii dla dzieci	1	26	2	28	2	31	2	29					2	26					4	31					5	33					4	31					5	30					6	33	
1.32.	Poradnia urologii	5	54	4	56	6	66	5	68	5	7			5	60	6	9			5	71	5	11			7	77	5	9			7	77	5	9			7	68	7	9			8	76	
1.33.	Poradnia urologii dla dzieci	4	63	4	62	5	71	6	69					7	68					5	72					11	81					9	87					10	81					7	90	
2. Świadczenia leczenia szpitalnego																																														
2.1.	Oddział ginekologii onkologicznej	9	20	8	21	4	27	5	26			5	4	5	26			5	9	4	24			4	7	10	19			4	7	3	19			4	7	4	20			4	8	4	19	
2.2.	Oddział hematologiczny	6	18	6	19	6	21	5	21					8	22					10	20					6	22				4	20				5	20					7	25			
2.3.	Oddział hematologiczny dla dzieci	0	3	0	4	0	5	0	2					0	3					0	4					0	5			1		0	3					0	4					0	5	
2.4.	Oddział medycyny nuklearnej	4	21	6	26	5	36	5	18					0	27			6	2	25					0	18				108	8	16			123	0	24					0	18			
2.5.	Oddział onkologiczny	5	9	5	9	4	9	4	11			4	5	4	11			3	10	3	10			2	9	4	18			2	8	3	7			3	10	4	7			2	8	6	8	
2.6.	Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	0	0	0	0	0	0	0	0					0	3					0	3					0	6					0	3				0	2					0	3		
2.7.	Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	2	6	2	7	2	7	3	7			4	6	2	6			5	9	2	4			3	9	2	6			2	8	2	6			2	8	2	9			2	8	2	4	
2.8.	Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii dla dzieci	0	0	0	0	0	0	0	0					0	0					0	0					0	0					0	0				0	0					0	0		

Nazwa komórki organizacyjnej		I kw. 2014 r.		II kw. 2014 r.		III kw. 2014 r.		IV kw. 2014 r.		I kw. 2015 r.						II kw. 2015 r.						III kw. 2015 r.						IV kw. 2015 r.						I kw. 2016 r.						II kw. 2016 r.					
		B	A	B	A	B	A	B	A	C				B	A	C				B	A	C				B	A	C				B	A	C				B	A						
										E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5			E1	E2	E3	E5	E1	E2
2.9.	Oddział radioterapii	13	22	12	20	11	17	11	18			5	6	11	20			8	8	8	14			10	8	4	14			5	7	9	11			4	6	4	10			4	6	4	10
2.10.	Pracownia lub zakład brachyterapii	2	8	2	10	2	10	2	9				5	3	7			12	6	1	6				10	1	2				9	3	9				7	1	8				8	1	12
2.11.	Pracownia lub zakład teleradioterapii	11	18	10	17	10	17	8	13			8	8	12	10			8	6	13	20			6	7	12	12			8	7	7	14			10	7	5	11			7	7	3	12
2.12.	Oddział nefrologiczny	3	18	4	16	4	17	5	17			3		2	13					2	11					2	14					3	10					4	11				4	12	
2.13.	Oddział pulmonologiczny (chorób płuc)	7	28	8	29	7	30	7	31			2	9	8	31			1	10	9	33			0	11	6	33			2	9	8	33			3	11	11	40			2	11	8	41
2.14.	Oddział gastroenterologiczny	8	46	7	43	7	47	7	51			1		10	46			5	2	11	55			2	3	11	64			2	0	11	63			2	5	12	55			2	13	20	60
2.15.	Oddział endokrynologiczny	14	63	13	58	12	62	12	65			5	5	15	70			3	29	16	68			0	68	16	68			0	55	15	69			0	46	17	73			3	13	24	83
2.16.	Oddział audiologii i foniatrii	37	134	41	154	43	165	32	171					27	154					31	162					45	163					40	165					31	164				22	176	
2.17.	Oddział chirurgii dziecięcej	8	50	8	50	9	52	10	58					9	58					13	63					13	68					14	71					17	72				12	69	
2.18.	Oddział chirurgii ogólnej	7	48	8	49	7	48	7	48			3	7	7	52			3	9	8	50			3	9	8	54			3	7	8	57			3	7	10	56			2	7	9	56
2.19.	Oddział chirurgii plastycznej	26	186	27	184	35	195	38	200			2		45	175			3		50	210				9	21	167					20	183			1		26	156				19	143	
2.20.	Oddział chirurgii szczękowo-czaszkowej (szczękowo-twarzowej)	4	55	4	51	5	57	5	62			3	13	4	71			2	13	3	58			5	16	2	57			8	14	3	54			5	33	5	55			7	8	5	61
2.21.	Oddział neurochirurgiczny	28	126	28	126	31	141	34	153			2	0	32	145			2	6	38	151			2	16	39	153			4	15	40	163			3	2	43	183			4	3	51	186
2.22.	Oddział neurologiczny	4	30	4	30	4	32	5	30					5	35					5	29					7	32					6	33					6	37				7	32	
2.23.	Oddział okulistyczny	15	69	16	78	16	92	13	89					21	77					21	82					18	97					19	94					17	94				20	21	97
2.24.	Oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu	42	172	42	185	40	202	40	206			1		43	210			2	3	46	199			0	3	40	193			2	2	41	203			3		44	216					47	223
2.25.	Oddział otolaryngologii	12	112	13	112	16	121	18	129			2	6	15	127			2	9	20	137			2	7	22	155			2	8	21	154			2	8	22	162			2	6	19	161
2.26	Oddział urologiczny	10	41	9	37	11	37	13	38			4	3	9	40			7	10	8	35			8	12	7	35			6	12	7	37			5	13	10	33			4	12	9	34

Źródło: Dane NFZ.

Legenda:

A – przypadek stabilny

B – przypadek pilny

C – pacjenci uzyskujący świadczenia w ramach pakietu onkologicznego w podziale na etapy: Etap 1 (E1) – oczekiwanie na diagnostykę wstępną AOS, Etap 2 (E2) – oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną AOS, Etap 3 (E3) – oczekiwanie na konsylium, Etap 5 (E5) – oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego

W odniesieniu do AOS tylko E1 i E2, w odniesieniu do leczenia szpitalnego tylko E3 i E5.

Odsetek pacjentów, którzy zmarli po wykonaniu zabiegu operacyjnego
w zależności od liczby przeprowadzanych operacji w podmiocie leczniczym

Wyszczególnienie	Liczba wykonywanych zabiegów	50–55 lat	56–60 lat	61–65 lat	66–70 lat	71–75 lat	76–80 lat
Nowotwory złośliwe piersi (C50, D05)	do 60	1,60	1,39	1,07	1,72	1,08	0,90
	61–149	1,37	0,86	1,23	1,00	1,56	1,63
	150–249	0,61	0,00	0,00	1,34	0,47	–
	powyżej 250	0,00	1,49	0,88	1,12	–	–
Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela, płuca (C33, C34)	do 60	15,18	14,19	19,52	21,11	17,71	21,75
	61–149	9,84	17,98	13,25	13,77	17,92	18,48
	150–249	–	–	9,88	6,55	–	–
	powyżej 250	–	–	–	–	–	–
Nowotwory złośliwe dolnego odcinka układu pokarmowego (C18, C19, C20, C21)	do 60	4,68	3,71	4,77	5,14	7,59	7,53
	61–149	–	2,01	2,63	3,04	3,95	3,08
	150–249	–	–	–	–	–	–
	powyżej 250	–	–	–	–	–	–
Wszystkie nowotwory – rozpoznanie C wg klasyfikacji ICD10	do 60	3,97	4,03	4,89	5,74	6,67	7,01
	61–149	7,21	7,76	7,23	7,49	10,53	11,06
	150–249	3,79	6,33	9,03	7,32	7,10	6,79
	powyżej 250	3,34	4,16	4,75	6,38	5,22	5,93

Źródło: Analiza własna NIK, przeprowadzona z wykorzystaniem danych NFZ. W analizie wzięto pod uwagę zabiegi operacyjne sprawozdane do NFZ w 2015 r. z kodem produktu 5.51.01 (wszystkie rozszerzenia).

Liczba lekarzy wybranych specjalności na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa

Województwo	Chirurgia onkologiczna	Radioterapia onkologiczna	Hematologia	Onkologia i hematologia dziecięca	Patomorfologia	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Onkologia
Dolnośląskie	2,51	1,93	1,52	0,72	2,10	10,19	2,34
Kujawsko-Pomorskie	2,44	1,82	0,91	0,53	1,73	8,72	1,49
Lubelskie	1,73	2,57	1,78	0,75	1,50	12,67	2,10
Lubuskie	1,57	1,38	0,69	0,10	1,67	6,68	1,28
Łódzkie	1,88	1,97	0,88	0,48	3,57	10,27	2,09
Małopolskie	1,99	2,43	1,25	0,59	2,22	9,13	1,93
Mazowieckie	2,71	2,08	1,81	0,56	3,61	13,52	3,78
Opolskie	1,81	1,61	0,70	0,00	0,60	6,22	1,20
Podkarpackie	1,55	1,41	0,75	0,19	1,41	7,38	1,36
Podlaskie	1,93	3,36	1,26	0,93	3,03	11,10	2,44
Pomorskie	1,86	3,08	1,04	0,69	2,60	12,44	2,21
Śląskie	1,36	2,41	1,03	0,42	1,97	9,28	1,88
Świętokrzyskie	3,02	1,59	1,11	0,16	1,75	8,11	1,83
Warmińsko-Mazurskie	2,15	1,04	0,76	0,28	1,25	7,29	1,88
Wielkopolskie	2,13	2,24	1,32	0,40	2,22	7,86	1,96
Zachodniopomorskie	2,22	1,23	1,29	0,29	1,99	9,24	1,64
Średnia dla Polski	2,07	2,10	1,23	0,48	2,28	9,90	2,16

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, NIL oraz CMKP. Dane NIL uzyskane z rejestru lekarzy w podziale na specjalizację. Wg. stanu na 30 września 2016 r. Dane statystyczne: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2016-r-,7,13.html>, lipiec 2016 r.

Wykaz organów, 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. Minister Finansów
10. Minister Zdrowia
11. Rzecznik Praw Obywatelskich
12. Rzecznik Praw Pacjenta
13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
14. Prezes Trybunału Konstytucyjnego