KZD.462.001.2017
Nr ewid. 175/2017/megainfo/KZD

Informacja o wynikach kontroli

DOSTĘPNOŚĆ I EFEKTY LECZENIA NOWOTWORÓW

DEPARTAMENT ZDROWIA

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

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

Informacja o wynikach kontroli
Dostępność i efekty leczenia nowotworów

Dyrektor Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

Zatwierdzam:
Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Krzysztof Kwiatkowski
Warszawa, dnia 30.I.2018r.

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ 5

1. WPROWADZENIE 7
   1.1. Uwarunkowania społeczne 7
   1.2. Cel analizy 11
2. ZASADNICZE ELEMENTY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W OBSZARZE ONKOLOGII 13
   2.1. Struktura organizacyjna 13
   2.2. Rozwiązania systemowe i wieloletnie programy zdrowowotne 16
   2.3. Nakłady na świadczenia onkologiczne 20
3. PROFILAKTYKA PIERWOTNA NOWOTWORÓW 25
   3.1. Zarządzanie istotnymi czynnikami ryzyka 25
      3.1.1. Palenie tytoniu 28
      3.1.2. Niewłaściwa dieta, otyłość i brak aktywności fizycznej 32
      3.1.3. Zanieczyszczenie powietrza 38
      3.1.4. Biologiczne czynniki ryzyka 43
      3.1.5. Promieniowanie ultrafioletowe (UV) 44
   3.2. Działania edukacyjno-informacyjne 44
   3.3. Uwagi i wnioski NIK – profilaktyka pierwotna 46
4. PROFILAKTYKA WTÓRNA NOWOTWORÓW 48
   4.1. Profilaktyka onkologiczna w podstawowej opiece zdrowotnej 50
   4.2. Profilaktyczne programy onkologiczne 54
      4.2.1. Zadania finansowane ze środków Ministra Zdrowia 54
      4.2.2. Zadania finansowane ze środków własnych NFZ 57
      4.2.3. Dostępność świadczeń profilaktycznych 60
      4.2.4. Zgłaszalność na badania profilaktyczne 62
      4.2.5. Niezrealizowanie celów NPZChN 63
   4.3. Uwagi i wnioski NIK – profilaktyka wtórna nowotworów 67
5. DIAGNOSTYKA NOWOTWORÓW 69
   5.1. Dostęp do świadczeń diagnostycznych 69
   5.2. Jakość i kompleksowość udzielanych świadczeń diagnostycznych 71
   5.3. Wartość ambulatoryjnych świadczeń onkologicznych 72
   5.4. Uwagi i wnioski NIK – diagnostyka onkologiczna 74

Zdjęcie na okładce:
©vitanovski - stock.adobe.com/Fotolia.com

6. LECZENIE NOWOTWORÓW Z UWZGLĘDNIENIEM REHABILITACJI ONKOLOGICZNEJ I OPIEKI PALIATYWNEJ 75
6.1. Finansowanie leczenia onkologicznego 76
6.2. Kompleksowość i jakość leczenia onkologicznego 77
6.3. Zastosowanie nowowczesnych technologii i terapii 80
6.4. Rehabilitacja onkologiczna 83
6.5. Opieka paliatywna 86
6.6. Uwagi i wnioski NIK – leczenie nowotworów 91
7. ZASOBY I SYSTEMY INFORMACYJNE W ONKOLOGII 93
7.1. Podmioty lecznicze 93
7.2. Kadry medyczne 95
7.3. Sprzęt specjalistyczny 98
7.4. Systemy informacyjne, źródł danych i obieg informacji w onkologii 101
7.5. Uwagi i wnioski NIK – zasoby i systemy informacyjne w onkologii 110
8. PODSUMOWANIE – REKOMENDACJE NIK 112
9. ZAŁĄCZNIKI 116
9.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe 116
9.2. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności 123
9.3. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli 127

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31m i 31n ustawy o świadczeniach). 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;
ICD-10	międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta, wprowadzona przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), aby ujednoznacznić rozpoznawanie chorób i schorzeń. Wykorzystywana jest m.in. w celach statystycznych, badaniu wskaźników umieralności i chorobowości;
JST	jednostka smorządu terytorialnego;
Karta DiLO	karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, 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[1];
KRN	Krajowy Rejestr Nowotworów, działający w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów przy Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie;
MZ	Ministerstwo Zdrowia;
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia;
Nowotwór lity	guzy lite to złośliwe nowotwory o litej strukturze histologicznej i ogniskowym rozroście, do których należą guzy zarodkowe, mięsaki, raki, chłoniaki, guzy kości i nerwowopochodne (termin używany w onkologii dziecięcej dla odróżnienia od białaczek);
Nowotwór złośliwy	zmiana powstała z komórek o niskim zróżnicowaniu, znacznie odbiegających w budowie od prawidłowych tkanek. Przyczyną powstawania nowotworów jest uszkodzenie mechanizmów kontrolujących proliferację (rozrost) komórek na poziomie genetycznym i molekularnym. Stadia rozwoju nowotworu i jego przenoszenie się do odległych tkanek stanowią w rozpoznaniu podstawę określania stopnia zaawansowania rozwoju nowotworu;

[1] Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

NPZ	Narodowy Program Zdrowia, przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. Nr 1492);
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
Pakiet onkologiczny	akty prawne wprowadzające szybką ścieżkę onkologiczną. W jej ramach wyodrębniono kategorię pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii oraz wprowadzono Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), która ma na celu ułatwienie pacjentowi, z podejrzeniem lub zdiagnozowanym nowotworem, dostępu do szybkiej diagnostyki i podjęcia kompleksowego leczenia (pełni rolę skierowania);
POZ	podstawowa opieka zdrowotna;
Profilaktyka zdrowotna	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[2];
Rozpoznania onkologiczne	rozpoznania onkologiczne obejmują symbole klasyfikacji ICD-10: C00-D48. Rozpoznania pakietu onkologicznego, uprawniające pacjentów do otrzymania Karty DiLO, obejmują symbole klasyfikacji ICD-10: C00-C97, z wyłączeniem C44, D00-D09 z wyłączeniem D04, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0;
Strategia walki z rakiem	dokument p.n. „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024" z 10 czerwca 2014 r. (aktualizacja maj 2017 r.). Strategia powstała z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, przy współudziale innych towarzystw naukowych, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, organizacji pacjentów i pozarządowych, reprezentantów podmiotów leczniczych, środowisk akademickich oraz ekspertów wielu dziedzin. Jej celem jest wskazanie głównych kierunków zmian, zmierzających do osiągnięcia poprawy populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanych z chorobami nowotworowymi w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory;
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.);
Zdrowie publiczne	zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują: monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa; edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych; promocję zdrowia; profilaktykę chorób; działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa; inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego; rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego; ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; działania w obszarze aktywności fizycznej[3].

[2] Za M.D. Głowacka, J. Zdanowska, „Zdrowie publiczne w Polsce", str. 54–58.

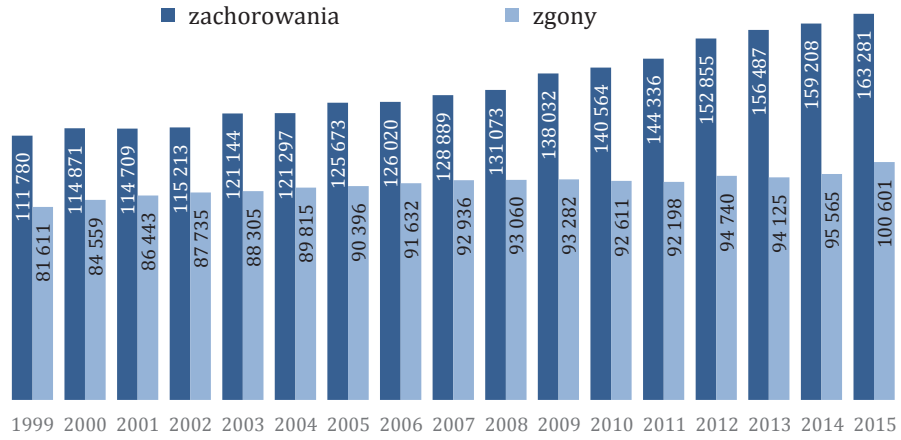
[3] Art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237, ze zm.). Art. 1 ust. 2 tej ustawy przez zdrowie publiczne nakazuje rozumieć zadania określone w art. 2.

1. WPROWADZENIE

1.1. Uwarunkowania społeczne

Nowotwory złośliwe stanowią drugą, najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce, odpowiadając, w 2015 r., za ponad 27% zgonów wśród mężczyzn oraz prawie 24% zgonów kobiet[4]. Od 1999 r. liczba zachorowań zwiększyła się o 46%, a liczba zgonów o 23,2%.

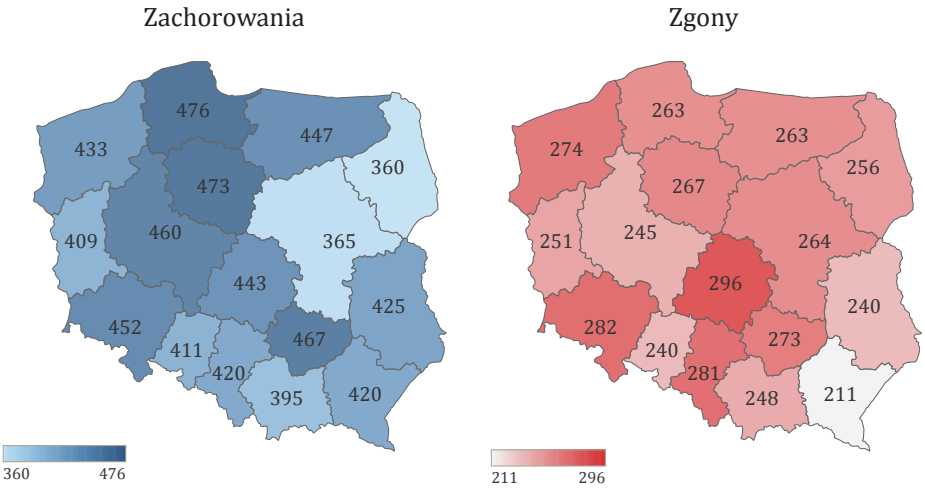
Wykres nr 1
Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1999–2015



Źródło: Dane z KRN, dostęp z dnia 9 stycznia 2018 r.

Zachorowalność oraz umieralność na nowotwory jest zróżnicowana terytorialnie.

Mapa nr 1
Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe na 100 tys. mieszkańców w Polsce w 2015 r.



Źródło: Dane z KRN, dostęp z dnia 9 stycznia 2018 r., dane o populacji z GUS za 2015 r.

[4] Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w 2015 r. kształtowała się na poziomie 163,3 tys. rocznie, a 100,6 tys. osób zmarło z powodu nowotworów złośliwych. Dane za 2015 r. Didkowska Joanna, Wojciechowska Urszula. *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/k/epidemiologia/ (dalej zwane „Dane z KRN"); dostęp z dnia 9 stycznia 2018 r.

Większość zachorowań na nowotwory złośliwe (70% zachorowań u mężczyzn i 60% zachorowań u kobiet) występuje u osób po 60. roku życia. Ryzyko zachorowania na nowotwór osiąga szczyt w ósmej dekadzie życia.

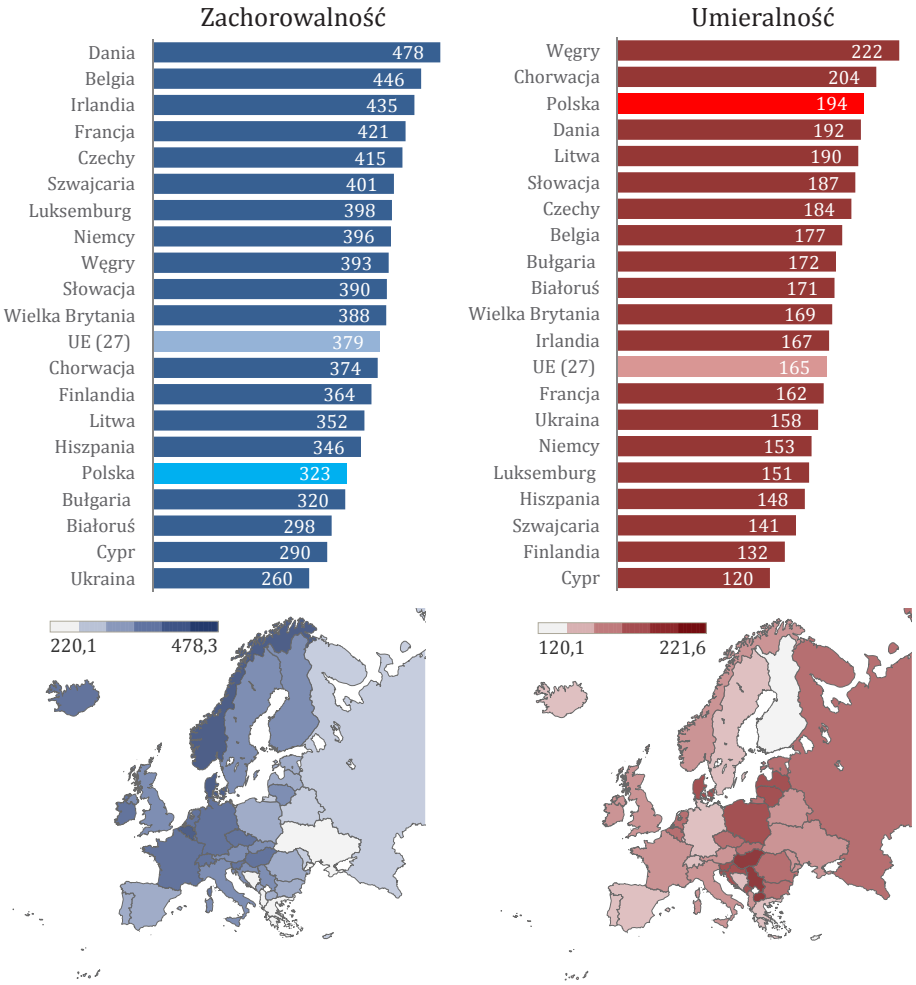
Prognozy demograficzne

W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi, tj. wzrostem udziału w społeczeństwie osób powyżej 65. roku życia, z 14,2% w 2013 r. do 20,8% w 2025 r., należy spodziewać się wzrostu liczby zachorowań na nowotwory. Prognoza Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO)[5] wskazuje na możliwość znacznego, bo ponad 25%, wzrostu do roku 2025, w porównaniu z rokiem 2011, zachorowalności na choroby onkologiczne. W ten sposób nowotwory staną się prawdopodobnie główną przyczyną zgonów w Polsce[6].

Zachorowania i zgony w Polsce na tle UE

Infografika nr 1

Standaryzowane współczynniki zachorowalności i umieralności[7] na nowotwory złośliwe na 100 tys. mieszkańców w Polsce i w wybranych krajach europejskich w 2012 r.



Źródło: Dane IARC WHO, http://eco.iarc.fr/EUCAN/, dostęp z dnia 11 stycznia 2018 r.

5 Opracowanie pn. „Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce", Warszawa 16 maja 2014 r.

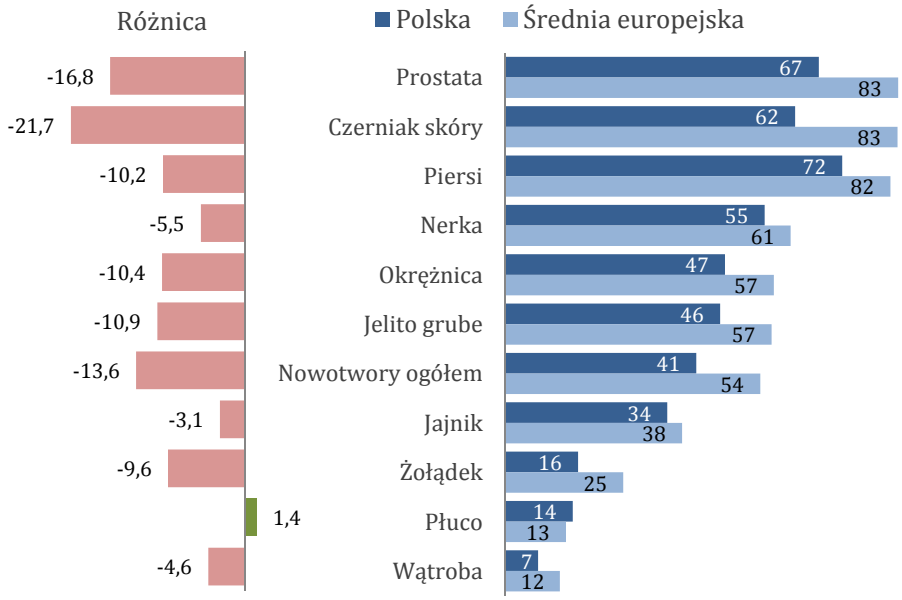
6 Patrz: „Strategia walki z rakiem", str. 7.

7 Standaryzowane współczynniki zachorowalności, umieralności i przeżyć – określają ile zachorowań (zgonów, przeżyć) wystąpiłoby w danej populacji (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców), gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard. Standardowa populacja świata określa strukturę ludności świata w 5-letnich grupach wiekowych i jest używana we wszystkich rejestrach światowych do standaryzacji współczynników. Przykładowo surowy współczynnik zachorowalności określa liczbę zgłaszanych po raz pierwszy w danym roku kalendarzowym przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (http://www.rejestr.cozl.pl/index.php?str=metody).

Porównanie wartości wskaźników zachorowalności na nowotwory złośliwe i umieralności z ich powodu, w Polsce oraz UE wskazuje, że skuteczność leczenia onkologicznego w naszym kraju jest gorsza niż w większości pozostałych krajów. Wartość wskaźnika zachorowalności jest bowiem niższa, w porównaniu do średniej dla krajów Unii Europejskiej o około 15%, lecz wartość wskaźnika umieralności jest o około 18% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej.

Zjawisko to potwierdzają wartości wskaźników skuteczności leczenia, na przykład 5-letnich przeżyć pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową. Analiza wartości tych wskaźników wskazuje, że w Polsce pacjenci onkologiczni otrzymują gorsze wsparcie ze strony systemu ochrony zdrowia niż w większości krajów europejskich.

Wykres nr 2
Standaryzowany wskaźnik 5-letnich przeżyć pacjentów z wybranymi rozpoznaniami w Polsce i w wybranych krajach europejskich (zdiagnozowanych w latach 2000–2007)



Źródło: Dane Eurocare-5 (2012 r.), http://www.eurocare.it/. Badaniem objęto kraje: Dania, Finlandia, Islandia, Norwegia, Szwecja, Irlandia, Wielka Brytania, Austria, Belgia, Francja, Niemcy, Szwajcaria, Holandia, Chorwacja, Włochy, Malta, Portugalia, Słowenia, Hiszpania, Bułgaria, Czechy, Estonia, Łotwa, Litwa, Polska, Słowacja.

Wraz ze wzrostem liczby nowych zachorowań na nowotwory, wzrasta liczba osób żyjących z chorobą nowotworową. W Polsce w 2015 r. prawie 990 tys. osób żyło z chorobą nowotworową rozpoznaną w ciągu poprzedzających 15 lat, z czego u ponad 772 tys. osób diagnozę postawiono w ciągu ostatnich 10 lat, a u 495 tys. osób w ostatnich pięciu latach. Szacuje się, że na każde 100 tys. osób w polskiej populacji, w 2015 r. u ponad 425 osób zdiagnozowano nowotwór, a około 2 470 osób żyło z chorobą nowotworową zdiagnozowaną w ciągu ostatnich 15 lat[8].

Jednym z narzędzi ograniczenia liczby zachorowań na nowotwory złośliwe oraz poprawy wyników ich leczenia powinny być działania profilaktyczne, polegające zarówno na zmianie stylu życia i większej odpowiedzialności

8 Dane z KRN, dostęp z dnia 9 stycznia 2018 r.

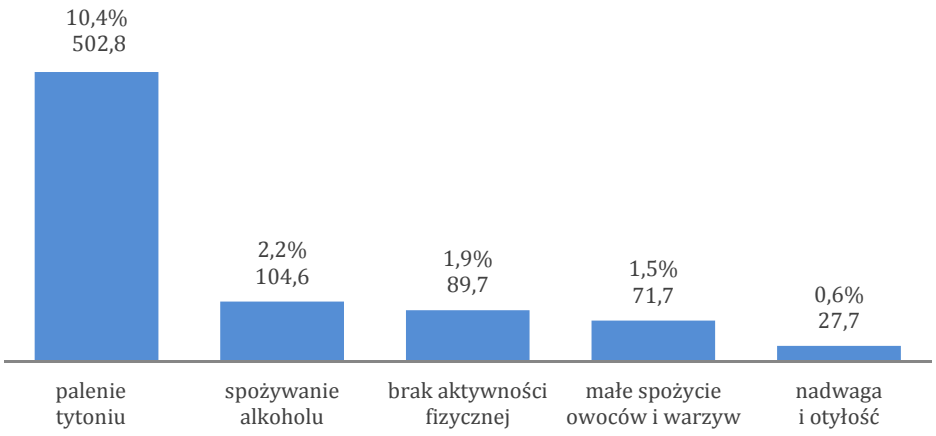
za swój stan zdrowia, jak również powszechnym uczestnictwie w populacyjnych programach przesiewowych, mających na celu wykrycie choroby nowotworowej, kiedy prawdopodobieństwo jej wyleczenia jest największe.

Pomimo tego, że stale obserwuje się przyrost nowo zdiagnozowanych przypadków nowotworów złośliwych ogółem, to w niektórych grupach nowotworów doszło do zmniejszenia liczby nowych zachorowań. Dotyczy to w szczególności tych nowotworów, w przypadku których zostały dobrze rozpoznane przyczyny i mechanizmy ich powstawania oraz podjęto skuteczne działania z zakresu prewencji pierwotnej (np. zwiększenie spożycia warzyw i owoców) oraz wtórnej (wprowadzenie badań przesiewowych)[9].

Czynniki ryzyka

Na rozwój choroby nowotworowej mogą mieć wpływ różne czynniki ryzyka. Należą do nich w szczególności: palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej[10].

Wykres nr 3
Liczba zgonów na skutek chorób nowotworowych spowodowanych różnymi czynnikami ryzyka (w tys.) oraz ich udział procentowy w ogólnej liczbie zgonów w UE



Źródło: WHO, Eurostat, za Polskie Towarzystwo Onkologiczne „Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce", 16 maja 2014 r., str. 12.

[9] Należy jednak podkreślić, że nauka nie odkryła skutecznego sposobu na zapobieżenie zachorowaniu na nowotwór. Unikanie pewnych zachowań może zmniejszyć ryzyko zachorowania.

[10] WHO, Eurostat, za Polskie Towarzystwo Onkologiczne „Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce", 16 maja 2014 r., str. 12.

Pytanie definiujące cel opracowania informacji

Czy polski system zapobiegania zachorowaniom na choroby nowotworowe i leczenia nowotworów skutecznie zabezpiecza potrzeby zdrowotne obywateli, a w szczególności:

- czy profilaktyka pierwotna i wtórna nowotworów przyczynia się do ograniczenia zachorowań i zgonów z powodu nowotworów?
- czy diagnostyka nowotworów zapewnia wybór optymalnych procedur terapeutycznych?
- czy leczenie nowotworów jest kompleksowe i poprawnie zorganizowane?
- czy nakłady na leczenie onkologiczne umożliwiają adekwatny do potrzeb dostęp do świadczeń?
- czy systemy informacyjne zapewniają sprawną wymianę danych między uczestnikami systemu opieki nad pacjentami onkologicznymi?
- czy zasoby ochrony zdrowia były adekwatne do potrzeb?

1.2. Cel analizy

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła szereg kontroli oceniających realizację wybranych zadań związanych z procesem zwalczania chorób nowotworowych. Wspólnym elementem tych kontroli była ocena zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli poprzez funkcjonujący w Polsce system zapobiegania zachorowaniom na choroby nowotworowe oraz leczenia nowotworów. Jak wynika z dokonanych ustaleń, pomimo wprowadzenia pakietu onkologicznego i kolejnej edycji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych", nie nastąpiła wystarczająca poprawa w kluczowych obszarach determinujących skuteczność leczenia onkologicznego, dotyczących wykrycia choroby w możliwie wczesnym jej stadium, zapewnienia wszystkim pacjentom dostępu do szybkiej i skoordynowanej diagnostyki, a także stosowania optymalnych procedur terapeutycznych, gwarantujących kompleksowość i wysoką jakość udzielanych świadczeń, pozwalająca na osiągnięcie europejskich wskaźników przeżywalności pacjentów.

Zakres dotychczasowych kontroli pozwala na analizę zidentyfikowanych problemów w istniejącym systemie zapobiegania zachorowaniom i leczenia nowotworów, w poszczególnych jego elementach oraz sformułowanie na tej podstawie istotnych wniosków systemowych. Ponadto kompleksowe objęcie analizą wszystkich czynników wpływających na skuteczność leczenia pozwala na całościową ocenę lecznictwa onkologicznego w Polsce oraz na wskazanie możliwych dróg jego poprawy.

Analizę przeprowadzono dla poszczególnych elementów systemu zapobiegania chorobom nowotworowym i leczenia nowotworów, składających się na pełny zakres opieki onkologicznej, takich jak:

a) profilaktyka pierwotna, z uwzględnieniem zarządzania przez państwo istotnym czynnikami ryzyka (m.in. zanieczyszczeniem powietrza, sposobem odżywiania się i otyłością, paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu),

b) profilaktyka wtórna;

c) diagnostyka nowotworowa;

d) leczenie onkologiczne z uwzględnieniem rehabilitacji onkologicznej oraz opieki paliatywnej;

dla każdego z przedstawionych powyżej elementów systemu w trzech obszarach: dostępności, poziomu finansowania oraz skuteczności.

Schemat nr 1
Schemat potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii

Źródło: Opracowanie własne NIK.

Analizie poddano również stan i efekty realizacji wieloletnich narodowych programów zwalczania chorób nowotworowych.

W przeprowadzonej analizie zostały wykorzystane m.in. ustalenia 32 kontroli NIK. Ponadto, jako materiał pomocniczy, wykorzystano raporty ekspertów i instytucji zewnętrznych, m.in. Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Krajowego Rejestru Nowotworów, Fundacji „My pacjenci", Alivia Fundacji Onkologicznej Osób Młodych, Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, Fundacji Wygrajmy Zdrowie, Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca w Szczecinie oraz inicjatywy All.Can w Polsce (patrz Załącznik nr 9.1.).

2. ZASADNICZE ELEMENTY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W OBSZARZE ONKOLOGII

Leczenie onkologiczne w Polsce realizowane jest w ramach poszczególnych rodzajów świadczeń kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjentom z chorobą nowotworową świadczenia udzielane są, co do zasady, w sposób analogiczny do pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach systemu powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczenia onkologiczne udzielane są w zakresie m.in. profilaktycznych programów zdrowotnych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Pacjenci uzyskują również refundację leków i wyrobów medycznych.

2.1. Struktura organizacyjna

Organizacja systemu ochrony zdrowia oraz warunki udzielania świadczeń zdrowotnych zostały określone w dwóch kluczowych aktach prawnych, tj. w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[11], oraz w ustawie o świadczeniach.

Pierwsza z wymienionych ustaw określa m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej i funkcjonowania podmiotów wykonujących tę działalność, zasady prowadzenia rejestru tych podmiotów, normy czasu pracy pracowników i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi taką działalność. Wskazuje również na obowiązek prowadzenia przez podmioty wykonujące działalność leczniczą dokumentacji medycznej.

Druga ustawa określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; zasady i tryb finansowania tych świadczeń; zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń; zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego; zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia; zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a także zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń.

System ochrony zdrowia w Polsce, w tym podsystem lecznictwa onkologicznego, tworzą następujący uczestnicy:

- organy administracji rządowej, prowadzące politykę zdrowotną i sprawujące funkcję koordynacyjną i kontrolną;
- płatnik (NFZ);
- organy założycielskie placówek zdrowotnych, głównie jednostki samorządu terytorialnego;
- podmioty wykonujące działalność leczniczą (świadczeniodawcy);
- samorządy zawodów medycznych;
- pacjenci.

[11] Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.

Opieka nad chorymi na nowotwory lite[12] u osób dorosłych opiera się na systemie, którego trzon stanowi Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, posiadający trzy oddziały: w Warszawie, Gliwicach i Krakowie oraz na regionalnych ośrodkach onkologicznych, działających jako samodzielne jednostki lub w strukturach wielospecjalistycznych szpitali. Powyższą strukturę jednostek najwyższego szczebla referencyjnego uzupełniają szpitale kliniczne.

Leczenie onkologiczne prowadzą również mniejsze ośrodki satelitarne lub oddziały onkologiczne zlokalizowane w szpitalach różnego szczebla. Znaczna część z nich realizuje jedynie ich wybrane zakresy, takie jak diagnostyka obrazowa, onkologia kliniczna czy radioterapia.

Z kolei leczenie nowotworów wieku dziecięcego jest realizowane w 17 regionalnych ośrodkach referencyjnych, które tworzą kliniki uniwersyteckie, a także w centrach onkologii i niektórych specjalistycznych szpitalach pediatrycznych[13].

Leczenie chirurgiczne[14] w onkologii realizowane jest w oddziałach chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej, neurochirurgii, torakochirurgii, otorynolaryngologii, urologii i ginekologii szpitali różnego szczebla.

Radioterapia onkologiczna prowadzona była w 2015 r. w 35 podmiotach, przy czym najwięcej placówek działa w województwach śląskim, małopolskim i mazowieckim (odpowiednio sześć, pięć i cztery)[15]. W pozostałych województwach radioterapia jest bardziej scentralizowana i prowadzona jest w jednym lub dwóch ośrodkach. W województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim oraz wielkopolskim wprowadzony został model radioterapii satelitarnej, czyli tworzenia filii zakładów radioterapii należących do wojewódzkich ośrodków onkologicznych.

Opieką nad chorymi na nowotwory krwi zajmują się ośrodki hematologiczne, natomiast chorzy na nowotwory układu chłonnego leczeni są także w ośrodkach onkologicznych. Głównymi podmiotami zajmującymi się tą grupą nowotworów są Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz ośrodki uniwersyteckie, oddziały hematologiczne w obrębie niektórych regionalnych centrów onkologii i oddziały hematologiczne w niektórych szpitalach specjalistycznych – łącznie 30 ośrodków.

Opieką nad dziećmi chorymi na nowotwory krwi i układu chłonnego zajmują się podmioty lecznicze, które udostępniają swoje jednostki organizacyjne uczelni medycznej do prowadzenia kształcenia przed – i podyplomowego w zawodach medycznych, Centrum Zdrowia Dziecka oraz Instytut

[12] W Polsce około 90% nowotworów stanowią nowotwory lite u osób dorosłych, około 9% nowotwory krwi u osób dorosłych i około 1% wszystkie rodzaje nowotworów występujących u dzieci. Za „Strategia walki z rakiem", str. 12.

[13] W Polsce każdego roku rozpoznaje się ok. 1 100–1 200 nowych przypadków choroby nowotworowej u dzieci i młodzieży poniżej 18. r.ż.

[14] Liczba chorych na nowotwór złośliwy poddanych planowemu leczeniu chirurgicznemu szacowana jest na około 80 tys.

[15] Leczenie promieniowaniem jest obok chirurgii podstawową metodą leczenia chorych na nowotwory złośliwe. Radioterapia onkologiczna stosowana jest jako metoda samodzielna lub w skojarzeniu z chirurgią, chemioterapią i innymi metodami leczenia systemowego.

Matki i Dziecka w Warszawie. Przeszczepianie komórek krwiotwórczych realizowane jest w Polsce przez 20 ośrodków, w tym pięć pediatrycznych i 15 przeznaczonych dla chorych dorosłych.

Jak wskazują wyniki kontroli NIK[16], przyczyną niezadowalających wyników leczenia nowotworów w naszym kraju jest m.in. zła organizacja systemu ochrony zdrowia, jego ograniczone zasoby, w szczególności kadrowe oraz relatywnie niewielkie nakłady w porównaniu do innych krajów UE. Cechą systemu leczenia onkologicznego jest rozproszenie podmiotów udzielających świadczeń oraz brak specjalizacji w leczeniu określonych typów nowotworów. Czynniki te negatywnie wpływają na skuteczność leczenia, co obrazują m.in. wskaźniki zgonów pooperacyjnych. Ich wartości są odwrotnie proporcjonalne do liczby wykonywanych zabiegów, co oznacza zwiększoną śmiertelność pooperacyjną pacjentów w podmiotach, które nie miały dużego doświadczenia w wykonywaniu takich zabiegów.

Co więcej, połowa podmiotów wykonujących takie zabiegi nie może wykonać śródoperacyjnego badania patomorfologicznego, gdyż nie dysponuje stosownym zapleczem lub nie ma zapewnionego ciągłego dostępu do lekarza specjalisty w tej dziedzinie. Jeden patomorfolog przypada bowiem na cztery podmioty lecznicze w lecznictwie zamkniętym i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej udzielające świadczeń w ramach leczenia onkologicznego.

Diagnostyka patomorfologiczna jest kluczem do skutecznego leczenia nowotworów. Na przestrzeni ostatnich lat dokonał się istotny postęp w tym obszarze. Dotyczy to zarówno profilaktyki, tj. badania genetycznych predyspozycji do zachorowania na dany typ nowotworu, jak również etapu leczenia, w tym postawienia diagnozy. Podobieństwo morfologiczne zmienionych tkanek (ustalane na podstawie analizy mikroskopowej), u różnych pacjentów, nie oznacza bowiem, że mamy do czynienia z tym samym nowotworem. Dopiero pogłębione badania, w szczególności molekularne, pozwalają odpowiedzieć na pytanie, czy możliwe jest zastosowanie zindywidualizowanego podejścia i nowych generacji leków. Tym samym leczenie w coraz większym stopniu opierać się będzie na selektywnym i spersonalizowanym doborze terapii, która nie będzie musiała mieć zastosowania do innego pacjenta.

Jednak dostęp do profilaktycznych badań genetycznych jest ograniczony, a kompleksowe badania patomorfologiczne w przypadku wykrycia choroby w wielu przypadkach nie są wykonywane, co ma negatywny wpływ na skuteczność leczenia.

W przypadku chorób nowotworowych istotne znaczenie ma szybkie postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia. Jednak dopiero w 2015 r. wprowadzono dla takich pacjentów tzw. szybką ścieżkę diagnostyczną. Nie wszyscy jednak kwalifikujący się do niej z uwagi na rozpoznanie otrzymali uprawniające do skorzystania z niej tzw. Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (Karty DiLO). W konsekwencji, oczekiwali na udzielenie świadczenia w wydłużających się kolejkach.

16 M.in. Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

2.2. Rozwiązania systemowe i wieloletnie programy zdrowotne

Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych

Narastająca liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe oraz niesatysfakcjonujące wyniki leczenia skłoniły ustawodawcę do przyjęcia w dniu 1 lipca 2005 r. ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”[17] (dalej „NPZChN”), który był realizowany w latach 2006–2015. Kontynuacją tego programu jest Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024 ustanowiony uchwałą Nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r.[18]

Głównymi celami NPZChN na lata 2006–2015 oraz na lata 2016–2024 było:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory,
- osiągnięcie poprawy w zakresie wcześniejszego rozpoznawania nowotworów oraz dostępu do najbardziej skutecznych metod leczenia.

Zgodnie z założeniami NPZChN, jego wdrożenie powinno umożliwić: zahamowanie, a następnie obniżenie zachorowalności na nowotwory u ludzi w wieku średnim o około 10% – w perspektywie 10–15 lat; zwiększenie odsetka chorych, u których uzyskuje się wyleczenia 5-letnie do ok. 40% w przypadku mężczyzn i ok. 50% w odniesieniu do kobiet[19]. Ponadto wskazano, że „mocną stroną” systemu lecznictwa onkologicznego jest jego organizacja, co w świetle ustaleń kontroli NIK okazało się błędnym założeniem i przyczyniło się do nieosiągnięcia wyżej wskazanych celów.

Jak wynika z dotychczasowych kontroli NIK[20], nie udało się osiągnąć żadnego z głównych celów NPZChN. Nie zahamowano wzrostu zachorowań na nowotwory, a wartości wskaźników skuteczności leczenia są gorsze od średnich dla krajów Unii Europejskiej. Wynika to z szeregu czynników, a w szczególności:

1) niskiej świadomości społecznej przyczyn kancerogenezy[21], co skutkuje m.in. ograniczoną liczbą uprawnionych, korzystających z badań profilaktycznych, w tym przesiewowych. W konsekwencji wykrycie nowotworu ma miejsce w późnym jego stadium, co negatywnie wpływa na wyniki leczenia[22];

---

17 Dz. U. z 2005 r. Nr 143, poz. 1200, ze zm. Ustawa obowiązywała do 31 grudnia 2015 r.

18 M.P. poz. 1165, ze zm.

19 Dokument pn. „Narodowy Program Zwalczania chorób Nowotworowych. Założenia i cele operacyjne 2006–2015”.

20 M.in. informacje o wynikach kontroli: „Realizacja wybranych zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” w latach 2006–2008 (I półrocze)”, „Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” (2014 r.), „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia” (2017 r.), „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego” (2017 r.), „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego” (2016 r.), „Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim” (2017 r.), wykonanie budżetu państwa w kolejnych latach w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w kolejnych latach.

21 Karcynogeneza lub kancerogeneza – zmiany zachodzące w komórce organizmu, prowadzące do powstania nowotworu.

22 Przykładowo, 40% przypadków wszystkich nowotworów rozpoznawanych było w woj. dolnośląskim i świętokrzyskim dopiero w ostatnim IV stadium choroby. W najlepszych pod tym względem woj. podkarpackim i małopolskim jedynie 50% wszystkich nowotworów rozpoznawanych było w I i II stadium zaawansowania. Aż 62% nowotworów płuc w woj. dolnośląskim rozpoznawanych było w IV stadium zaawansowania. Podobnie kształtowała się w tym województwie rozpoznawalność nowotworu pęcherza moczowego: 59% przypadków rozpoznawano w IV stadium. Dane wskazane w „Mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii”, sporządzonych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458), http://www.mpz.mz.gov.pl/Mapy-potrzeb-zdrowotnych/.

2) złej organizacji systemu ochrony zdrowia, która nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby; ustalenia kontroli NIK wskazują na niewykonywanie przez większość lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej podstawowych zadań z zakresu profilaktyki onkologicznej, a w szczególności badań profilaktycznych, czy nauki samokontroli pacjenta. Jedną z przyczyn tego stanu są m.in. niewystarczające zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia, w tym lekarzy POZ, którzy obejmując opieką nawet kilka tysięcy uprawnionych nie są w stanie rzetelnie wykonywać swoich obowiązków w tym zakresie. Ich pomoc ma najczęściej charakter doraźny;
3) pogarszającego się dostępu do świadczeń, w tym badań diagnostycznych;
4) braku ośrodków referencyjnych specjalizujących się w leczeniu określonych typów nowotworów. W 2012 r. leczeniem onkologicznym zajmowało się aż 806 szpitali, spośród których 98 udzielało świadczeń dla 80% pacjentów[23]. Ponadto uczestnicy panelu ekspertów, poświęconemu problematyce dostępności i efektom leczenia nowotworów oraz zmian, które powinny być wprowadzone w organizacji leczenia onkologicznego, w obliczu nadchodzących wyzwań demograficznych[24], zwrócili uwagę, że ponad 60% świadczeń udzielanych w pakiecie onkologicznym oraz około 80% świadczeń onkologicznych ogółem, realizowanych jest w 17 centrach onkologii. Z kolei tylko połowa ośrodków wykonująca zabiegi z zakresu chirurgii radykalnej dysponowała zakładem patomorfologicznym. Nie wszystkie podmioty lecznicze wykonywały również zalecane przez towarzystwa naukowe badania diagnostyczne. W efekcie ograniczało to możliwości wyboru metod leczenia;
5) braku koordynacji leczenia i niezapewnienia jego ciągłości. Jedynie niewielka cześć świadczeniodawców z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych. Większość świadczeniodawców kierowało pacjentów do innych podmiotów w celu wykonania niezbędnych badań, bowiem jedynie około 2% podmiotów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zapewniało w miejscu udzielania świadczeń (bez pośrednictwa podwykonawców) dostęp do badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, badań endoskopowych oraz badań laboratoryjnych[25]. Skutkuje to niekorzystną strukturą kosztów udzielanych świadczeń. Na leczenie szpitalne przypada bowiem ponad połowa kosztów leczenia; kosztów na które składają się również tzw. koszty hotelowe, których ponoszenie przez płatnika publicznego w przypadku części pacjentów jest nieuzasadnione;

23 Dane wskazane w „Mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii".

24 Panel ekspertów został zorganizowany przez NIK w dniu 4 października 2017 r., zwany dalej panelem ekspertów z dnia 4 października 2017 r.

25 W „Strategii walki z rakiem" wskazano, że w ciągu ostatnich dziesięciu lat znacznie wzrosła w Polsce liczba ośrodków prowadzących leczenie onkologiczne – zarówno publicznych, jak i prywatnych. Równocześnie jednak powstaje niewiele nowych podmiotów oferujących kompleksowe, skojarzone leczenie nowotworów z użyciem metod chirurgicznych, systemowych oraz radioterapii. Powstawanie nowych ośrodków nie było do tej pory koordynowane i poprzedzone analizą potrzeb.

6) niesprawnego systemu obiegu informacji, który nie gwarantuje lekarzowi dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta. Pomimo prób budowy od 1992 r. systemów informatycznych, funkcjonowania szeregu rejestrów medycznych, a nawet uchwalenia specjalnej ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia[26], w praktyce lekarz posiada taką wiedzę o pacjencie, jaka wynika z uzyskanego wywiadu lub przyniesionej przez niego dokumentacji medycznej. Dane zamieszczone w poszczególnych rejestrach są niespójne i niekompletne. Ogranicza to możliwość podejmowania decyzji zarządczych dotyczących systemu, a także prognozowanie trendów epidemiologicznych i niezbędnych zasobów do zaspokojenia przyszłych potrzeb;

7) ograniczonych i nieadekwatnie do potrzeb rozmieszczonych zasobów systemu ochrony zdrowia, w szczególności kadr medycznych, jak również specjalistycznego sprzętu.

Dodatkowymi czynnikami, negatywnie wpływającym na wyniki leczenia onkologicznego jest ograniczony dostęp do nowoczesnych technologii, w tym dostęp do nowoczesnych leków, a także niewystarczające nakłady.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego

Próbą przeciwdziałania narastającym, negatywnym tendencjom w leczeniu onkologicznym było wprowadzenie od 1 stycznia 2015 r. tzw. pakietu onkologicznego[27]. Świadczenia udzielane pacjentom z wybranymi chorobami nowotworowymi realizowane są w szczególnym trybie, bez limitów ilościowych oraz z pominięciem list oczekujących pacjentów z innymi schorzeniami. Zmiany wprowadzone w ramach pakietu miały charakter organizacyjny. Nie dotyczyły samego procesu leczniczego, w tym zagadnień związanych z poprawą jakości leczenia. Nowością było jednak to, że pierwszy raz uzależniono wypłatę środków nie od faktu samego udzielenia świadczenia, lecz od efektu w postaci postawienia końcowej diagnozy i rozpoczęcia leczenia w określonym przepisami terminie.

Wprowadzenie pakietu i zniesienie limitów na świadczenia onkologiczne nie przyczyniło się do zwiększenia nakładów na leczenie onkologiczne. W 2015 r., w porównaniu do 2014 r., ich dynamika wzrostu była blisko dwukrotnie niższa niż dynamika kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem.

Powstawanie nowych placówek onkologicznych oraz rozwój istniejących powinno wynikać z map potrzeb zdrowotnych, przy założeniu zapewnienia chorym wielodyscyplinarnej opieki na wysokim poziomie, w możliwie bliskiej odległości od miejsca zamieszkania. Próbą realizacji tego postulatu było uzależnienie uzyskania wsparcia na inwestycje (otwarcia nowej jednostki udzielającej świadczeń lub jej komórki organizacyjnej) od pozytywnej oceny dokonywanej przez administrację publiczną z uwzględnieniem regionalnych potrzeb zdrowotnych. Jednakże wprowadzona z dniem 1 października 2017 r. sieć podstawowego zabezpieczenia szpitalnego (tzw.

[26] Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845), zwana dalej ustawą o sioz.

[27] Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.).

sieć szpitali)[28] obejmująca także szpitale onkologiczne, ustalona została bez uwzględnienia map potrzeb zdrowotnych[29]. Skutkuje to utrwaleniem dotychczasowej struktury systemu, który nie odpowiada rzeczywistym potrzebom zdrowotnym ludności.

NIK o programach polityki zdrowotnej jst

NIK w 2016 r.[30] wskazywała, że zasadne jest zwiększenie liczby i zakresu ogólnopolskich programów profilaktycznych realizowanych przez Ministra Zdrowia, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowotnych. W celu zwiększenia skuteczności realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego programów polityki zdrowotnej, NIK wniosła do Ministra Zdrowia m.in. o:

- stworzenie[31] zbioru dobrych praktyk dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej wraz z wzorcowymi programami, których tematyka powinna odnosić się do najistotniejszych zidentyfikowanych problemów zdrowotnych Polaków. Realizacja takich wzorcowych programów przez jednostki samorządu terytorialnego mogłaby wiązać się ze zwolnieniem tych podmiotów z obowiązku przekazywania projektów takich programów do zaopiniowania przez AOTMiT;
- poprawę koordynacji działań podejmowanych w ramach programów pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego a administracją rządową i NFZ, a także stworzenie mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywanych informacji o realizowanych programach;
- zapewnienie stałego i adekwatnego do potrzeb źródła finansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej;
- zainicjowanie procesu legislacyjnego mającego na celu dokonanie zmian w obowiązujących przepisach dotyczących programów polityki zdrowotnej[32] tak, aby zawierały upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wzorcowych programów polityki zdrowotnej wraz z wytycznymi co do treści tych programów[33]. Takie rozwiązania prawne ułatwiłyby wdrażanie programów, gwarantując zachowanie odpowiedniej jakości i uniezależniając datę rozpoczęcia ich realizacji od oczekiwania (często długotrwałego) na opinię AOTMiT, o której mowa w art. 48a ustawy o świadczeniach.

[28] System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzony ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).

[29] Por. przypis nr 22.

[30] Informacja o wynikach kontroli „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego".

[31] Przez Ministra Zdrowia, we współpracy z NFZ, AOTMiT, środowiskiem eksperckim i samorządowym.

[32] Art. 48–48b ustawy o świadczeniach.

[33] I uchylenie obowiązku, o którym mowa w art. 48a ust. 1 zd. 2 ustawy o świadczeniach, w stosunku do projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego na podstawie wzorcowego programu przewidzianego do realizacji przez konkretną jednostkę samorządu terytorialnego.

Od 30 listopada 2017 r.[34] wprowadzono możliwość opracowania programu polityki zdrowotnej w oparciu o rekomendację Prezesa AOTMiT wydaną dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Prezes AOTMiT będzie wydawać opinię tylko dla projektów programów polityki zdrowotnej, dla których nie zostały opublikowane odpowiednie rekomendacje[35].

2.3. Nakłady na świadczenia onkologiczne

Finansowanie leczenia onkologicznego

W Polsce, w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej, zarówno wydatki na ochronę zdrowia, jak i na opiekę onkologiczną – mierzone jako udział w PKB oraz w przeliczeniu *per capita* – są niskie. W większości krajów Unii Europejskiej opieka zdrowotna stanowi drugi lub trzeci co do wielkości obszar wydatków rządowych. W Polsce natomiast opieka zdrowotna jest czwartym co do wielkości obszarem wydatków rządowych, na równi ze sprawami gospodarczymi (na pierwszych trzech pozycjach znajdują się: opieka społeczna, edukacja i usługi administracji ogólnej)[36].

W 2016 r. udział wydatków bieżących na ochronę zdrowia w Polsce stanowił 6,4% PKB, a bieżących wydatków publicznych (w tym wydatków NFZ) jedynie 4,4% PKB[37]. Na ochronę zdrowia w Polsce w przeliczeniu na jednego mieszkańca w Polsce wydatkowano 1,8 tys. USD.

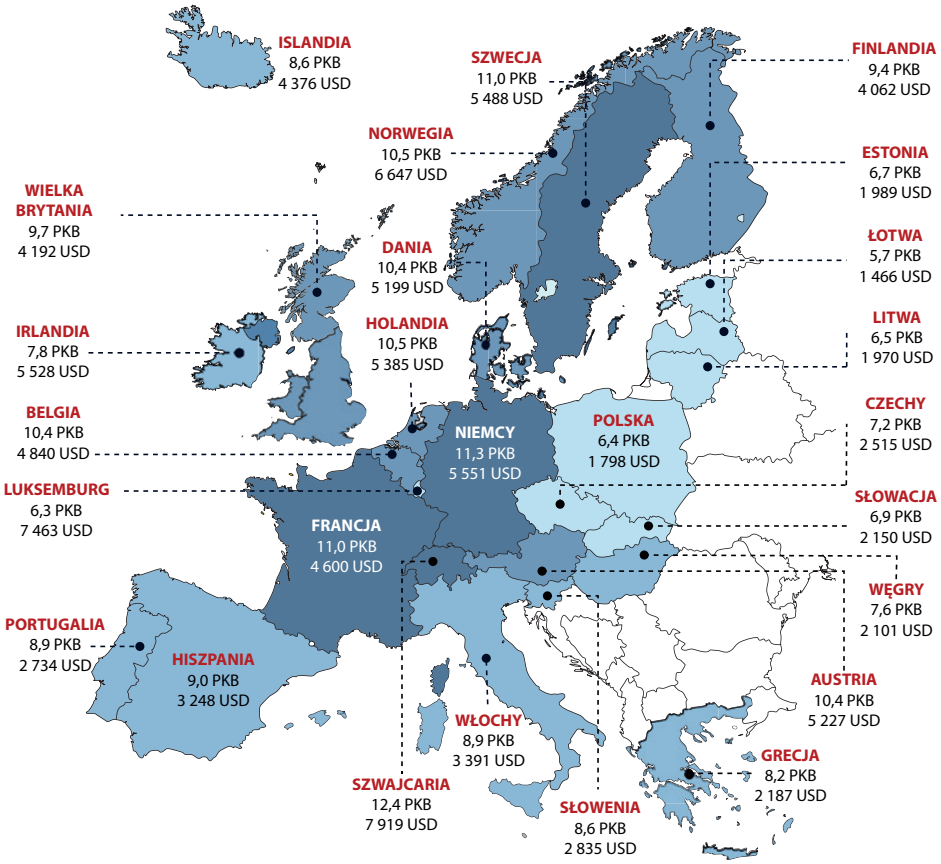
[34] Art. 48a i następne ustawy o świadczeniach w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2110). W art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dodano m.in. ust. 3 stanowiący, że projekt programu polityki zdrowotnej jest opracowywany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16. W ust. 16 Minister Zdrowia został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia, m.in. wzoru programu polityki zdrowotnej wraz z opisem sposobu sporządzania projektu programu, biorąc pod uwagę zapewnienie jednolitości tworzenia programów polityki zdrowotnej.

[35] Zgodnie z art. 48a ust. 16 ustawy o świadczeniach, Minister Zdrowia 22 grudnia 2017 r. podpisał rozporządzenie w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476).

[36] Raport inicjatywy All.Can: „Poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej. Rekomendacje dla Polski". Marzec 2017.

[37] Wydatki bieżące na ochronę zdrowia obejmują wszystkie działania, których głównym celem jest poprawa, utrzymanie i zapobieganie pogorszeniu stanu zdrowia osób oraz łagodzenie skutków złego stanu zdrowia poprzez stosowanie wykwalifikowanej wiedzy zdrowotnej [wiedzy medycznej, paramedycznej i pielęgniarskiej, w tym technologii, oraz medycyny tradycyjna, komplementarnej i alternatywnej. W szczególności są to grupy działań w zakresie: promocji zdrowia i zapobiegania, diagnozy, leczenia, leczenia i rehabilitacji chorób, opieki nad osobami dotkniętymi chorobami przewlekłymi, opieka nad osobami z upośledzeniem zdrowotnym i niepełnosprawnością, opieki paliatywnej, realizacji programów zdrowia środowiskowego, zarządzania i administrowania systemem opieki zdrowotnej. Definicja według klasyfikacji funkcjonalnej ochrony zdrowia ICHA-HC. Dane OECD,

Infografika nr 3
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw europejskich w 2016 r.

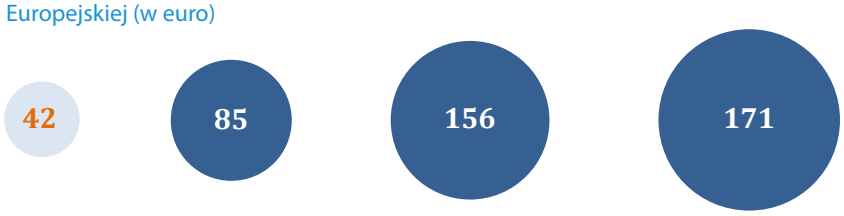


Źródło: Dane OECD, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA.

All.Can o kosztach leczenia onkologicznego

Według raportu przygotowanego przez inicjatywę All.Can[38] wydatki na onkologię *per capita* w Polsce są niższe niż w innych krajach należących do Unii Europejskiej i wynoszą 42 euro. Dla porównania, wydatki na onkologię *per capita* w Czechach wynoszą 85 euro, czyli są dwukrotnie wyższe.

Wykres nr 4
Wydatki na onkologię *per capita* w Polsce w porównaniu do wybranych krajów Unii Europejskiej (w euro)



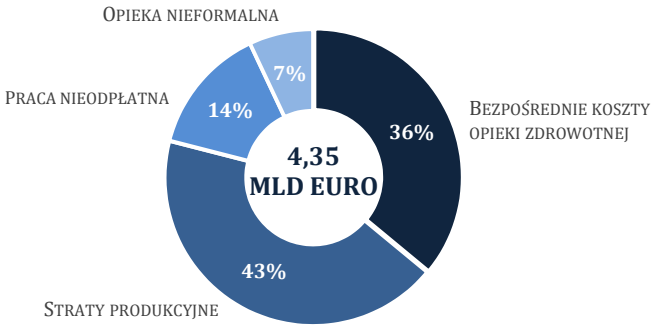
Źródło: Raport inicjatywy All.Can: „Poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej. Rekomendacje dla Polski". Marzec 2017. Dane dla Polski i Czech za 2011 r., dla Wielkiej Brytanii za 2010 r., a dla Francji średnia z wartości z lat 2009–2013.

W 2015 r. koszty ekonomiczne związane z występowaniem chorób nowotworowych w Polsce wyniosły 4,35 mld euro, z czego jedynie 36% stanowiły bezpośrednie koszty onkologicznej opieki zdrowotnej natomiast 64% pozostałe koszty pośrednie obejmujące:

[38] Patrz przypis nr 36.

- straty produkcyjne – koszty związane z utraconą produktywnością, czyli utratą pracy zarobkowej pacjentów ze względu na ich stan (chorobę lub śmierć);
- opiekę nieformalną – koszty pracy opiekunów zapewniających wsparcie dla pacjentów onkologicznych;
- pracę nieodpłatną – koszty związane z utratą pracy nieodpłatnej (np. wolontariatu).

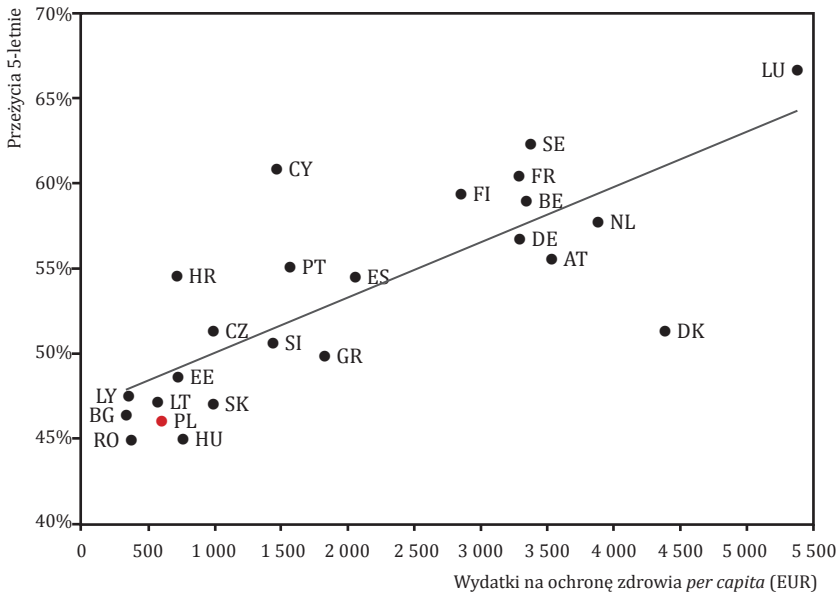
Wykres nr 5
Koszty ekonomiczne związane z chorobami nowotworowymi w Polsce w 2015 r.



Źródło: Raport inicjatywy All.Can: „Poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej. Rekomendacje dla Polski". Marzec 2017.

Analizy wskazują na dodatnią korelację pomiędzy nakładami na leczenie onkologiczne a wskaźnikami skuteczności leczenia. Kraje o większych wydatkach na ochronę zdrowia *per capita*, odnotowują zwykle wyższe wartości wskaźnika przeżyć 5-letnich.

Wykres nr 6
Wydatki na ochronę zdrowia, w przeliczeniu na osobę oraz przeżycia 5-letnie chorych na nowotwory złośliwe w krajach europejskich w 2012 r.



Źródło: EUROSTAT: wydatki na ochronę zdrowia per capita w latach 2007–2012; GLOBOCAN2012: przeżycia 5-letnie w roku 2012, oraz raport „Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii", przygotowany na zlecenie Alivii Fundacji Onkologicznej Osób Młodych (kwiecień 2015 r.).

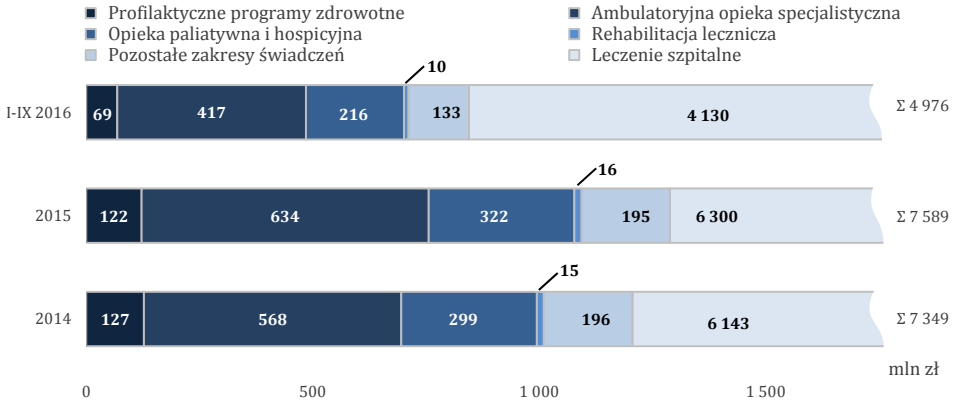
Finansowanie ze środków NFZ

Głównym płatnikiem za świadczenia onkologiczne jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W 2014 r. na leczenie onkologiczne wydatkowano 7 349,03 mln zł (tj. 11,6% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem), a w 2015 r. – 7 588,53 mln zł (tj. 11,2% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem). Środki wydatkowane na świadczenia onkologiczne w 2015 r. były jedynie o 3,26% wyższe niż w roku poprzednim, a dynamika wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem była w tym okresie blisko dwukrotnie wyższa (6,97%)[39], choć zapobieganie i zwalczanie chorób nowotworowych zostało uznane, jako jeden z priorytetów polityki zdrowotnej państwa.

Ponad 80% środków wydatkowanych na leczenie onkologiczne przeznaczono na leczenie szpitalne.

Wykres nr 7

Wydatki na leczenie onkologiczne (rozpoznania C00-D48) w latach 2014–2016 (do 31 sierpnia)[40]



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie NFZ.

W wydatkach na leczenie szpitalne i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w 2015 r. i 2016 r. ujęto świadczenia udzielane od 1 stycznia 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego na postawie Karty DiLO. Jednakże w latach 2015–2016 (do 31 sierpnia) świadczeniodawcy rozliczali świadczenia onkologiczne przede wszystkim na podstawie wcześniejszych zasad, tj. umów określających limity wykonywanych usług medycznych[41]. Jedynie 22,52% w 2015 r. oraz 25,74% do 31 sierpnia 2016 r. wartości świadczeń, udzielonych pacjentom kwalifikującym się z uwagi na rozpoznanie do lecze-

39 Poniesione przez NFZ w 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67,75 mld zł, a w 2014 r. 63,34 mld zł.

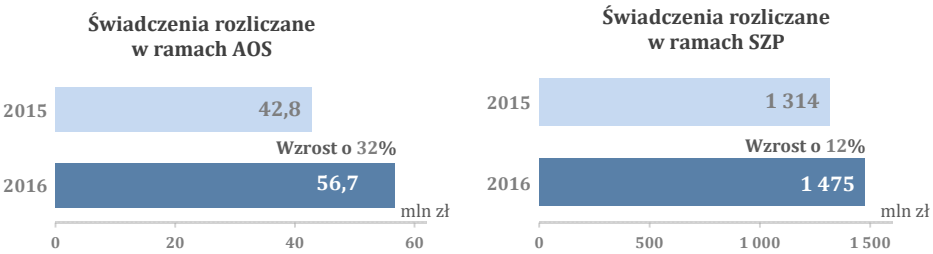
40 Dane sprawozdawcze obejmujące wyłącznie rozpoznania chorób onkologicznych wg ICD-10 z grupy C i D, jednolicie dla wszystkich rodzajów świadczeń. Ww. dane nie obejmują wszystkich informacji o udzielonych świadczeniach na rzecz pacjentów, u których rozpoznano nowotwór. M.in. świadczeniodawcy realizujący rehabilitację leczniczą pacjentom onkologicznym, mogą posługiwać się innymi niż onkologiczne kodami ICD-10, np. G81 Porażenia połowicze jako następstwo nowotworu mózgu, 189.0 Obrzęk chłonny niesklasyfikowany gdzie indziej jako powikłanie po leczeniu raka sutka czy rozpoznania z grupy T określające inne następstwa lub powikłania opieki medycznej. 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. Dodatkowo koszty onkologiczne obejmowały, rozliczone w ramach pakietu onkologicznego, świadczenia z kodami ICD „pozapakietowymi" w wysokości 5,7 mln zł w 2015 r. oraz 4,5 mln zł do 31 sierpnia 2016 r.

41 Informacje o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

nia na podstawie Karty DiLO, została rozliczona w ramach pakietu onkologicznego[42], w tym w ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jedynie ok. 10% w 2015 r. i 15% w 2016 r. (do 31 sierpnia).

Wydatki w ramach pakietu onkologicznego w 2016 r. (1 531,3 mln zł) w porównaniu do roku poprzedniego (1 356,9 mln zł) wzrosły o 12,9%.

Wykres nr 8
Wydatki na leczenie onkologiczne w ramach pakietu onkologicznego w latach 2015–2016 w mln zł

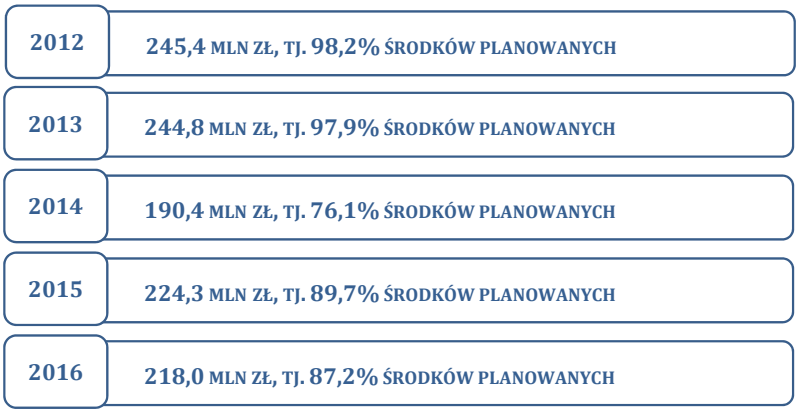


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Finansowanie ze środków Ministra Zdrowia

Minister Zdrowia finansował zadania z zakresu onkologii, w ramach NPZChN na lata 2006–2015 oraz NPZChN na lata 2016–2024, przeznaczając na nie ponad 200 mln zł rocznie, głównie na wydatki inwestycyjne, m.in. zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów (tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych, gamma kamer Spect-CT), doposażenie i modernizację zakładów radioterapii (zakup akceleratorów), doposażenie i modernizację klinik i oddziałów torakochirurgii. Wydatki Ministra Zdrowia w ramach NPZChN w okresie 2012–2016[43] wyniosły ponad 1,1 mld zł, a w całym okresie jego realizacji w latach 2006–2016 przeznaczono na niego ponad 2,6 mld zł.

Schemat nr 2
Finansowanie NPZChN w latach 2012–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli w zakresie wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie w latach 2012–2016.

[42] Świadczenia 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. W AOS nie uwzględniono świadczeń sprawozdanych w ramach zakresu pakietowego z kodami innymi niż ww. wymienione.

[43] Dane z kontroli NIK w zakresie wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie w latach 2012 r., 2013 r., 2014 r., 2015 r. oraz w 2016 r.

3. PROFILAKTYKA PIERWOTNA NOWOTWORÓW

Czym jest profilaktyka onkologiczna?

Onkologiczna profilaktyka zdrowotna obejmuje działania zapobiegające chorobom nowotworowym, ich wczesne wykrycie i leczenie oraz utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia.

Jednej trzeciej zachorowań na nowotwory można byłoby zapobiec poprzez zminimalizowanie występowania wzorców życia, które przyczyniają się do podwyższenia ryzyka choroby, takich jak palenie tytoniu, nadwaga, niskie spożycie warzyw i owoców, brak aktywności fizycznej oraz spożywanie alkoholu. Ponadto profilaktyka nowotworów powinna uwzględniać również czynniki środowiskowe[44].

Systematyka działań profilaktycznych różnicuje je w zależności od momentu podjęcia działań zapobiegawczych. I tak wyróżnia się[45]:

- profilaktykę wczesną i pierwotną, której celem jest eliminacja takich społecznych, ekonomicznych i kulturowych wzorców życia, które przyczyniają się do podwyższenia ryzyka choroby (np. palenie papierosów, nieracjonalne żywienie, brak aktywności fizycznej, narażenie na niekorzystne czynniki środowiskowe) oraz zapobieganie chorobie przed jej rozwinięciem poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka (np. edukacja zdrowotna);
- profilaktykę wtórną, której celem jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez wczesne jej wykrycie, leczenie i zapobieganie nawrotom (np. masowe badania przesiewowe i wczesne wykrywanie chorób);
- profilaktykę trzeciej fazy (trzeciorzędową), której celem jest zahamowanie postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby, tzw. zintegrowane zarządzanie chorobami skoncentrowane na pacjencie.

3.1. Zarządzanie istotnymi czynnikami ryzyka

Czynniki ryzyka

Głównymi przyczynami powstawania nowotworu są nieprawidłowości (mutacje) DNA komórek w organizmie. W wyniku zewnętrznych czynników, takich jak związki rakotwórcze w dymie tytoniowym, a także promieniowanie i niektóre infekcje, może wystąpić zjawisko immunosupresji zwiększającej ryzyko wystąpienia nowotworu. Czasami stan odżywienia organizmu i hormony w nim wytwarzane mogą również powodować występowanie tych nieprawidłowości.

Profilaktyka pierwotna nowotworów złośliwych opiera się na identyfikacji czynników ryzyka choroby nowotworowej, których etiologiczna rola została dostatecznie udokumentowana badaniami epidemiologicznymi. Wyeliminowanie tych czynników lub zmniejszenie narażenia na nie powinno zatem skutkować spadkiem zachorowalności na nowotwory[46].

Głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe na obszarze Unii Europejskiej jest palenie tytoniu. Nadwaga lub otyłość, niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej i nadmierne spożywanie alko-

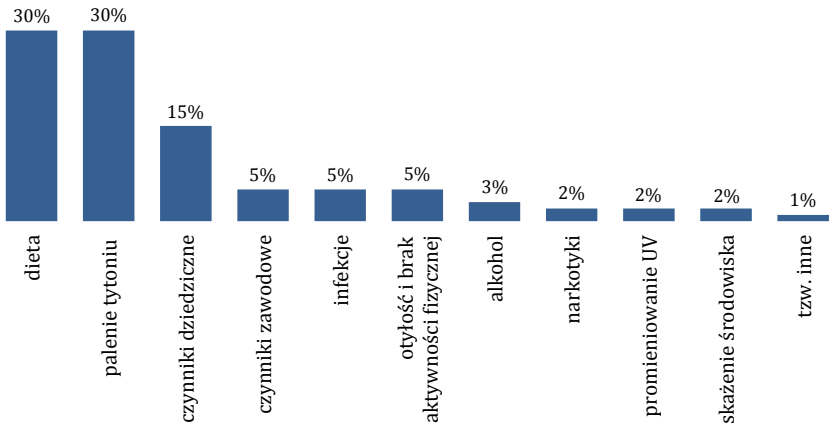
[44] NPZChN na lata 2016–2024.

[45] D. Głowacka, J. Zdanowska, *„Zdrowie Publiczne w Polsce”*, Wydawnictwo ABC Wolters Kluwers Business, Warszawa, 2013 r., str. 54–58.

[46] „Strategia walki z rakiem”, str. 53.

holu składają się na niezdrowy styl życia, będący kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka. Ważne są również ekspozycja na słońce i inne źródła promieniowania (np. izotopy radonu), a także narażenie na działanie obecnych w środowisku czynników rakotwórczych w miejscu pracy i zamieszkania, czy niektóre zakażenia. W przypadku każdego z tych czynników, im bardziej ludzie są na niego narażeni (czas trwania, częstotliwość i poziom narażenia), tym większe ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową.

Wykres nr 9
Główne czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe



Źródło: Kordek R., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawlęga J. (red.). „Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy". Wydanie czwarte poprawione i uzupełnione. Via Medica, Gdańsk 2013 r., Beliveau R., Gingras D. „Dieta w walce z rakiem. Profilaktyka i wspomaganie terapii przez odżywianie". Delta 2007.

Rozwój gospodarczy i społeczny Polski w ostatnich trzech dekadach przyniósł wiele korzystnych zmian w sytuacji zdrowotnej w naszym kraju. Wśród najistotniejszych zmian można wymienić poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i dbałość o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Ich efektem jest nieustająca poprawa stanu zdrowia Polaków. Jednak umieralność i przeciętna długość życia w naszym kraju są wciąż na poziomie odbiegającym od średnich wskaźników dla krajów Unii Europejskiej, a poprawa tych wskaźników nie następuje wystarczająco szybko[47]. Społeczeństwo w istotny sposób jest obciążone chorobami cywilizacyjnymi, spowodowanymi przede wszystkim stylem życia. Koszty tych chorób, liczone w dziesiątkach miliardów złotych rocznie, kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na zapobieganie tym chorobom. Jak pokazują badania naukowe, znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można zapobiegać. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie zapobiec, redukując narażenie na czynniki ryzyka[48].

47 „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania", Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Warszawa 2012 r., str. 11 i 12.

48 „Strategia walki z rakiem" oraz uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237, ze zm.), nr druku: 3675. http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druk.xsp?nr=3675

PROFILAKTYKA PIERWOTNA NOWOTWORÓW

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln hospitalizacji w Polsce, a leczenie otyłości i jej powikłań pochłania 21% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia (tj. 14,5 mld zł). Liczba zgonów w Polsce z powodu chorób uznanych jako zależne od palenia tytoniu jest szacowana na ok. 67 tys. rocznie (a zatem nawet co piąty zgon jest efektem palenia tytoniu). Dodatkowo straty spowodowane wyłącznie biernym paleniem tytoniu sięgają 5,5 mld zł[49].

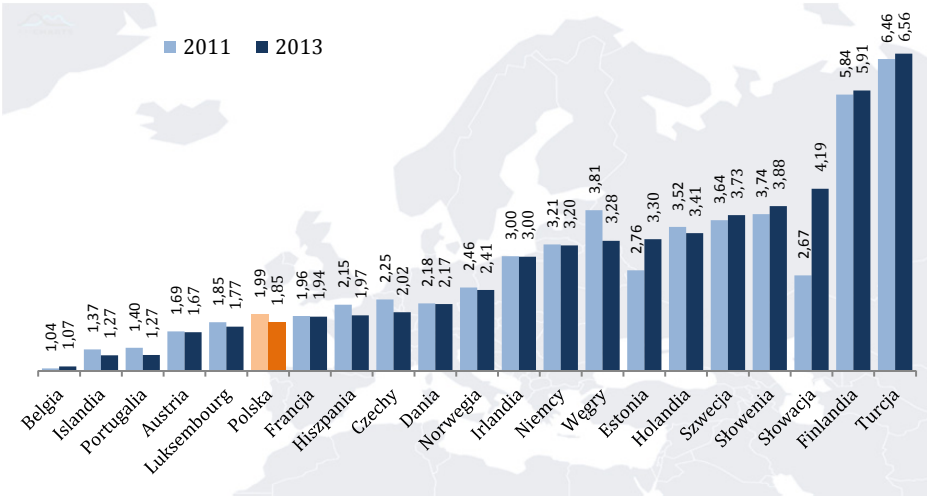
Bardzo szybko rosnące koszty świadczeń opieki zdrowotnej należy porównywać z niekorzystnymi prognozami demograficznymi. W 2013 r. liczba Polaków w wieku produkcyjnym przekraczała 24 mln, w 2050 r. prognozuje się, że będzie to już tylko 19 mln , co wskazuje jak istotna jest dbałość o dobry stan zdrowia osób, które będą przyczyniać się do rozwoju gospodarki. Jednym ze szczególnie ważnych aspektów branych pod uwagę przy analizie kosztów społecznych chorób są nie tylko wydatki NFZ ponoszone na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ale także koszty związane z niezdolnością do pracy.

Wysokość wydatków na zdrowie publiczne w Polsce jest możliwa jedynie w drodze oszacowania. Wydatki te, jako odsetek całkowitych wydatków na zdrowie, są jednymi z niższych wśród państw członkowskich Unii Europejskiej i wynoszą jedynie 2%, przy wartości średniej na poziomie 2,7%, co uzasadnia zwiększenie udziału wydatków na profilaktykę chorób i promocję zdrowia w ogólnych wydatkach przeznaczanych na zdrowie. Finansowanie profilaktyki w Polsce jest także na istotnie niższym poziomie niż w państwach członkowskich OECD, należących do regionu europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i wynosi jedynie około 65% średniej wartości w tych państwach. Ponadto notuje się tendencję do ograniczania udziału tych wydatków (spadek o 7% w latach 2011–2013) przy stopniowym średnim wzroście w innych państwach[50].

[49] Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010, Ministerstwo Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia 2010 r.

[50] Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (nr druku: 3675). Finansowanie zadań przewidzianych ustawą pochodzi ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw kultury fizycznej, pozostających w dyspozycji jednostek samorządu terytorialnego oraz NFZ. Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowane przez Fundusz (ok. 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej) polegają na prowadzeniu programów wczesnego wykrywania nowotworów i profilaktyki chorób odtytoniowych, a także propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności przez m.in.: zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności; profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych; promocję zdrowia i profilaktykę; profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania; wykonywanie szczepień ochronnych; wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej.

Infografika nr 4
Finansowanie profilaktyki w Polsce na tle innych państw w latach 2011–2013 r.



Źródło: WHO Global Health Expenditure Database, za uzasadnieniem do projektu ustawy o zdrowiu publicznym (nr druku: 3675).

3.1.1. Palenie tytoniu

Czynniki ryzyka – palenie

Zgodnie z danymi WHO ponad 90% zgonów z powodu chorób układu oddechowego w Polsce jest spowodowana paleniem tytoniu[51].

Infografika nr 5
Odsetek śmiertelności przypisywanej paleniu tytoniu na świecie, w Europie i w Polsce

WSZYSTKIE PRZYCZYNY – 12%
NOWOTWORY TCHAWICY, OSKRZELI I PŁUC – 71%

WSZYSTKIE PRZYCZYNY – 16%
NOWOTWORY TCHAWICY, OSKRZELI I PŁUC – 85%

WSZYSTKIE PRZYCZYNY – 22%
NOWOTWORY TCHAWICY, OSKRZELI I PŁUC – 91%

Źródło: WHO, za Polskim Towarzystwem Onkologicznym, „Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce", 16 maja 2014 r., str. 10.

Badania wskazują, iż w krajach europejskich ok. 20% przypadków zachorowań na raka oraz blisko 35% wszystkich zgonów z powodu nowotworów jest spowodowane paleniem tytoniu. Szacuje się, iż nałóg ten jest przyczyną ponad 80% zachorowań na raka krtani i płuca[52], co drugiego nowotworu

[51] „Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce", 16 maja 2014 r., str. 14.

[52] Na nowotwór złośliwy płuca zachorowało 14 735 mężczyzn w 2009 r., 14 845 w 2010 r., 14 573 w 2011 r., 15 196 w 2012 r., 14 609 mężczyzn w 2013 r. Udział procentowy mężczyzn z rozpoznaniem nowotworu złośliwego płuca w ogólnej liczbie leczonych na nowotwory złośliwe wynosił: 21,4% w 2009 r., 21,2% w 2010 r., 20,3% w 2011 r., 19,9% w 2012 r., 18,67% w 2013 r.

gardła, co trzeciego jamy ustnej i przełyku, co czwartego wątroby, co piątego żołądka, co drugiego przypadku nowotworu dolnych dróg moczowych i jednego na dziesięć zachorowania na nowotwór nosa i zatok. Dym papierosowy może być także przyczyną nowotworu jelita grubego, odbytnicy, jajnika, trzonu macicy, trzustki, nerki i białaczki szpikowej[53].

Palenie tytoniu jest najważniejszym kancerogennym czynnikiem, który został dobrze poznany. W skład dymu tytoniowego wchodzi aż cztery tysiące substancji, spośród których więcej niż 40 jest znanymi związkami rakotwórczymi. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z liczbą wypalanych papierosów i długością okresu palenia.

Wśród obecnie palących większość zaczęła palić i uzależniła się od tytoniu przed 18. rokiem życia. Częstość palenia przez dzieci i młodzież, a w szczególności wśród dziewcząt, należy w Polsce do najwyższych w Unii Europejskiej. Obserwuje się także zmiany w formach używania tytoniu (m.in. rosnąca popularność papierosów ręcznie skręcanych, papierosów mentolowych, typu slim, e-papierosów, fajek wodnych i bezdymnych wyrobów tytoniowych). W Polsce wiele dzieci jest narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego, zwłaszcza w swoim środowisku domowym, a także w miejscach publicznych, gdzie dozwolone jest palenie papierosów.

Jednym ze sposobów ograniczenia palenia tytoniu jest rozpowszechnianie informacji na temat jego negatywnych następstw. Leczenie uzależnienia od tytoniu pozostaje jednym z największych, ciągle nierozwiązanych wyzwań. Eliminacja palenia z obyczaju ludzkiego jest jednym z najistotniejszych priorytetów zdrowotnych nie tylko w aspekcie zdrowia publicznego, ale także medycyny klinicznej[54].

Polityka antynikotynowa w Polsce

Podstawowym aktem prawnym, określającym politykę państwa wobec wyrobów tytoniowych, jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych[55] (zwana dalej „ustawą antynikotynową"). Zgodnie z tą ustawą celem polityki antynikotynowej jest przede wszystkim ochrona praw osób niepalących, poprzez tworzenie środowiska wolnego od dymu tytoniowego, sprawowanie kontroli nad szkodliwymi substancjami znajdującymi się w produktach tytoniowych oraz tworzenie środowiska ekonomicznego i prawnego kontrolującego konsumpcję tytoniu.

POZNPT na 2014–2018

Ustawa antynikotynowa zobowiązała Radę Ministrów do opracowania programu realizacji polityki państwa na rzecz ograniczania palenia tytoniu oraz określiła zasadę ustalania wysokości środków budżetowych, jakie powinny być przeznaczone na finansowanie tego programu. Rada Ministrów na posiedzeniu w dniu 8 lipca 2014 r. przyjęła „Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2014–2018"[56]. Celem tej edycji Programu jest ograniczenie narażenia na dym papierosowy (w odniesieniu do czynnego i biernego palenia tytoniu) wśród Polaków.

53 Dane z KRN – dostęp z dnia 17 października 2017 r.

54 „Strategia walki z rakiem", str. 62.

55 Dz. U. z 2017 r. poz. 957, ze zm.

56 Opracowany na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy antynikotynowej.

POZNPT na 2010–2013

Poprzednią edycję programu „Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010–2013" (POZNPT) Rada Ministrów przyjęła w dniu 16 lutego 2010 r. Z upoważnienia Ministra Zdrowia, odpowiedzialnym za realizację i koordynację programu był Główny Inspektor Sanitarny[57].

NIK o realizacji Programu POZNPT za lata 2010–2013

NIK oceniła negatywnie[58] realizację Programu POZNPT za lata 2010–2013 i wykonywanie innych zadań organów administracji centralnej, wynikających z ustawy antynikotynowej, natomiast pozytywnie przestrzeganie zakazu palenia wyrobów tytoniowych w obiektach nim objętych. Realizacja Programu POZNPT nie przyniosła oczekiwanych efektów. Liczba osób palących w Polsce pozostawała na tym samym poziomie, co powodowało straty w gospodarce narodowej i pociągało za sobą zwiększone wydatki z budżetu na leczenie chorób odtytoniowych, których wysokość znacznie (ponad 3,5- krotnie) przewyższa dochody budżetowe z podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe.

Minister Zdrowia nie wykorzystywał instrumentów nadzoru nad rynkiem wyrobów tytoniowych, w jakie został wyposażony przez ustawę antynikotynową, w wyniku czego nadzór państwa nad tym rynkiem faktycznie nie funkcjonował. Tym samym nie zostały osiągnięte cele Programu POZNPT, który określał kierunki działań oraz priorytetowe zadania w zakresie zwalczania zagrożeń zdrowia związanych z paleniem tytoniu.

Niedofinansowanie Programu POZNPT

Realizację Programu POZNPT utrudniało jego niedofinansowanie. Nie zostały stworzone warunki realizacji Programu POZNPT, tzn. nie wyodrębniono jego budżetu, nie prowadzono rzetelnego monitoringu i ewaluacji określonych w nim zadań oraz nie funkcjonowały również przewidziane w nim instrumenty zarządzania i koordynacji.

Program POZNPT powinien być finansowany z budżetu państwa w wysokości 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych[59], jednakże w kwestii finasowania zadań Minister Finansów stwierdził, że „ustanowienie Programu nie powinno stanowić tytułu do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa na jego realizację". Minister Zdrowia nie zaplanował odpowiednich środków na realizację Programu, wskazując, że zgodnie z wymogami Ministerstwa Finansów stosowanymi rokrocznie przy konstrukcji ustawy budżetowej, wydatki pozapłacowe pozostają z reguły na poziomie poprzedniego roku, a Minister Finansów nie przekazał dodatkowych środków na ten cel.

---

[57] W Programie opisano poszczególne zadania, sposoby ich realizacji, instytucje odpowiedzialne za ich wykonanie, a także zasady monitoringu. W celu zapewnienia warunków optymalnej współpracy między resortami i instytucjami uczestniczącymi w realizacji Programu, Prezes Rady Ministrów, na wniosek Ministra Zdrowia, powołał Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny. Program objął 10 zadań, a sprawozdania z jego realizacji są corocznie składane Sejmowi przez Radę Ministrów.

[58] Informacja o wynikach kontroli „Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych" (2013 r.)

[59] Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy antynikotynowej. Wydatki z budżetu państwa na realizację polityki antynikotynowej wyniosły około 1% wysokości ustalonej w ustawie antynikotynowej. W 2010 r. było to 1 046 tys. zł zamiast 87 181,5 tys. zł (1,2%), a w 2011 r. 915,5 tys. zł zamiast 91 320,8 tys. zł (1,0%).

W opinii Ministra Zdrowia, należało wykreślić z ustawy przepis o finansowaniu programu w wysokości 0,5% wartości podatku akcyzowego lub doprecyzować jego brzmienie poprzez wprowadzenie regulacji przepływu środków uzyskanych z akcyzy do budżetu realizatorów POZNPT, ponieważ przepis w tym brzmieniu jest nierespektowany.

Finansowanie Programu POZNPT

W kolejnych latach (2012–2016) finansowanie Programu POZNPT przedstawiało się podobnie.

Schemat nr 3
Finansowanie Programu POZNPT w latach 2012–2016

Rok	Wartość podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych w mln zł	Wartość wynikająca z ustawy antynikotynowej w tys. zł	Środki przeznaczone na realizację POZNPT w tys. zł	Udział środków POZNPT w kwocie wynikającej z ustawy antynikotynowej
2016 r.	18 484,5	92 423	577,7	0,6%
2015 r.	17 789,7	88 949	730,5	0,8%
2014 r.	17 922,7	89 614	856,8	1,0%
2013 r.	18 205,6	91 028	1 008,5	1,1%
2012 r.	18 578,7	92 894	861	0,9%

Źródło: Sprawozdania z realizacji POZNPT za lata 2012–2016 oraz analizy NIK wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w latach 2012–2016.

Uchylenie programu POZNPT

Przepisy dotyczące ustanowienia Programu POZNPT oraz jego finansowania zostały uchylone z dniem 1 stycznia 2018 r. (uchylenie art. 4 ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, przez art. 21 ustawy o zdrowiu publicznym). W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano m.in. że:

- działania profilaktyczne realizowane były w sposób dalece niesatysfakcjonujący, przede wszystkim z uwagi na niewystarczające środki finansowe przeznaczane na programy profilaktyczne;
- Program POZNPT finansowany był ze środków Głównego Inspektora Sanitarnego na poziomie ok. 400 tys. zł, podczas gdy wpływy do budżetu państwa z podatku akcyzowego z tytułu sprzedaży wyrobów tytoniowych wynosiły 22 mld zł – finansowanie Programu POZNPT było na poziomie 0,002% tych wpływów, czyli niemal 300-krotnie mniejszym niż przewidziano w ustawie ustanawiającej Program POZNPT[60]. Ministerstwo Zdrowia oraz jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia (Państwowa Agencja Rozwiązy-

[60] W podobnej sytuacji były Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, których finansowanie było nieproporcjonalnie niskie w relacji do szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych powodowanych przez następstwa tych problemów zdrowotnych.

wania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Główny Inspektorat Sanitarny) wydatkowały na zapobieganie czynnikom ryzyka kwotę około 23 mln zł, z czego 13 mln zł stanowiły środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych;
- brak było możliwości realizacji tego rodzaju zadań międzyresortowo[61].

NPZ w zakresie używania wyrobów tytoniowych

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym został ustanowiony Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020[62]. Jako cel operacyjny nr 2 określono „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi". W części IV ww. celu ujęto „Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych"[63]. Zadaniami służącymi do realizacji programu są:

- ochrona przed dymem tytoniowym i parą z papierosów elektronicznych;
- działania informacyjno-edukacyjne i profilaktyczne;
- prowadzenie monitoringu, ewaluacji oraz współpracy międzynarodowej.

Finansowanie NPZ

Wysokość finansowania zadań w ramach celu operacyjnego nr 2 Programu NPZ w latach 2016–2020, z wyłączeniem środków przeznaczanych w ramach limitów wydatków własnych, określono rocznie na nie więcej niż 32 mln zł (ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu Państwa), zaś całego Programu NPZ określono na nie więcej niż 140 mln zł.

NIK zwraca uwagę, że kwota przewidziana w NPZ na działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów związanych z używaniem wyrobów tytoniowych jest znacznie niższa niż wynikająca z ustawy antynikotynowej. W 2016 r. uzyskano dochody z akcyzy od wyrobów tytoniowych w wysokości 18 484,5 mln zł, zatem wartość środków ustalona zgodnie z ustawą antynikotynową (tj. 0,5% wartości przychodów z akcyzy), przeznaczona na program POZNPT powinna wynieść 92,4 mln zł, a wyniosła 577,7 tys. zł (tj. 0,6%).

Panel ekspertów NIK o profilaktyce antynikotynowej

Uczestnicy panelu ekspertów z dnia 4 października 2017 r., wskazywali na niskie dofinansowanie programów związanych z profilaktyką antynikotynową i ograniczaniem narażenia na dym papierosowy (zarówno czynnego jak i biernego palenia tytoniu).

3.1.2. Niewłaściwa dieta, otyłość i brak aktywności fizycznej

Czynniki rakotwórcze

Kolejnymi ważnymi czynnikami rakotwórczymi są niewłaściwa dieta, otyłość oraz brak aktywności fizycznej.

Nieprawidłowa dieta jest czynnikiem ryzyka zachorowań dla blisko 30% nowotworów. Niewłaściwy sposób odżywiania jest drugim, po paleniu tytoniu, elementem naszego codziennego życia, mającym duży wpływ

61 Inne Ministerstwa w ramach swojej działalności statutowej prowadziły działania wspierające poprawę stanu zdrowia, jednakże nie były często w stanie nawet wyodrębnić kwot przeznaczanych na te zadania.

62 Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492).

63 Powyższe przepisy weszły w życie 1 stycznia 2018 r.

na ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej. Związek między sposobem odżywiania się i nowotworami jest bardzo złożony, m.in. dlatego, że na dietę składają się różne pokarmy i różne składniki odżywcze. Wiele z nich wpływa na ryzyko rozwoju choroby nowotworowej, często w połączeniu z innymi czynnikami. Ponadto nasze geny zmieniają sposób, w jaki pożywienie oddziałuje na organizm. Najbardziej udowodniony został związek sposobu odżywiania się i raka jelita grubego, przełyku, żołądka, jamy ustnej, a w mniejszym stopniu udowodniono wpływ diety na zachorowania na raka wątroby, woreczka żółciowego i nerki[64].

Według raportu WCRF/AICR, aktywność fizyczna oraz zdrowy sposób odżywiania uznawane są za jedne z ważniejszych czynników zmniejszających ryzyko zachorowania na nowotwory, przynoszące również inne korzyści zdrowotne. Aktywność fizyczna obniża ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, zwłaszcza przy obciążeniu rodzinnym lub występowaniu polipów, które z czasem mogą się przekształcić w zmiany nowotworowe. Ponadto ruch reguluje pracę układu pokarmowego, a także ogranicza stany zapalne w jelicie grubym, które również mogą przyczyniać się do rozwoju raka. Aktywność fizyczna zmniejsza również prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór piersi, a najskuteczniej ryzyko zachorowania obniża sport uprawiany w okresie młodości. Zalecane jest minimum 30 minut ćwiczeń, trzy razy w tygodniu (optymalnie pięć razy)[65].

Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Rakiem (IARC) uznała, że nadwaga i otyłość[66] wiążą się z podwyższonym ryzykiem zachorowania na raka okrężnicy, gruczolakoraka przełyku, raka piersi po menopauzie, trzonu macicy, nerki i trzustki oraz prawdopodobnie zwiększa ryzyko rozwoju raka pęcherza moczowego. Z badań epidemiologicznych wynika, że prawidłowy wskaźnik BMI[67] pozwala uniknąć do 20% nowotworów, związanych z nadwagą.

W krajach europejskich nadwaga i otyłość przyczyniają się do: 11% zachorowań na raka okrężnicy, 9% przypadków raka piersi, 39% raka trzonu macicy, 37% gruczolakoraka przełyku, 25% nowotworów nerki i 24% nowotworów pęcherzyka żółciowego. Wysoki wskaźnik BMI może także zwiększać prawdopodobieństwo nawrotów raka, osłabia skuteczność chemoterapii i zwiększa umieralność spowodowaną przez nowotwory.

64 Dane KRN – dostęp 25 października 2017 r.

65 „Strategia walki z rakiem", str. 57, dane KRN, dostęp z dnia 25 października 2017 r.

66 *Wskaźnik masy ciała – BMI powyżej 25/m². BMI – Body Mass Index* – zgodnie z wytycznymi WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) to podstawowy miernik wagi w zależności od wzrostu. Standardowo BMI jest wyliczane z prostego wzoru, w którym masa ciała w kilogramach dzielona jest przez wzrost w metrach podniesiony do potęgi drugiej. *Obliczanie BMI dla dzieci, nastolatków i młodzieży jest zależne od wieku i płci.*

67 BMI na poziomie 21–23 kg/m².

Schemat nr 4
Odsetek zachorowań na poszczególne rodzaje nowotworów mających związek z nadwagą i otyłością w Europie

Źródło: Dane KRN, dostęp z dnia 25 października 2017 r.

W ciągu ostatnich 20 lat występowanie otyłości wśród mieszkańców Europy wzrosła trzykrotnie, a w szczególności niepokojące jest występowanie nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Według danych WHO połowa osób dorosłych i jedna piąta dzieci z państw europejskich ma nadwagę. Ponad 1 mln zgonów rocznie w tym regionie spowodowanych jest chorobami związanymi z nadmierną masą ciała[68].

Edukacja żywieniowa dzieci

W kształtowaniu prawidłowych zasad żywienia i zapobieganiu nadwadze oraz otyłości kluczową rolę mają działania prewencyjne oraz edukacja zdrowotna skierowana zarówno do dzieci, rodziców, jak również nauczycieli. Działania edukacyjne powinny mieć charakter spójny i długofalowy. Obejmować muszą wiele aspektów stylu życia dziecka, między innymi: tryb nauki, formy spędzania wolnego czasu i aktywności fizycznej oraz nawyki żywieniowe. W podstawie programowej dla szkół podstawowych wskazano, że uczeń już na etapie nauczania początkowego powinien wiedzieć, jakie znaczenie dla zdrowia ma właściwe odżywianie i aktywność fizyczna. Odpowiednie żywienie jest niezbędnym warunkiem prawidłowego rozwoju psychofizycznego dzieci, zwłaszcza w wieku szkolnym. Nieprawidłowe odżywianie może prowadzić do powstania wielu groźnych chorób. Jak wskazują eksperci, może być również przyczyną gorszych wyników w nauce (uczniowie mają np. słabszą koncentrację). W Polsce, pomimo

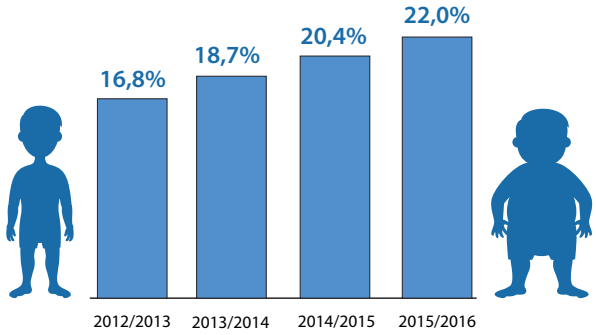
[68] Uzasadnienie do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Występowanie nadwagi i otyłości wpływa także w istotny sposób na rozwój gospodarczy – aktualnie szacuje się, że około 6% całości wydatków na ochronę zdrowia w Europie związanych jest z leczeniem schorzeń powiązanych z występowaniem nadwagi i otyłości u osób dorosłych. Jednocześnie należy wskazać, że koszty pośrednie nadwagi i otyłości, takie jak: wydatki związane z przedwczesnymi zgonami, utratą zdolności do pracy, świadczeniami socjalnymi, stanowią ponad 12% całości wydatków państw europejskich przeznaczanych na ochronę zdrowia. W Polsce, tak jak w innych krajach regionu, w szybkim tempie zwiększa się występowanie nadwagi i otyłości w społeczeństwie. W ciągu niespełna 15 lat (od 1991 r. do 2005 r.) nastąpił istotny (blisko 22%) wzrost otyłości wśród mieszkańców.

podejmowania działań edukacyjnych, liczba dzieci z nadwagą i otyłością stale rośnie. Z analiz Instytutu Żywności i Żywienia wynika, że od kilku lat polskie dzieci zaliczane są do najszybciej tyjących w Europie.

NIK o zdrowym żywieniu w szkołach

W 2017 r. NIK ustaliła[69], że w Polsce, pomimo podejmowanych działań i wdrażania ogólnopolskich programów[70], rośnie liczba dzieci z nadwagą i otyłością.

Infografika nr 6
Odsetek uczniów z zaburzeniami masy ciała w latach szkolnych 2012/2013–2015/2016



Źródło: Dokumentacja z kontroli NIK.

W skontrolowanych szkołach, w roku szkolnym 2015/2016, odsetek uczniów z nieprawidłową masą ciała – z nadwagą i otyłością oraz z niedowagą – wyniósł aż 22%, czyli dotyczył co piątego dziecka. W ciągu czterech lat (od 2012 do 2016 r.) wzrósł on o ponad pięć punktów procentowych[71].

Skuteczność programów osłabiało m.in.

- w przypadku programów żywieniowych: „Mleko w szkole" i „Owoce i warzywa w szkole" brak urozmaicenia produktów, a przede wszystkim niezrealizowanie jednego z podstawowych założeń, czyli spożywania otrzymanych produktów na terenie szkoły. Owoce i warzywa na terenie szkoły zawsze spożywało zaledwie 10% uczniów, a mleko 12,5%[72]. Nawyk codziennego spożywania mleka i przetworów mlecznych posiadało jedynie 56,7%, a owoców tylko 53% uczniów szkół podstawowych[73];

69 Informacja NIK „Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych".

70 W szkołach realizowane są m.in. programy wpływające na kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych: „Mleko w szkole", „Owoce i warzywa w szkole", jak również programy lokalne, np.: „Szkoła w formie". Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 7 września 2016 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań realizowanych przez Agencję Rynku Rolnego związanych z wdrożeniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej programu „Owoce i warzywa w szkole", Dz. U. z 2016 r. poz. 1457, ze zm., uchylone z dniem 22 sierpnia 2017 r. Od roku szkolnego 2017/2018 połączono programy „Mleko w szkole i owoce w szkole", zaś od 1 września 2017 r. zadania zlikwidowanej ARR, w ww. zakresie przejął w znacznej mierze Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa).

71 Najszybciej wzrastał odsetek dzieci otyłych, mających nadmiar tkanki tłuszczowej występujący w stopniu zaawansowanym (wzrost o 3,3 proc.) oraz z nadwagą, mających nadmiar tkanki tłuszczowej występujący w stopniu umiarkowanym (wzrost o 1,5 proc.).

72 Pozostałe dzieci zabierały je do domu, często ich nie spożywając – na podstawie oświadczeń rodziców.

73 Badanie ankietowe dla programu mleko w szkole prowadzono wśród uczniów klas 1–6, a badanie ankietowe dla programu owoce i warzywa w szkole wśród uczniów klas 1–3.

- dostępność niezdrowych produktów w sklepikach szkolnych – pomimo obowiązywania od 1 września 2015 r. zakazu sprzedaży w polskich szkołach „niezdrowych produktów", asortyment sprzedawany w sklepikach szkół objętych kontrolą w blisko 30% był niezgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu[74];
- podawanie uczniom w szkole obiadów niezgodnych z normami żywieniowymi dla dzieci i młodzieży (ze zbyt wysoką zawartością białka, tłuszczów, węglowodanów oraz nadmierną ilością sodu)[75].

NIK zwróciła także uwagę, że żadna z objętych kontrolą szkół nie przekazywała wyników corocznych badań wskaźnika BMI uczniów do organu prowadzącego, co powodowało, że żadna z kontrolowanych gmin nie posiadała informacji o liczbie uczniów z nieprawidłową masą ciała i w efekcie samorządy nie rozpoznawały potrzeb i problemów związanych z prawidłowym żywieniem dzieci. Taka sytuacja uniemożliwiała ocenę, czy podejmowane działania są odpowiednie do aktualnych problemów, a także czy realizowane programy związane z prawidłowym żywieniem są skuteczne, co wydaje się niezbędne dla prawidłowego określenia celów i zadań szkolnych programów wychowawczych oraz profilaktyki.

NIK o zapobieganiu nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej

Już w 2011 r. NIK oceniła[76], że nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży szkolnej, dotycząca wówczas 18% uczniów, mimo że wiążą się z poważnymi zagrożeniami dla zdrowia, nie jest postrzegana w społeczeństwie jako istotny problem zdrowotny skutkujący również wysokimi kosztami społecznymi. Podejmowane działania mające na celu zapobieganie temu zjawisku nie miały charakteru systemowego i nie były dostatecznie skuteczne, o czym świadczy rosnący problem nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. Tylko w dwóch, spośród 52 skontrolowanych szkół (tj. 4%), nie stwierdzono przypadków nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, a w 16 szkołach (31%) odnotowano tendencję wzrostową w tym zakresie. W 87% szkół prowadzących sklepiki oraz 75% posiadających automaty spożywcze oferowano produkty o niskiej wartości odżywczej, niezalecane przez dietetyków (np. chipsy, słodkie napoje gazowane, napoje energetyzujące), podczas gdy aż 1/3 szkół nie zapewniała uczniom możliwości zjedzenia obiadu.

---

74 Minister Zdrowia określił grupy produktów przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w szkołach w rozporządzeniu z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. poz. 1256), uchylone z dniem 1 września 2016 r. Z tym dniem weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. o tym samym tytule (Dz. U. poz. 1154). Na zlecenie NIK, inspektorzy sanitarni przeprowadzili kontrole w zakresie sprzedawanego asortymentu.

75 NIK zwróciła uwagę na niewłaściwe zbilansowanie obiadów podawanych uczniom w szkole. Żadna ze skontrolowanych placówek nie zapewniła obiadów w 100 % spełniających odpowiednie normy żywieniowe dla dzieci i młodzieży. We wszystkich ocenianych jadłospisach była zbyt duża zawartość białka i węglowodanów, a w ponad 85 % również tłuszczów.

76 Informacja NIK „Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej".

Nie podjęto także skutecznych działań ograniczających zainteresowanie dzieci tego typu żywnością. Podejmowane przez gminy i szkoły próby propagowania zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży były najczęściej niespójne, przypadkowe, doraźne i dlatego nieskuteczne. Żadna ze skontrolowanych szkół nie uwzględniła w planach doskonalenia zawodowego nauczycieli problematyki z zakresu walki z nadwagą i otyłością. Jednocześnie większość ankietowanych przez NIK nauczycieli przyznała, że nie jest przygotowana do udzielenia pomocy uczniom w zapobieganiu nadwadze i otyłości.

NIK o wychowaniu fizycznym w szkołach

NIK negatywnie oceniła kształcenie uczniów w skontrolowanych szkołach w zakresie wychowania fizycznego i zapewnianie warunków do uprawiania sportu szkolnego oraz kształcenie studentów w skontrolowanych szkołach wyższych na kierunku wychowanie fizyczne[77].

Infografika nr 7
Ćwiczenia uczniów na lekcjach WF-u

Źródło: Dokumentacja z kontroli NIK.

Mimo coraz lepszej infrastruktury sportowej[78] absencja uczniów na lekcjach WF-u była bardzo wysoka. W starszych klasach szkół podstawowych nie ćwiczyło ok. 15% uczniów, w gimnazjach i liceach odsetek ten sięga nawet 30%, a blisko pół miliona uczniów w Polsce miało problemy z nadwagą lub cierpiało z powodu skrzywienia kręgosłupa (w sumie ok. 10% wszystkich uczniów). Zdaniem NIK szkoły nie koordynują edukacji zdrowotnej, występuje problem braku współpracy dyrektora i nauczycieli

[77] Informacje o wynikach kontroli: „Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych" oraz „Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych".

[78] NIK pozytywnie oceniła działania Ministra Sportu i Turystyki na rzecz rozwoju wychowania fizycznego. W latach 2007–2012 Ministerstwo dofinansowało budowę 3 445 obiektów sportowych i boisk, m.in.: 2 604 Orlików, 534 sal gimnastycznych, 82 krytych pływalni i 119 lodowisk.

z pielęgniarką szkolną, i pomimo alarmujących liczb w ponad połowie skontrolowanych szkół dyrektorzy nie zorganizowali zajęć z gimnastyki korekcyjnej, ani też żadnych kompleksowych działań prozdrowotnych, których elementem byłyby zajęcia sportowe.

Wnioski, zawarte w informacji o wynikach kontroli, dotyczyły m.in. następujących zagadnień::

- Minister Edukacji Narodowej powinien podjąć współpracę z Ministrem Zdrowia mającą na celu wypracowanie rozwiązań dotyczących przeciwdziałania wadom postawy wśród uczniów oraz narastającemu zjawisku zwolnień z zajęć wychowania fizycznego; zlecić kuratorom oświaty przeprowadzenie ewaluacji problemowej efektów wprowadzenia w szkołach podstawy programowej wychowania fizycznego oraz kontrolę sposobu jej wdrożenia;
- Ministrowie: Sportu i Turystyki, Edukacji Narodowej i Zdrowia powinni skoordynować i zintensyfikować swoje działania związane ze wspieraniem rozwoju wychowania fizycznego i sportu szkolnego;
- Dyrektorzy szkół w szczególności powinni: monitorować realizację podstawy programowej wychowania fizycznego, wprowadzić różnorodne formy realizacji zajęć wychowania fizycznego służące ich uatrakcyjnieniu w celu poprawy czynnego uczestnictwa uczniów w zajęciach; określić zasady współpracy z pielęgniarkami szkolnymi i wdrażać z nimi programy profilaktyczne; wykorzystać funkcjonujące uregulowania prawne do wprowadzania zajęć z gimnastyki korekcyjnej dla uczniów z wykrytymi wadami postawy i otyłością.

Panel ekspertów NIK o edukacji zdrowotnej

Uczestnicy panelu ekspertów z dnia 4 października 2017 r. podkreślali wagę promocji postaw prozdrowotnych oraz realizacji zadań z zakresu profilaktyki pierwotnej, w szczególności prowadzonej od najmłodszych lat. Została wysunięta propozycja wprowadzenia do programu nauczania już w szkołach podstawowych wydzielonego przedmiotu – edukacji zdrowotnej, przy jednoczesnym promowaniu postaw prozdrowotnych na wszystkich etapach nauczania. Dodatkowo Fundacja Onkologiczna Alivia podniosła, że rozwiązanie to pozwoliłoby również na zapobieganie wykluczeniu społecznemu chorych oraz ograniczeniu negatywnych skutków popularności tzw. „medycyny alternatywnej", która w wielu przypadkach prowadzi pacjentów do rezygnacji z konwencjonalnej terapii[79].

3.1.3. Zanieczyszczenie powietrza

Czynniki rakotwórcze

W przypadku wielu rodzajów nowotworów istnieją dowody na to, że są one spowodowane przez substancje chemiczne występujące w środowisku. Są to w szczególności nowotwory płuc, pęcherza moczowego i skóry, międzybłoniak (rak komórek pokrywających błony surowicze, tj. opłucnej, osierdzia i otrzewnej), białaczki i chłoniaki.

Substancje chemiczne występujące w środowisku i powodujące zanieczyszczenia powietrza to wszystkie formy azbestu, benzenu, spalin sil-

[79] Pismo Pana Bartosza Polińskiego Prezesa Zarządu Fundacji Onkologicznej Alivia z dnia 17 października 2017 r.

nika wysokoprężnego oraz wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych (WWA, benzo(a)piren) Problem zanieczyszczeń dotyczy również wody i żywności (arsen i nieorganiczne związki arsenu), a trwałe zanieczyszczenia organiczne powodują dioksyny. Zanieczyszczenie powietrza zostało sklasyfikowane przez IARC jako mieszanina wielu zanieczyszczeń, które mogą powodować raka.

WHO wpisała na listę karcynogenów ludzkich spaliny z silników Diesla (zarówno samochodowych, jak i przemysłowych). Narażenie na rakotwórcze działanie spalin wzrasta zarówno z powodu wzrostu liczby samochodów, jak i rozwoju przemysłu. Dodatkowym źródłem zanieczyszczenia są substancje powstałe ze spalania w domowych piecach grzewczych. Ograniczenie smogu w miastach może zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwory, w 2013 r. aż sześć polskich aglomeracji znalazło się w pierwszej dziesiątce miast europejskich z największą liczbą dni w roku, w których przekroczono dobowe dopuszczalne stężenie pyłu PM10, a w raporcie „Ambient Air Pollution Database 2016" WHO wskazała, że aż 33 z 50 najbardziej zanieczyszczonych miast Unii Europejskiej znajduje się w Polsce[80]. Wśród substancji, które podlegają monitorowaniu (dwutlenek siarki, dwutlenek azotu, tlenek węgla, benzen, ozon, pyl PM10, ołów, arsen, kadm, nikiel i benzo(a)piren w pyle PM10 oraz pył PM2,5), co najmniej siedem ma udowodnione działanie rakotwórcze[81].

Według raportu Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska (GIOŚ) w 2016 r. w Polsce przekroczenie poziomu docelowego B(a)P (1 ng/m^3) wystąpiło w 95% stacjach pomiarowych, przy czym stężenie średnie roczne na niektórych stanowiskach przekraczało poziom docelowy nawet przeszło 17-krotnie. Podobnie kształtowała się sytuacja w 2015 r. przekroczenie poziomu docelowego B(a)P (1 ng/m^3) wystąpiło w 95% stacjach pomiarowych, a stężenie średnie roczne na niektórych stanowiskach przekraczało poziom docelowy nawet blisko 16-krotnie[82].

Z szacunków WHO opublikowanych w 2015 r.[83] wynika, że zanieczyszczenia powietrza w Polsce w 2010 r. przyczyniły się do śmierci 48 544 Polaków, co wygenerowało koszty odpowiadające 12,9% PKB Polski[84]. Szacuje się, że zanieczyszczenie powietrza pyłem zawieszonym PM2,5 odpowiada za blisko 0,5 mln przedwczesnych zgonów w Europie (ponad 400 tys. w 28 krajach UE), w tym za blisko 80% zgonów spowodowanych chorobami układu oddechowego i rakiem płuc.

80 Raport WHO „Ambient Air Pollution Database 2016", health_topics/outdoorair/databases/cities/en/.

81 „Strategia walki z rakiem", aktualizacja czerwiec 2016 r. oraz maj 2017 r.

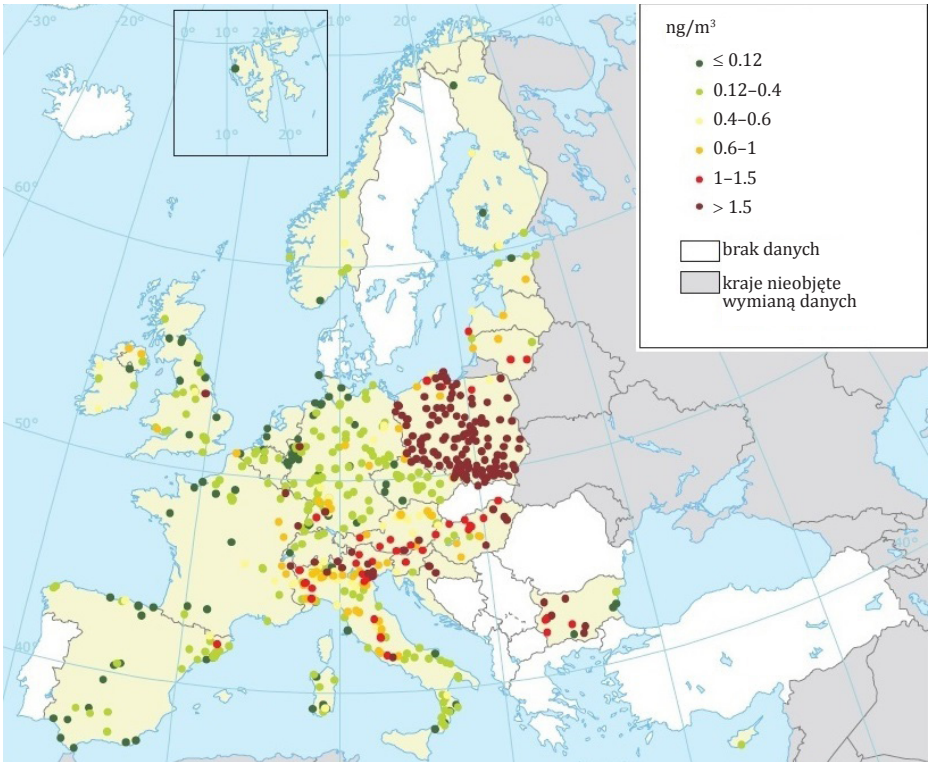
82 Raporty GIOŚ z 2017 r „Zanieczyszczenie powietrza wielopierścieniowymi węglowodorami aromatycznymi w Polsce w 2016 r."., http://powietrze.gios.gov.pl/pjp/content/show/1001239 oraz z 2016 r. „Zanieczyszczenie powietrza wielopierścieniowymi węglowodorami aromatycznymi na stacjach tła miejskiego w Polsce w 2015 roku" http://powietrze.gios.gov.pl/pjp/content/publications.

83 Raport WHO „Economic cost of the health impact of air pollution in Europe" z 2015 r. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/276772/Economic-cost-health-impact-air-pollution-en.pdf.

84 Mierzonego z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej.

Infografika nr 8

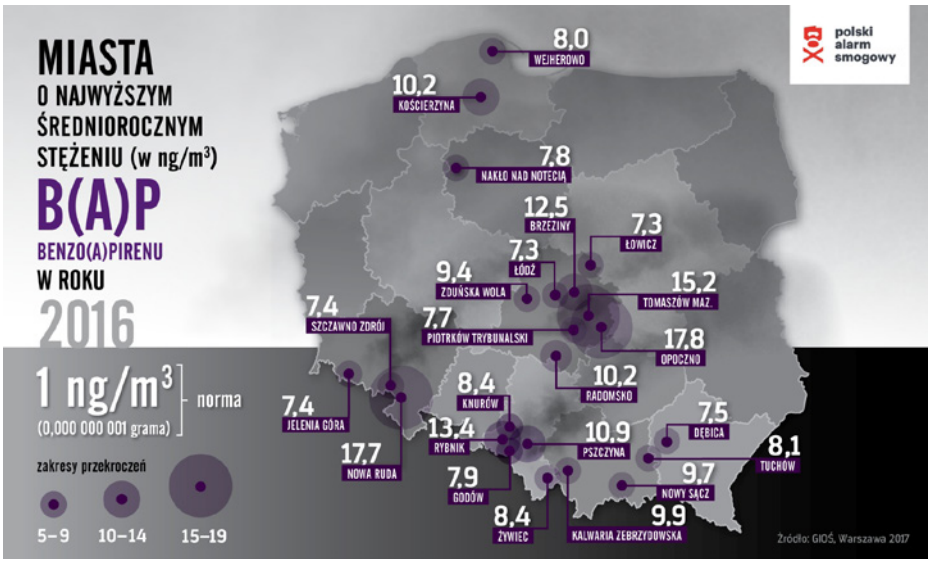
Średnioroczny poziom zanieczyszczenia powietrza rakotwórczym benzo(a)pirenem w Europie w 2015 r.



Źródło: Europejska Agencja Środowiska (EEA) https://www.eea.europa.eu/data-and-maps/figures/annual-mean-bap-concentrations-in-1.

Infografika nr 9

Miasta o najwyższym stopniu zanieczyszczenia rakotwórczym benzo(a)pirenem w Polsce w 2016 r.



Źródło: Polski Alarm Smogowy na podstawie danych z 2016 r. zebranych przez stacje pomiarowe GIOŚ, https://polskialarmsmogowy.pl/polski-alarm-smogowy/aktualnosci/szczegoly,smogowi-rekordzisci-i-najczystsze-miejsca-w-polsce-jaki-byl-rok-2016,499.html.

Problematyka ochrony powietrza przed zanieczyszczeniami była wielokrotnie przedmiotem zainteresowania NIK. Kontrole w tym obszarze były przeprowadzane m.in. w 1994 i 1999 r.[85] NIK zwróciła wówczas uwagę m.in. że podejmowane działania przez administrację publiczną i podmioty gospodarcze doprowadziły do zmniejszenia emisji zanieczyszczeń wprowadzanych do powietrza atmosferycznego (dotyczyło to przede wszystkim ograniczenia emisji ze źródeł przemysłowych)[86]. W wyniku tej kontroli sformułowano m.in. wnioski do Ministra Środowiska o przyspieszenie działań dotyczących określenia norm jakościowych spalanych paliw oraz do Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej o podjęcie działań na rzecz dalszego ograniczania emisji zanieczyszczeń do powietrza atmosferycznego ze środków transportowych.

NIK o kontroli powietrza w 2014 r.

W 2014 r. NIK oceniła[87], że organy władzy publicznej działały nieskutecznie w sferze ochrony powietrza, nie zapewniając dostatecznej ochrony ludzi i środowiska naturalnego przed negatywnymi skutkami jego zanieczyszczenia. Nie były dotrzymywane normy jakości powietrza[88], a największy problem dla jakości powietrza w skali kraju stanowiły ponadnormatywne stężenia pyłów zawieszonych oraz B(a)P, których głównym źródłem była tzw. niska emisja. Równocześnie wskazano, że dotychczasowe tempo i skala działań naprawczych podejmowanych przez organy publiczne były niewystarczające do osiągnięcia wymaganej jakości powietrza.

Na podstawie wyników kontroli NIK skierowała szereg wniosków do Ministra Środowiska[89] oraz do wójtów, burmistrzów i prezydentów miast[90]. W wyniku realizacji wniosku NIK, w 2015 r. Minister Środowiska opracował „Krajowy program ochrony powietrza do roku 2020 (z perspektywą do 2030)". Ramy prawne, umożliwiające wprowadzanie przez jednostki samorządu terytorialnego stref ograniczonej emisji komunikacyjnej na terenach wysokiego natężenia ruchu pojazdów samochodowych, nie zostały do chwili obecnej stworzone[91].

85 Informacja NIK o wynikach kontroli „Realizacja zadań w zakresie ochrony powietrza przed zanieczyszczeniami" (Nr ewid. 50/2000/99/038/DOC), lipiec 2000 r.; poprzednio Informacja NIK o wynikach kontroli „Realizacja zadań związanych z ochroną powietrza przed zanieczyszczeniem" maj 1994 r.

86 Patrz przypis nr 85.

87 Informacja NIK o wynikach kontroli „Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami".

88 Przyjęte w ustawodawstwie UE, a implementowane do krajowego porządku prawnego.

89 Wnioskowano, aby w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych oraz Ministrem Infrastruktury i Rozwoju oraz Ministrem Gospodarki (obecnie zadania te realizowane są przez Ministerstwo Energii (opracowanie standardów dla paliw stałych) oraz Ministerstwo Rozwoju (opracowanie standardów dla kotłów na paliwo stałe) oraz Ministra Środowiska Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska m.in. o przyśpieszenie prac zmierzających do ustanowienia standardów emisyjnych dla nowych kotłów węglowych małej mocy wykorzystywanych w gospodarstwach domowych oraz określenie minimalnych wymagań jakościowych dla paliw stałych; stworzenie ram prawnych umożliwiających wprowadzanie przez jednostki samorządu terytorialnego stref ograniczonej emisji komunikacyjnej na terenach wysokiego natężenia ruchu pojazdów samochodowych, przyśpieszenie prac nad opracowaniem krajowego programu ochrony powietrza i uwzględnienie w nim wytycznych dotyczących oceny stopnia realizacji programów ochrony powietrza określanych przez samorządy województw, spowodowanie, działań kontrolnych wojewódzkich inspektoratów ochrony środowiska w zakresie wdrażania zadań określonych w POP.

90 Wnioskowano o pełną realizację oraz intensyfikację działań naprawczych określonych w POP, zwłaszcza w odniesieniu do emisji ze źródeł powierzchniowych, która w głównej mierze przyczynia się do występowania przekroczeń standardów jakości powietrza w skali kraju.

91 Dnia 24 lutego 2017 r. Sejm RP odrzucił projekt ustawy umożliwiającej wprowadzenie takich stref (druk sejmowy nr 1199, http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1199).

NIK o kontroli powietrza w 2017r.

NIK w 2017 r.[92] ponownie oceniła, że podejmowane przez skontrolowane gminy działania na rzecz ograniczania niskiej emisji z kotłowni przydomowych i gminnych nie były skuteczne, co wynika z niewystarczającego tempa i skali przedsięwzięć podejmowanych przez te jednostki. Ponadto wskazano, że bez wdrożenia rozwiązań systemowych, zarówno na szczeblu regionalnym, jak i ponadregionalnym, bez znaczącego zwiększenia skali i tempa działań oraz konsekwentnej edukacji społeczeństwa na temat zagrożeń związanych z niską emisją, przewidywana w Programie ochrony powietrza dla województwa śląskiego z 2014 r. redukcja emisji zanieczyszczeń powietrza nie zostanie osiągnięta w dotychczas zakładanym (tj. do 2020 r.), ani w dającym się przewidzieć horyzoncie czasowym.

Biorąc pod uwagę wyniki kontroli ponownie wnioskowano do Ministra Środowiska o pilne ustanowienie standardów emisyjnych dla nowych kotłów węglowych małej mocy wykorzystywanych w gospodarstwach domowych oraz określenie minimalnych wymagań jakościowych dla paliw stałych. Skierowano również wniosek do jednostek samorządu terytorialnego o zwiększenie skali i tempa realizacji przedsięwzięć podejmowanych w celu poprawy jakości powietrza oraz podejmowanie decyzji o wydatkowaniu środków finansowych w oparciu o rzetelną ocenę efektywności ekologicznej i ekonomicznej planowanych zadań.

Działania rządu

Komitet Ekonomiczny Rady Ministrów przedstawił w dniu 17 stycznia 2017 r. Radzie Ministrów rekomendacje w sprawie działań niezbędnych do podjęcia w związku z występowaniem na znacznym obszarze kraju wysokiego stężenia zanieczyszczeń powietrza. W celu poprawy jakości powietrza wskazano m.in. na maksymalne przyspieszenie prac nad rozporządzeniem w sprawie wymagań dla kotłów na paliwo stałe, które powinno zostać przyjęte najpóźniej do końca kwietnia 2017 r. oraz pilne wprowadzenie rozporządzenia w sprawie norm jakościowych dla paliw stałych, które powinno zostać przyjęte jeszcze w I kwartale 2017 r.[93]

Od 1 października 2017 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie wymagań dla kotłów na paliwo stałe[94], przewidujące szczegółowe wymagania dla kotłów od 0 do 500 kW (tj. używanych w gospodarstwach domowych oraz małych i średnich zakładach) produkowanych i instalowanych w Polsce. Natomiast nie zostało do chwili obecnej przyjęte rozporządzenie w sprawie wymagań jakościowych dla paliw stałych[95].

92 Informacja NIK o wynikach kontroli „Eliminacja niskiej emisji z kotłowni przydomowych i gminnych w województwie śląskim".

93 https://www.premier.gov.pl/wydarzenia/decyzje-rzadu/rekomendacje-komitetu-ekonomicznego-rady-ministrow-w-sprawie-dzialan.html

94 Dz. U. poz. 1690.

95 Projekt rozporządzenia Ministra Energii w sprawie wymagań jakościowych dla paliw stałych został skierowany do konsultacji publicznych 27 stycznia 2017 r., https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12294809.

Prowadzone kontrole NIK

Biorąc pod uwagę istotność zagadnienia, jakim jest zanieczyszczenie powietrza, w chwili obecnej NIK prowadzi kontrolę w zakresie „Ochrony powietrza przed zanieczyszczeniami”[96]. Wyniki kontroli zostaną opublikowane w II kw. 2018 r.

3.1.4. Biologiczne czynniki ryzyka

Nowotwory o pochodzeniu infekcyjnym HBV, HPV

Kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka zachorowania są biologiczne czynniki rakotwórcze, w tym wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) wywołujący raka wątroby oraz wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) wywołujący raka szyjki macicy, jamy ustnej, gardła i odbytu. Istotnym elementem w zmniejszeniu zachorowalności na choroby nowotworowe o pochodzeniu infekcyjnym są szczepienia ochronne. Obecnie istnieją dwa szczepienia przeciwko infekcyjnym czynnikom odpowiedzialnym za powstawanie nowotworów: szczepionka przeciw HBV oraz szczepionka przeciw HPV.

Szczepienia HBV, HPV

Szczepienie przeciw HBV zostało wprowadzone jako obowiązkowe do kalendarza szczepień w 1994 r., jednakże w Polsce nie wprowadzono dotychczas obowiązkowych szczepień przeciw HPV.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jednoznacznie rolę zarówno badań przesiewowych, jak i szczepień przeciw HPV w narodowych strategiach profilaktyki raka szyjki macicy. Badania cytologiczne wciąż są traktowane jako podstawowa metoda wczesnego wykrywania nowotworu, ale to właśnie szczepienia są uważane za coraz ważniejszy czynnik skutecznej profilaktyki raka szyjki macicy i innych chorób związanych z zakażeniami HPV[97].

W wielu krajach zaleca się i finansuje ze środków publicznych szczepienia młodych dziewcząt przeciw HPV w celu przeciwdziałania zakażeniom tym wirusem oraz zmniejszenia ryzyka zmian przedrakowych i raka szyjki macicy, a być może także innych nowotworów związanych z HPV.

Panel ekspertów NIK o szczepieniach

Uczestnicy panelu ekspertów z dnia 4 października 2017 r. podnosili temat szczepień przeciw zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego. Wskazywano państwa europejskie, które radzą sobie z problemem zachorowań z tytułu zakażenia wirusem HPV – szczepienia przeciw zakażaniom tym wirusem są refundowane we Francji, Belgii, Danii, Holandii, Portugalii, Szwecji, Szwajcarii oraz Norwegii. Eksperci wskazywali, że do pełnej profilaktyki, oprócz szczepienia dziewcząt, powinni zostać również objęci chłopcy, tak jak będzie to miało miejsce w Norwegii.

Szczepienia HPV w Polsce

Szczepienia przeciw HPV zostały w Polsce wpisane w Program Szczepień Ochronnych w części II „Szczepienia zalecane – niefinansowane ze środków Ministra Zdrowia” i były realizowane bezpłatnie tylko tam, gdzie finansowały je lokalne samorządy. W 2010 r. decyzję o przeznaczeniu środków na ten cel podjęło około 150 jednostek, które sfinansowały zaszczepienie 30 tysięcy dziewcząt. Realizacja szczepień, w ramach tych inicjatyw, osiągnęła poziom około 90%[98].

---

96 P/17/078. Kontrola prowadzona w ramach europejskiego audytu jakości powietrza, koordynowanego przez NIK oraz najwyższy organ kontroli Holandii. W projekt oprócz Polski zaangażowało się 14 innych państw (Bułgaria, Estonia, Węgry, Hiszpania, Rumunia, Słowacja, Albania, Gruzja, Kosowo, Izrael, Macedonia, Mołdawia, Szwajcaria) oraz Europejski Trybunał Obrachunkowy (ETO) https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/kontrola-europejski-smog.html.

97 „Strategia walki z rakiem”, str. 64.

98 Por. przypis nr 97.

W 2014 r. ze szczepień ochronnych przeciw zakażeniom wirusem brodawczaka skorzystało 26,3 tys. osób, tj. o 15% więcej niż w 2011 r. (22,9 tys. osób)[99].

W 2015 r. jednostki samorządu terytorialnego realizowały 166 programów polityki zdrowotnej dotyczącej zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego – szczepienia ochronne, co stanowiło 34,4% liczby realizowanych programów ogółem (w 2015 r. 1 116 programów polityki zdrowotnej)[100].

3.1.5. Promieniowanie ultrafioletowe (UV)

Promieniowanie słoneczne i solaria

Nowotwory wynikające z narażenia na promieniowanie ultrafioletowe (pochodzenia naturalnego – promieniowanie słoneczne i sztucznego – łóżka opalające, solaria), są główną środowiskową przyczyną rozwoju nowotworów skóry. Rak skóry czerniak – jego najbardziej złośliwa forma – mimo że stanowi zaledwie 5% wszystkich przypadków, charakteryzuje się największą śmiertelnością. Pozostałe dwa typy raka skóry mają łagodny charakter i nie zagrażają życiu. W Polsce na czerniaka skóry zachorowało w 2014 r. ponad 3,1 tys. osób, a na inne nowotwory skóry ponad 12 tys. Badania epidemiologiczne w ostatnich dwóch dekadach w Polsce wskazują na istotny wzrost liczby zachorowań na te nowotwory. Dzieci i młodzież są najbardziej podatni na szkodliwe działanie promieniowania ultrafioletowego. Według szacunków Międzynarodowej Agencji ds. Badań nad Rakiem (IARC) blisko 25% czasu spędzonego na słońcu przypada na okres przed 18. rokiem życia. Młodzi ludzie otrzymują największe dawki promieniowania UV i najczęściej miewają poparzoną przez słońce skórę.

Do działań zmniejszających ryzyko zachorowania na nowotwory skóry należy zaliczyć przede wszystkim edukację (m.in. unikanie nadmiernej ekspozycji na słońce między godziną 10:00 a 15:00, gdy promieniowanie UV jest najsilniejsze), wprowadzone ostatnio prawne ograniczenie dostępu do solariów osobom nieletnim, czy ściśle określone wymagania dla operatorów solariów.

3.2. Działania edukacyjno-informacyjne

Działania edukacyjne na rzecz osobistej odpowiedzialności obywateli za stan swojego zdrowia

NIK uznaje za niewystarczające działania administracji publicznej na rzecz powszechnej edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, m.in. w zakresie współpracy Ministra Zdrowia z Ministrem Edukacji Narodowej[101]. Do zadań Ministra Zdrowia, w zakresie objętym ustawą o świadczeniach zdrowotnych, należy m.in.: prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych[102].

Jak stwierdzono w toku kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych", działania Ministerstwa Zdrowia, w ramach edukacji prozdrowotnej i profilaktyki,

99 Informacja NIK o wynikach kontroli „System szczepień ochronnych dzieci".

100 Informacja o wynikach kontroli „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego".

101 Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych".

102 Art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

ukierunkowane były głównie na bezpośrednie informowanie społeczeństwa o negatywnych skutkach niezdrowych zachowań oraz uświadomienie wczesnych symptomów chorób cywilizacyjnych. Jednocześnie w niewystarczającym stopniu wykorzystywano możliwości współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej na rzecz efektywnej realizacji kształcenia i budowania świadomości uczniów o osobistej odpowiedzialności za swoje zdrowie, zawarte w podstawie programowej kształcenia ogólnego[103].

Potwierdzeniem konieczności takich działań jest m.in. lawinowo narastająca liczba dzieci z chorobami dietozależnymi, tj. nadwaga i otyłość, na co wskazuje m.in. Instytut Żywności i Żywienia[104]. NIK wskazała, że jedynie kompleksowe, skoordynowane działanie wszystkich instytucji działających w systemie ochrony zdrowia i na jego rzecz jest gwarantem korzystnych zmian sytuacji zdrowotnej obywateli. Efekty działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia na rzecz edukacji prozdrowotnej, w celu m.in. zmniejszenia zapotrzebowania na leczenie skutków chorób, głównie cywilizacyjnych, będą widoczne dopiero w odległej perspektywie czasowej. Dlatego działania w tym zakresie powinny być podjęte niezwłocznie.

Edukacja w obszarze chorób nowotworowych

W obszarze świadczeń onkologicznych, kluczowe znaczenia mają programy edukacyjne realizowane w ramach NPZChN oraz działania prewencyjno-edukacyjne będące w kompetencjach lekarzy POZ.

W latach 2012–2015 realizowano, w ramach środków określonych w NPZChN, działania z zakresu edukacji prozdrowotnej, a w szczególności organizowano kampanie edukacyjno-informacyjne na szczeblu regionalnym i ogólnopolskim, spotkania w szkołach, w jednostkach samorządu terytorialnego, konferencje w zakładach pracy, dokonywano emisji spotów w mediach. W latach 2013–2014 Minister Zdrowia nawiązał współpracę z Ministrem Edukacji Narodowej w celu promowania w szkołach „Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem".

W 2014 r., na potrzeby monitoringu skuteczności Programu prewencji pierwotnej nowotworów[105], przeprowadzono badanie ankietowe. Większość respondentów (69,0% mężczyzn i 84,1% kobiet) twierdziła, że dba o stan zdrowia, lecz jedynie 21,3% mężczyzn i 33,6% kobiet odpowiedziało, że uczestniczy w badaniach profilaktycznych.

W ramach NPZChN, w 2014 r., nie zrealizowano czterech programów edukacyjnych, na które przewidziano 4 011,1 tys. zł, z powodu niespełnienia wymagań konkursowych przez oferentów. Nie zrealizowano m.in. szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki onkologicznej, zasad kierowania na leczenie i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. Konkurs ofert obejmował wybór realizatora szkoleń na terenie całej Polski dla nie mniej niż 3 000 lekarzy POZ w 2014 r. i 7 000 w 2015 r., ale ogłoszony został dopiero 12 września 2014 r. z termi-

[103] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2012 r. poz. 977, ze zm.).

[104] Niepublikowane dane Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie z ewaluacji projektu KIK/34 realizowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

[105] Realizowany w ramach NPZChN na lata 2006–2015.

nem złożenia ofert do 13 października 2014 r. Złożone oferty nie spełniały jednak warunków formalnych. Nie spełniała ich również oferta Centrum Onkologii – Instytut im Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Pomimo tego Minister Zdrowia w dniu 31 października 2014 r. zawarł porozumienie z Centrum Onkologii, na podstawie którego bezpłatnie przeszkolono 982 lekarzy POZ w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów. Liczba przeszkolonych w 2014 r. lekarzy stanowiła zaledwie 33,1% zaplanowanej[106].

NIK zauważyła, że działania edukacyjno-informacyjne miały ograniczoną skuteczność, na co wskazuje utrzymywanie się na zbliżonym poziomie, w kolejnych latach, wskaźników zgłaszalności osób na badania udzielane w ramach programów profilaktycznych raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego.

3.3. Uwagi i wnioski NIK – profilaktyka pierwotna

Strategia walki z rakiem

Głównym celem w profilaktyce pierwotnej, przedstawionym w „Strategii walki z rakiem" jest podnoszenie poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce. Zrozumienie roli czynników ryzyka chorób nowotworowych, a w konsekwencji zbudowanie kompetencji społeczeństwa w zakresie zdrowia, jest jednym z głównych kroków do zmniejszenia zachorowalności dla wybranych schorzeń. Edukacja prozdrowotna realizowana jest niezależnie przez wiele podmiotów, obejmujących władze na szczeblu centralnym czy lokalnym, ośrodki edukacyjne, ośrodki ochrony zdrowia i organizacje pozarządowe. Edukacja społeczeństwa na poziomie centralnym obejmuje między innymi ogólnopolskie medialne kampanie społeczne, spotkania z dziennikarzami, liderami opinii społecznej czy lokowanie wiedzy dot. tej problematyki w mediach.

Rekomendacje NIK

NIK rekomenduje podjęcie przez organy administracji państwowej i samorządowej następujących działań:

- **poprawę dostępu do edukacji w zakresie czynników ryzyka nowotworów złośliwych oraz czynników obniżających ryzyko zachorowania, a także działania edukacyjno-informacyjne ukierunkowane na wzmożenie czujności onkologicznej kadry medycznej;**
- **rozwój profilaktyki zdrowotnej, obejmującej zdrowy, aktywny tryb życia oraz edukację w zakresie zdrowego sposobu odżywiania, w szczególności wobec dzieci i młodzieży, ponieważ złe nawyki żywieniowe wykształcone we wczesnym dzieciństwie wpływają na ich dorosłe życie;**
- **wprowadzenie do programu edukacji w szkołach podstawowych oraz średnich wydzielonego przedmiotu – edukacji zdrowotnej, przekazującego wiedzę na temat rozwoju, zdrowia i zachowań prozdrowotnych dostosowanych do potrzeb dzieci i młodzieży w danym okresie życia;**

[106] Informacja o wynikach kontroli wykonania budżetu państwa w 2014 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

- **rozwój profilaktyki antynikotynowej, w tym rozpowszechnianie informacji o szkodliwości palenia tytoniu, w szczególności wśród osób nieletnich, publikowanie aktualnych danych o statystykach dotyczących palenia tytoniu w Polsce i jego następstwach, ograniczenie narażenia czynnego i biernego na dym papierosowy, przede wszystkim poprzez zwiększenie zakresu i finansowania działań oraz programów antynikotynowych;**
- **zminimalizowanie ryzyka występowania zanieczyszczeń m.in. określenie minimalnych wymagań jakościowych dla paliw stałych, popularyzowanie publicznych środków transportu, wprowadzanie stref ograniczonej emisji komunikacyjnej na terenach wysokiego natężenia ruchu pojazdów samochodowych oraz zwiększanie obszarów „zielonych";**
- **zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat ryzyka i skutków zakażenia wirusem HPV m.in. poprzez zwiększenie liczby i zakresu ogólnopolskich programów profilaktycznych realizowanych przez Ministra Zdrowia, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowotnych, w tym zagrożenia zarażenia HPV;**
- **edukację społeczeństwa, na temat szkodliwości promieniowania UV zarówno pochodzenia naturalnego (promieniowanie słoneczne), jak i sztucznego (łóżka opalające, solaria).**

4. PROFILAKTYKA WTÓRNA NOWOTWORÓW

Rodzaje profilaktyki wtórnej

Badania profilaktyczne można podzielić na dwie grupy:

1) testy i badania przesiewowe, zwane często badaniami skriningowymi (ang. *screening*) – są to najczęściej testy diagnostyczne przeprowadzane w dużych grupach ludności, mające na celu wykrycie wczesnych stadiów chorobowych. Odpowiednie badania przesiewowe powinny dotyczyć grup osób charakteryzujących się największym prawdopodobieństwem zachorowania na daną chorobę oraz doborem odpowiedniej liczby badań diagnostycznych wykonywanych w okresach umożliwiających wczesne wykrycie choroby, tj. w sytuacjach, kiedy istnieją duże szanse powrotu pacjenta do zdrowia a koszty leczenia są niższe niż w przypadku leczenia późniejszych stadiów choroby[107];
2) profilaktyczne badania lekarskie, laboratoryjne i rentgenowskie różnych grup zawodowych.

Wśród badań skriningowych, które mają wyłonić osoby prawdopodobnie chore, można wyróżnić kilka metod ich prowadzenia. Może to być:

- skrining masowy (populacyjny, zorganizowany), obejmujący duże grupy osób;
- skrining wielokierunkowy (wielofazowy), w którym wykorzystuje się, przy jednej okazji, różne testy;
- skrining celowany (selektywny), stosowany w ściśle określonych grupach osób, np. narażonych na konkretne czynniki; tzw. wykrywanie przypadku (ang. *case finding*), którego dokonuje lekarz u pacjenta zgłaszającego się na wizytę z innego powodu (skrining indywidualny, oportunistyczny, niezorganizowany); powinien być stosowany przez lekarzy POZ.

Poszczególne kraje realizują różne programy skriningowe, planowane i wdrażane na podstawie krajowych danych epidemiologicznych, możliwości systemowych (postępy w diagnostyce i leczeniu – zmieniające się kryteria oceny i rozpoznawania różnych chorób, organizacji systemu i posiadanych zasobów finansowych), a także na podstawie dowodów zebranych w kraju i na świecie podczas wcześniej realizowanych programów. Dlatego występują różnice między poszczególnymi krajami w planowaniu i realizacji programów profilaktycznych. Coraz częściej podawane są jednak ogólne zasady i rekomendacje dla tego typu działań.

Przykładowo, jednym ze skriningów prowadzonych w wielu krajach są badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy. Wśród ważnych zaleceń realizowania badań przesiewowych dla tego typu raka wskazuje się[108]:

- odpowiednie zaproszenia na badanie i zwiększanie zgłaszalności,
- system informacji i rejestracji (zbieranie danych z programu populacyjnego i oportunistycznego),
- przechowywanie materiału (próbek),
- monitorowanie i ewaluację,
- audyt programów.

[107] Ch.E. Phelps: „Health Economics", University of Rochester, Addison-Wesley, 1997 r., str. 65.

[108] Arbyn M., Anttila A., Jordan J., Ronco G., Schenck U., Segnan N., Wiener H., Herbert A., von Karsa L. "European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening". Second edition – summary document. Ann. Oncol. 2010, 21(3): 448–458.

PROFILAKTYKA WTÓRNA NOWOTWORÓW

Podobnie dla raka piersi powstało szereg opracowań dotyczących badań przesiewowych. W zaleceniach europejskich z 2006 r. podano, że akceptowalny poziom uczestnictwa (liczba kobiet zaproszonych i biorących udział w programie) wynosi 70%, a oczekiwany – ponad 75%. Przygotowano również rekomendacje dla skriningu w kierunku raka jelita grubego – dokument z 2010 r. „European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis"[109]. W tym przypadku za akceptowalny poziom uczestnictwa uznano udział co najmniej 45% pacjentów w badaniach, a oczekiwany nie mniej niż 65%.

Dotychczasowe kontrole NIK

Dotychczasowe kontrole NIK wykazały, że w Polsce nie ma kompleksowego, spójnego i sprawnego systemu wtórnej profilaktyki zdrowotnej, obejmującego planowanie działań w tym obszarze, nadzór nad ich realizacją oraz ocenę uzyskiwanych efektów. Profilaktyka wtórna jest realizowana przede wszystkim w ramach bieżącej działalności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz w ramach tzw. programów przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia chorób nowotworowych.

Działania profilaktyczne, będące przedmiotem kontroli NIK, obejmowały m.in. realizację profilaktyki zdrowotnej w obszarach związanych z wczesnym wykrywaniem nowotworów piersi, szyjki macicy, jelita grubego i płuc. Były one realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz profilaktycznych programów przesiewowych finansowanych ze środków NFZ, budżetu państwa (w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych"[110]), a także jednostek samorządu terytorialnego. Dostęp do tych świadczeń był niewystarczający, co było jedną z przyczyn niskiego, nieprzekraczającego połowy osób uprawnionych, objęcia pacjentów badaniami.

Niewystarczające były również działania lekarzy POZ w zakresie udzielania i dokumentowania świadczeń w obszarze profilaktyki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych. Nieprawidłowości w tym zakresie były już kilkukrotnie wskazywane przez NIK[111], a ustalenia kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego" oraz „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia"[112] wskazują, że w ostatnich 10 latach w tym zakresie nie nastąpiła poprawa.

---

[109] Segnan N., Patnick J., von Karsa L. „First Edition. Publications Office of the European Union", 2010.

[110] Szybki wzrost zachorowań na nowotwory w naszym kraju oraz niezadowalające wyniki leczenia, wymagające podjęcia skoordynowanych działań o charakterze ogólnokrajowym, spowodowały przyjęcie ustawą programu NPZChN na lata 2006–2015. Cele Programu określono w art. 2 ustawy: zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory; osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów; osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia; stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych; utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach kraju. W 2015 r. Rada Ministrów przyjęła program NPZChN na lata 2016–2024.

[111] Informacje 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)", oraz „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych".

[112] Informacje o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego", oraz „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia".

Do korzystnej zmiany sytuacji zdrowotnej ludności może przyczynić się skuteczna realizacja przepisów ustawy o zdrowiu publicznym, która określiła zadania realizowane w ramach zdrowia publicznego, w tym w zakresie: edukacji zdrowotnej dostosowanej do potrzeb różnych grup społeczeństwa, promocji zdrowia, profilaktyki chorób, działań w celu rozpoznawania, analizy adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a także wskazała podmioty odpowiedzialne za realizację powyższych zadań.

Ustawa wprowadziła także regulacje pozwalające na dofinansowanie przez NFZ programów profilaktycznych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego pod warunkiem, że będą one zgodne z priorytetami polityki zdrowotnej w danym regionie, celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, i które uzyskały pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji[113].

4.1. Profilaktyka onkologiczna w podstawowej opiece zdrowotnej

Rozpoznawanie chorób nowotworowych w podstawowej opiece zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna, mimo upływu kilkunastu lat od wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia[114], nadal nie spełniała roli wyznaczonej jej w pierwotnych założeniach, w tym w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. Niska jakość świadczeń profilaktycznych udzielanych przez lekarzy POZ była już wskazywana przez NIK w 2008 r. i 2015 r.[115], a opublikowane w 2017 r. ustalenia kontroli potwierdzają brak poprawy w tym zakresie[116].

Głównym założeniem pakietu onkologicznego było to, że po wydaniu Karty DiLO przez lekarza podstawowej opieki specjalistycznej pacjenci będą mieli przeprowadzoną onkologiczną diagnostykę w trybie ambulatoryjnym. 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. W toku kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego", NIK nie stwierdziła również korela-

[113] Art. 48d. ustawy o świadczeniach, dodany z dniem 1 stycznia 2017 r. przez art. 22 pkt 5 ustawy o zdrowiu publicznym.

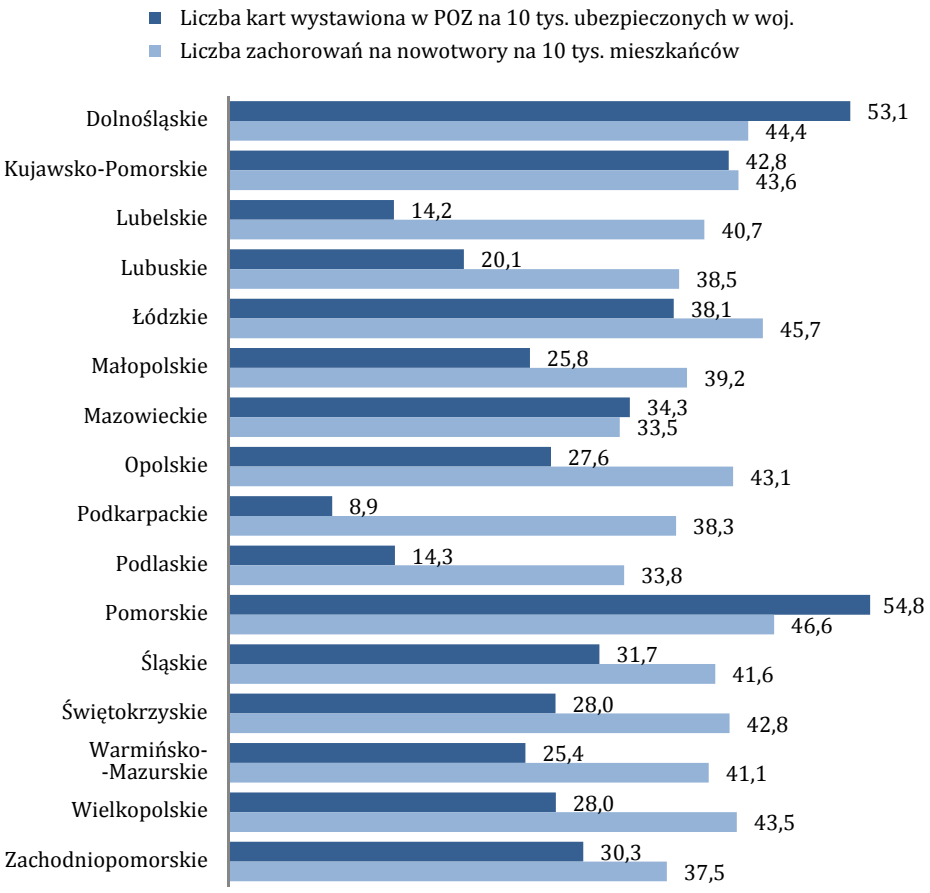
[114] Zgodnie z założeniami reformy z 1999 r. podstawowa opieka zdrowotna miała opierać się głównie na sieci indywidualnych i grupowych praktyk lekarzy rodzinnych. Cechami tego szczebla systemu opieki zdrowotnej miało być priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, ciągłość opieki zdrowotnej i wszechstronna analiza wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta, a także odbiurokratyzowanie i podmiotowe traktowanie uprawnionych do świadczeń, co zapewnić miało „zbliżenie" lekarza do pacjenta (małe struktury organizacyjne) i większą elastyczność reagowania systemu na potrzeby populacji. Ponadto, lekarz POZ miał odgrywać rolę koordynatora całego procesu leczniczego oraz przewodnika pacjenta po systemie. „Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce", Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, listopad 1998 r.

[115] Informacje 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)" oraz „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych".

[116] Informacje o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego" oraz „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia".

cji pomiędzy wartością wskaźnika określającego liczbę zachorowań przypadającą na 10 tys. mieszkańców danego województwa a liczbą Kart DiLO wydanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dla tej populacji. W ocenie NIK może to świadczyć o ograniczonej skuteczności działań lekarzy POZ w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych.

Wykres nr 10
Liczba Kart DiLO wystawionych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na 10 tys. uprawnionych do świadczeń w porównaniu do liczby zachorowań na nowotwory złośliwe na 10 tys. mieszkańców



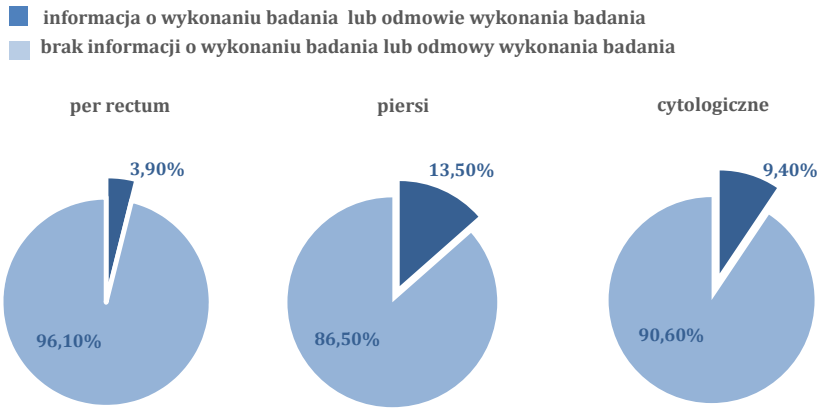
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KRN i NFZ.

Brak adnotacji o wykonywanych badaniach diagnostycznych

Przeprowadzona przez NIK analiza[117] kart zdrowia pacjentów znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na nowotwory (tj. 45–55 lat) obejmująca wpisy z lat 2012–2015 wykazała, że we wszystkich badanych placówkach lekarze udzielający świadczeń POZ zadania profilaktyki zdrowotnej realizowali w ograniczonym stopniu.

[117] Analizą objęto 363 karty historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 45–55 lat, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ przed 1 stycznia 2012 r. i korzystali ze świadczeń lekarza POZ w miesiącach czerwiec oraz listopad w 2014 r. oraz 2015 r. Badaniem objęto wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej za lata 2012–2015. Informacja o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia".

Wykres nr 11
Procent kart zdrowia zawierających informację o wykonanych badaniach lub brak informacji o wykonaniu badań w latach 2012–2015



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia".

W ocenie NIK zaniechanie przez lekarzy POZ wykonywania i dokumentowania badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych, stanowiło brak realizowania świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania. Takie postępowanie było niezgodne z obowiązującymi przepisami[118] i stanowiło odstępstwo od podstawowych celów i zadań medycyny rodzinnej sformułowanych w założeniach reformy systemu ochrony zdrowia[119].

Wykonywanie badań diagnostycznych w POZ

W 2014 r. w podstawowej opiece zdrowotnej świadczeniodawcy sprawozdali wykonanie 100 850,8 tys. badań diagnostycznych, a w 2015 r. liczba badań była niższa i wyniosła 97 483,53 tys. W 2016 r. było to już 108 356,96 tys., w tym m.in.:

- badania kału na krew utajoną (metodą immunochemiczną) wykonano jedynie u 0,99% pacjentów, którym udzielono porad;
- USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego wykonano u 5,77% pacjentów;
- USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego wykonano u 1,26% pacjentów;
- zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej wykonano u 5,60% pacjentów.

Obserwowany spadek liczby wykonanych badań w 2015 r., w porównaniu do 2014 r., miał bezpośredni związek z wprowadzeniem indywidualnej formy sprawozdawczości. Była ona dokładniejsza, a przekazane przez świadczeniodawców dane łatwiejsze do oceny w procesie kontroli realizacji umów. Jednakże, mimo że do końca 2015 r. 77% praktyk lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej sprawozdawało wykonane badania diagnostyczne[120] w sposób indywidualny (tj. ze szczegółowością co do pacjenta),

[118] Por. art. 15 ust. 1 oraz art. 27 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[119] Patrz przypis nr 114.

[120] Badania znajdujące się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

PROFILAKTYKA WTÓRNA NOWOTWORÓW

Minister Zdrowia z dniem 26 kwietnia 2016 r. uchylił przepisy zobowiązujące do sprawozdawania badań z taką dokładnością[121]. Tym samym zostały zniesione mechanizmy motywujące do wykonywania i sprawozdawania badań diagnostycznych[122].

W 15 podmiotach leczniczych realizujących świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, skontrolowanych w ramach kontroli „Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej", stwierdzono, że w okresie 2015–2016[123] średni udział kosztów badań laboratoryjnych w kosztach ogółem w podstawowej opiece zdrowotnej w kontrolowanych podmiotach leczniczych kształtował się na poziomie 3,73%.

W celu poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, NIK wniosła o podjęcie przez Ministra Zdrowia działań polegających m.in. na przygotowaniu rozwiązań systemowych dotyczących diagnostyki laboratoryjnej, zapewniających optymalne wykorzystanie dostępnych badań i ich właściwe finansowanie, w szczególności do celów profilaktycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, co w połączeniu z wywiadem lekarskim zapewni najtańsze źródło informacji medycznej. Zdaniem NIK, zwiększenie zakresu i liczby wykonywanych badań laboratoryjnych w profilaktyce zdrowotnej mogłoby przyczynić się do zmniejszenia wydatków w ochronie zdrowia poprzez zwiększenie wykrywalności chorób we wczesnym stadium choroby, a w efekcie zmniejszenie liczby pacjentów zdiagnozowanych na zaawansowanym etapie choroby, skrócenie czasu leczenia oraz zmniejszenie jego kosztów.

Zmiany struktury sprawozdawanych badań w POZ

Analiza przeprowadzona przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ w zakresie 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 zaznaczył się w grupie badań biochemicznych oraz ultrasonograficznych, a na wzrost wykonania w tych grupach miało wpływ rozszerzenie wykazu badań o badania poziomu hormonów tarczycy oraz badań USG. Wykonanie badań w tych grupach w części związane jest z prowadzoną na poziomie POZ diagnostyką w kierunku rozpoznawania nowotworów.

---

[121] Zmiana §6 ust. 4 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 publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.), wprowadzona rozporządzeniem z dnia 30 marca 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 482).

[122] Zniesiona została zasada gradacji stawki kapitacyjnej w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawcę wskaźnika wykonania badań diagnostycznych. Zgodnie z załącznikiem nr 1a do zarządzenia nr 86/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ, poz. 86), w brzmieniu nadanym załącznikiem nr 2 do zarządzenia nr 3/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniającego zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ, poz. 3). Informacja o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r.".

[123] Od stycznia 2015 r. do października–listopada 2016 r.

Jednocześnie, jak wykazały wyniki kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego", jedynie ok. 60% porad udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zakończonych wydaniem karty DiLO jest sprawozdawanych do NFZ. Według stanu na 31 grudnia 2015 r. w POZ zostało wydanych 74 927 kart DiLO, a świadczeniodawcy przedstawili do rozliczenia 41 007 porad związanych z ich wydaniem na kwotę 2 054,44 tys. zł. W I półroczu 2016 r., według stanu na dzień 29 listopada 2016 r., wydano 35 565 kart DiLO, a świadczeniodawcy przedstawili do rozliczenia 18 280 porad na kwotę 928,09 tys. zł. Należy przy tym podkreślić, że wartość świadczeń zrealizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach pakietu była znacząco niższa niż szacowano na etapie jego opracowania. Wartość świadczeń wykonanych w 2015 r. stanowiła jedynie 4,06% szacowanej wartości.

4.2. Profilaktyczne programy onkologiczne

Nakłady na badania profilaktyczne

Zarówno Minister Zdrowia, jak i Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, nie dysponowali w latach 2012–2015 danymi pozwalającymi na określenie kwoty środków przeznaczanych na wszystkie zadania realizowane w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w tym z zakresu onkologii[124]. Posiadali jedynie dane o kwotach środków przeznaczanych na wybrane działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, realizowanych w ramach NPZChN oraz profilaktycznych onkologicznych programów przesiewowych finansowanych ze środków NFZ.

4.2.1. Zadania finansowane ze środków Ministra Zdrowia

Zadania Ministra Zdrowia w ramach NPZChN

Minister Zdrowia realizował działania dotyczące profilaktyki onkologicznej, w ramach NPZChN na lata 2006–2015 oraz NPZChN na lata 2016–2024, w szczególności poprzez programy wczesnego wykrywania nowotworów, w tym:

- „Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego". Do zadań Ministra Zdrowia w ramach przedmiotowego Program polityki zdrowotnej należało: zorganizowanie systemu zaproszeń osób na badania; podpisywanie umów z realizatorami Programu (świadczeniodawcami), ich rozliczanie; monitorowanie realizacji Programu (dane dotyczące jego realizacji spływały do ośrodka koordynującego, tj. Centrum Onkologii w Warszawie, w celu kontroli jakości). Udział w Programie mogła wziąć każda osoba, która otrzymała zaproszenie na przesiewową kolonoskopię oraz bez zaproszenia (w ramach tzw. „programu oportunistycznego"), pod warunkiem spełnienia warunków kwalifikujących do Programu[125].

[124] Informacja o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia".

[125] W zaleceniach dotyczących Programu wskazano w szczególności, że populacją docelową powinni zostać objęci: wszystkie kobiety i mężczyźni w wieku od 55. do 64. roku życia, którzy nie mieli wykonanego badania kolonoskopowego w ostatnich 10 latach oraz osoby z genetycznym obciążeniem rakiem jelita grubego. Zakładając zgłaszalność na poziomie 30–40% szacowano, że po 10 latach realizacji Programu nastąpi redukcja umieralności z powodu tego raka o 15–20% oraz redukcja zachorowalności o 10–18%. Program realizowany jest od 1 stycznia 2012 r.

Wydatki w ramach tego Programu w latach 2012–2015 wyniosły łącznie 80 685,5 tys. zł[126]. Niepełne wykorzystanie środków finansowych w Programie wynikało w szczególności z niezgłoszenia się części uprawnionych na badania profilaktyczne.

- „Program wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej". Badania przesiewowe raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej po raz pierwszy pojawiły się w zestawieniu planowanych zadań NPZChN w 2010 r., a wcześniej w 2009 r. wykonano jedynie 80 pilotażowych badań poprzedzających wprowadzenie programu. Program był skierowany do 4,5 mln pacjentów z grupy ryzyka, tj. palących tytoń dłużej niż 20 lat.

  NIK negatywnie oceniła rzetelność sprawozdań z programu badań przesiewowych raka płuca[127].

  W latach 2012–2015 r. poniesiono wydatki na realizacje programu w łącznej kwocie 3 197,4 tys. zł[128].

  Zasadność realizacji programów profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka płuc potwierdzają m.in. wyniki realizacji programu „Wczesnego wykrywania nowotworów płuc dla mieszkańców Gminy Miasto Szczecin", którego celem było zwiększenie wykrywalności odtytoniowych schorzeń płuc i zmniejszenia śmiertelności z powodu tych chorób. W Programie udział wzięło 3 500 osób i w przypadku 10,8% przebadanych osób wykryto nieprawidłowe wyniki badań[129].

- Działania Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących w ramach programów polityki zdrowotnej NPZChN: „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi" i „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy". Centralny Ośrodek Koordynujący (COK – ośrodek koordynujący, działający w strukturze Centrum Onkologii w Warszawie), sprawował nadzór i koordynował, na szczeblu centralnym, wymienione Programy, a Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące (WOK-i) sprawowały koordynację i nadzór nad prawidłową realizacją poszczególnych działań na obszarze województwa w ramach ww. Programów, zgodną z ustalonymi przez COK zasadami.

  Zadania ośrodków koordynujących obejmowały wysyłanie zaproszeń do kobiet z populacji objętej Programem, organizację i prowadzenie szkoleń dla realizatorów Programu, a także kontrolę jakości świadczeń.

---

126 W 2012 r. – 15 331,6 tys. zł, w 2013 r. – 17 942,0 tys. zł, w 2014 r., – 17 432,1 tys. zł, a w 2015 r. 29 979,8 tys. zł w 2015 r.

127 Informacja o wynikach kontroli „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego". Minister Zdrowia zatwierdzał sprawozdania merytorycznych nie wymagając przedstawienia danych dotyczących: wytypowanych powiatów, w których badania zostały wykonane, wskaźnika operacyjności raka płuca i kryteriów wyboru świadczeniodawców. Wymieniono jedynie nazwy podmiotów leczniczych i liczbę wykonanych badań w danym roku.

128 W 2014 r. – 1 013,3 tys. zł, 2013 r. – 1 044,9 tys. zł, a w 2012 r. – 1 139,7 tys. zł.

129 Program realizowany przez Szpital specjalistyczny im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie. Do Programu kwalifikowali się mieszkańcy Szczecina, w wieku 55–65 lat, którzy co najmniej 20 lat wypalali min. 1 paczkę papierosów dziennie. Jego koszt w latach 2012–2013 wyniósł 740 tys. zł.

Na zadania realizowane przez COK i WOK-i w latach 2006–2013 (do 30 czerwca) Ministerstwo Zdrowia wydatkowało 159 381,4 tys. zł, z tego ponad 50% stanowiły koszty administracyjno-logistyczne – 83 370,1 tys. zł, w tym koszty wysyłki imiennych zaproszeń na badania przesiewowe 30 169,9 tys. zł (36,2%). NIK zwróciła uwagę na wysokie koszty administracyjno-logistyczne programów profilaktyki, przy niskiej zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne[130]. Wysyłanie imiennych zaproszeń na badania cytologiczne przyniosło niewielkie efekty.

Ponadto w ramach kontroli przeprowadzonej na terenie województwa lubelskiego w zakresie populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, NIK oceniła[131], że skuteczność działań WOK-ów w latach 2011–2015 była ograniczona. Skontrolowane WOK-i na terenie województwa lubelskiego nie dokonywały analiz danych o zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe, a także prowadziły większość akcji promocyjno-profilaktycznych na terenach o wysokiej zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne (miasto Lublin) i cytologiczne (miasto Lublin, powiat rycki). Pomijano obszary, gdzie zgłaszalność na te badania była najniższa (badania mammograficzne – miasto Zamość, cytologiczne – m.in. powiat chełmski, świdnicki). Mimo pełnego wydatkowania w latach 2011–2015 przez skontrolowane WOK-i środków finansowych przekazanych przez Ministra Zdrowia, odnotowano systematyczny spadek wskaźników objęcia badaniami cytologicznymi kobiet, wzrosła natomiast zgłaszalność kobiet na badania mammograficzne. Wysyłanie imiennych zaproszeń na badania cytologiczne przyniosło niewielkie efekty, ponieważ pomimo tego, że w latach 2011–2015 wysłano 909 tys. zaproszeń i wydano na ten cel 1 192,6 tys. zł, na badania cytologiczne zgłosiło się zaledwie 59,7 tys. kobiet. co oznaczało średnią roczną zgłaszalność na poziomie zaledwie 6,6% (w stosunku do wielkości populacji kobiet w wieku 25–69 lat).

WOK-i funkcjonowały do dnia 31 grudnia 2015 r. – w ramach NPZChN na lata 2016–2024 nie przewidziano dla nich zadań w ramach populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

NIK zwróciła uwagę, że w 2016 r. wykonano mniej niż w 2015 r. badań mammograficznych, cytologicznych oraz raka jelita grubego, a planowane wydatki w kwocie 21 743,9 tys. zł na promocję zdrowia i profilaktykę nowotworów piersi, szyjki macicy, jelita grubego i płuca wykonano w kwocie 1 506,5 tys. zł, tj. zaledwie w 6,9%[132].

130 W odpowiedzi na zaproszenia badaniom poddało się niespełna 18% kobiet. Informacje o wynikach kontroli „Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych" z 2014 r.

131 Informacje o wynikach kontroli NIK: „Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim".

132 W tym m.in. na działania na rzecz zgłaszalności na badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy wydatkowano 634,3 tys. zł, raka piersi 611,9 tys. zł oraz raka jelita grubego i raka płuc po 65,2 tys. zł. Informacja o wynikach kontroli: Wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie w 2016 r.

Brak ciągłości realizacji zadań w ramach programów NPZChN

NIK kilkukrotnie zwracała uwagę na opóźnienia Ministra Zdrowia przy podejmowaniu kolejnej edycji programu NPZChN oraz zawieraniu umów z poszczególnymi realizatorami programów profilaktycznych, co wpływało negatywnie na liczbę przeprowadzonych badań profilaktycznych[133].

Z końcem 2015 r. zakończyła się realizacja NPZChN na lata 2006–2015, a kolejną edycję Programu podjęto z kilkumiesięcznym opóźnieniem[134]. Do maja 2016 r. prowadzono konsultacje ze specjalistami i konsultantami mające na celu zweryfikowanie zaplanowanych działań oraz uzgodnienia z departamentami merytorycznymi Ministerstwa i Krajową Radą Onkologii. Minister Zdrowia dopiero 1 czerwca 2016 r. zatwierdził harmonogram Programu, w dniu 9 czerwca 2016 r. upoważnił Centrum Onkologii w Warszawie do realizacji NPZChN na lata 2016–2024, a umowa na realizację tego Programu została zawarta w dniu 25 lipca 2016 r.

W roku 2016 nie wykorzystano w ramach NPZChN środków w wysokości 31 990,6 tys. zł, w tym 17 845,4 tys. zł z powodu opóźnienia w jego wdrożeniu i w konsekwencji krótkiego okresu pozostającego na realizację zadań po zakończeniu procedur konkursowych.

W ocenie NIK, późne wyłanianie przez Ministra Zdrowia realizatorów „Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego”[135] negatywnie wpływało na liczbę przeprowadzonych badań profilaktycznych oraz powodowało zwiększone obciążenie personelu medycznego w II połowie roku oraz ograniczony dostęp uprawnionych do tych badań. Również z dużym opóźnieniem były zawierane umowy o realizację zadań koordynatora w ramach „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi” oraz „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” (w latach 2012–2015 dopiero w II i III kwartale roku), co znacznie utrudniało realizację zadań.

4.2.2. Zadania finansowane ze środków własnych NFZ

Programy finansowane ze środków NFZ

Udział kosztów świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ, w ogólnych kosztach świadczeń pozostaje od 2010 r. na zbliżonym poziomie około 0,25%. W 2016 r. koszty te wyniosły 162 441,75 tys. zł i były niższe o 2 988,33 tys. zł niż poniesione w 2015 r. (165 430,08 tys. zł). Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, była zróżnicowana w zależności od oddziału NFZ.

---

133 Informacje o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia” z 2017 r., „Wykonania budżetu państwa w 2016 r. w części 46 – Zdrowie”, „Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” z 2014 r., „Realizacja wybranych zadań Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006–2008 (I półrocze)” z 2009 r.

134 Uchwała w sprawie ustanowienia programu NPZChN na lata 2016–2024 weszła w życie 2 grudnia 2015 r.

135 Umowy na lata 2012–2013 podpisano w okresie od 19 do 27 czerwca 2012 r., na lata 2014–2015 w okresie od 18 do 24 września 2014 r., na lata 2016–2018 rozpoczęto od dnia 2 września 2016 r. (system zapraszany).

PROFILAKTYKA WTÓRNA NOWOTWORÓW

NFZ w ramach programów profilaktycznych związanych programów wczesnego wykrywania nowotworów realizował i finansował następujące programy:

- Program profilaktyki raka piersi – program zdrowotny w ramach którego finansowane są świadczenia udzielone kobietom w wieku 50–69 lat, które spełniły kryteria wskazane w tym Programie. W ramach Programu były finansowane dwa zakresy świadczeń etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki.

  Program profilaktyki raka piersi (etap podstawowy) – średnia wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przypadająca na jeden OW NFZ, zwiększyła się z 6,0 tys. zł (2012 r.) do 26,4 tys. zł (2015 r.); w 2015 r. wartość kontraktów na 10 tys. mieszkańców wynosiła od 20,7 tys. zł w Mazowieckim OW NFZ do 36,8 tys. zł w Lubuskim OW NFZ.

  Program profilaktyki raka piersi (etap pogłębionej diagnostyki) – średnia wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przypadająca na jeden OW NFZ, zwiększyła się z 1,4 tys. zł (2012 r.) do 1,6 tys. zł (2015 r.); w 2015 r. wartość kontraktów na 10 tys. mieszkańców wynosiła od 1,0 tys. zł w Podlaskim OW NFZ do 2,1 tys. zł w Świętokrzyskim OW NFZ.

- Program profilaktyki raka szyjki macicy – program zdrowotny w ramach którego finansowane są świadczenia udzielone kobietom w wieku 25–59 lat, które spełniły kryteria wskazane w tymże Programie. W ramach Programu były finansowane dwa zakresy świadczeń etap podstawowy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i etap diagnostyczny.

  Program profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej) – średnia wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przypadająca na jeden OW NFZ, zmniejszyła się z 6,0 tys. zł (2012 r.) do 3,8 tys. zł (2015 r.); w 2015 r. wartość kontraktów na 10 tys. mieszkańców wynosiła od 2,5 tys. zł w Wielkopolskim OW NFZ do 5,4 tys. zł w Śląskim OW NFZ.

  Program profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny) – średnia wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przypadająca na jeden OW NFZ, zmniejszyła się z 5,8 tys. zł (2012 r.) do 4,4 tys. zł (2015 r.)[136].

Dodatkowo Fundusz realizował i finansował „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP". Etap podstawowy adresowany był do osób powyżej 18. roku życia palących papierosy. Etap specjalistyczny adresowany był do osób uzależnionych od palenia tytoniu, skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania.

Wartość zakontraktowanych świadczeń w ramach ww. programu w 2016 r., była różna w zależności od oddziału NFZ i w etapie podstawowym średnia wartość dla Polski w przeliczeniu na 10 tys. świadczeniobiorców wynio-

[136] W 2015 r. od 2,3 tys. zł w Wielkopolskim OW NFZ do 5,7 tys. zł w Zachodniopomorskim OW NFZ.

sła 83 zł (od 0 zł w dwóch województwach: opolskim i podlaskim, przez 8 zł w dolnośląskim i małopolskim, do 259 zł w pomorskim). W przypadku etapu specjalistycznego średnia wartość zakontraktowanych świadczeń dla Polski w przeliczenia na 10 tys. świadczeniobiorców wyniosła 39 zł (od 0 zł w ośmiu województwach, przez 2 zł w mazowieckim do 248 zł w świętokrzyskim).

Sposób kontraktowania świadczeń profilaktycznych przez NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia, kontraktując świadczenia z zakresu profilaktyki onkologicznej, nie uwzględniał wartości wskaźników epidemiologicznych i wynikających z nich potrzeb zdrowotnych ludności[137]. W konsekwencji, oddziały wojewódzkie NFZ, na terenie których występował wysoki wskaźnik zachorowalności na nowotwory, a niski zgłaszalności na badania profilaktyczne, przeznaczały mniej środków na badania profilaktyczne, niż oddziały o niskim wskaźniku zachorowalności i wysokiej zgłaszalności, np.:

- w 2013 r. w woj. małopolskim odnotowano najniższą zgłaszalność na badania profilaktyczne raka piersi – 36,7% (przy średniej krajowej – 44,3%) oraz jeden z najwyższych współczynników umieralności z powodu raka piersi – 16,1 na 100 tys. populacji (przy średniej dla kraju – 14,2). Pomimo tego, w 2013 r. wartość świadczeń zakontraktowanych z tytułu Programu profilaktyki raka piersi na 10 tys. uprawnionych w województwie małopolskim była najniższa w Polsce[138];
- w Pomorskim OW NFZ w 2013 r. odnotowano jeden z najniższych wskaźników zgłaszalności na badania profilaktyczne raka piersi – 38,6% oraz jeden z najwyższych współczynników zachorowalności 14,5 na 100 tys. populacji, a w ramach Programu profilaktyki raka piersi, OW NFZ zakontraktował świadczenia na kwotę 24,3 tys. zł w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych, tj. o 4,3 tys. zł mniej w niż średnia krajowa[139].

Również regionalne priorytety zdrowotne[140] w zakresie świadczeń profilaktycznych, przyjmowane corocznie w latach 2012–2015 przez oddziały wojewódzkie Funduszu, nie były uwzględniane w procesie planowania zakupu świadczeń, np.:

- Lubuski OW NFZ określając priorytety regionalne na lata 2014–2016 wskazał m.in. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych – raka piersi, raka szyj-

[137] Takich jak np. wskaźników zachorowalności, czy przeżywalności pięcioletniej pacjentów. Podziału środków pomiędzy poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń (w tym świadczeń profilaktycznych), dokonywali dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie analiz realizacji tych świadczeń. Analizy uwzględniały m.in. dane dotyczące zmian liczby i wartości wykonywanych świadczeń w odniesieniu do roku poprzedniego, zmian liczby pacjentów uprawnionych do objęcia poszczególnymi programami profilaktycznymi, zgłaszalność pacjentów w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz wnioski konsultantów krajowych i wojewódzkich określonych dziedzin medycyny.

[138] W 2013 r. wyniosła ona 21,9 tys. zł i była najniższa w Polsce (średnia dla kraju 28,6 tys. zł). Najwyższą wartość świadczeń odnotowano w Lubuskim OW NFZ (38,7 tys. zł). W latach 2014–2015 wartość świadczeń zakontraktowanych na 10 tys. uprawnionych w Małopolskim OW NFZ utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: 22,3 tys. zł i 22,7 tys. zł.

[139] W 2014 r. 29,5 tys. zł; w 2015 r. spadek wartości zakontraktowanych świadczeń o 3,2 tys. zł.

[140] Priorytet regionalny – istotne zadanie, niesprzeczne z priorytetami centralnymi lub ogólnopolskimi, mające na celu poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w ramach zadań realizowanych przez NFZ, określane przez oddział wojewódzki NFZ, ukierunkowane na obszar województwa lub mniejszy. Źródło definicji: jak dla priorytetu ogólnopolskiego.

ki macicy, układu pokarmowego, a w 2014 r. i 2015 r. zakontraktował świadczenia udzielane na etapie podstawowym w programie profilaktyki raka piersi na kwotę niższą niż w 2013 r.[141]

- Podlaski OW NFZ na rok 2014 opracował m.in. priorytet regionalny „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu raka szyjki macicy oraz raka piersi w województwie podlaskim", a 2014 r. zakontraktowano świadczenia o wartości niższej niż w 2013 r. w przypadku programu profilaktyki raka szyjki macicy o 24,7%[142], programu profilaktyki raka piersi na etapie podstawowym o 1,1%, a pogłębionym o 18,3%[143].

Fundusz nie wykorzystywał informacji o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń do analizy zapotrzebowania na usługi medyczne udzielane w ramach programów profilaktycznych oraz nie uzyskiwał informacji na temat realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego własnych programów profilaktycznych[144].

4.2.3. Dostępność świadczeń profilaktycznych

Ograniczony dostęp do świadczeń profilaktycznych

Minister Zdrowia oraz NFZ nie zapewnili, na terenie całego kraju, równego dostępu do świadczeń profilaktycznych[145]. Dostęp do świadczeń profilaktycznych udzielanych w ramach wszystkich programów przesiewowych raka jelita grubego, piersi, szyjki macicy oraz płuca był ograniczony i zróżnicowany terytorialnie.

Dostęp do świadczeń wczesnego wykrywania raka jelita grubego

W ramach badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia raka jelita grubego niektóre regiony kraju były całkowicie pozbawione ośrodków wykonujących badania przesiewowe. Liczba ośrodków wykonujących badania przesiewowe była niższa od zakładanej w „Programie badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, kontynuacja na lata 2012–2015 z uwzględnieniem planów na lata po 2015 roku"[146], w którym zakładano budowę sieci 130 ośrodków (jeden ośrodek na około trzy powiaty).

W 2011 r. Program realizowany był jedynie w 11,6% (w 44 z 380) powiatów, co zapewniało dostęp do badań dla 24,6% osób populacji docelowej, a niektóre regiony kraju (północne Mazowsze, Warmia i Mazury) pozbawione były całkowicie ośrodków wykonujących badania przesiewowe. W 2015 r. świadczenia realizowały 84 placówki oraz objęto zaproszeniami pacjentów z terenu około 130 powiatów.

141 W 2013 r. zakontraktowano o wartości 3 393,2 tys. zł, w 2014 r. o 3 203,5 tys. zł tj. o 5,59% mniej niż w 2013 r., a w 2015 r. 3 331,9 tys. zł o 1,8% mniej niż w 2013 r.

142 W 2014 r. zakontraktowano o wartości 974,2 tys. zł, a w 2013 r. 1 293,6 tys. zł.

143 W 2014 r. na etapie podstawowym (2 722,2 tys. zł), a pogłębionym (110,9 tys. zł), w 2013 r. odpowiednio 2 752,6 tys. zł oraz 135,7 tys. zł.

144 NFZ nie ma obowiązku uzyskiwania takich informacji, a treść programów profilaktycznych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego jest publikowana na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i doraźnie monitorowana.

145 Informacja o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia".

146 Dokument ten został opracowany przez koordynatora Programu, tj. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i przekazany Ministerstwu Zdrowia.

Dostęp do świadczeń profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy

Ograniczony był także dostęp do świadczeń profilaktycznych udzielanych w ramach programów przesiewowych raka piersi oraz raka szyjki macicy. Przykładowo w 2014 r. w woj. mazowieckim, w 13 powiatach spośród 41, nie zakontraktowano świadczeń w zakresie programu profilaktyki raka piersi, etap podstawowy, a w województwie dolnośląskim w 2013 r. nie zabezpieczono dostępu do świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych w następujących zakresach: w programie profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki – powiat głogowski, górowski, jaworski, legnicki, lubiński, polkowicki, złotoryjski, m. Legnica; w programie profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki – powiat bolesławiecki, jeleniogórski, lubański, lwówecki, zgorzelecki, m. Jelenia Góra[147].

Aby zwiększyć dostęp do świadczeń, od 1 stycznia 2014 r., umożliwiono położnym podstawowej opieki zdrowotnej pobieranie materiału do badania cytologicznego[148]. Ponadto, w celu zwiększenia zgłaszalności kobiet do programów profilaktycznych raka piersi oraz raka szyjki macicy, Fundusz zamieszczał informacje o realizacji tych programów na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym także wykazy świadczeniodawców udzielających tych świadczeń oraz harmonogramy postoju mammobusów.

Dostęp do świadczeń profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POCHP

Realizowany przez NFZ „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP" przynosił niewielkie efekty zdrowotne, bowiem, w latach 2012–2015 (I półrocze), objęto nim tylko 43 tys. osób. Malejące zainteresowanie lekarzy POZ realizacją Programu wynikało z wymogów, jakie musieli spełnić (m.in. szkolenie w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu i posiadanie odpowiedniej jakości spirometru), co wiązało się z ponoszeniem dodatkowych kosztów[149].

W latach 2012–2016 nie we wszystkich OW NFZ udało się zapewnić pacjentom pełny dostęp do świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych zarówno na etapie podstawowym, jak i etapie specjalistycznym. W 2016 r. na etapie podstawowym w dwóch OW NFZ nie udało się zapewnić pacjentom dostępu do świadczeń, a na etapie specjalistycznym, aż w połowie (tj. ośmiu) OW NFZ[150].

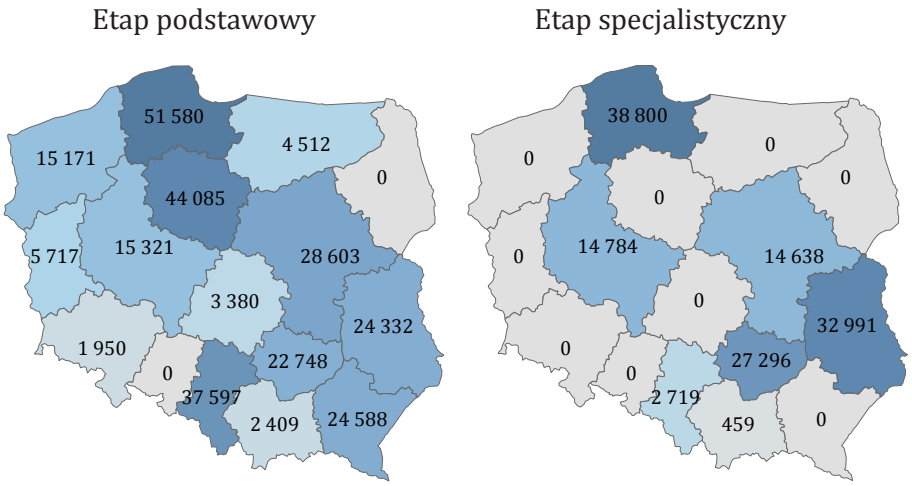
147 Informacje o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku" oraz „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok".

148 Na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2013 r. Nr 69/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna do dnia 19 listopada 2015 r. Następnie od dnia 20 listopada 2015 do dnia 27 czerwca 2016 r. obowiązywało zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 19 listopada 2015 r. Nr 77/2015/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, a od 28 czerwca 2016 r. obowiązuje zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 r. Nr 50/2016/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

149 Informacja o wynikach kontroli „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego".

150 Informacja o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku".

Mapa nr 2
Wartość zakontraktowanych świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym oraz na etapie specjalistycznym w 2016 r. (w zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ – stan na 2 stycznia 2017 r.

Program badań wczesnego wykrywania raka płuca – NPZChN

W 2016 r. NIK negatywnie oceniła[151] niską dostępność do badań wykonywanych w ramach „Programu wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej". Objęcie w latach 2012–2014 tym Programem jedynie 0,09% osób z 4,5-milionowej grupy ryzyka, palących tytoń dłużej niż 20 lat, było działaniem niewystarczającym do rozwiązania bardzo istotnego problemu onkologii, jakim jest wysoka umieralność na raka płuca będąca następstwem późnego rozpoznania tej choroby[152].

4.2.4. Zgłaszalność na badania profilaktyczne

Niska zgłaszalność na badania profilaktyczne

NIK kilkukrotnie wskazywała na niską zgłaszalność pacjentów na badania przesiewowe w ramach programów profilaktycznych. Wskaźnik zgłaszalności na badania przesiewowe jest uznawany za podstawę efektywności badań przesiewowych. W przypadku badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia raka piersi oraz szyjki macicy, skuteczność profilaktyki nowotworowej warunkuje objęciem badaniami przesiewowymi minimum 70% populacji w grupie docelowej[153].

W latach 2012–2015 dostęp do świadczeń profilaktycznych był niewystarczający, co było jednym z czynników, który spowodował, że badaniami tymi objęto ograniczoną liczbę pacjentów, nieprzekraczającą połowy osób

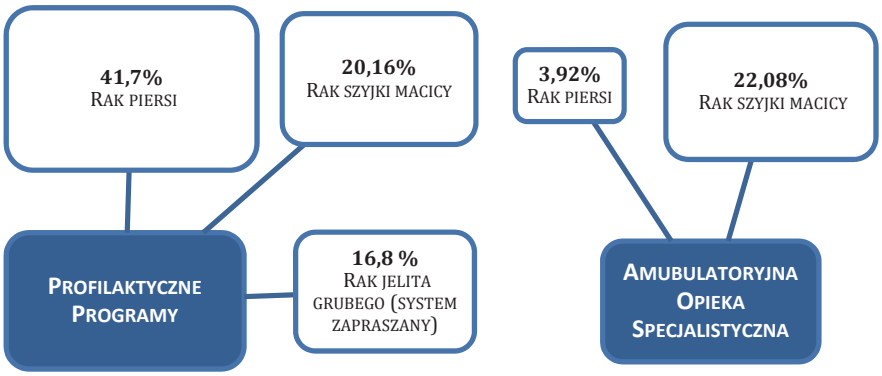
[151] Informacja o wynikach kontroli „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego".

[152] W latach 2012–2014 wykonano łącznie 12 430 badań przesiewowych, a w 2016 r. wykonano 8 649 badań w kierunku wykrywania raka płuca i chorobę wykryto u 212 pacjentów (2,5% przebadanych). Informacje o wynikach kontroli NIK „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego" oraz „Wykonania budżetu państwa w 2016 r. w części 46 – Zdrowie".

[153] Informacje o wynikach kontroli NIK: „Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim" oraz „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia" z 2017 r. Według *„European guidlines for quality assurances in breast cancer screening and diagnosis"*, http://annonc.oxfordjournals.org/content/19/4/614.full; oraz „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020", Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2015 r., str. 41. Światowa Organizacja Zdrowia określiła wskaźniki efektywności dla badań przesiewowych w zakresie profilaktyki raka piersi na 70% populacji objętej badaniami, a dla badań przesiewowych w zakresie raka szyjki macicy na 80% populacji objętej programem.

uprawnionych. W okresie tym odsetek osób objętych programami profilaktycznymi kształtował się w przypadku raka piersi poniżej 45%, raka szyjki macicy poniżej 24%, a raka jelita grubego (tzw. system zapraszany) poniżej 18%. Dodatkowo odsetek kobiet z grup ryzyka, które wykonywały badania w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w latach 2012–2015 wynosił w przypadku raka piersi poniżej 5%, a raka szyjki macicy poniżej 23%.

Schemat nr 5
Odsetek osób objętych badaniami w programach profilaktycznych oraz w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W związku z niską zgłaszalnością na badania profilaktyczne NIK w 2016 r.[154] skierowała do Ministra Zdrowia wniosek pokontrolny o wprowadzenie, skuteczniejszych niż dotychczasowe, form propagowania badań. W 2016 r. wniosek ten realizowano poprzez działania medialne, w tym emisję spotów oraz audycji w stacjach telewizyjnych. Przygotowano planowaną dokumentację dla przeprowadzenia ogólnopolskiej kampanii informacyjno-promocyjnej oraz badania reprezentatywnej grupy populacji, jednakże zadania te zostały przesunięte na kolejny rok z uwagi na unieważnienie przetargu na wykonanie badania postaw wobec zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej całej populacji oraz postaw wobec profilaktyki raka szyjki macicy oraz piersi wśród kobiet.

Podkreślić należy, że w 2016 r. wykonano o 89,1 tys. badań mammograficznych mniej niż w 2015 r. i o 109 tys. mniej badań cytologicznych oraz o 21,8 tys. mniej badań jelita grubego. Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło analizy przyczyn spadku zgłaszalności na badania. Wyjaśniono, że będzie to możliwe, po przeprowadzeniu badań postaw wobec zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej i po zweryfikowaniu, ile kobiet wykonuje regularne badania mammograficzne i cytologiczne.

4.2.5. Niezrealizowanie celów NPZChN

Niezrealizowanie zasadniczych celów NPZChN

Nie zostały osiągnięte wskaźniki zgłaszalności pacjentek uznawane za podstawę efektywności badań przesiewowych, co miało wpływ na nieosiągnięcie zasadniczego celu „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowo-

[154] Informacje o wynikach kontroli: Wykonania budżetu państwa w 2016 r. w części 46 – Zdrowie oraz w 2015 r.

tworowych" na lata 2006–2015, którym było zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu raka piersi, raka szyjki macicy oraz raka jelita oraz średnich europejskich wartości wskaźników skuteczności leczenia.

Minister Zdrowia, wiedząc o takiej sytuacji, nie wykonał kompleksowych analiz oraz nie podjął działań zmierzających do zwiększenia zgłaszalności na badania profilaktyczne, choć w dokumentach strategicznych wskazano, że zmiany w programach powinny zmierzać m.in. do zwiększenia zgłaszalności na badania, a działania te wymagają „pełnej wiedzy o wskaźnikach dotyczących efektywności badań przesiewowych oraz głębokiego rozpoznania czynników odpowiedzialnych za niską zgłaszalność kobiet na zorganizowane badania profilaktyczne"[155].

NIK zauważyła, że w umowach zawieranych przez Ministra Zdrowia z WOK-ami, zobowiązano realizatorów programów jedynie do podejmowania działań zmierzających do zwiększenia zgłaszalności pacjentek.

Niezrealizowanie celów NPZChN rak jelita

W latach 2005–2015 r. zachorowalność na raka jelita grubego zachowała, zaobserwowaną w latach wcześniejszych, tendencję wzrostową, natomiast w okresie tym odnotowano niewielką poprawę w zakresie wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Nastąpiła także poprawa wskaźnika przeżyć pięcioletnich, jednakże wartości tego wskaźnika były niższe o około 10 punków procentowych, niż jego średnia wartość w krajach europejskich objętych badaniem Eurocare 5[156].

Niezrealizowanie celów NPZChN rak piersi

W przypadku zachorowalności na nowotwór piersi liczba pacjentek z rozpoznanym rakiem piersi również wzrastała (w latach 2000–2013). Ponadto, mimo że poprawiły się wartości wskaźników wykrywalności wczesnych postaci raka piersi, nie odnotowano poprawy wartości wskaźników przeżyć pięcioletnich i nadal odbiegały one od wartości osiąganych w wybranych krajach europejskich, także o około 10 punktów procentowych[157].

Niezrealizowanie celów NPZChN rak szyjki macicy

Jedynie w przypadku zachorowań na raka szyjki macicy nastąpiło zarówno zmniejszenie liczby zachorowań (o ok. 11% w latach 2005–2015) jak i poprawienie wartości wskaźników wykrywalności wczesnych postaci raka[158]. Nie odnotowano jednak poprawy wartości wskaźników przeżyć pięcioletnich, które nadal odbiegały od wartości osiąganych w wybranych krajach europejskich i były niższe o ok. 10 punktów procentowych. Pomimo

[155] „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020", Warszawa, lipiec 2015 r.

[156] W 2015 r. raka jelita grubego zdiagnozowano u 17 450 osób, w 2010 r. – u 15 800, w 2005 r. – u 13 987, a w 2000 r. u 11 644 osób. W 2014 r. u 46,5%. pacjentów zdiagnozowano raka jelita grubego z I i II stopniem zaawansowania choroby, w 2010 r. u 42%, a w 2005 r. u 38%. Liczba pacjentów z rozpoznaniem nowotworu jelita grubego, którzy nie przeszli badań przesiewowych, była istotnie mniejsza w porównaniu do pacjentów uczestniczących w takich badaniach. Oceniany w latach 2007–2009 wskaźnik przeżyć pięcioletnich dla osób z rozpoznanym w latach 2000–2002 nowotworem, w przypadku mężczyzn wzrósł z 43,3% do 44,91%, a w przypadku kobiet z 44,1% do 46,45%, a zgodnie z badaniami Eurocare 5, przeprowadzonymi dla 29 krajów przeżycia pięcioletnie mężczyzn i kobiet, leczonych z powodu nowotworów w latach 2007–2009, wyniosły odpowiednio 55,8% – w roku 2007 i 57,66% – w roku 2009.

[157] W 2013 r. liczba pacjentek wyniosła 17 142. tj. o 28% więcej niż w 2010 r. i o 56,0% więcej niż 2005 r. W 2013 r. pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi stanowiły 30% osób przebadanych, a w 2015 r. 36% przebadanych, Wskaźniki przeżyć pięcioletnich dla rozpoznań z lat 2000–2009.

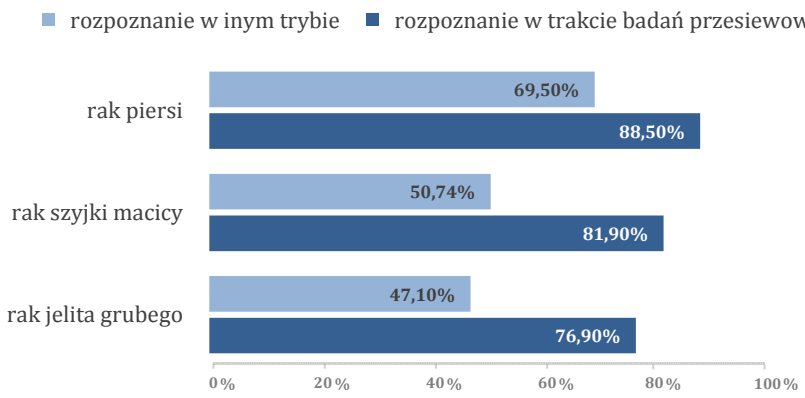
[158] W 2013 r. pacjentki z rozpoznanym zaawansowanym rakiem szyjki macicy stanowiły 34% osób przebadanych, a w 2005 r. 44 % przebadanych.

zmniejszenia liczby nowych pacjentek leczonych z powodu raka szyjki macicy, wzrastała liczba wszystkich pacjentek objętych leczeniem, co nie przełożyło się na zwiększenie finansowania leczenia tej choroby ponoszonych przez NFZ. W ocenie NIK zmniejszenie środków przeznaczanych *per capita* na leczenie pacjentek może mieć negatywny wpływ na wyniki leczenia. Polska należy bowiem do krajów o jednym z najwyższych wskaźników zgonów z powodu raka szyjki macicy w porównaniu do innych krajów europejskich[159].

3-letnie przeżycia pacjentów a tryb wykrycie choroby

NIK, biorąc pod uwagę jak duże znaczenie ma wczesne wykrycie choroby nowotworowej, wykazała, że odsetek pacjentów, którzy przeżyli co najmniej trzy lata, z rozpoznanym (pierwszy raz w latach 2010–2012) rakiem jelita grubego, szyjki macicy i piersi, w przypadku osób z chorobą wykrytą podczas badań przesiewowych, był istotnie, tj. o ponad 20 punktów procentowych wyższy, niż w przypadku pozostałych pacjentów, którzy nie uczestniczyli w takich badaniach[160].

Wykres nr 12
Porównanie odsetka pacjentów, którzy przeżyli minimum 3 lata od wykrycia raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w zależności od trybu wykrycia choroby



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ i COI – stan na koniec 2015 r.

Panel ekspertów NIK o przeżyciach 3-letnich pacjentów

W trakcie panelu ekspertów z dnia 4 października 2017 r. eksperci zaznaczyli, że wskaźniki przeżycia chorych na nowotwory mają wiele różnych uwarunkowań i bezkrytyczne posługiwanie się czasem przeżycia chorych może prowadzić do błędu, który polega na zawyżeniu korzystnych efektów programów profilaktycznych. Zazwyczaj diagnoza stawiana w wyniku skriningu następuje wcześniej niż w przypadku diagnozy po pojawieniu się pierwszych objawów i w ten sposób do czasu przeżycia dodaje się tzw. czas prowadzenia.

Panel ekspertów NIK o włączeniu medycyny pracy w profilaktykę

Uczestnicy tego samego panelu ekspertów zwrócili uwagę, że jednym ze sposobów zwiększenia liczby pacjentów objętych badaniami profilaktycznymi, mogłoby być włączenie w większym stopniu lekarzy medycyny pracy

[159] Informacje o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia" z 2017 r. Analizy NFZ wskazują na zmniejszanie się liczby leczonych kobiet do 2030 r., przy jednoczesnym wzroście kosztów ich leczenia w przeliczeniu na pacjentkę. Źródło: Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, „Rak szyjki macicy – diagnoza systemu", Warszawa, czerwiec 2016 r.

[160] Porównanie danych z baz NFZ i COI w Warszawie.

w profilaktykę chorób cywilizacyjnych, a w szczególności nowotworowych. Wielu pacjentów, którzy nigdy nie korzystają z usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zgłasza się do lekarza medycyny pracy na badania okresowe dopuszczające do pracy. Kraje, które mają wysoką skuteczność w badaniach profilaktycznych, uzyskały ją dzięki aktywizacji pracodawców w ramach medycyny pracy. Wskazano także, że pracodawcy obawiają się przerzucenia na nich obowiązku finansowania badań profilaktycznych i ważne jest wskazanie, że finansowanie tych badań następuje z odrębnie finansowanych programów profilaktycznych, a lekarz medycyny pracy dokonuje jedynie „rekrutacji do programu profilaktycznego".

Brak bazy danych o wykonanych badaniach profilaktycznych

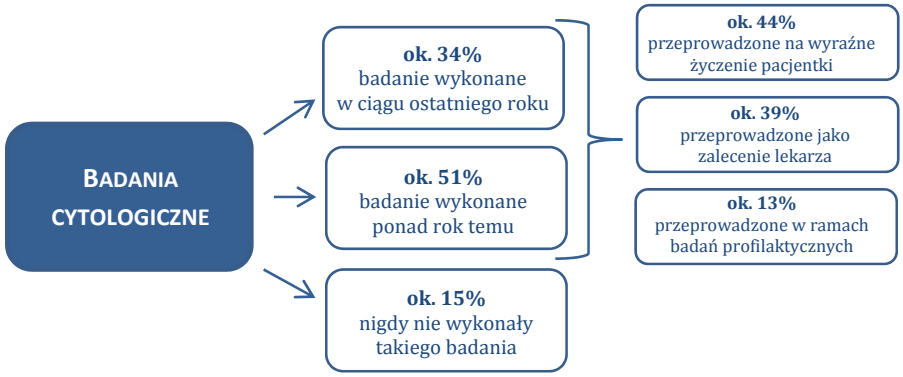
Ponadto eksperci zwrócili uwagę, że nie ma wspólnej bazy danych, obejmującej informację o wszystkich wykonywanych badaniach profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych oraz prywatnych. Informacje o wykonanych badaniach finansowanych ze środków publicznych zarówno w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych oraz w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są sprawozdawane do właściwych podmiotów[161], natomiast brak jest informacji odnośnie realizacji badań finansowanych ze środków prywatnych.

GUS o badaniach profilaktycznych

Z badania ankietowego dotyczącego zdrowia i zachowań zdrowotnych mieszkańców Polski oraz m.in. poddawania się badaniom profilaktycznym, bez rozróżnienia na źródło finansowania (środki publiczne, prywatne), przeprowadzonego przez GUS pod koniec 2014 r.[162] wynika, że w porównaniu do 2009 r. większy odsetek osób miał wykonane badania profilaktyczne m.in.:

- ponad 85% dorosłych kobiet (przynajmniej raz w życiu) miało wykonane badanie cytologiczne i stanowi to wzrost o 6 punktów procentowych w porównaniu do 2009 r.;

Schemat nr 6
Odsetek kobiet objętych badaniem cytologicznym ze wskazaniem podstaw ich wykonania



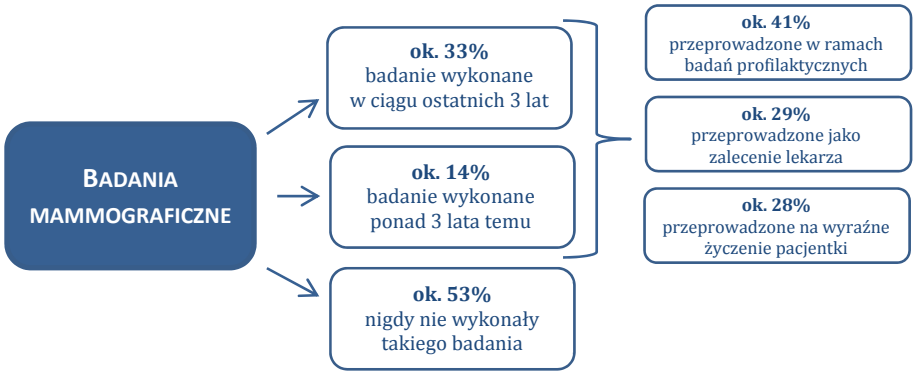
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS (EHIS) 2014 r.

[161] Patrz szerzej pkt 7.4 Informacji, Systemy informacyjne, źródła danych i obieg informacji w onkologii.

[162] Notatka informacyjna GUS z 1 grudnia 2015 r. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. – przeprowadzonymi przez GUS w końcu 2014 r. dotyczącymi oceny przez mieszkańcy Polski swojego zdrowia m.in. w sprawie wykonywania badań profilaktycznych.

- ponad 47% dorosłych kobiet (przynajmniej raz w życiu) miała wykonane badania mammograficzne, co stanowiło wzrost o blisko 7 punktów procentowych w stosunku do 2009 r.;

Schemat nr 7
Odsetek kobiet objętych badaniem mammograficznym ze wskazaniem podstaw ich wykonania



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS (EHIS) 2014 r.

- blisko 20% osób dorosłych zostało co najmniej raz w życiu przebadanych w kierunku wykrywania raka jelita grubego, wykonując kolonoskopię lub badanie krwi utajonej w kale;
- ponad 30% mężczyzn w wieku powyżej 40. lat miało przeprowadzone badanie lekarskie w kierunku nowotworu prostaty. Częstość wykonywania takiego badania rośnie wraz z wiekiem, np. w przypadku 40-latków procent przebadanych mężczyzn stanowił ok. 11%, a wśród mężczyzn 70-letnich i starszych blisko 70%, (z tego 75% zostało przebadanych w ciągu ostatnich trzech lat).

4.3. Uwagi i wnioski NIK – profilaktyka wtórna nowotworów

Strategia walki z rakiem

Jak wskazano w „Strategii walki z rakiem", pomimo stosowania różnych metod realizacji populacyjnych badań przesiewowych, istnieje szereg wspólnych działań, które zapewniają ich skuteczność. Należą do nich przede wszystkim promocja, edukacja społeczna, zachęcanie przez lekarzy w POZ do udziału w badaniach, szkolenia realizatorów badań, zrozumienie i zmniejszanie regionalnych różnic, czy skuteczne zaangażowanie samorządów. Ważnym zagadnieniem jest także organizacja badań przesiewowych, w szczególności badań cytologicznych oraz mammograficznych, oraz efektywność kosztowa, związana przede wszystkim z odpowiednim określeniem grup ryzyka.

Rekomendacje NIK

W celu budowy sprawnego systemu wczesnego wykrywania nowotworów, Najwyższa Izba Kontroli uznaje za zasadne podjęcie działań zmierzających m.in. do:

- **określenia przez Ministra Zdrowia spójnej, kompleksowej i wieloletniej koncepcji działań profilaktycznych, ukierunkowanej na zachowanie zdrowego trybu życia i zapobieganie chorobom, z uwzględnieniem priorytetów i wskaźników epidemiologicznych;**
- **przygotowania rozwiązań legislacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę wtórną i wczesną**

diagnostykę chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów z zapewnieniem możliwości jej odrębnego finansowania, które nie obciążałoby pracodawców;

- **prowadzenia przez Ministra Zdrowia rzetelnych analiz dotyczących efektywności realizowanych programów przez podmioty je finansujące;**
- **zwiększenia odsetka pacjentów uczestniczących w programach profilaktyki zdrowotnej;**
- **egzekwowania przez NFZ od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej realizacji obowiązujących procedur w zakresie profilaktyki zdrowotnej chorób nowotworowych;**
- **stworzenia bazy danych, która pozwoliłaby ocenić faktyczne uczestnictwo obywateli w badaniach profilaktycznych, niezależnie, czy są one realizowane w ramach populacyjnych programów przesiewowych, czy w innym trybie (np. zlecone przez lekarza w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), a także z uwzględnieniem różnych źródeł finansowania (środki publiczne, prywatne).**

5. DIAGNOSTYKA NOWOTWORÓW

Diagnostyka onkologiczna

W procesie diagnostyki onkologicznej najczęściej wykonywane są badania obrazowe, takie jak rentgenodiagnostyka, ultrasonografia, mammografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny oraz badania histopatologiczne lub cytologiczne pobranych tkanek, a także testy genetyczne. Odpowiednio dobrane i szybko zastosowane metody diagnostyczne powinny się zakończyć weryfikacją wstępnego rozpoznania (tj. potwierdzeniem bądź wykluczeniem podejrzenia nowotworu) oraz ustaleniem stopnia zaawansowania nowotworu.

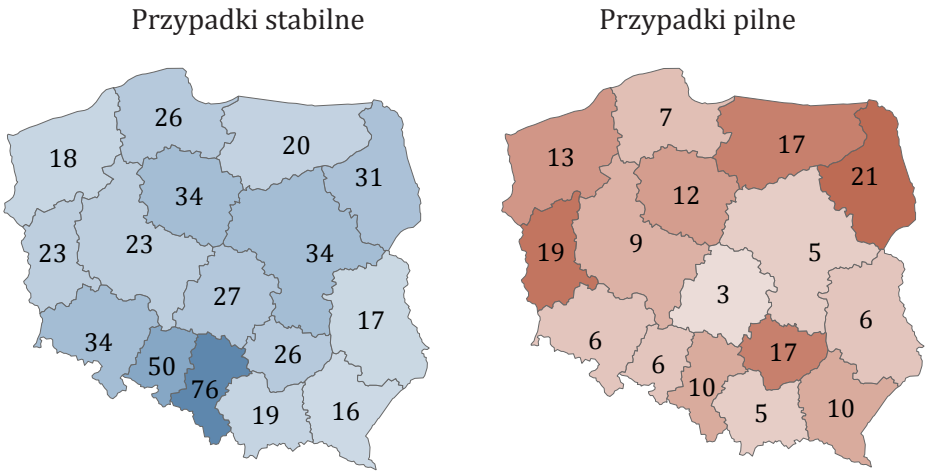
5.1. Dostęp do świadczeń diagnostycznych

Zdaniem specjalistów proces diagnostyczny w chorobach nowotworowych nie powinien trwać dłużej niż cztery tygodnie[163], jednakże proces ten często trwa długo, jest nieskoordynowany i przerywany długimi okresami oczekiwania zarówno na wizytę u lekarza specjalisty, jak i na badania diagnostyczne i ich wynik.

Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty i diagnostykę

Potwierdzają to między innymi czasy oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty. Jak stwierdzono w toku kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r.", mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu onkologii dla przypadków stabilnych na koniec 2016 r. wynosiła 35 dni, tj. od 17 dni w województwie lubelskim do 76 dni w województwie śląskim (pacjenci bez wystawionej karty DiLO). Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia poniższy wykres.

Mapa nr 3
Mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu onkologii we wszystkich rodzajach poradni na koniec 2016 r. (dla pacjentów nieposiadających karty DiLO)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

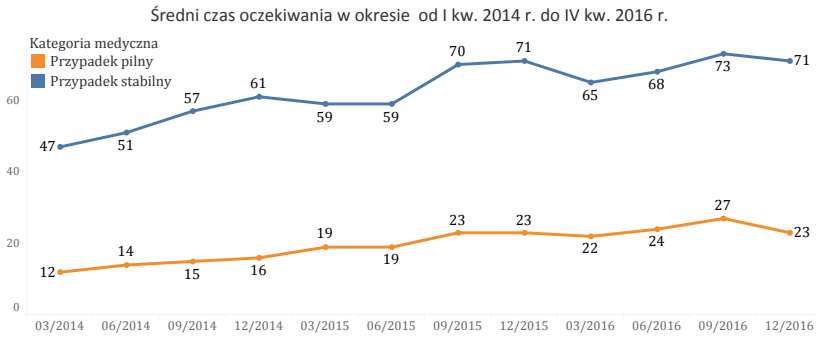
Podobnie występują długie czasy oczekiwania na diagnostykę obrazową dla pacjentów, tj. tomografię komputerową i rezonans magnetyczny. Przy czym należy podkreślić, że czas oczekiwania na te świadczenia w ciągu trzech lat wydłużył się blisko dwukrotnie[164].

[163] „Strategia walki z rakiem", str. 98–103.

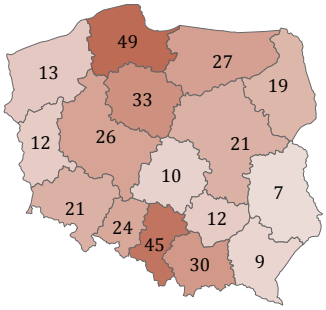
[164] Czas oczekiwania podano dla wszystkich pacjentów, w tym onkologicznych, którzy nie mieli wystawionej karty DiLO.

Infografika nr 10

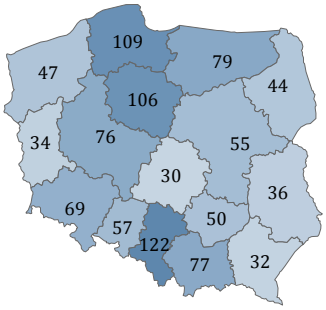
Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu tomografii komputerowej w latach 2014–2016 i na koniec 2016 r. (nie obejmuje pacjentów z wystawioną kartą DiLO)



Średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych na koniec IV kw. 2016 r.



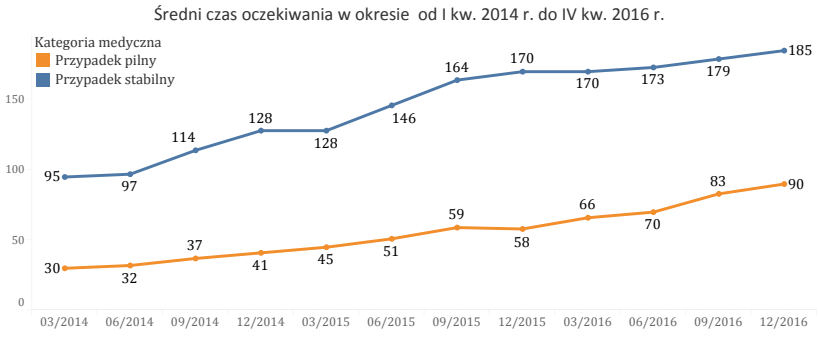
Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych na koniec IV kw. 2016 r.



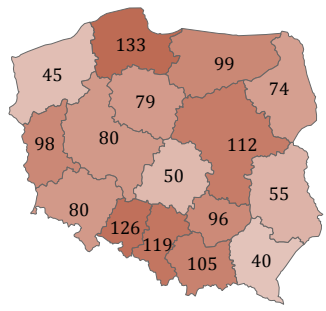
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Infografika nr 11

Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu rezonansu magnetycznego w latach 2014–2016 i na koniec 2016 r. (nie obejmuje pacjentów z wystawioną kartą DiLO)



Średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych na koniec IV kw. 2016 r.



Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych na koniec IV kw. 2016 r.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wprowadzenie z początkiem 2015 r. pakietu onkologicznego skróciło wprawdzie czas oczekiwania na udzielenie świadczeń dla pacjentów z wystawioną kartą DiLO, w porównaniu do pozostałych pacjentów przyjmowanych w trybie planowym, lecz nie wszyscy pacjenci kwalifikujący się do pakietu uzyskali świadczenia w jego ramach.

Jak ustalono w toku kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego", 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.[165] Formalnie zostali oni pozbawieni możliwości szybkiego wykonania badań diagnostycznych i podobnie, jak pozostali pacjenci, musieli czekać w kolejkach osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Krótszy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń pacjentom w ramach pakietu onkologicznego, w porównaniu do pozostałych pacjentów uzyskujących je w trybie planowym (z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu lub innej choroby), dotyczył wszystkich 33 analizowanych poradni i pracowni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

5.2. Jakość i kompleksowość udzielanych świadczeń diagnostycznych

NIK o diagnostyce laboratoryjnej

W Informacji o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej" NIK oceniła, że przyjęty sposób finansowania nie zapewnia właściwego stopnia wykorzystania badań diagnostycznych i pozwala na rozliczanie wykonanego świadczenia bez uwzględnienia, przy podejmowaniu decyzji medycznej, odpowiedniego poziomu informacji diagnostycznej.

Zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nie ma wydzielonej puli środków przeznaczonych na finansowanie badań laboratoryjnych (koszty badań diagnostyki laboratoryjnej są ujęte w wycenie poszczególnych świadczeń). Odrębnie kontraktowane są jedynie badania genetyczne. Kontrola wykazała, że najwięcej badań wykonywanych było w ramach świadczeń realizowanych w ramach leczenia szpitalnego – stanowiły one 85% spośród wszystkich sprawozdawanych do NFZ, co świadczy o wykorzystywaniu badań diagnostyki laboratoryjnej przede wszystkim w medycynie naprawczej.

W okresie 2015–2016[166] średni udział kosztów badań laboratoryjnych w kosztach świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w kontrolowanych podmiotach leczniczych kształtował się na poziomie 6,34%.

Badania immunohistochemiczne i molekularne

Jakość udzielanych świadczeń onkologicznych jest zróżnicowana na terenie kraju i nie zawsze odpowiada światowym standardom. 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 potwierdzenie w komórkach nowotworowych obecno-

[165] Analiza Ministerstwa Zdrowia, dotycząca umów typu 03 Leczenie szpitalne.

[166] Tj. od stycznia 2015 r. do października–listopada 2016 r.

ści markera będącego molekularnym celem leczenia. Na konieczność przeprowadzania badań immunohistochemicznych i molekularnych u każdego pacjenta, u którego zdiagnozowano typ raka zawierający zmianę molekularną, mogącą stanowić podstawę leczenia celowanego wskazuje Polskie Towarzystwo Onkologiczne (zalecenia te jednakże nie mają charakteru normatywnego).

Świadczeniodawca dla poprawnego zastosowania terapii celowanych powinien posiadać możliwość wykonania wybranych badań immunohistochemicznych oraz molekularnych. Optymalną sytuacją jest gdy świadczeniodawca dysponuje własnymi pracowniami wykonującymi wspomniane badania. Jak ustalono w toku kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego", spośród 431 świadczeniodawców posiadających umowy na realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jak i leczeniu szpitalnym 191 (tj. 55,68%) nie posiadało zakładu patomorfologii. Dodatkowo część zakładów patomorfologii wykonywała jedynie badania histopatologiczne, bez badań immunohistochemicznych lub molekularnych. Ponadto wyniki kontroli wykazały, że pięciu świadczeniodawców udzielających świadczeń onkologicznych (na 19 skontrolowanych), 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, do których stosowania w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 1 lipca 2017 r. zobowiązywał przepis § 4a ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego[167]. 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. 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.

5.3. Wartość ambulatoryjnych świadczeń onkologicznych

Wartość świadczeń udzielonych pacjentom z rozpoznaniami onkologicznymi

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej[168] na leczenie onkologiczne wydatkowano w 2015 r. 634 013,02 tys. zł, co stanowiło 11,27% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem[169], a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 416 808,56 tys. zł. Na świadczenia udzielane pacjentom kwalifikującym się do leczenia w ramach pakietu onko-

[167] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).

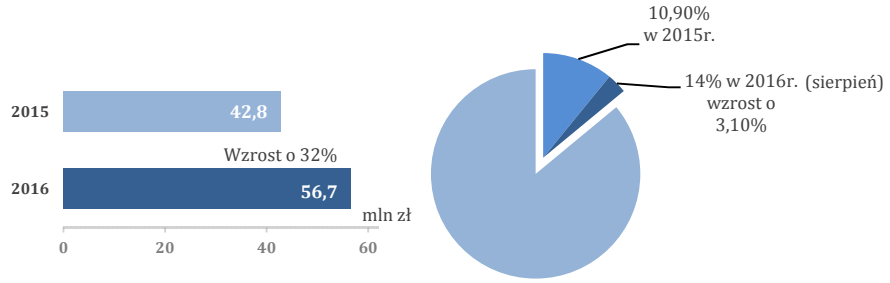
[168] Obejmujące typy umów 02/1 AOS – świadczenia w poradniach, 02/3 AOS – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, 02/4 AOS – w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS).

[169] Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w rodzaju AOS wyniosło 5 628 130,00 tys. zł.

logicznego[170] w rodzaju AOS w 2015 r. wydatkowano 341 008,74 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 223 345,98 tys. zł), co stanowiło 5,67% (do 31 sierpnia 2016 r. 5,84%) środków wydatkowanych na leczenie tych pacjentów we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej[171].

Wartość świadczeń wykonanych w ramach pakietu onkologicznego w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna rozliczonych w ramach zakresów pakietu onkologicznego w 2015 r. wyniosła 42 819,15 tys. zł, a do 31 sierpnia 2016 r. 35 821,29 tys. zł. Wartość świadczeń udzielonych pacjentom z rozpoznaniem ICD 10, kwalifikującym do pakietu onkologicznego[172] w zakresach pakietu onkologicznego AOS w 2015 r. stanowiła 10,89%, a w 2016 r. do 31 sierpnia 14,04%, wartości wszystkich świadczeń udzielonych tym pacjentom w AOS[173].

Wykres nr 13
Udział i wartość[174] świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego w świadczeniach ogółem w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r. i 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Większość świadczeń była rozliczana poza pakietem onkologicznym

NIK zwróciła uwagę, że blisko 90% wartości świadczeń udzielanych w 2015 r. w AOS zostało rozliczonych w ramach umów objętych limitami, zaś jedynie około 10% w ramach pakietu, a w przypadku województwa podkarpackiego nawet poniżej 5%[175]. W okresie od stycznia do sierpnia 2016 r. wartość świadczeń rozliczanych w ramach pakietu w AOS nie zmieniła się znacznie i wyniosła niecałe 15%.

Niska wartość świadczeń realizowanych w ramach pakietu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna była związana z tym, że świadczenia realizowane w ramach pakietu onkologicznego były wykonywane na rzecz

[170] Tj. z rozpoznaniami z listy kodów ICD 10: C00-C97, z wyłączeniem C44, D00-D09 z wyłączeniem D04, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0.

[171] W 2014 r. na leczenie onkologiczne w AOS wydatkowano 568 191 tys. zł z tego na rozpoznania onkologiczne 300 055 tys. zł, tj. 5,18% środków wydatkowanych na rozpoznania onkologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

[172] Patrz przypis nr 170.

[173] Środki w zakresach pakietowych zostały wydatkowane w ramach umowy 02/1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach i w 2015 r. stanowiły 19,11% wydatkowanych na rozpoznania pakietowe w ramach tego typu umowy (tj. 194 218,34 tys. zł), a do 31 sierpnia 2016 r. 23,84% (tj. 131 510,85 tys. zł).

[174] Udział wartości świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego w świadczeniach ogółem w 2015 r. i w 2016 r. (do dnia 31 sierpnia) – stan na 31 grudnia 2016 r., wartość wydatków na leczenie szpitalne za lata 2015 i 2016 – stan na 3 kwietnia 2017 r.,

[175] Najniższy procent wartości świadczeń rozliczanych w ramach pakietu wyniósł w województwach: podkarpackim w 2015 r. 4,74%, a do 31 sierpnia 2016 r. 6,20%; świętokrzyskim odpowiednio 6,26% i 8,16%; a najwyższy w wielkopolskim 14,14% i 16,35% oraz opolskim 18,71% i 25,85%.

pacjentów posiadających już kartę DiLO, a lekarz AOS był uprawniony do wystawienia karty DiLO dopiero po potwierdzeniu nowotworu złośliwego, a w przypadku wykluczenia nowotworu diagnostyka była sprawozdawana i rozliczana w ramach umów limitowych.

5.4. Uwagi i wnioski NIK – diagnostyka onkologiczna

Rekomendacje NIK

Najwyższa Izba Kontroli, podtrzymując wnioski zawarte w dotychczasowych kontrolach, zwraca uwagę na potrzebę kompleksowych zmian w organizacji diagnostyki. W szczególności NIK wskazuje na konieczność zwiększenia odsetka pacjentów onkologicznych z wystawioną Kartą DiLO w celu zapewnienia im dostępu do szybkiej diagnostyki, a także zwiększenie liczby świadczeniodawców aktywnie 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 DiLO lub oczekuje na udzielenie świadczenia na równi z innymi pacjentami (nieonkologicznymi).

Ponadto, w ocenie NIK, zasadnym jest wspieranie rozwoju wyspecjalizowanych ośrodków diagnostyki i leczenia onkologicznego (wszechstronnie zorientowanych lub narządowych), dysponujących odpowiednim doświadczeniem, kadrą medyczną 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.

6. LECZENIE NOWOTWORÓW Z UWZGLĘDNIENIEM REHABILITACJI ONKOLOGICZNEJ I OPIEKI PALIATYWNEJ

Leczenie onkologiczne

Po postawieniu diagnozy pacjent powinien zostać niezwłocznie skierowany na leczenie onkologiczne, obejmujące nie tylko samą właściwą terapię, ale także rehabilitację onkologiczną, jako integralną formę wspomagania terapii i utrwalania pozytywnych skutków leczenia. W przypadku niemożności podjęcia leczenia terapeutycznego lub jego niepowodzenia, objęcie pacjenta w ramach leczenia paliatywno-hospicyjnego właściwą opieką, zarówno medyczną, jak i psychologiczną, z zastosowaniem odpowiednich terapii przeciwbólowych.

Najwyższa Izba Kontroli w 2017 r.[176] oceniła, że system leczenia chorób nowotworowych był rozproszony i nie zapewniał pacjentom kompleksowego leczenia. Próby zmiany tego stanu poprzez wdrożenie pakietu onkologicznego skupiły się przede wszystkich na przyspieszeniu etapu diagnostycznego i nie wprowadziły istotnych zmian w leczeniu chorób nowotworowych. Były to rozwiązania fragmentaryczne i m.in. nie objęły rehabilitacji onkologicznej i opieki paliatywnej.

Panel ekspertów NIK o leczeniu onkologicznym

Uczestnicy panelu ekspertów z dnia 4 października 2017 r. wskazali na fragmentaryczność rozwiązań systemu leczenia onkologicznego i brak koordynacji leczenia.

Eksperci zgodzili się ze słusznością tez przedstawionych w mapach potrzeb w zakresie onkologii[177] odnośnie konieczności centralizacji specjalistycznego leczenia chirurgicznego, stopniowej decentralizacji radioterapii oraz decentralizacji chemioterapii, przy jednoczesnym zachowaniu, a następnie podnoszeniu jakości udzielanych świadczeń.

Uczestnicy panelu ekspertów wskazali ponadto na zasadność powstania „sieci szpitali onkologicznych", działającej niezależnie od „sieci szpitali", co poprawi kompleksowość i skuteczność leczenia chorób nowotworowych, skoordynuje opiekę nad pacjentami onkologicznymi, a dodatkowo zracjonalizuje wydawanie środków na ich diagnozowanie i leczenie[178]. Główną rolę w sieci szpitali onkologicznych miałyby pełnić wojewódzkie centra onkologiczne, które mają koordynować opiekę onkologiczną w całym regionie, od profilaktyki i badań diagnostycznych poprzez leczenie oraz rehabilitację pacjentów. Wskazano także za celowe utworzenie Narodowego Instytutu Onkologii (Narodowy Instytut Raka), na bazie Centrum Onkologii w Warszawie, na którym opierać się miało leczenie onkologiczne w Polsce[179]. Jego zadaniem byłoby koordynowanie polskiej onkologii, zarówno jeśli chodzi o leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi, jak i szkolenie lekarzy w zakresie onkologii. Również Prezes Rady Ministrów Mateusz Morawiecki

[176] Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

[177] „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii".

[178] Zagadnienie powstania „sieci szpitali onkologicznych" było także przedmiotem konferencji „Onkologia 2017 – podsumowanie roku", która odbyła się w dniu 14 grudnia 2017 r. zorganizowanej przez Health Project Management; http://www.infozdrowie.org/index.php/relacje-z-konferencji/75-onkologia-2017-14-12-2017-r.

[179] W „Strategii walki z rakiem" również uznano za zasadne przekształcenie Centrum Onkologii w Warszawie w Narodowy Instytut Onkologii.

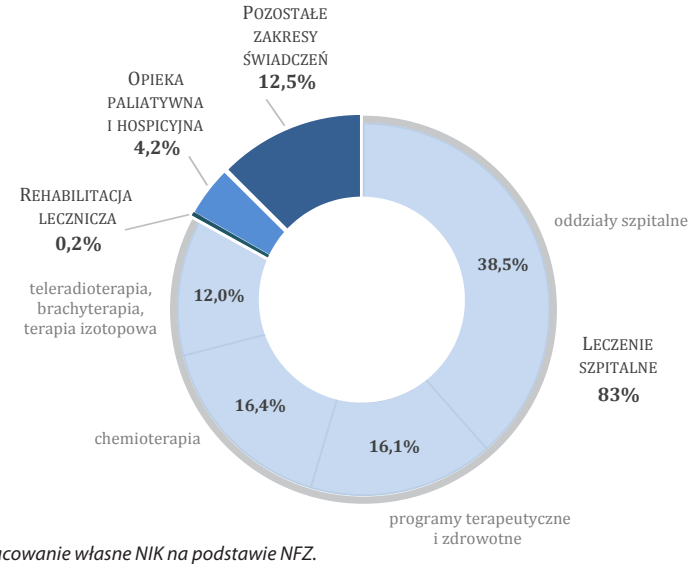
w exposé z 12 grudnia 2017 r.[180] wskazując, iż jednym z najważniejszych zadań dla rządu jest zdrowie, zapowiedział powołanie Narodowego Instytutu Onkologii.

Ponadto ówczesny Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, odnosząc się podczas panelu ekspertów do wyników kontroli NIK w zakresie onkologii, poinformował, że są przeprowadzane analizy i prace przygotowawcze do zmiany zasad kontraktowania, finansowania świadczeń z zakresu onkologii oraz podał, że planowane jest wdrożenie nowego produktu kontraktowego pod nazwą kompleksowa / skoordynowana opieka onkologiczna.

6.1. Finansowanie leczenia onkologicznego

Na świadczenia udzielone pacjentom onkologicznym w 2015 r. NFZ wydatkował 7 588,53 mln zł, z tego wydatki na leczenie szpitalne stanowiły 83% (6 300 mln zł), na rehabilitację leczniczą, 0,2% (16 mln zł), a na opiekę paliatywno-hospicyjną 4,2% (195 mln zł). W 2014 r. wydatki onkologiczne kształtowały się podobnie i wyniosły odpowiednio 7 349,03 mln zł, z tego wydatki na leczenie szpitalne stanowiły 83,6% (6 143 mln zł), na rehabilitację leczniczą 0,2% (15 mln zł), na opiekę paliatywno-hospicyjną 4,1% (196 mln zł).

Wykres nr 14
Udział wydatków na leczenie onkologiczne (rozpoznania C00-D48) w poszczególnych rodzajach świadczeń w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie NFZ.

Najwyższa Izba Kontroli w latach 2014–2017 oceniła[181], że struktura świadczeń, finansowanych ze środków NFZ, obejmująca wszystkie rodzaje chorób, jest niekorzystna dla płatnika publicznego z uwagi na duży udział

[180] http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter8.nsf/0/0695E303E478F63BC12581F5004C2E19/%24File/54_a_ksiazka.pdf

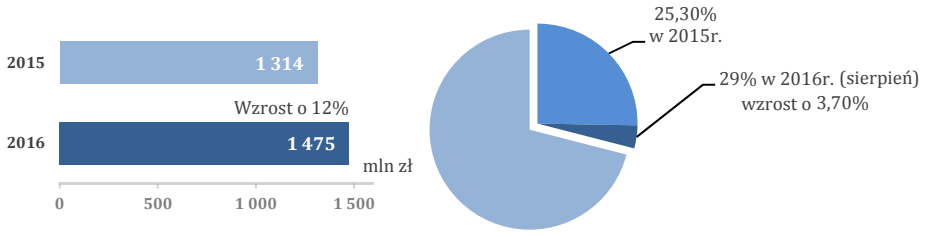
[181] Informacje o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku", „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.", „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r.". W ubiegłych latach Fundusz m.in. prowadził prace związane z „przesunięciem" realizacji części procedur wykonywanych w lecznictwie szpitalnym do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Celem tych działań było ograniczenie kosztów oraz wykonywanie w trybie hospitalizacji tylko tych świadczeń, które nie mogły być realizowane poza szpitalem.

kosztów leczenia szpitalnego (które jest leczeniem najdroższym), wynoszący 49,38% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (wzrost z 49,01% w 2015 r. oraz z 47,5% w 2010 r.)[182]. Tak wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego, w kosztach świadczeń ogółem, może świadczyć o nadmiernym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji, a tym samym niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej[183]. W celu ograniczenia kosztów systemu ochrony zdrowia, w NFZ zasadne jest kontynuowanie działań w celu optymalizacji struktury kosztów świadczeń.

NIK w 2017 r. zwróciła także uwagę[184], że w ramach pakietu onkologicznego Karty DiLO były wystawiane głównie w leczeniu szpitalnym (ponad 40% wystawionych kart w latach 2015–I półrocze 2016 r.), 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.

W wydatkach na leczenie szpitalne wartość świadczeń rozliczonych w ramach pakietu onkologicznego w 2015 r. wyniosła 1 314 mln zł (do 31 sierpnia 2016 r. 951,8 mln zł) i stanowiła 25,32% (w 2016 r. 29,03%) wartości świadczeń wykonanych w leczeniu szpitalnym, obejmujących wszystkie rozliczone świadczenia dla rozpoznań o kodach ICD 10 formalnie kwalifikujących się do pakietu onkologicznego.

Wykres nr 15
Udział i wartości[185] świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego w świadczeniach ogółem w leczeniu szpitalnym w 2015 r. i 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

6.2. Kompleksowość i jakość leczenia onkologicznego

Centralizacja leczenia chirurgicznego

Centralizacja specjalistycznego leczenia chirurgicznego powinna nastąpić poprzez tworzenie i kontraktowanie jednostek szpitalnych mogących leczyć w ciągu roku odpowiednią liczbę (co najmniej 60 operacji rocznie) pacjentów z danymi rodzajami nowotworów (nowotwory piersi, przewodu pokarmowego, ginekologiczne, urologiczne). Istotne jest lokalizowanie oddziałów wykonujących zabiegi chirurgii onkologicznej w wielospecjali-

[182] Koszty podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły 13,34% ogółu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, koszty refundacji aptecznej – 11,40%, zaś koszty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,17%.

[183] Tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i profilaktycznych programów zdrowotnych.

[184] Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

[185] Udział wartości świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego w świadczeniach ogółem w 2015 r. i w 2016 r. (do dnia 31 sierpnia) – stan na 31 grudnia 2016 r., wartość wydatków na leczenie szpitalne za lata 2015 i 2016 – stan na 3 kwietnia 2017 r.

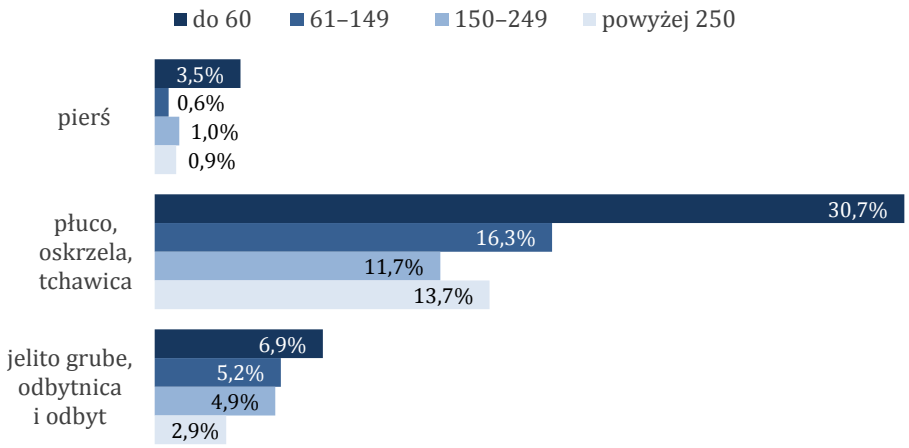
stycznych szpitalach onkologicznych, czyli w miejscach, w których odnotowuje się największą liczbę pacjentów onkologicznych oraz zapewniony jest dostęp do specjalistów i kompleksowego leczenia onkologicznego (możliwość zastosowania leczenia skojarzonego)[186].

NIK o onkologicznym leczeniu chirurgicznym

Rozproszenie ośrodków zajmujących się chirurgią onkologiczną negatywnie wpływa na jakość leczenia. Najwyższa Izba Kontroli w 2017 r.[187] wskazała na niską jakość takiego leczenia skutkującą m.in. zwiększoną śmiertelnością pooperacyjną pacjentów w podmiotach, które nie miały dużego doświadczenia w wykonywaniu takich zabiegów.

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.

Wykres nr 16
Odsetek pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, którzy zmarli w ciągu 30 dni po wykonaniu zabiegu operacyjnego, w zależności od liczby przeprowadzanych operacji w podmiocie leczniczym



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ[188].

Śródoperacyjne badania patomorfologiczne

W ocenie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego śródoperacyjne badanie patomorfologiczne, w niektórych rozpoznaniach jest niezbędnym warunkiem właściwego przeprowadzenia procedury chirurgicznej, jak np. w raku trzustki, mięsakach, raku przełyku, żołądka[189]. Jednakże jedynie część podmiotów wykonujących operacje zapewniało możliwość przeprowadzania śródoperacyjnego badania patomorfologicznego. Na dzień 31 grudnia

[186] „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii", str. 5–9, ekspertyza: „Wykorzystanie regionalnych Map potrzeb zdrowotnych z zakresu onkologii przy planowaniu rozwoju systemu ochrony zdrowia w województwie" (czerwiec 2016 r.), str. 9–10.

[187] Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

[188] 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.

[189] Pismo Polskiego Towarzystwa Onkologicznego z dnia 19 maja 2016 r.

2015 r. ponad połowa świadczeniodawców, którzy mieli podpisane umowy na realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, nie posiadała zakładu patomorfologii[190].

Decentralizacja chemioterapii

Decentralizacja chemioterapii pozwoli na zwiększenie liczby procedur terapeutycznych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych. W regionach należy zwiększyć liczbę ośrodków z kontraktami na leczenie ambulatoryjne, a chemioterapia stacjonarna powinna zostać zagwarantowana w jednostkach, w których znajdują się zakład radioterapii oraz onkologiczne oddziały zabiegowe[191].

Należy zaznaczyć, że chemioterapia ma wysoki udział w kosztach leczenia onkologicznego. W 2016 r. NFZ sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 358 243 tys. zł.

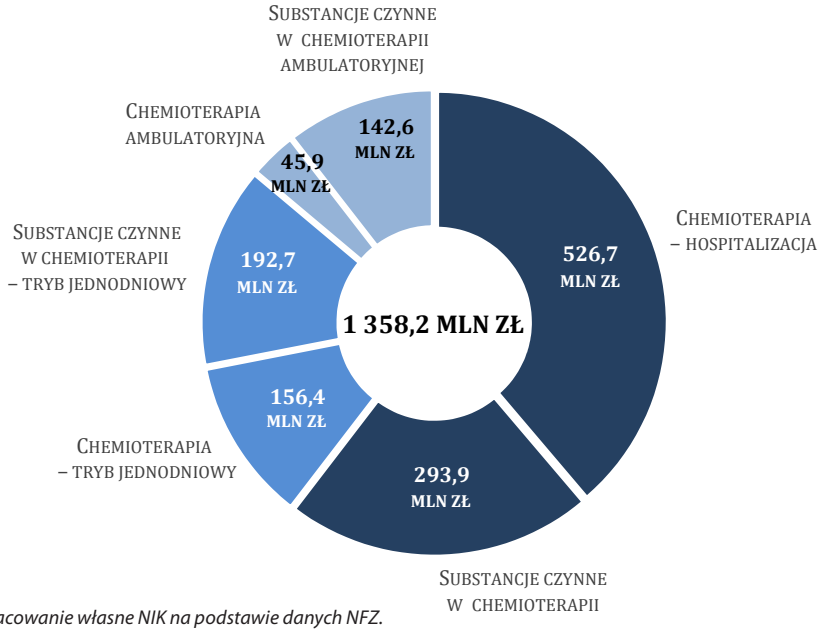
Wykres nr 17
Koszty realizacji świadczeń chemioterapii w latach 2015 i 2016 (w mln zł)

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Nakłady na świadczenia chemioterapii w zależności od trybu jej udzielania w 2016 r. kształtowały się następująco:

- hospitalizacji ponad 60% – 820,6 mln zł,
- jednodniowym ponad 25% – 349,1 mln zł,
- ambulatoryjnym blisko 15% – 188,5 mln zł.

Wykres nr 18
Koszty realizacji świadczeń chemioterapii w 2016 r. w podziale na tryby udzielania świadczeń



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

[190] Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

[191] „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii".

Decentralizacja radioterapii

Stopniowa decentralizacja radioterapii – zakłady radioterapii powinny powstawać w miejscach, w których istnieje możliwość stworzenia wielodyscyplinarnego ośrodka onkologicznego z rozwiniętą na odpowiednim poziomie chirurgią onkologiczną oraz chemioterapią. Optymalną zarówno pod względem ekonomicznym, jak i organizacyjnym formułę tworzenia nowych jednostek zajmujących się radioterapią stanowi budowa regionalnych filii. Dodatkowo korzystanie z radioterapii jest uzależnione od odległości miejsca zamieszkania pacjenta do ośrodka dysponującego akceleratorem – im większa odległość tym mniej osób korzysta z takiego leczenia, a ponadto może to także powodować nacisk na stosowanie hospitalizacji, co skutkuje koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów[192].

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że działania związane z decentralizacją chemio- i radioterapii powinny być prowadzone przy zapewnieniu odpowiedniego nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń.

Dobre praktyki

Tworzenie jednostek specjalizujących się w kompleksowej diagnostyce i leczeniu

Jako przykład dobrej praktyki, w stosowaniu najnowszych standardów diagnostyczno-terapeutycznych, można wskazać tworzenie 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. Uruchomienie inwestycji i podjęcie działalności leczniczej miało miejsce w maju 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, umożliwiająca 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.

6.3. Zastosowanie nowoczesnych technologii i terapii

Opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii

Skuteczność podejmowanych działań terapeutycznych, zależy od szeregu czynników, w tym od dostępu do nowoczesnych technologii. Tymczasem polski pacjent nie może korzystać z porównywalnego do mieszkańców innych krajów zachodniej Europy zakresu dostępnych opcji terapeutycznych. W Polsce, w porównaniu do wielu innych krajów UE[193], występują

[192] „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii" (por. przypis nr 22) oraz panel ekspertów NIK z 4 czerwca 2017 r. poświęcony problematyce dostępności i efektom leczenia nowotworów oraz zmian, które powinny być wprowadzone w organizacji leczenia onkologicznego.

[193] Raport „Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych w Polsce na tle aktualnej wiedzy medycznej" zlecony przez Alivia Fundacja Onkologiczna Osób Młodych, przegotowany przez firmę PEX PharmaSequence – marzec 2017 r. https://www.alivia.org.pl/raport2017/.

opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych (czas oczekiwania na ich wdrożenie liczony jest w latach).

Istotnym problemem, na który zwróciła uwagę NIK, jest również nieprzygotowanie na czas przepisów w zakresie finansowania ze środków publicznych nowoczesnych technologii, rekomendowanych przez Prezesa AOTMiT jako świadczenia gwarantowanego. Opóźnienie we wpisaniu na listę świadczeń gwarantowanych w przypadku świadczeń protonoterapii (lokalizacje inne niż oczy) wyniosło osiem miesięcy, a świadczeń wykorzystujących urządzenia typu „cyberknife" blisko dwa lata, natomiast okres jaki upłynął od wystąpienia Ministra Zdrowia o wydanie opinii do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych do czasu wejścia w życie przepisów wprowadzających przedmiotowe świadczenia wyniósł odpowiednio rok i ponad cztery lata[194].

„Cyberknife"

Pomimo wydania 30 września i 17 grudnia 2013 r. przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych pozytywnej opinii[195] w sprawie wpisania na listę świadczeń gwarantowanych świadczenia wykorzystującego urządzenia typu „cyberknife", służącego do tzw. radiochirurgii stereotaktycznej, wykorzystywanego m.in. w leczeniu onkologicznym i pozwalającego na ograniczenie skutków ubocznych promieniowania jonizującego[196], Minister Zdrowia wprowadził przedmiotowe świadczenia w wykazie świadczeń gwarantowanych od 1 kwietnia 2015 r.[197] W efekcie Fundusz nie mógł kontraktować świadczeń obrazowego monitorowana stereotaktycznej i cybernetycznej mikroradioterapii przed dniem 1 kwietnia 2015 r., pomimo, że dwie publiczne placówki ochrony zdrowia dysponowały już w 2013 r. tego rodzaju sprzętem zakupionym za ponad 40 mln zł[198].

194 M.in. w kontrolach: „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r." oraz „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

195 Rekomendacje w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego: nr 134/2013, z dnia 30 września 2013 r. w populacji pacjentów z nowotworami pierwotnymi przerzutowymi głowy i kręgosłupa (na podstawie wystąpienia Ministra Zdrowia do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 29 listopada 2012 r.) oraz nr 179/2013, z dnia 17 grudnia 2013 r., w populacji pacjentów z ogniskami nowotworowymi w kościach innych niż kręgosłup i czaszka oraz guzami tkanek miękkich (na podstawie wystąpienia Ministra Zdrowia do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z 1 marca 2011 r.).

196 „CyberKnife" (Nóż Cybernetyczny) jest nowoczesnym, w pełni zautomatyzowanym urządzeniem do radiochirurgii – nieinwazyjnego usuwania guzów nowotworowych w obrębie głowy oraz całego ciała. Zabieg polega na napromienianiu guza wiązkami promieniowania X o wysokiej energii wysyłanych z różnych kierunków tak, by zdrowe tkanki w sąsiedztwie guza zaabsorbowały jak najmniejszą dawkę energii jonizującej.

197 Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 31a ust. 1, 31b ust. 1 ustawy o świadczeniach. Minister Zdrowia świadczenie, identyfikowane procedurą medyczną 92.312 „obrazowo monitorowana stereotaktyczna i cybernetyczna mikroradioterapia (OMSCMRT)", zaimplementował do katalogu świadczeń gwarantowanych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1441, ze zm.) z datą wejścia w życie przedmiotowych zapisów z dniem 1 kwietnia 2015 r.

198 Informacja NIK o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r."

Protonoterapia (lokalizacje inne niż oczy)

Terapia protonowa jest formą radioterapii wykorzystującą protony. W przeciwieństwie do radioterapii, która wykorzystuje elektrony do napromieniowania, zaletą nowego rozwiązania jest mniejsza szkodliwość promieniowania, poprzez wykorzystanie zjawiska tzw. Piku Bragga (deponowanie energii protonów na końcu biegu cząsteczki). W efekcie można zwiększyć tolerowaną dawkę promieniowania, a w konsekwencji prowadzić skuteczniejszą radioterapię. Ma to szczególne znaczenie przy leczeniu dzieci, a także osób ze zmianami zlokalizowanymi m.in. w ośrodkowym układzie nerwowym.

W dniu 15 października 2015 r. otwarto dla pacjentów Centrum Terapii Hadronowej, którego koszt budowy wyniósł około 250 mln zł, jednakże Minister Zdrowia wprowadził przedmiotowe świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych dopiero z dniem 30 czerwca 2016 r.[199] Stało się tak, mimo że Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji już osiem miesięcy wcześniej, tj. w dniu 29 października 2015 r.[200], wydał pozytywną opinię w sprawie zakwalifikowania „Radioterapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku" jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego.

Dostęp do nowych leków i terapii lekowych

W raporcie „Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych w Polsce na tle aktualnej wiedzy medycznej"[201], w sprawie leczenie polskich pacjentów onkologicznych i ich dostępu do nowoczesnych terapii w odniesieniu do potencjału współczesnej medycyny i światowych standardów opracowywanych przez The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) i European Society for Medical Oncology (ESMO), wskazano:

- spośród 19 nowotworów, które są najczęstszą przyczyną zgonów według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, tylko w przypadku jednego z nich pacjenci mogą mieć pewność, że ich leczenie będzie prowadzone z użyciem najnowszych leków i metod terapeutycznych[202];
- do 70% leków występujących w standardach europejskich polscy pacjenci nie mają dostępu lub jest on znacznie ograniczony;
- ponad połowa (53% z 94 substancji) nowoczesnych leków onkologicznych zarejestrowanych w ciągu ostatnich 12 lat w Europie (od 2004 r.) nie jest dostępna dla polskich pacjentów;
- stopniowo zwiększa się udział pacjentów w kosztach leczenia – w 2016 r. pacjenci dopłacili do refundowanych leków onkologicznych 49 mln zł, co stanowiło wzrost o 15 mln zł, tj. o 44% w stosunku do 2014 r., kiedy pacjenci dopłacili 34 mln zł;

[199] Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 855, ze zm.).

[200] Rekomendacja nr 85/2015. Jeszcze przed otwarciem Centrum, tj. 30 czerwca 2015 r. Minister Zdrowia wystąpił do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Radioterapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku" jako świadczenia gwarantowanego, załączając Kartę problemu zdrowotnego w sprawie zakwalifikowania ww. świadczenia oraz „Raport Zespołu Konsultanta Krajowego do Spraw Radioterapii Protonowej" z dnia 27 maja 2015 r.

[201] Patrz przypis nr 193.

[202] Spośród 19 guzów litych oraz chorób hematoonkologicznych, które są najczęstszą przyczyną zgonów według danych KRN tylko pacjentki z rakiem jajnika mogą mieć pewność, że są leczone z użyciem najnowszych terapii i leków.

okres pomiędzy wydaniem rekomendacji Prezesa AOTMiT dla ocenianego leku, a jego pojawieniem się na liście refundacyjnej w 2016 r. wynosił średnio 362 dni. Parametr dla leków onkologicznych był jeszcze wyższy – okres pomiędzy rekomendacją, a obwieszczeniem dla leku onkologicznego w 2016 r. wynosił 460 dni[203].

Dostęp nowoczesnych terapii w raku płuca

W raporcie „Poprawa profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów płuca. Rekomendacje zmian"[204] eksperci wskazali, że efektywne leczenie raka płuca i dostęp do nowoczesnych terapii jest jednym z zasadniczych i kluczowych elementów możliwości poprawy wyników leczenia raka płuca w Polsce. Nowotwór płuca jest najczęstszą przyczyną zgonu wśród nowotworów w Polsce i umiera na niego więcej ludzi niż na nowotwór piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego łącznie. Przeżycie z powodu raka płuca w Polsce jest krótsze niż w Europie, a odsetek 5-letnich przeżyć dla pacjentów z przerzutowym rakiem płuca wynosi jedynie – 3,9%.

Większość, ok. 85% przypadków raka płuca, jest diagnozowanych w zaawansowanym stadium z gorszym rokowaniem długotrwałego przeżycia. U tych chorych możliwe jest jedynie leczenie systemowe, które powinno obejmować: leczenie ukierunkowane molekularnie, radioterapię, chemioterapię i immunoterapię. Pacjenci z zaawansowanym nowotworem płuca w Polsce nie są leczeni zgodnie ze standardami terapeutycznymi obowiązującymi na świecie. Występuje opóźnienie w dostępie do leków nowej generacji stosowanych w leczeniu raka płuca w Polsce – pacjenci czekają na refundację nowych terapii zarówno w płaskonabłonkowym raku płuca (aktualnie chorym podaje się tylko standardową chemioterapię) oraz uzupełnienie linii leczenia w niepłaskonabłonkowym raku płuca. Średni czas od momentu rejestracji danego leku na terenie Unii Europejskiej (a tym samym w Polsce) do momentu uzyskania statusu refundacyjnego wynosi 24–36 miesięcy. Oznacza to 3-letnie opóźnienie i okres 3 lat bez możliwości stosowania wysoko efektywnych terapii.

6.4. Rehabilitacja onkologiczna

Brak wyodrębnienia świadczeń kontraktowych i komórek organizacyjnych dla rehabilitacji onkologicznej

Postępy w dziedzinie leczenia nowotworów złośliwych spowodowały, że wzrasta liczba nowotworów, które można skutecznie wyleczyć lub utrzymywać przez wiele lat w przewlekłej, poddającej się kontroli fazie. Leczenie onkologiczne coraz częściej jest procesem trwającym przez wiele lat i obejmuje nie tylko samą terapię, ale także rehabilitację onkologiczną, jako integralną formę wspomagającą leczenie onkologiczne, która ma na celu zmniejszenie niedogodności zarówno fizycznych, jak i psychicznych pacjentów. Wszechstronna i zapewniona jak najwcześniej opieka rehabilitacyjna pozwala skrócić pacjentom okres powrotu do pełnej sprawności zdrowotnej oraz społecznej.

[203] Na długi okres trwania procedury objęcia refundacją miało wpływ objęcie refundacją w II połowie 2016 r. oraz od stycznia 2017 r. kilku leków, dla których wnioski były złożone jeszcze w roku 2013 i 2014.

[204] Raport przygotowany przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych wraz z Fundacją Wygrajmy Zdrowie, Stowarzyszeniem Walki z Rakiem Płuca w Szczecinie oraz ekspertami ochrony zdrowia – sierpień 2017 r.
http://pkopo.pl/userfiles/file/pluco_rekomendacje_light_OKK.pdf

NIK wskazuje na fragmentaryczność rozwiązań w tym zakresie. Nie ma wyodrębnionego świadczenia kontraktowego oraz komórek organizacyjnych dla rehabilitacji onkologicznej obejmującej leczenie następstw chorób onkologicznych objawiających się różnymi dysfunkcjami różnych narządów.

Szybka ścieżka onkologiczna została wprowadzona jedynie w ramach świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w leczeniu szpitalnym. W leczeniu szpitalnym postawiono wymóg zapewnienia udokumentowanego udziału fizjoterapeuty w zespole prowadzącym leczenie, ale zasady realizacji rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych nie zostały zmienione. Rehabilitacja onkologiczna odbywa się zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej[205] i jest finansowana w ramach umów ze świadczeniodawcami w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie ma wyodrębnionej kwoty na świadczenia dla pacjentów onkologicznych. Środki finansowe przeznaczone na rehabilitację onkologiczną stanowią jedynie ułamek wszystkich rozliczonych świadczeń dla takich pacjentów we wszystkich zakresach rehabilitacji, a ich wielkość zależy przede wszystkim od liczby chorych onkologicznych skierowanych na leczenie rehabilitacyjne oraz zakresu udzielonych im świadczeń. NIK w 2017 r.[206] zwróciła uwagę na niewielkie środki przeznaczane na rehabilitację leczniczą pacjentów onkologicznych.

Finansowanie rehabilitacji onkologicznej

Na leczenie onkologiczne w rehabilitacji onkologicznej wydatkowano w 2015 r. 15 862,18 tys. zł, co stanowiło zaledwie 0,72% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 9 922,62 tys. zł.

Rehabilitacja onkologiczna, w związku z tym, że nie jest wymieniona w wykazie świadczeń gwarantowanych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, nie stanowi odrębnego zakresu kontraktowanego przez NFZ, a świadczeniobiorcy ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową mogą być usprawniani w ramach wszystkich zakresów świadczeń rehabilitacyjnych: w warunkach domowych, ambulatoryjnych, w ośrodku dziennym i warunkach stacjonarnych oraz dodatkowo w ramach zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

Zapisy na rehabilitację prowadzone są na podstawie art. 20 ustawy o świadczeniach, z uwzględnieniem wskazań do przyjęcia pacjenta w trybie pilnym lub stabilnym. W przypadku istotnych wskazań medycznych do udzielenia świadczenia w trybie pilnym, należy przyjąć pacjenta w terminie odpowiednim dla zaawansowania choroby. Ważną rolę w tym zakresie odgrywa środowisko medyczne, które powinno określić standardy postępowania

[205] Dz. U. poz. 1522, ze zm. W lutym 2017 r. Krajowa Rada Onkologii podjęła Uchwałę rekomendującą Ministrowi Zdrowia rehabilitację jako integralną część leczenia onkologicznego, oraz wprowadzenie świadczeń z zakresu rehabilitacji onkologicznej do koszyka świadczeń gwarantowanych – do chwili obecnej nie wprowadzono zmian w tym zakresie.

[206] Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

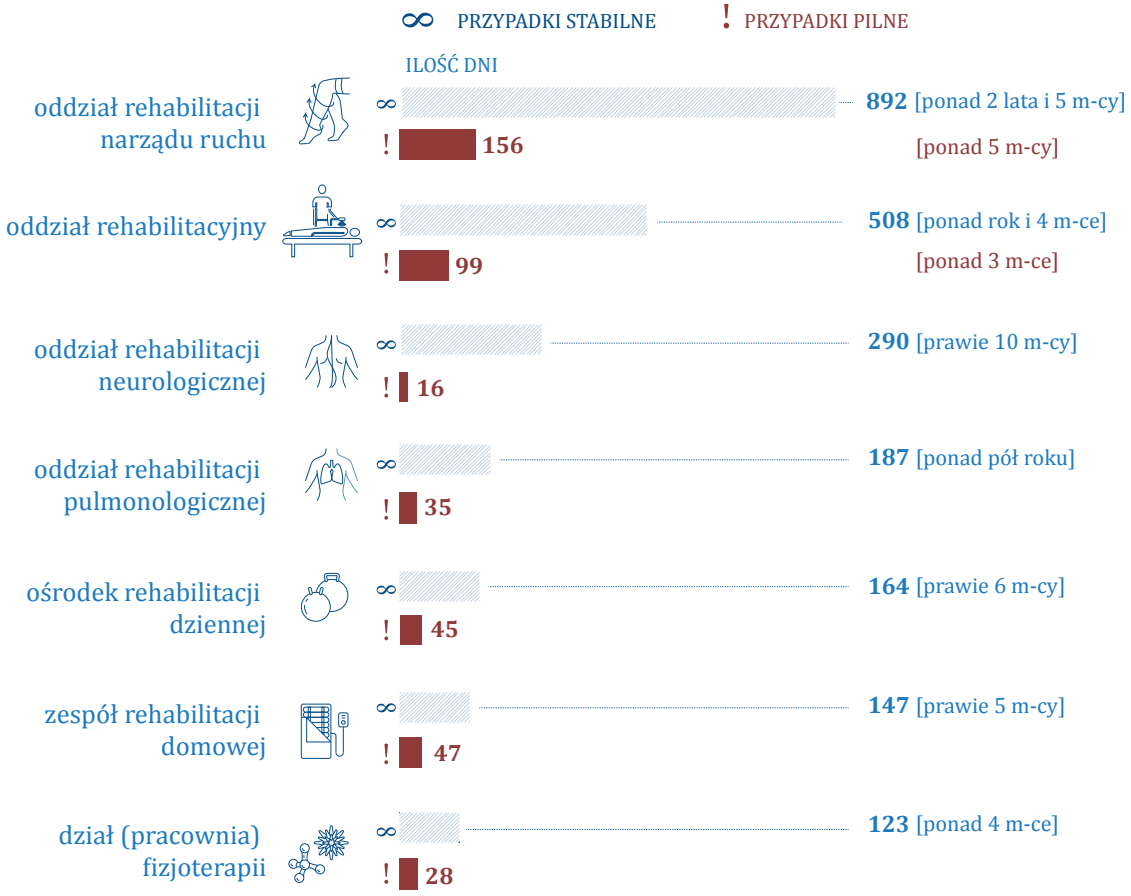
i wytyczne odnośnie zasad zakwalifikowania i przyjęcia pacjenta onkologicznego do różnych form rehabilitacji (domowej, ambulatoryjnej czy stacjonarnej).

Kolejki do rehabilitacji onkologicznej

Brak dedykowanego świadczenia kontraktowego oraz komórek organizacyjnych dla rehabilitacji onkologicznej, której celem jest m.in. utrwalenie pozytywnych skutków leczenia uzyskanych często dużym nakładem kosztów, a na którą przeznaczane są niewielkie środki powoduje, że pacjenci po leczeniu onkologicznym, nawet zakwalifikowani jako przypadki pilne, muszą oczekiwać, wraz z pozostałymi pacjentami, w bardzo długich kolejach na świadczenia rehabilitacyjne[207].

Infografika nr 12

Średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów na świadczenia rehabilitacyjne na koniec 2016 r. (w dniach)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Strategia walki z rakiem

W „Strategii walki z rakiem" wskazano, że nowotwory postrzegane są coraz częściej jako choroby przewlekłe, ale niekoniecznie śmiertelne, a coraz więcej pacjentów onkologicznych umiera na skutek innych chorób cywilizacyjnych. Konsekwencją powinna być istotna zmiana w określeniu jego celów.

[207] Dział (pracownia) fizjoterapii, Poradnia rehabilitacyjna, Zespół rehabilitacji domowej, Ośrodek rehabilitacji dziennej (obejmujący zakres: rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku dziennym, rehabilitację osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy oraz narządu wzroku, rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym), Oddział rehabilitacyjny, Oddział rehabilitacji narządu ruchu (obejmujący rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną), Oddział rehabilitacji neurologicznej oraz Oddział rehabilitacji pulmonologicznej.

Cele te powinny obejmować nie tylko skuteczność samej terapii, ale także zapewnienie odpowiedniego komfortu i jakości życia chorych. W Polsce jest ograniczony dostęp do rehabilitacji onkologicznej, pomocy psychologicznej oraz chirurgii rekonstrukcyjnej. Wraz z rosnącą liczbą osób chorych na nowotwory oraz osób po przebytej chorobie nowotworowej, potrzeby w zakresie rehabilitacji pacjentów z chorobami nowotworowymi będą rosły, co sprawia, że konieczne staje się wypracowanie odpowiednich rozwiązań systemowych oraz wsparcie organizacji pozarządowych działających w obszarze rehabilitacji czy wsparcia psychologicznego.

Obecnie jedynie w wybranych ośrodkach onkologicznych dostępne są świadczenia z zakresu rehabilitacji kontraktowane przez NFZ w ramach świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej czy fizjoterapii. Utworzenie przy dużych ośrodkach onkologicznych ośrodków rehabilitacji onkologicznej kontraktujących świadczenia rehabilitacyjne z NFZ zwiększy dostęp pacjentów do tego typu świadczeń. Zdefiniowanie i utworzenie produktu rozliczeniowego „Rehabilitacja onkologiczna" zapewni możliwość finansowania rehabilitacji pacjentów onkologicznych oraz odpowiednie wymagania i jakość świadczonych usług, umożliwi specjalizację i nabycie doświadczenia przez ośrodki rehabilitacji, a także świadczeniodawców zlokalizowanych poza dużymi ośrodkami onkologicznymi.

6.5. Opieka paliatywna

Opieka hospicyjno-paliatywna

Świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi oraz leczenie objawowe pacjentów z chorobami nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych[208].

Czas oczekiwania na świadczenia paliatywno-hospicyjne

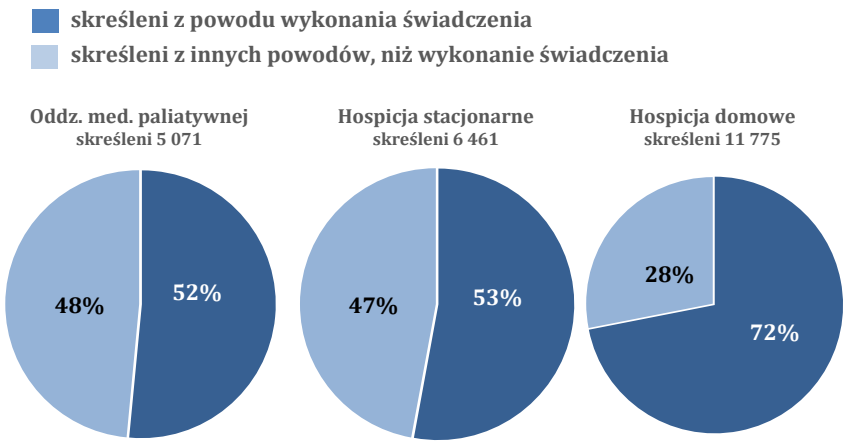
Pacjenci onkologiczni, którzy powinni być objęci opieką paliatywną i hospicyjną niezwłocznie po postawieniu diagnozy, muszą oczekiwać na udzielenie tych świadczeń. NIK w 2014 r. przeprowadziła kontrolę w zakresie funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego[209], gdzie występowały najdłuższe w Polsce kolejki do świadczeń paliatywno-hospicyjnych. Zdaniem NIK pacjenci oddziałów paliatywnych i hospicyjnych dolnośląskich placówek leczniczych mieli zapewnioną właściwą opiekę zarówno medyczną, jak i psychologiczną, ale niemal połowa chorych w stanie terminalnym nie miała możliwości uzyskania takiej opieki, gdyż brakowało dla nich miejsc.

W połowie roku 2014 r. w skontrolowanych placówkach na Dolnym Śląsku na opiekę paliatywną i hospicyjną oczekiwało 767 pacjentów. W najgorszej sytuacji byli pacjenci potrzebujący opieki stacjonarnej, ponieważ odpowiednich placówek było za mało i były nierównomiernie rozmieszczone.

[208] „Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.", str. 22, oraz „Strategia walki z rakiem", str. 129.

[209] Informacja o wynikach kontroli NIK „Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014 (I półrocze)".

Wykres nr 19
Pacjenci skreśleni z list oczekujących na świadczenia hospicyjne z powodu wykonania świadczenia oraz z innych powodów



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ-stan na koniec 2014 r.

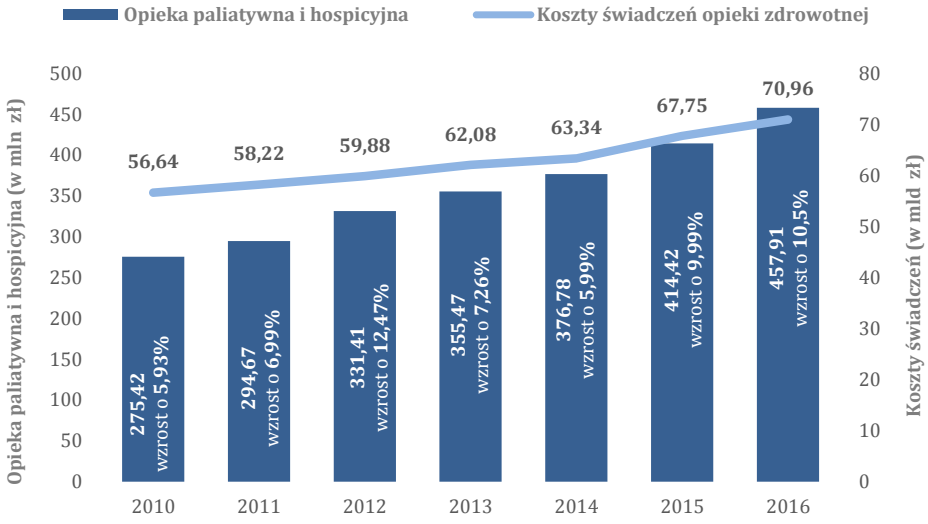
Od 1 kwietnia 2015 r. NFZ pozyskuje od świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dane dotyczące jedynie poradni medycyny paliatywnej[210].

Liczba i wartość świadczeń hospicyjno-paliatywnych

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w latach 2010–2016 wzrosły o 66,26% z kwoty 275 419,33 tys. zł w 2010 r. do 457 911,86 tys. zł w 2016 r., przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 25,28%[211].

Ponad 75% środków wydatkowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna stanowiły koszty świadczeń pacjentów onkologicznych (w 2015 r. 77,61% – 321 610,02 tys. zł, a do 31 sierpnia 2016 r. na kwotę 216 399,83 tys. zł).

Wykres nr 20
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem (w mld zł) oraz w opiece paliatywnej i hospicyjnej (w mln zł) w latach 2010–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

[210] „Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 rok", str. 166.

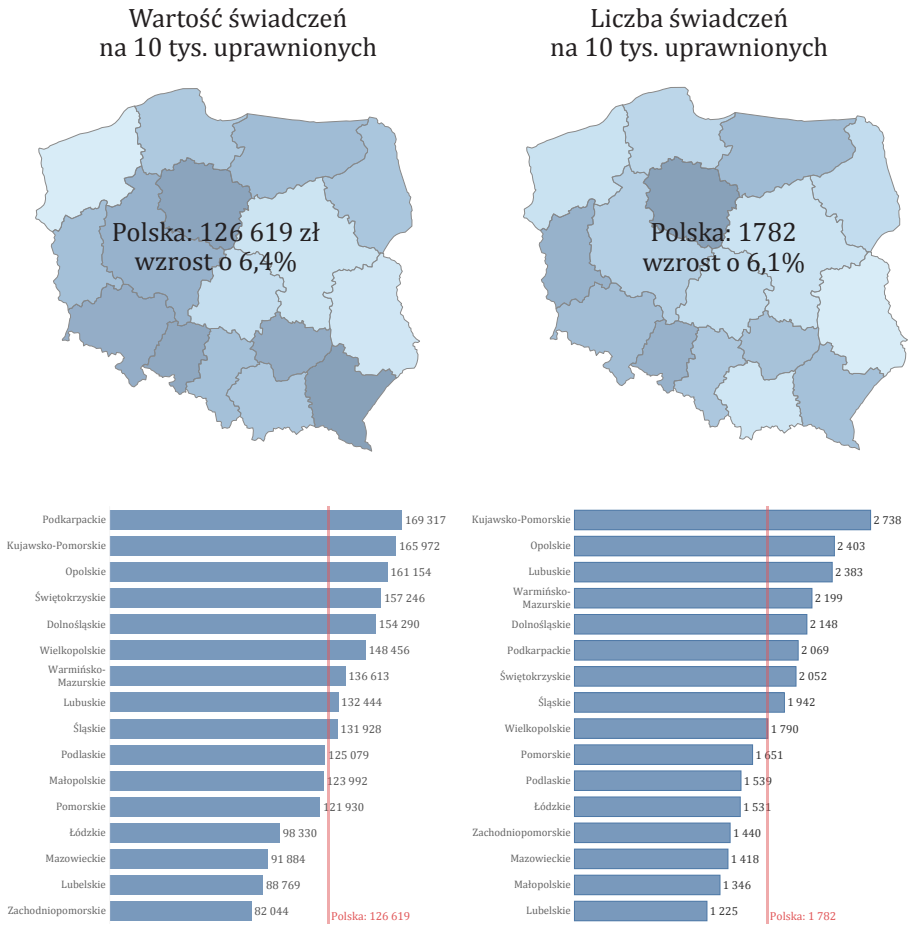
[211] W 2016 r. 70 962 832,98 tys. zł, a w 2010 r. 56 643 910,37 tys. zł.

W 2016 r. udzielono o 6,5% więcej świadczeń paliatywno-hospicyjnych niż w 2015 r. i objęto nimi o 1,7% większą liczbę pacjentów[212].

Liczba i wartość świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych była zróżnicowana terytorialnie w zależności od oddziału NFZ – średnia liczba świadczeń dla Polski wyniosła 1 781,70 (od 1 224,50 w Lubelskim OW do 2 737,54 w Kujawsko-Pomorskim OW), a ich średnia wartość 126,62 tys. zł (od 82,04 tys. zł w Zachodniopomorskim OW do 169,32 tys. zł w Podkarpackim OW). We wszystkich województwach zwiększone zostało finansowanie świadczeń, jak również wzrosła liczba wykonanych świadczeń na 10 tys. uprawnionych.

Infografika nr 13

Liczba i wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń paliatywno-hospicyjnych w 2016 wyniosła 493 podmiotów (od 11 w województwie opolskim do 64 w mazowieckim).

212 W 2016 r. udzielono 6 252,29 tys. świadczeń dla 88,96 tys. pacjentów, a w 2015 r. 5 872,57 tys. świadczeń dla 87,43 tys. pacjentów. Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach stacjonarnych (hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej), domowych (hospicjum domowe dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia) oraz ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej).

W latach 2015–2017 AOTMiT wydał obwieszczenia podnoszące wycenę świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna[213].

Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej

W listopadzie 2017 r. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej wskazało na wieloletnie niedofinansowanie medycyny paliatywnej, ograniczenie dostępności świadczeń oraz na problem kolejek do hospicjów – w niektórych województwach chorzy czekają nawet cztery miesiące. Średnia w Polsce wynosi 66 łóżek na 1 mln mieszkańców (w województwie zachodniopomorskim jest tylko ok. 26 łóżek na 1 mln mieszkańców, łódzkim ok. 38 łóżek, mazowieckim ok. 47 łóżek, w lubuskim ok. 54, a małopolskim ok. 90 łóżek). Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej z 2011 roku, na 1 milion mieszkańców powinno przypadać co najmniej 100 łóżek opieki paliatywnej[214]. Dostrzegając rosnące potrzeby w zakresie opieki paliatywnej Komisja Polityki Senioralnej wystosowała do Ministra Zdrowia Dezyderat w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej[215].

Strategia walki z rakiem

W „Strategii walki z rakiem" zwrócono uwagę, że w przypadkach, kiedy niezależnie od podejmowanych interwencji choroba rozwija się, zasadnicze znaczenie ma ograniczenie do minimum cierpienia pacjenta i zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej. Działania w ramach opieki paliatywnej obejmują zapobieganie i zmniejszanie cierpienia poprzez wczesną identyfikację i leczenie bólu i innych dolegliwości, a także pomoc w problemach somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych. W Polsce istnieje jednak szereg wyzwań dla umożliwienia szerokiego dostępu oraz zapewnienia najwyższej jakości medycyny paliatywnej. Należą do nich m.in. niewystarczająca liczba poradni medycyny paliatywnej, wyraźne dysproporcje pomiędzy województwami w dostępie do świadczeń z tego zakresu, brak integracji onkologii z medycyną paliatywną oraz ograniczony dostęp do terapii przeciwbólowych. Wskazano także na niewystarczające środki finansowe przeznaczone na opiekę paliatywno-hospicyjną oraz na trudności w dostępie do świadczeń, w szczególności w zakresie opieki stacjonarnej oraz poradni medycyny paliatywnej. Zauważalne są również istotne dysproporcje w poziomie finansowania oraz dostępności w poszczególnych województwach (różnice w nakładach *per capita* na opiekę paliatywną w województwach sięgają od ok. 5 do ponad 12 złotych rocznie).

---

[213] Obwieszczenia Prezesa AOTMiT z 19 listopada 2015 r., 29 czerwca 2016 r. oraz z 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju „Opieka paliatywna i hospicyjna".

[214] W dniach 17–18 listopada 2017 r. w Warszawie odbyła się druga edycja Forum Medycyny Paliatywnej pod patronatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, http://www.medycynapaliatywna.org/FORUM-MEDYCYNY-PALIATYWNEJ-Warszawa-17-18-11-2017r-podsumowanie,165.html oraz http://www.medycynapaliatywna.org/Wywiad-z-dr-n-med-Aleksandra-Cialkowska-Rysz-Prezes-PTMP,163.html. Dane z 2016 r.

[215] Dezyderat Nr 5 uchwalony na posiedzeniu w dniu 23 marca 2017 r., w którym Komisja postuluje następujące rozwiązania: finansowanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej według wyceny AOTMiT; zniesienie limitów świadczeń w zakresie opieki paliatywnej; zwłaszcza, że świadczenia w zakresie onkologii nie są limitowane; wprowadzenie skoordynowanego modelu opieki paliatywnej definiującego zasady współpracy jednostek świadczących tę opiekę ze świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej i jednostkami pomocy społecznej; zwiększenie liczby łóżek w zakresie świadczeń stacjonarnych, tak aby docelowo osiągnąć pożądany wskaźnik 80–100/1 mln mieszkańców; rozwój świadczeń ambulatoryjnych realizowanych przez Poradnie Medycyny Paliatywnej; opracowanie i wdrożenie form opieki paliatywnej, które są obecnie niedostępne, tj.: ośrodków dziennej opieki paliatywnej, zespołów wspierających w szpitalach. http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/psn_d5/$file/psn_d5.pdf.

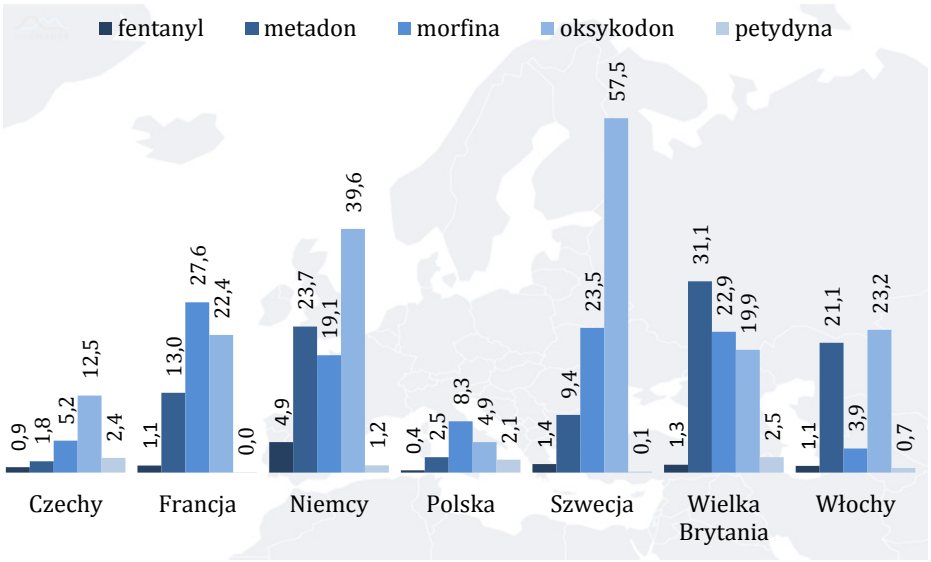
Ból w chorobie nowotworowej

W „Strategii walki z rakiem" zwrócono także uwagę na problem bólu towarzyszącego pacjentom na różnych etapach choroby nowotworowej, który istotnie obniża jakość życia, wskazując, że u około 70–90% chorych ból można opanować. Jednakże w Polsce stan leczenia przeciwbólowego jest niezadowalający, m.in. średnie zużycie leków opioidowych (w ekwiwalencie morfiny), będące jednym z mierników oceny jakości leczenia przeciwbólowego, jest znacznie niższe niż średnia dla Europy.

NIK o leczeniu bólu

Większość pacjentów w chorobie nowotworowej zmaga się z bólem[216]. W 2017 r. NIK wskazała[217], że podstawową metodą leczenia bólu jest farmakoterapia. Wykorzystywanie silnych leków opioidowych, szczególnie skutecznych w leczeniu bólu przewlekłego u chorych na nowotwory, jest w Polsce średnio pięciokrotnie rzadsze niż w Europie.

Infografika nr 14
Zużycie wybranych leków opioidowych w wybranych krajach europejskich w 2015 r. (mg *per capita*)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Pan nad Policy Studies Group, University of Winsconsin-Madison, http://www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data.

W większości skontrolowanych szpitali, z naruszeniem obowiązku określonego przez Ministra Zdrowia w § 5a rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego[218], nie opracowano i nie wdrożono zasad postępowania zapewnia-

[216] Ból u chorych na nowotwór jest szczególny – w jego powstawaniu i podtrzymywaniu niezwykle istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne i socjalne, stąd też wprowadzono pojęcie BÓLU TOTALNEGO w celu podkreślenia wielowymiarowości tego zjawiska. W okresie zaawansowanym choroby nowotworowej ból może się pojawić nawet u ponad 64% chorych. Częstość występowania bólu zależy od rodzaju nowotworu i tak np. przy raku trzustki ból występuje u 100% chorych, natomiast w przypadku chłoniaków u 20–69% chorych, a białaczek u 5–58% chorych. – Informacja o wynikach kontroli „Dostępność terapii przeciwbólowej", Medycyna praktyczna dla lekarzy. Wytyczne i artykuły przeglądowe . Magdalena Kocot-Kępska, Jan Dobrogowski Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJ CM https://www.mp.pl/bol/wytyczne/94188,rodzaje-bolu.

[217] Informacja o wynikach kontroli „Dostępność terapii przeciwbólowej".

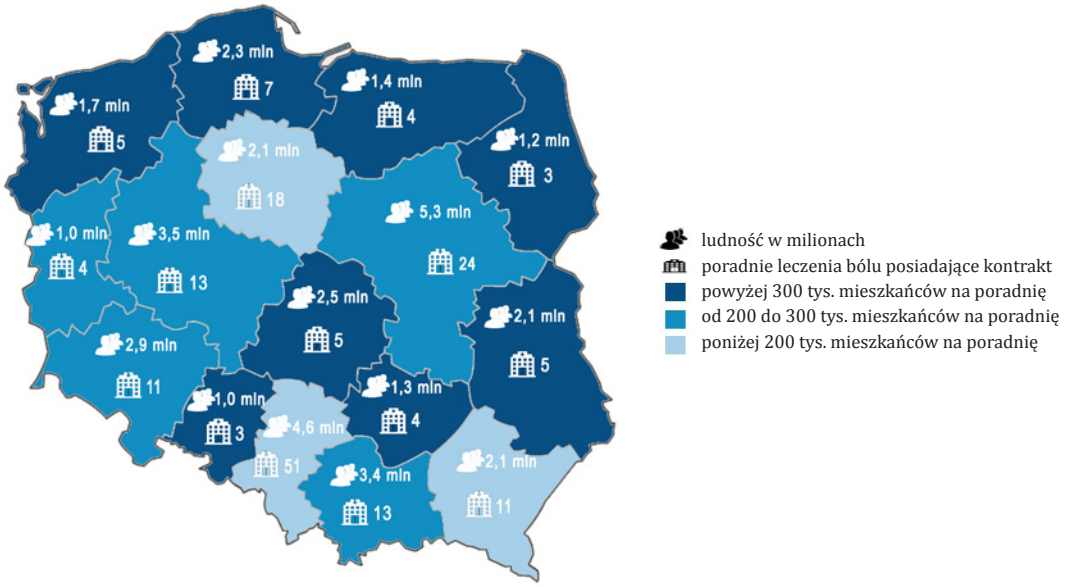
[218] Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

jących leczenie i monitorowanie skuteczności leczenia bólu u wszystkich pacjentów, którzy odczuwają ból, bez względu na charakter tego bólu[219]. Personel medyczny szpitali podejmował działania w celu uśmierzania bólu towarzyszącego pacjentom, jednak w ocenie NIK, pacjenci nie zawsze mieli zapewniony dostęp do leczenia bólu, który byłby adekwatny do stopnia jego natężenia.

Dostępność do poradni leczenia bólu

NIK zwróciła także uwagę na ograniczony dostęp pacjentów do świadczeń udzielanych w poradniach leczenia bólu. Mieszkańcy jedynie 1/3 powiatów (114 z 380) mieli możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u specjalisty w poradni leczenia bólu na obszarze własnego powiatu. Jednocześnie podkreślono, że liczba pacjentów oczekujących do specjalistycznej porady dot. leczenia bólu wzrosła w okresie 5 miesięcy o 15% i w skrajnym przypadku czas oczekiwania na wizytę wynosił cztery miesiące[220].

Infografika nr 15
Liczba mieszkańców i poradni leczenia bólu w poszczególnych województwach w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ – stan na 30 października 2016 r. i GUS (Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2016 r. GUS, Warszawa 2016 r.).

6.6. Uwagi i wnioski NIK – leczenie nowotworów

Rekomendacje NIK

Najwyższa Izba Kontroli, podtrzymując zalecenia zawarte w dotychczasowych kontrolach[221], wskazuje na potrzebę kompleksowych zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej nad pacjentami z cho-

[219] Procedury leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia u wszystkich pacjentów odczuwających ból opracowano i wdrożono tylko w 1/3 skontrolowanych szpitali. W pozostałych placówkach, nawet jeśli procedury ustalono, nie zawsze były one stosowane. Tylko w dwóch szpitalach, spośród 32 skontrolowanych, ustalono i w pełni stosowano zasady ujęte w wewnętrznej procedurze leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu. Informacja o wynikach kontroli „Dostępność terapii przeciwbólowej".

[220] Zgodnie ze stanem na dzień 31 marca 2016 r., łącznie w sześciu skontrolowanych poradniach w kolejce do specjalisty z zakresu leczenia bólu czekało 738 pacjentów, a 31 sierpnia 2016 r. – 851.

[221] W szczególności Informacje o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego" oraz „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku".

robami nowotworowymi, a także na potrzebę kontynuowania działań w kierunku optymalizacji struktury kosztów świadczeń, w tym zwiększenia roli i znaczenia lecznictwa otwartego w procesie leczniczym oraz rekomenduje podjęcie działań mających na w celu:

- **usprawnienie procesu rejestracji nowoczesnych technologii i obejmowania ich finansowaniem ze środków publicznych, tak aby polscy pacjenci w większym stopniu mogli korzystać z najnowszych dostępnych w krajach europejskich terapii;**
- **centralizację specjalistycznego leczenia chirurgicznego poprzez tworzenie jednostek szpitalnych mogących leczyć w ciągu roku odpowiednią liczbę pacjentów z określonymi rodzajami nowotworów oraz zwiększenie dostępności chemio – i radioterapii poprzez stopniową decentralizację ich udzielania, przy zachowaniu odpowiedniego nadzoru nad jakością świadczeń;**
- **zapewnienia pacjentom onkologicznym szybkiej i efektywnej rehabilitacji onkologicznej, tak aby nie zaprzepaścić pozytywnych (często bardzo kosztownych) skutków leczenia i zapewnić jak najszybszy powrót do pełnej sprawności zdrowotnej, społecznej i zawodowej;**
- **powiązanie leczenia onkologicznego z medycyną paliatywną oraz poprawę dostępu świadczeń paliatywno-opiekuńczych z zastosowaniem odpowiednich terapii przeciwbólowych.**

7. ZASOBY I SYSTEMY INFORMACYJNE W ONKOLOGII

W Polsce występują ograniczone, nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych obywateli, zasoby systemu ochrony zdrowia, w szczególności dotyczące kadr medycznych, jak również specjalistycznego sprzętu. Znaczna część świadczeniodawców nie posiada odpowiedniego sprzętu do diagnostyki i leczenia pacjentów.

Brak jest również spójnego systemu obiegu informacji w ochronie zdrowia związanych z procesem wykrycia choroby nowotworowej oraz jej leczeniem i oceną osiąganych efektów, a uczestnicy systemu zdrowia korzystają z przestarzałych i mało efektywnych systemów informacyjnych.

7.1. Podmioty lecznicze

Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń

NIK w Informacji o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego" wskazała na znaczne rozproszenie świadczeniodawców udzielających świadczeń onkologicznych oraz na problemy z zapewnieniem przez nich kompleksowej diagnostyki i leczenia. Znaczna część podmiotów leczniczych nie zapewniała bowiem kompleksowych świadczeń w ramach prowadzonej działalności własnej (bez podwykonawców), w szczególności w zakresie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, czy badań endoskopowych.

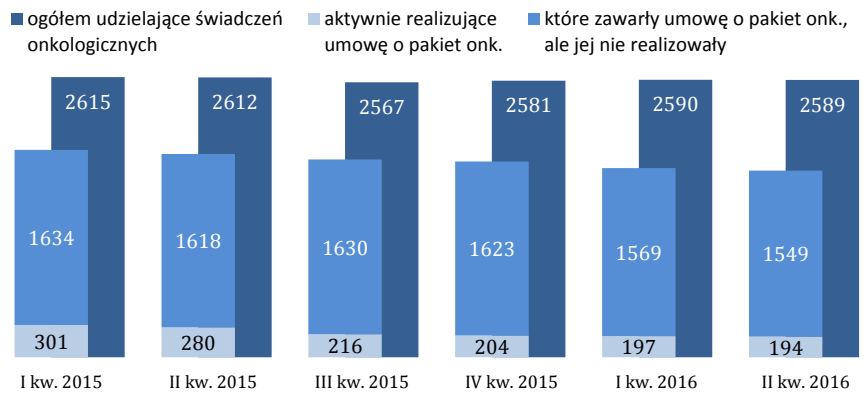
Liczba świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu w II kwartale 2016 r. wynosiła 2 589, z tego 1 743 świadczeniodawców podpisało umowy o realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego.

Liczba podmiotów udzielających świadczeń pacjentom z rozpoznaniami onkologicznymi jednocześnie w warunkach ambulatoryjnych, jak i szpitalnych, wynosiła 601, z czego 412 podmiotów miało podpisane umowy o realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego.

Natomiast liczba podmiotów udzielających świadczeń pacjentom z rozpoznaniami onkologicznymi jednocześnie w warunkach ambulatoryjnych jak i szpitalnych wynosiła 191, z czego 109 podmiotów miało podpisane umowy o realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego.

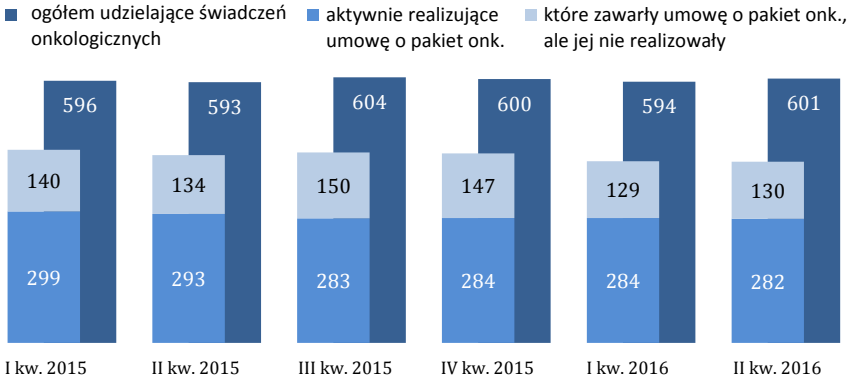
Szczegółowe dane przedstawiono na poniższych wykresach.

Wykres nr 21
Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń onkologicznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (nieudzielających tych świadczeń w leczeniu szpitalnym)



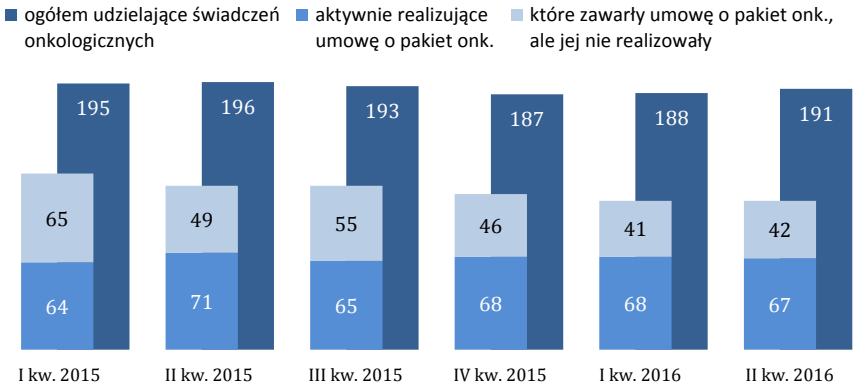
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 22
Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń onkologicznych jednocześnie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz w leczeniu szpitalnym



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 23
Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń onkologicznych jedynie w leczeniu szpitalnym



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Znaczny odsetek świadczeniodawców, chociaż zawarł kontrakty na realizację pakietu, nie wykonywał świadczeń w tym zakresie. Skutkowało to udzielaniem świadczeń pacjentom z rozpoznaniami kwalifikującymi do pakietu przede wszystkim na podstawie wcześniejszych zasad, tj. umów określających limity wykonywanych usług medycznych. Spośród 1 743 świadczeniodawców, którzy podpisali umowy o udzielanie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej[222], jedynie 194 aktywnie udzielało świadczeń w ramach pakietu (11,13%), zaś dostęp bez pośrednictwa podwykonawców do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych zapewniało jedynie 33 świadczeniodawców (1,89%).

W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym spośród 412 świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w ramach pakietu

222 Według stanu na koniec II kwartału 2016 r.

w ww. zakresie, aktywnie udzielało ich jedynie 282 (68,45%), zaś 92 (22,33%) zapewniało dostęp do wyżej wskazanych badań we własnym zakresie (bez pośrednictwa podwykonawców).

W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń tylko w leczeniu szpitalnym spośród 109 świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w ramach pakietu, aktywnie udzielało ich jedynie 67 (61,47%), zaś tylko 30 (27,52%) zapewniało dostęp do wyżej wskazanych badań we własnym zakresie (bez pośrednictwa podwykonawców).

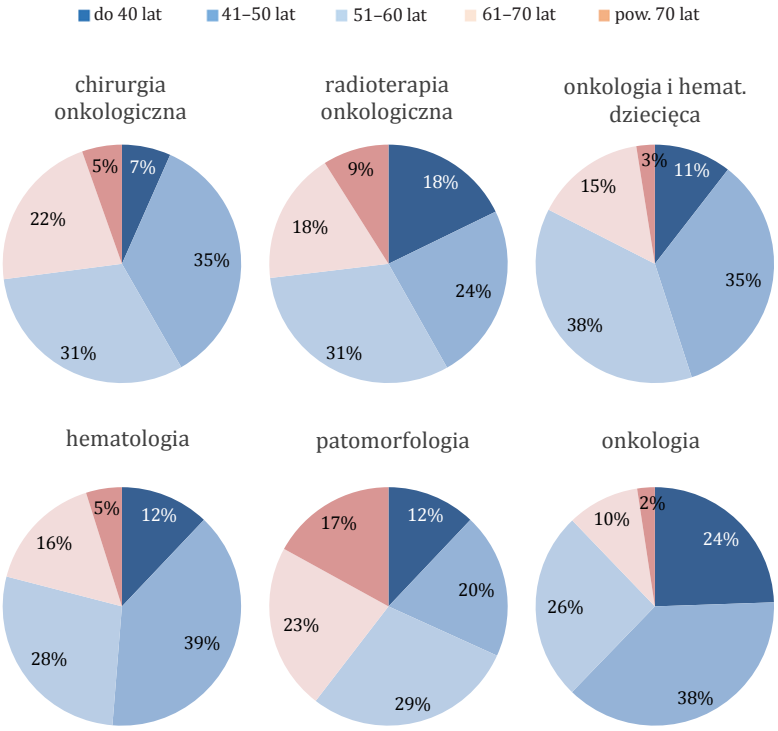
7.2. Kadry medyczne

NIK o kadrach medycznych

Najwyższa Izba Kontroli wielokrotnie wskazywała na niewystarczającą liczbę kadr medycznych, w szczególności lekarzy specjalistów z zakresu onkologii[223]. Według stanu na 31 grudnia 2017 r., czynnych zawodowo było:

- 813 chirurgów onkologicznych,
- 770 radioterapeutów onkologicznych,
- 472 hematologów,
- 200 onkologów i hematologów dziecięcych,
- 771 patomorfologów,
- 879 onkologów,
- 3 394 radiologów i diagnostów obrazowych[224].

Wykres nr 24
Struktura wiekowa lekarzy wybranych specjalności

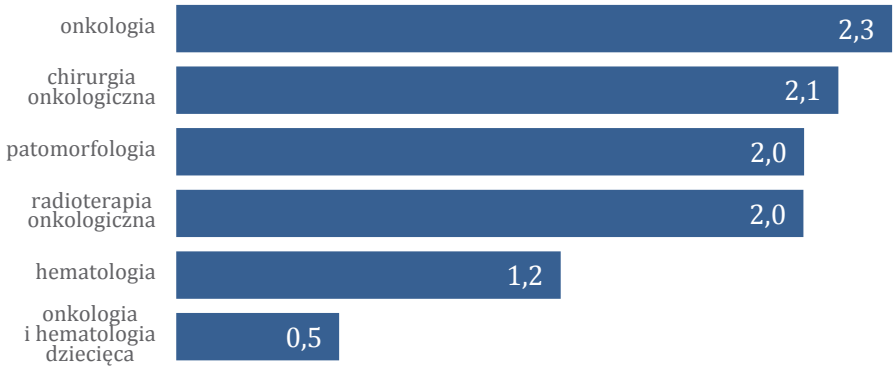


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych o liczbie lekarzy wykonujących zawód, Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, stan na 31 grudnia 2017 r.

[223] Informacje o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego", „Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej" oraz „Kształcenie kadr medycznych".

[224] Dane Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP.

Wykres nr 25
Liczba lekarzy wybranych specjalności na 100 000 mieszkańców

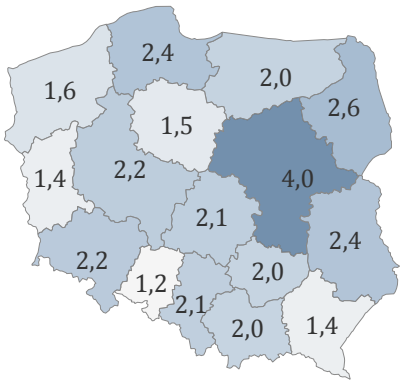


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych o liczbie lekarzy wykonujących zawód, Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, stan na 31 grudnia 2017 r. Dane o liczbie ludności z GUS, stan na dzień 30 września 2017 r.

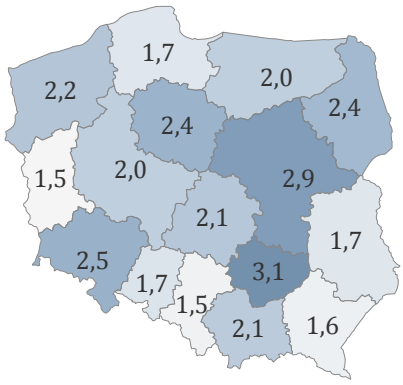
Liczba lekarzy poszczególnych specjalności onkologicznych na 100 000 mieszkańców była zróżnicowana terytorialnie.

Mapa nr 5
Liczba lekarzy wybranych specjalności na 100 000 mieszkańców w podziale na województwa

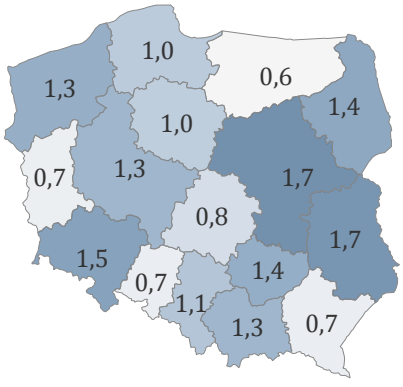
Onkologia



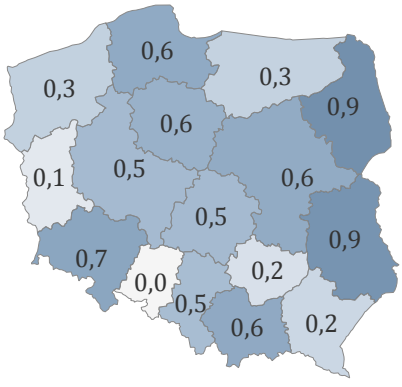
Chirurgia onkologiczna



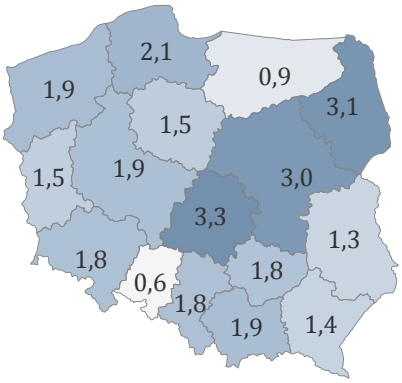
Hematologia



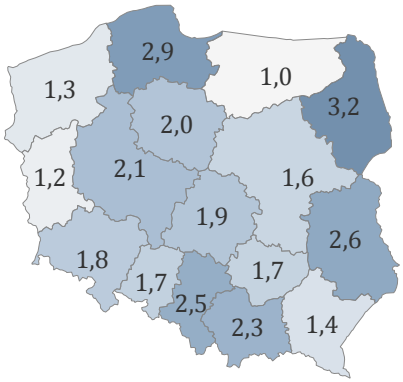
Onkologia i hematologia dziecięca



Patomorfologia



Radioterapia onkologiczna



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych o liczbie lekarzy wykonujących zawód, Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, stan na 31 grudnia 2017 r. Dane o liczbie ludności z GUS, stan na dzień 30 września 2017 r.

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji z powyższych specjalności[225] wynosiła 1 058, z tego: onkologii klinicznej – 473, radioterapii onkologicznej – 171, chirurgii onkologicznej – 208, ginekologii onkologicznej – 148, onkologii i hematologii dziecięcej – 58.

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 na 4,38 podmiotu leczniczego.

Dodatkowo NIK wskazała[226], że liczba osób odbywających specjalizację w dziedzinie patomorfologii nie odpowiadała potrzebom zdrowotnym społeczeństwa. Ponieważ jest ona jedną z 16 uznanych za priorytetowe dziedzin medycyny[227], Minister Zdrowia w latach 2012/2013–2015/2016 przyznawał miejsca rezydenckie na poziomie 100% wolnych miejsc szkoleniowych. Jednakże zdecydowana większość przyznanych miejsc (ponad 90%) pozostała niewykorzystana między innymi ze względu na brak chętnych. Należy przy tym zaznaczyć, że wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza odbywającego specjalizację w tej dziedzinie w ramach rezydentury jest wyższa niż w pozostałych, niezaliczonych do priorytetowych dziedzinach medycyny[228].

Niechęć do podejmowania przez lekarzy szkolenia specjalistycznego w ramach patomorfologii wynikała m.in. z braku bezpośredniego kontaktu z pacjentem, konieczności posiadania indywidualnych predyspozycji, a także braku możliwości prowadzenia prywatnej praktyki lekarskiej.

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

226 Informacja o wynikach kontroli „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych".

227 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1489). Za priorytetowe zostały również uznane dziedziny: chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, hematologia, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca oraz radioterapia onkologiczna.

228 Od dnia 1 lipca 2017 r. jest to 4 070 zł w dwóch pierwszych latach rezydentury, w kolejnych 4 391 zł, natomiast w dziedzinach nie uznanych za priorytetowe odpowiednio – 3 570 zł i 3 891 zł. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 2017), uprzednio rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 1498).

Ponadto nie bez znaczenia jest stereotypowy sposób postrzegania tej dziedziny, tj. kojarzenie jej głównie z prosektorium i sekcjami zwłok, co dla niektórych osób stanowi psychologiczną barierę.

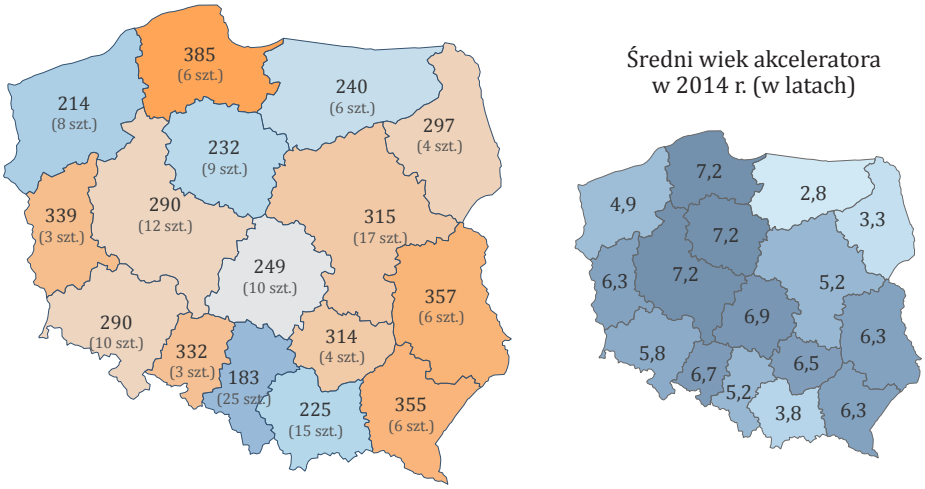
7.3. Sprzęt specjalistyczny

NIK o zasobach sprzętowych

Podobnie jak ograniczone zasoby kadr medycznych, w Polsce występuje niedobór sprzętu specjalistycznego służącego do leczenia onkologicznego pacjentów. NIK już w 2014 r.[229] wskazywała m.in. na niewystarczającą liczbę akceleratorów liniowych. W Polsce według stanu na koniec 2014 r.[230] znajdowało się 144 akceleratorów liniowych. Jeden akcelerator przypadał średnio na 273 tys. ludności, co nie spełniało wymogów zaleceń Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej (ESTRO) z 2005 roku (jeden akcelerator na 250 tys. ludności), ani Międzynarodowej Agencji Atomowej (IAEA) z 2010 roku (jeden akcelerator na 180 tys. ludności).

Średni wiek akceleratora w 2014 r. wynosił 5,6 lat. Polskie Towarzystwo Onkologiczne zwraca uwagę na jakość udzielanych świadczeń z zakresu teleradioterapii, wskazując, że nowsze aparaty, o wyższym stopniu zaawansowania technologicznego, zapewniają lepsze wyniki leczenia pacjentów. Oczekiwana długość pracy akceleratora liniowego wynosi 10 lat, a starsze aparaty uznawane są za przestarzałe[231].

Mapa nr 6
Liczba ludności (w tys.) przypadająca na jeden akcelerator w Polsce oraz średni wiek akceleratora w 2014 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie Map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski (2014). Dane o ludności za 2014 r.

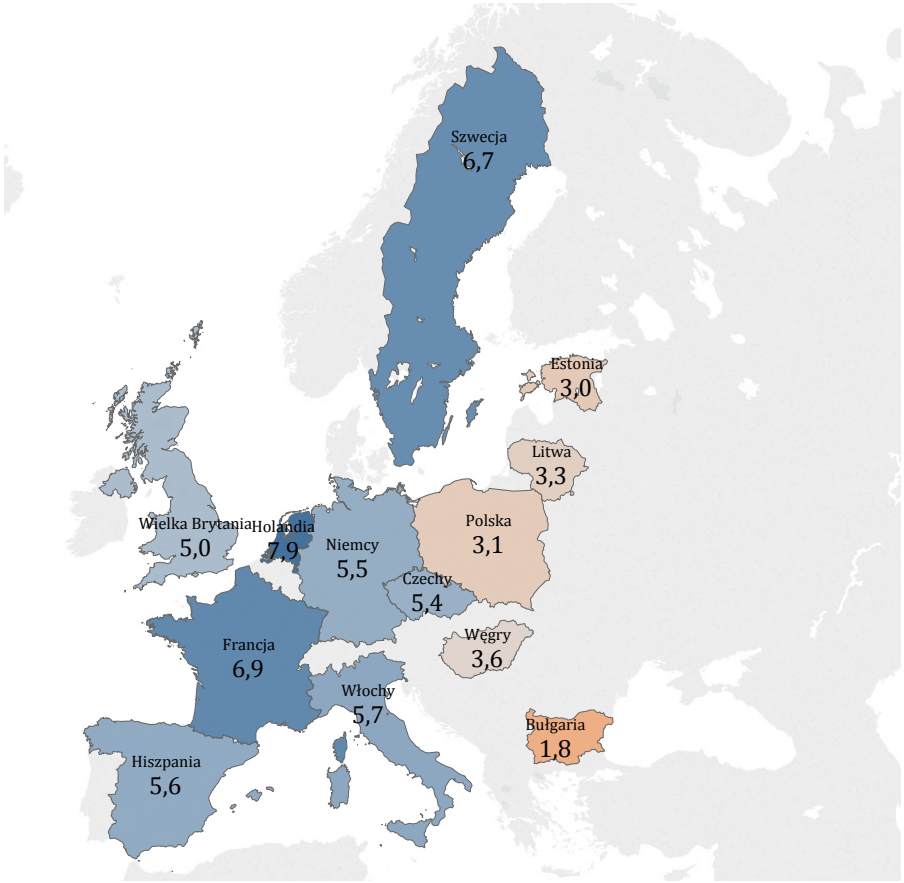
[229] Informacja o wynikach kontroli „Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych".

[230] W tym m.in. trzy akceleratory wyłącznie do radioterapii śródoperacyjnej. Dane za „Mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii" oraz „Raportem na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31 grudnia 2014 r." Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, R. Dziadziuszko, Gdańsk, marzec 2015 r.

[231] Raport PTO z 2015 r. pt.: „Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje" oraz dokument pn. „Dialog PTO z parlamentarzystami na temat wspólnych działań w celu poprawy kondycji polskiej onkologii" (1 lutego 2016 r.). https://pto.med.pl/content/download/11379/128559/file/Analiza%20kondycji%20polskiej%20onkologii%20z%20punktu%20widzenia%20lekarzy%20specjalist%C3%B3w.pdf

Wytyczne ESTRO obowiązujące w 2016 r. przyjmują za minimalny wskaźnik instalację przynajmniej jednego aparatu megawoltowego na 200 tys. mieszkańców. Wszystkie kraje Europy Zachodniej przekroczyły już ww. wskaźnik, natomiast Polska pod względem wyposażenia aparaturowego w zakresie teleradioterapii, znajduje się nadal na pozycji odbiegającej od krajów Europy Zachodniej i jest w środku listy „nowych członków" Unii Europejskiej[232].

Infografika nr 16
Liczba akceleratorów na milion mieszkańców wg raportu ESTRO z 2014 r. w wybranych krajach europejskich



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie „Raportu na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2016 r."

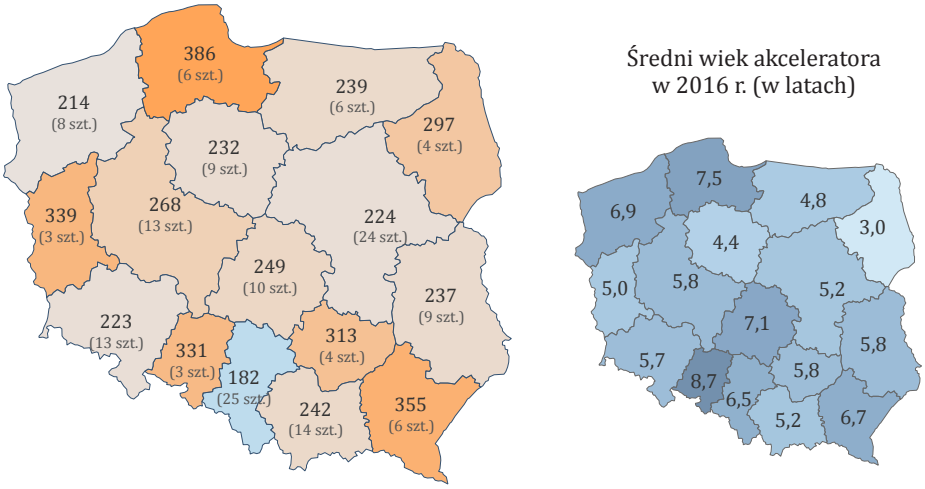
Pomimo zwiększenia liczby zainstalowanych w Polsce akceleratorów ze 144 w 2014 r. do 160 na koniec 2016 r.[233], to dostęp do radioterapii w Polsce był nadal niewystarczający i znajdujący się poniżej wytycznych europejskich. Ponadto 22% akceleratorów (35 ze 160) wymaga wymiany[234]. Średni wiek akceleratora w 2016 r. wynosił 5,8 lat.

[232] „Raport na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2016 r." oraz Grau C., Defourny N., Malicki J. i wsp. Radiotherapy departments and equipment in the European countries: final results from the ESTRO-HERO survey. Radiotherapy and Oncology, journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology, 2014;112:155-64. Przyjęty w opracowaniu ESTRO z 2014 r. wskaźnik liczby akceleratorów na milion mieszkańców dla Polski wynosił 3,1, zaś w 2016 r. wynosił 4,2 (wzrost o 35,5%).

[233] W tym m.in. trzy do radioterapii śródoperacyjnej „Raport na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2016 r." Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, R. Dziadziuszko, Gdańsk, marzec 2017 r.

[234] Według stanu na 31 grudnia 2016 r. jeden akcelerator z 1999 r., trzy z 2002 r., sześć z 2003 r., po osiem z 2004 r. i 2005 r. oraz dziewięć z 2006 r. – patrz przypis nr 233

Mapa nr 7
Liczba ludności (w tys.) przypadająca na jeden akcelerator w Polsce oraz średni wiek akceleratora w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie „Raportu na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2016 r."

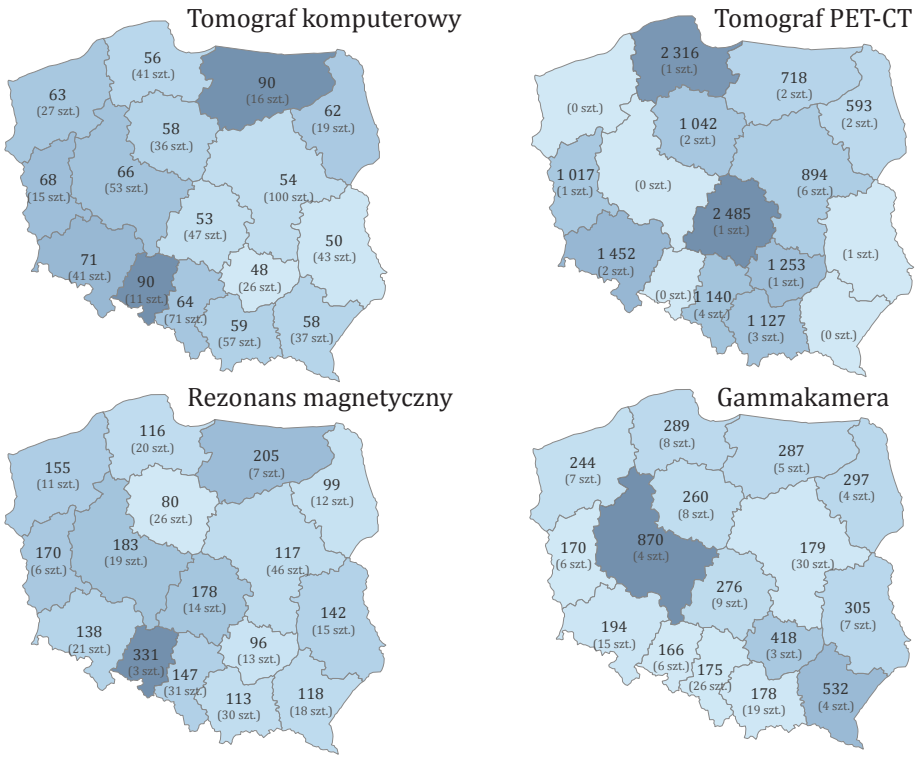
Sprzęt diagnostyczny

W 2016 r. liczba ludności przypadająca na jeden aparat diagnostyczny wynosiła:

- 60,1 tys. osób na jeden tomograf komputerowy,
- 131 tys. osób na jeden rezonans magnetyczny,
- 252,8 tys. osób na jedną gammakamerę,
- 1 478,2 tys. osób na jeden tomograf pozytronowy (PET-CT).

Wskaźniki te były zróżnicowane terytorialnie, co obrazuje poniższy rysunek.

Mapa nr 8
Liczba ludności przypadająca na jeden aparat (w tys.) w 2016 r.

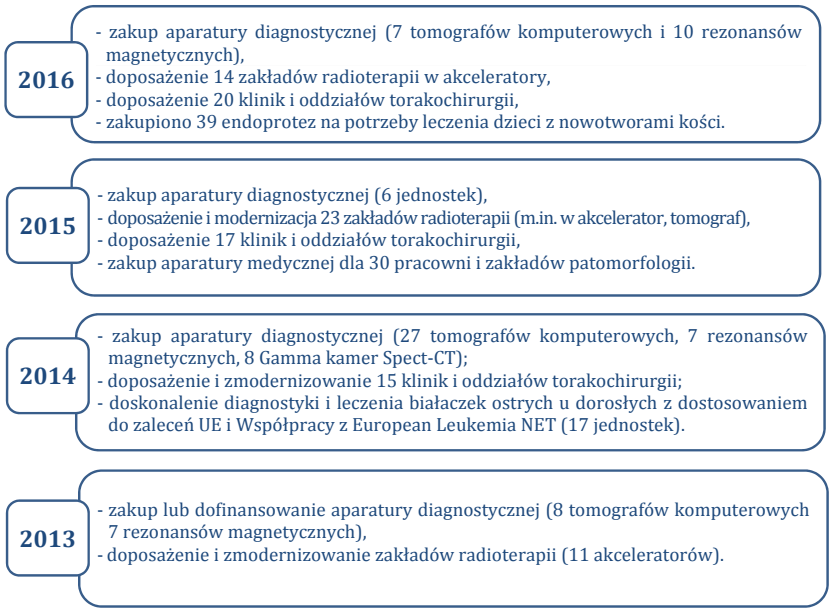


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych CSIOZ (dane łączne z Ministerstwem Obrony Narodowej, nie uwzględniają danych pochodzących z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości).

Doposażenie w sprzęt specjalistyczny w ramach NPZChN

W ramach NPZChN na lata 2006–2015 oraz na lata 2016–2024 Minister Zdrowia przeznaczał na zadania z zakresu onkologii środki w kwocie ponad 200 mln zł rocznie, z których głównie finansował wydatki inwestycyjne m.in. zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów, (tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych, gamma kamer spect-CT), doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii (zakup akceleratorów), doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii.

Schemat nr 8
Zadania inwestycyjne realizowane w ramach NPZChN w latach 2013–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli w zakresie wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie w latach 2013–2016.

Doposażenie w sprzęt do radioterapii

Dodatkowo Minister Zdrowia w celu zwiększenia liczby akceleratorów, pod koniec 2017 r. podpisał umowy na wymianę 12 akceleratorów, dokupienie pięciu nowych oraz zbudowanie trzech bunkrów na nowe akceleratory, finansowane z wykorzystaniem środków europejskich[235].

7.4. Systemy informacyjne, źródła danych i obieg informacji w onkologii

Rola systemów informacyjnych w ochronie zdrowia

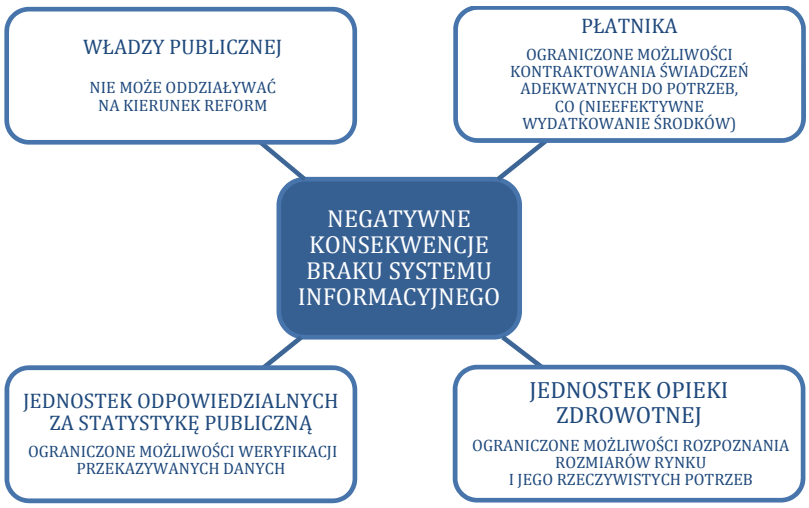
Istotnym czynnikiem wpływającym na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są nowoczesne systemy informacyjne, pozwalające na sprawną wymianę informacji oraz danych między pacjentami i podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne, szpitalami, pracownikami służby zdrowia oraz podmiotami odpowiedzialnymi za sferę teletechniczną. Narzędzia i usługi wykorzystujące technologie informacyjne i komunikacyjne powinny służyć ulepszeniu dostępu do usług opieki zdrowotnej

[235] Nowy sprzęt będzie dofinansowany ze środków unijnych – z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 (IX Oś Priorytetowa Działanie 9.2 *Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych*).
http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/dofinansowanie-wymiany-i-zakupu-akceleratorow-3-umowy-podpisane/

i poprawę ich jakości oraz zwiększenie efektywności całego sektora zdrowia, obejmującego m.in. profilaktykę, diagnostykę, leczenie, monitorowanie i zarządzanie.

Z uwagi na złożoność wielu procedur medycznych, zasad ich finansowania oraz struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych, kluczowego znaczenia nabiera gromadzenie i dostęp do rzetelnych informacji, za pomocą nowoczesnych systemów informacyjnych, które zależnie od rodzaju uczestnika systemu ochrony zdrowia spełniają różnorodne funkcje. Władzom publicznym lub płatnikowi, systemy informacyjne mają umożliwić przede wszystkim kontrolę przestrzegania prawa, przeprowadzanie analiz efektywności wykorzystania środków oraz podejmowanie strategicznych decyzji wpływających na stan zdrowia całej populacji. Z kolei systemy budowane na rzecz jednostek opieki zdrowotnej służą głównie celom zarządczym oraz medycznym (wspomaganie procesu leczniczego).

Schemat nr 9
Negatywne konsekwencje braku systemu informacyjnego dla poszczególnych podmiotów systemu ochrony zdrowia



Źródło: W. Karliński: „Modelowe rozwiązania systemu informacyjnego w ochronie zdrowia", Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2001 r., str. 18.

Jednymi z najważniejszych projektów informacyjnych w obszarze zdrowia, podejmowanych w ostatnich latach, do chwili obecnej nie ukończonych, a których realizacja jest niezbędna do poprawy organizacji systemu ochrony zdrowia są: „Projekt Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" (dalej „Projekt P1")[236]

[236] Projekt P1 realizowany od 10 lat, mający na celu budowę elektronicznej platformy usług publicznych, umożliwiającej organom publicznym, w tym administracji państwowej i samorządowej, przedsiębiorcom i obywatelom, gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. NIK po kontrolach przeprowadzonych w CSIOZ w 2011 r., 2012 r. i 2016 r. negatywnie oceniała realizację Projektu P1 wskazując m.in. na opóźnienia poszczególnych etapów projektu, niewystarczającą współpracę pomiędzy CSIOZ i NFZ, naruszenie przepisów ustawy o zamówieniach publicznych, a także na niekorzystną, dużą rotację kadry w CSIOZ i małą liczbę pracowników o wysokich kwalifikacjach – Informacje o wynikach kontroli: „Wykonanie budżetu państwa w 2015 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych" z maja 2016 r. (116/2016/P/16/001/KZD), „Informatyzacji szpitali" z kwietnia 2013 r. (P/12/125) oraz wystąpienia pokontrolne NIK skierowane do Ministra Zdrowia, Dyrektora CSIOZ i Prezesa NFZ w temacie „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji" (P/11/045).

realizowany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (dalej „CSIOZ") oraz Rejestr Usług Medycznych (dalej „RUM")[237] realizowany przez NFZ.

Aplikacja AP-DiLO

Najwyższa Izba Kontroli wielokrotnie zwracała uwagę, że NFZ, będący głównym podmiotem kontraktującym świadczenia w obszarze ochrony zdrowia, wykorzystuje Systemy Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDz), które bazują na kosztochłonnych rozwiązaniach architektonicznych stosowanych w 1999 r. W ocenie NIK, Fundusz powinien działać, wykorzystując nowoczesne rozwiązania informatyczne, ułatwiające rozliczanie świadczeń, a przede wszystkim ułatwiające pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym[238]. W związku z wdrożeniem pakietu onkologicznego NFZ wprowadził do systemów informatycznych SIWDz zmiany umożliwiające wystawianie i obsługę Kart DiLO (aplikacja AP-DiLO[239]).

NIK oceniając przygotowanie Funduszu do wdrożenia rozwiązań szybkiej ścieżki onkologicznej wskazywała, że udostępnione rozwiązania informatyczne AP – DiLO, w początkowej fazie obowiązywania pakietu, nie były w pełni funkcjonalne i wymagały wielu modyfikacji[240]. Świadczeniodawcy oraz OW NFZ zgłaszali wiele problemów, w związku z funkcjonowaniem systemu AP-DiLO, utrudniającymi realizację pakietu onkologicznego, co skutkowało wprowadzeniem wielu aktualizacji (w pierwszych dwóch miesiącach 2015 r. – 29 aktualizacji). 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.

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), a podstawą zapłaty za świadczenia, wykonane w ramach pakietu onkologicznego, były dane sprawozdawcze o udzielonych świadczeniach (rozliczeniowe i staty-

[237] NIK w kontrolach realizacji zadań NFZ w latach 2013–2016 r. wskazywała, że do końca I półrocza 2017 r. nie wdrożono Rejestru Usług Medycznych (RUM), przewidzianego w ustawie o sioz, zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia. Od 2006 r. NFZ prowadził prace nad systemem RUM II, który miał stanowić rozwinięcie systemu RUM pozwalające na zbieranie oraz analizowanie danych związanych z udzielanymi świadczeniami opieki zdrowotnej, którego wprowadzenie, według Funduszu, ma przynieść oszczędności szacowane na 3 do 6,5 mld zł. Budowę systemu RUM II utrudniają częste zmiany koncepcji, dokonywane przez Ministra Zdrowia.

[238] Informacje o wynikach kontroli Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2013 r., 2014 r. i 2015 r.

[239] Aplikacja obsługująca Karty DiLO. 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 pogłębioną, daty konsylium, daty zabiegu diagnostyczno-leczniczego, sposobu dalszego postępowania, daty rozpoczęcia i zakończenia leczenia onkologicznego, daty i numeru zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN.

[240] Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

styczne) przekazywane przez świadczeniodawców, co w ocenie NIK utrudniało bieżącą analizę finansową w zakresie realizacji i rozliczania świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego[241].

Znaczenie systemów informacji o nowotworach

Znaczenie systemów informacyjnych wzrasta także z uwagi na fakt, że liczba gromadzonych danych z różnych jednostek opieki zdrowotnej staje się coraz większa. Wymusza to zmianę koncepcji prezentowania zebranych informacji[242]. W tym kontekście istotnego znaczenia nabiera zagadnienie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz dostępu do niej różnych jednostek opieki zdrowotnej biorących udział w procesie leczniczym[243].

Modelowa koncepcja systemu informacyjnego w ochronie zdrowia nie została zrealizowana, co stanowi istotną barierę w poprawie funkcjonowania podsystemu leczenia onkologicznego w Polsce. Żaden z obecnie funkcjonujących systemów obiegu informacji nie zapewnia spójnych, kompletnych, wiarygodnych i bieżących danych dotyczących zachorowań na nowotwory złośliwe, a także nie pozwala na ocenę jakości i skuteczności podejmowanych działań terapeutycznych, w tym profilaktycznych. W konsekwencji nieznane są np. efekty wprowadzenia profilaktycznych programów przesiewowych, ich wpływu na zachorowalność i umieralność na nowotwory.

Minister Zdrowia – organ odpowiedzialny za kreowanie polityki zdrowotnej państwa w obszarze ochrony zdrowia – nie dysponował rzetelnymi danymi dotyczącymi m.in. liczby nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, stopnia zaawansowania choroby, a także wynikach jej leczenia i poniesionych kosztach.

System informacji o nowotworach jest ważnym elementem gwarantującym kompleksowe i ustandaryzowane informacje na temat nowotworów. Zbieranie danych i informacji daje możliwość identyfikacji i promowania najlepszych praktyk opartych na dowodach w profilaktyce i kontroli nowotworów[244].

Krajowy Rejestr Nowotworów

Podstawowym źródłem danych o zachorowaniach i efektach leczenia nowotworów jest Krajowy Rejestr Nowotworów[245], a podmiotem prowadzącym

[241] Analiza finansowa była możliwa po wygenerowaniu danych z obu systemów i ich powiązaniu.

[242] A. Przybyłko: „Rola informatyzacji jako narzędzia wspomagającego procesy leczenia i zarządzania w opiece zdrowotnej", Antidotum 2002 r., Nr 6.

[243] Tradycyjna dokumentacja medyczna, przechowywana w formie papierowej w różnych placówkach, nie zapewnia szybkiego i pełnego wglądu w historię choroby, co w wyniku niekompletnych danych, jakimi dysponuje lekarz, może prowadzić do błędnych decyzji lub powtarzania już wykonanych badań. Tym samym, systemy informacyjne mogą wspomagać proces decyzyjny lekarza np. poprzez analizę interakcji zachodzących pomiędzy różnymi lekami, które pacjent stosuje w leczeniu różnych chorób. W efekcie może to ograniczyć skutki uboczne i zmniejszyć liczbę błędów lekarskich. Natomiast płatnik uzyskując dostęp do informacji dotyczących procesu leczniczego jest w stanie zweryfikować zasadność stosowania określonych procedur i wpływać na koszty leczenia, a powiązanie systemu elektronicznej ewidencji medycznej z działalnością rozliczeniową i kontrolną umożliwia szybkie zidentyfikowanie tych lekarzy, którzy np. zlecają ponadprzeciętnie dużo badań laboratoryjnych, przepisują znaczne ilości leków lub stosują niewłaściwe procedury lecznicze – J. Fedorowski (red.), R. Niżankowski (red.): „Ekonomika medycyny", op. cit., str. 117.

[244] Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024.

[245] Gromadzenie danych przez KRN odbywało się od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku, początkowo na postawie Okólnika Ministerstwa Zdrowia nr 2/51 w sprawie zgłaszania przypadków nowotworów złośliwych (Dz. Urz. MZ z 1951 r. nr 2, poz. 8), a następnie:
- Instrukcji Ministrów Zdrowia I Opieki Społecznej, Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych, Komunikacji Oraz Sprawiedliwości z dnia 28 marca 1962 r. w sprawie zgłaszania przypadków nowotworów złośliwych i podejrzanych jako złośliwe. (M.P. Nr 30, poz. 141);
- ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068, ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1497, ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1362), które obowiązywało od dnia 30 sierpnia 2016 r. i zostało uchylone z dniem 31 grudnia 2017 r.

rejestr jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie. KRN gromadzi i przetwarza dane statystyczne dostarczane przez wojewódzkie rejestry nowotworów, które gromadzą te dane na podstawie sporządzanych przez lekarzy Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (Karta ZNZ)[246]. Dodatkowym źródłem są dane gromadzone przez GUS na podstawie kart zgonu.

SIMP i SIWDz NFZ

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

Brak powiązania KRN, SIMP i SIWDz NFZ

Zakres danych zbieranych w każdym z wyżej wskazanych rejestrów i systemów jest odmienny i wynika z odmiennych przesłanek ich utworzenia. Zobowiązane do zgłoszenia wystąpienia nowotworu złośliwego do KRN[247] były zarówno placówki publiczne, jak również niepubliczne, w przeciwieństwie do systemów NFZ, do których dane przesyłały jedynie te podmioty, które posiadały kontrakt z Funduszem. Każde zgłoszenie zarejestrowane w bazie KRN otrzymuje unikalny numer i podlega analizie.

System SIMP jest narzędziem realizacji przez NFZ zadań związanych z rozliczaniem świadczeń udzielanych w ramach programów profilaktycznych realizowanych ze środków Funduszu (tj. dla pacjentów kwalifikujących się do nich) i nie są w nim rejestrowane świadczenia profilaktyczne udzielane poza programami. Pozostałe Systemy Informatycznego SIWDz służą rejestrowaniu, kontroli i rozliczaniu wszystkich świadczeń zdrowotnych, w tym onkologicznych, udzielonych przez świadczeniodawców na podstawie umowy zawartej z Funduszem[248]. Nie zwierają natomiast informacji o stopniu zaawansowania nowotworu, czy wyniku badania histopatologicznego.

[246] Każdy lekarz, w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego ma obowiązek wypełnienia Karty ZNZ MZ/N-1a (wzór określony w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 – Dz. U. poz. 837). Dane w postaci papierowej są przekazywane do rejestru nie rzadziej niż raz w miesiącu do 15 dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby, za pośrednictwem 16 wojewódzkich biur rejestracji nowotworów, uprawnionych do gromadzenia i przetwarzania danych o rozpoznaniach i podejrzeniach występowania nowotworów złośliwych na terenie województwa lub sukcesywnie w postaci elektronicznej (ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej, Dz. U. z 2016 r. poz. 1068, ze zm. oraz ustawa o sioz).

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

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

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

Porównanie zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN dokonane przez NIK, zawierających dane o pacjentach z rozpoznanym 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 przypadkach raka piersi było to 42,2%, zaś w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego 38,9%[249]. Ponadto KRN nie zawierał również, w przypadku znacznej liczby pacjentów informacji o stopniu zaawansowania choroby – w przypadku raka szyjki macicy, takich pacjentów było 9,5%, w przypadku raka piersi 19,8%, zaś w przypadku raka jelita grubego 21,7%.

Niekompletność KRN

Jedną z przyczyn tego stanu, wymienianą także przez uczestników panelu ekspertów z dnia 4 października 2017 r., było nieprzekazywanie przez świadczeniodawców Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego.

Najwyższa Izba Kontroli w 2017 r. wskazywała[250], że poprawę w tym zakresie odnotowano po wprowadzeniu od 1 stycznia 2015 r., przepisami wprowadzającymi pakiet onkologiczny, wymogu zgłaszania do KRN zachorowań na nowotwory złośliwe, i tak w 2015 r., w porównaniu do 2014 r. wpłynęło o 255,7% więcej Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego[251], jednak wątpliwości budziła jakość przesyłanych danych do KRN.

Z dniem 1 lipca 2017 r. ustawodawca wykreślił obowiązek zgłoszenia Karty KZN bezpośrednio do KRN przez lekarza, który stwierdził nowotwór zło-

[249] Informacja NIK o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia" (P/16/054). Analiza zbiorów danych NFZ i KRN z lat 2009–2012, dotyczących raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. 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. 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 KRN. Patrz Raport Fundacji My Pacjenci pt. „Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce", Warszawa, listopad 2016 r. https://mypacjenci.org/images/raporty/Raport_KRN_final.pdf.

[250] Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

[251] Zgodnie z art. 32a ust. 5 ustawy o świadczeniach lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, dokonuje zgłoszenia Karty ZNZ bezpośrednio do KRN, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy o sioz, a zgodnie z art. 32a ust. 6 ww. ustawy lekarz, o którym mowa w ust. 5, wpisuje w karcie DiLO numer Karty ZNZ nadawany przez KRN. Przedmiotowe przepisy obowiązywały od 1 stycznia 2015 r. do do 1 lipca 2017 r.
W 2014 r. do rejestru wpłynęło 370,3 tys. kart ZNZ, w 2015 r. 626,1 tys. kart. ZNZ, a do 31 sierpnia 2016 r. 368,7 tys. kart ZNZ.

śliwy oraz wpisywania numeru Karty ZNZ do karty DILO[252], stwierdzając, że nie przyczyniło się do poprawy zgłaszalności i jakości danych zgłaszanych do Krajowego Rejestru Nowotworów[253].

Strategia walki z rakiem

Eksperci z zakresu onkologii zwracają uwagę na pilną potrzebę poprawy jakości danych w KRN[254]. Informacje o wynikach leczenia gromadzone i udostępniane przez KRN są jedynie w podstawowym zakresie (5-letnich przeżyć) na poziomie kraju i poszczególnych województw, a należy dążyć do rozwijania możliwości systemu informatycznego ochrony zdrowia o badanie nowych wskaźników, m.in. dotyczących jakości i efektywności leczenia. Szacowana przez zespół KRN średnia kompletność rejestracji nowych zachorowań wynosi ok. 94% i utrzymują się istotne różnice regionalne pomiędzy poszczególnymi województwami. Na znacznie niższym poziomie zgłaszane są dane dotyczące stopnia zaawansowania nowotworów w momencie rozpoznania (60–80% w zależności od lokalizacji). Natomiast zdaniem autorów Map potrzeb zdrowotnych kompletność danych KRN jest znacznie niższa i wynosi średnio 72%. Dodatkowo połączenie sprawozdawczości KRN z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) spowodowało obniżenie jakości danych KRN, ponieważ karta zgłoszenia nowotworu nie była wypełniana u części chorych leczonych poza „pakietem onkologicznym". Od 2013 r. KRN umożliwia lekarzom elektroniczne zgłaszanie nowotworu złośliwego, a także późniejszą edycję i uzupełnienie karty o dodatkowe informacje w trakcie leczenia, ale z tej formy korzysta obecnie jedynie około 25% lekarzy[255].

Aktualność i kompletność danych według Karty ZNZ to pełna informacja o pacjencie (diagnoza, leczenie, wznowa, przerzut), a uzyskanie tych informacji zajmuje od trzech miesięcy do półtora roku. Dla Kart ZNZ zaakceptowanych dla przypadków w roku zgłoszenia średni czas od daty wypełnienia karty do dnia wpisania do bazy w latach 2014–2016 skracał się i wynosił[256] dla kart przesyłanych w postaci papierowej od 125 dni w 2014 r. do 73 dni w 2016 r., a kart przesyłanych w postaci elektronicznej 79 dni w 2014 r. do 19 dni w 2016 r.

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

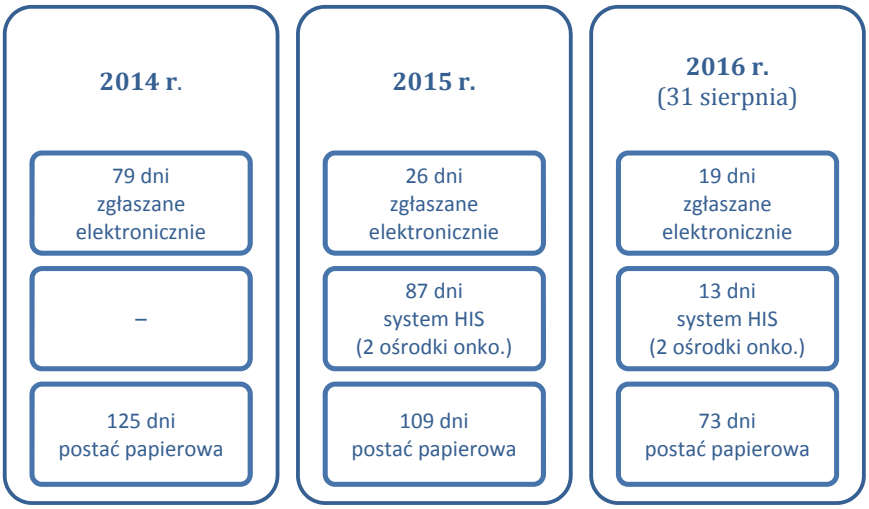
[253] Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk nr 1098.
p://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1098

[254] „Strategia walki z rakiem", str. 15, 24–25.

[255] „Strategia walki z rakiem", str. 15.

[256] Informacja o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

Schemat nr 10
Średni czas zgłoszenia od daty wypełnienia karty do dnia wpisania do bazy KRN w latach 2014–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z KRN.

Prace nad Krajowym Rejestrem Raka Płuc

W ramach umowy na koordynację zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii", Minister Zdrowia zlecił Instytutowi Gruźlicy i Chorób Płuc (koordynatorowi zadania) prowadzenie rejestru danych klinicznych i histopatologicznych, zwanego w opisie programu Krajowym Rejestrem Raka Płuca lub Krajową Bazą Raka Płuca, gdzie do końca 2014 r. wprowadzono dane o ponad 29,5 tys. chorych leczonych chirurgicznie na raka płuca. Rejestr Raka Płuca (bazę) utworzono w 2007 r. Zgodnie z art. 19 ust. 1 i 3 oraz art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, Minister Zdrowia został upoważniony do tworzenia rejestrów medycznych, po uprzedniej analizie zasadności ich funkcjonowania, w drodze rozporządzenia. Co prawda powyższy przepis w zakresie, w jakim przewiduje określenie przedmiotu rejestrów medycznych przez ministra w drodze rozporządzenia, uznany został za niezgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji[257], niemniej z chwilą wejścia w życie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw[258], wskazane przez Trybunał Konstytucyjny ograniczenia w stosowaniu ustawy zostały usunięte. W latach 2012–2014 na funkcjonowanie Krajowego Rejestru Raka Płuc wydatkowano 1 203,6 tys. zł.

NIK w 2016 r.[259] nie wnosiła uwag do celowości prowadzenia Krajowego Rejestru Raka Płuca, lecz zwróciła uwagę na konieczność dostosowania statusu tego Rejestru do wymogów ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw[260], obowiązującej od 12 grudnia 2015 r.

257 Na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2014 r. sygn. akt K 33/13.

258 Dz. U. poz. 1991, ze zm. Przepisy ustawy obowiązują od 12 grudnia 2015 r.

259 Informacja o wynikach kontroli „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego".

260 Dz. U. z 2015 r. poz. 1991.

Minister Zdrowia 19 czerwca 2017 r. przedstawił do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia w sprawie Krajowego Rejestru Raka Płuc[261]. W projekcie założono, że podmiotem prowadzącym rejestr będzie Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, któremu zostaną przekazane środki na zarządzenie rejestrem w wysokości 400 tys. złotych przez Ministerstwo Zdrowia. W rejestrze będą przetwarzane dane osobowe pacjenta i dane medyczne związane z procesem diagnostyczno-terapeutycznym.

Systemy informacyjne funkcjonujące w ochrony zdrowia nie pozwalają również na określenie łącznej kwoty środków wydatkowanych na diagnostykę i leczenie onkologiczne, a także na działania profilaktyczne realizowane przez różne podmioty, w szczególności przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. 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.

Nierzetelne i niekompletne były również dane o programach profilaktycznych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego[262], co utrudniało lub wręcz uniemożliwiało przeprowadzenie analiz i oceny skutków ich realizacji. Nie analizowano również danych o zasobach lokalnego systemu opieki zdrowotnej, co powinno być punktem wyjścia do planowania działań w ochronie zdrowia, a także oceny efektów podejmowanych działań[263].

Dodatkowo od 1 stycznia 2017 r. NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych[264].

Wyżej opisane ustalenia wskazują na systemowe nieprawidłowości w obiegu informacji związanych z procesem wykrycia choroby nowotworowej oraz jej leczeniem i oceną osiąganych efektów. Podstawowym problemem jest brak systematycznego i bieżącego zasilania rejestrów w dane. W przypadku KRN niedostateczna aktywność świadczeniodawców powoduje niekompletność zbieranych informacji. Próba powiązania tego Rejestru z procesem rozliczania za świadczenia udzielone w ramach kontraktu z NFZ wprawdzie zwiększyła liczbę przekazywanych Kart ZNZ, lecz jakość danych budzi wątpliwości, także ze względu na zjawisko tzw. *up-codingu*, tj. „dopasowywania" rozpoznania do wyceny świadczeń (do rozliczenia

261 https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12299502

262 Programy profilaktyczne finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego realizowane były często *ad hoc*, bez analizy sytuacji demograficznej i epidemiologicznej na ich terenie, nie oceniano też potrzeb zdrowotnych i nie planowano zmian w tym zakresie.

263 Informacja NIK o wynikach kontroli „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia" (P/16/054).

264 Art. 48d ustawy o świadczeniach, dodany przez art. 22 pkt 5 ustawy o zdrowiu publicznym zmieniony ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach.

przekazywane są te, które są bardziej rentowne, a nie odpowiadające stanowi faktycznemu). Poza jakąkolwiek możliwością analizy pozostają świadczenia udzielone pacjentom odpłatnie.

Strategia walki z rakiem

Ważnym zagadnieniem wymienionym w „Strategii walki z rakiem" jest poprawa jakości i zakresu gromadzonych danych. Dostęp do kompleksowych, wiarygodnych, aktualnych oraz spójnych danych dotyczących nowotworów i ich charakterystyki, a także monitorowanie na podstawie tych danych zjawisk i procesów zachodzących w systemie, stanowią niezbędny warunek identyfikacji pojawiających się zagrożeń oraz podejmowanie racjonalnych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej. Tworzą również podstawy do dalszych badań, publikacji, rozpowszechniania informacji oraz szerzenia wiedzy o nowotworach wśród społeczeństwa oraz są kluczowym narzędziem w ocenie wdrażania „Strategii walki z rakiem" w Polsce.

Pomimo istotnej poprawy w zakresie gromadzonych danych epidemiologicznych o nowotworach złośliwych w ostatnich dwóch dekadach, nadal istnieje szereg barier, które uniemożliwiają dalszy postęp. Należą do nich m.in. brak świadomości lekarzy o konieczności wypełniania kart zgłoszenia nowotworu, brak szczegółowych informacji w kartach przesyłanych przez lekarzy do KRN, ograniczony przepływ informacji pomiędzy instytucjami posiadającymi dostęp do danych o nowotworach, fragmentaryczność gromadzonych informacji, niewystarczający poziom informatyzacji uczestników systemu ochrony zdrowia, czy niedostateczny poziom wiedzy o aspektach jakościowych dotyczących onkologii w Polsce. Zniesienie tych barier oraz poprawa dostępnej informacji umożliwi wdrożenie szeregu narzędzi poprawiających skuteczność oraz efektywność całego systemu walki z nowotworami.

W przypadku badań profilaktycznych, nieodzownym warunkiem poprawy efektywności realizowanych programów badań przesiewowych jest ich wysoka jakość, którą można przybliżyć poprzez integrację SIMP z planowanym systemem gromadzenia wyników badań patomorfologicznych, rejestrację wszystkich badań w połączonym systemie oraz wprowadzenie kontroli jakości preparatów cytologicznych i badań wirusologicznych. Monitorowanie jakości należy powiązać ze sprawnie działającym systemem dodatkowych szkoleń dla pracowników.

7.5. Uwagi i wnioski NIK – zasoby i systemy informacyjne w onkologii

Rekomendacje NIK

Najwyższa Izba Kontroli rekomenduje podjęcie działań w celu zapewnienie adekwatnych do potrzeb zdrowotnych obywateli, zasobów kadrowych i sprzętowych niezbędnych dla realizacji prawidłowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Ponadto w związku z systemowymi nieprawidłowościami w obiegu informacji związanymi z procesem wykrycia choroby nowotworowej oraz jej leczeniem i oceną osiąganych efektów, a także wykorzystywa-

niem przestarzałych systemów informacyjnych w obszarze zdrowia NIK wskazuje na zasadność podjęcia przez Ministra Zdrowia działań mających na celu:

- **stworzenie spójnego systemu obiegu informacji w ochronie zdrowia związanych z procesem wykrycia choroby nowotworowej oraz jej leczeniem i oceną osiąganych efektów, z wykorzystaniem dotychczasowych prac prowadzonych w tym zakresie;**
- **zapewnienie rzetelnych, aktualnych i kompletnych danych w dotychczasowych rejestrach.**

8. PODSUMOWANIE – REKOMENDACJE NIK

Rekomendacje NIK

Z kontroli przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli, przedstawionych w kolejnych rozdziałach niniejszej informacji wynika, że pomimo różnorodnych działań, w tym m.in. wprowadzenia pakietu onkologicznego i rozpoczęcia realizacji kolejnej edycji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych", nie nastąpiła wystarczająca poprawa w kluczowych obszarach determinujących skuteczność leczenia onkologicznego: wykrycia choroby w możliwie wczesnym jej stadium, zapewnienia wszystkim pacjentom dostępu do szybkiej i skoordynowanej diagnostyki, a także stosowania optymalnych procedur terapeutycznych, gwarantujących kompleksowość i wysoką jakość udzielanych świadczeń.

NIK sformułowała szereg rekomendacji dotyczących działań, jakie należy podjąć aby właściwie zabezpieczyć interesy obywateli poprzez usprawnienie istniejącego w Polsce systemu zapobiegania, wykrywania i leczenia nowotworów.

Profilaktyka pierwotna

Edukacja prozdrowotna w Polsce realizowana jest w sposób niezależny i nieskoordynowany przez wiele różnych podmiotów, w tym m.in. przez władze na szczeblu centralnym czy lokalnym, ośrodki edukacyjne, ośrodki ochrony zdrowia i organizacje pozarządowe. W celu podnoszenia poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe oraz promowania zdrowego trybu życia, a tym samym zapobiegania zachorowaniom na nowotwory, Najwyższa Izba Kontroli rekomenduje podjęcie przez organy administracji publicznej następujących działań:

- poprawę dostępu do edukacji w zakresie czynników ryzyka nowotworów złośliwych oraz czynników obniżających ryzyko zachorowania, a także działania edukacyjno-informacyjne ukierunkowane na wzmożenie czujności onkologicznej kadry medycznej;
- rozwój profilaktyki zdrowotnej, obejmującej zdrowy, aktywny tryb życia oraz edukację w zakresie zdrowego sposobu odżywiania, w szczególności wobec dzieci i młodzieży, ponieważ złe nawyki żywieniowe wykształcone we wczesnym dzieciństwie wpływają na ich dorosłe życie;
- wprowadzenie do programu edukacji w szkołach podstawowych oraz średnich wydzielonego przedmiotu – edukacji zdrowotnej, przekazującego wiedzę na temat rozwoju, zdrowia i zachowań prozdrowotnych dostosowanych do potrzeb dzieci i młodzieży w danym okresie życia;
- rozwój profilaktyki antynikotynowej, w tym rozpowszechnianie informacji o szkodliwości palenia tytoniu, w szczególności wśród osób nieletnich, publikowanie aktualnych danych o statystykach dotyczących palenia tytoniu w Polsce i jego następstwach, ograniczenie narażenia czynnego i biernego na dym papierosowy, przede wszystkim poprzez zwiększenie zakresu i finansowania działań oraz programów antynikotynowych;
- zminimalizowanie ryzyka występowania zanieczyszczeń m.in. określenie minimalnych wymagań jakościowych dla paliw stałych, popularyzowanie publicznych środków transportu, wprowadzanie stref ograniczonej emisji komunikacyjnej na terenach wysokiego natężenia ruchu pojazdów samochodowych oraz zwiększanie obszarów „zielonych";

- zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat ryzyka i skutków zakażenia wirusem HPV, m.in. poprzez zwiększenie liczby i zakresu ogólnopolskich programów profilaktycznych realizowanych przez Ministra Zdrowia, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowotnych, w tym zagrożenia zarażenia HPV;
- edukację społeczeństwa, na temat szkodliwości promieniowania UV zarówno pochodzenia naturalnego (promieniowanie słoneczne), jak i sztucznego (łóżka opalające, solaria).

Profilaktyka wtórna

W Polsce brakuje kompleksowego systemu wtórnej profilaktyki onkologicznej, obejmującego zarówno planowanie działań, nadzór nad ich realizacją, jak również ocenę uzyskiwanych efektów. Budowa sprawnego systemu, zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, wymaga podjęcia działań zmierzających m. in. do:

- określenia przez Ministra Zdrowia spójnej, kompleksowej i wieloletniej koncepcji działań profilaktycznych, ukierunkowanej na zachowanie zdrowego trybu życia i zapobieganie chorobom, z uwzględnieniem priorytetów i wskaźników epidemiologicznych;
- przygotowania rozwiązań legislacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę wtórną i wczesną diagnostykę chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów; z zapewnieniem możliwości jej odrębnego finansowania, które nie obciążałoby pracodawców;
- prowadzenia przez Ministra Zdrowia rzetelnych analiz dotyczących efektywności realizowanych programów przez podmioty je finansujące;
- zwiększenia odsetka pacjentów uczestniczących w programach profilaktyki zdrowotnej;
- egzekwowania przez NFZ od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej realizacji obowiązujących procedur w zakresie profilaktyki zdrowotnej chorób nowotworowych;
- stworzenia bazy danych, która pozwoliłaby ocenić faktyczne uczestnictwo obywateli w badaniach profilaktycznych, niezależnie, czy są one realizowane w ramach populacyjnych programów przesiewowych, czy w innym trybie (np. zlecone przez lekarza w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), a także z uwzględnieniem różnych źródeł finansowania (środki publiczne, prywatne).

Diagnostyka nowotworów

Najwyższa Izba Kontroli, wskazując na potrzebę kompleksowych zmian w organizacji diagnostyki, w szczególności zwraca uwagę na konieczność zwiększenia odsetka pacjentów onkologicznych z wystawioną Kartą DiLO w celu zapewnienia im dostępu do szybkiej diagnostyki, m.in. poprzez zwiększenie liczby świadczeniodawców aktywnie 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 DiLO lub oczekuje na udzielenie świadczenia na równi z innymi pacjentami (nieonkologicznymi).

Ponadto, w ocenie NIK, zasadnym jest wspieranie rozwoju wyspecjalizowanych ośrodków diagnostyki i leczenia onkologicznego (wszechstronnie zorientowanych lub narządowych), dysponujących odpowiednim doświadczeniem, kadrą medyczną 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.

Leczenie nowotworów

Najwyższa Izba Kontroli, podtrzymując zalecenia zawarte w dotychczasowych kontrolach[265], wskazuje na potrzebę kompleksowych zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej nad pacjentami z chorobami nowotworowymi, a także na potrzebę kontynuowania działań w kierunku optymalizacji struktury kosztów świadczeń, w tym zwiększenia roli i znaczenia lecznictwa otwartego w procesie leczniczym oraz rekomenduje podjęcie działań mających na w celu:

- usprawnienie procesu rejestracji nowoczesnych technologii i obejmowania ich finansowaniem ze środków publicznych, tak aby polscy pacjenci w większym stopniu mogli korzystać z najnowszych dostępnych w krajach europejskich terapii;
- centralizację specjalistycznego leczenia chirurgicznego poprzez tworzenie jednostek szpitalnych mogących leczyć w ciągu roku odpowiednią liczbę pacjentów z określonymi rodzajami nowotworów oraz zwiększenie dostępności chemio- i radioterapii poprzez stopniową decentralizację ich udzielania, przy zachowaniu odpowiedniego nadzoru nad jakością świadczeń;
- zapewnienia pacjentom onkologicznym szybkiej i efektywnej rehabilitacji onkologicznej, tak aby nie zaprzepaścić pozytywnych (często bardzo kosztownych) skutków leczenia i zapewnić jak najszybszy powrót do pełnej sprawności zdrowotnej, społecznej i zawodowej;
- powiązanie leczenia onkologicznego z medycyną paliatywną oraz poprawę dostępu świadczeń paliatywno-opiekuńczych z zastosowaniem odpowiednich terapii przeciwbólowych.

Zasoby i systemy informacyjne

Najwyższa Izba kontroli rekomenduje podjęcie działań w celu zapewnienia adekwatnych do potrzeb zdrowotnych obywateli, zasobów kadrowych i sprzętowych niezbędnych dla realizacji prawidłowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Ponadto w związku z systemowymi nieprawidłowościami w obiegu informacji związanymi z procesem wykrycia choroby nowotworowej oraz jej leczeniem, a także oceną osiąganych efektów, jak również wykorzystywaniem przestarzałych systemów informacyjnych w obszarze zdrowia NIK wskazuje na zasadność podjęcia przez Ministra Zdrowia działań mających na celu:

[265] W szczególności Informacje o wynikach kontroli „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego" oraz „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku".

PODSUMOWANIE – REKOMENDACJE NIK

- stworzenie spójnego systemu obiegu informacji w ochronie zdrowia związanych z procesem wykrycia choroby nowotworowej oraz jej leczeniem i oceną osiąganych efektów, z wykorzystaniem dotychczasowych prac prowadzonych w tym zakresie;
- zapewnienie rzetelnych, aktualnych i kompletnych danych w dotychczasowych rejestrach.

9. ZAŁĄCZNIKI

9.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny

Celem przedstawionej w Informacji analizy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy polski system zapobiegania zachorowaniom na choroby nowotworowe i leczenia nowotworów skutecznie zabezpiecza potrzeby zdrowotne obywateli, w tym w szczególności:

Cele szczegółowe

1. Czy profilaktyka pierwotna i wtórna nowotworów przyczyniła się do ograniczenia zachorowań i zgonów z powodu nowotworów?
2. Czy diagnostyka nowotworów zapewnia wybór optymalnych procedur terapeutycznych?
3. Czy leczenie nowotworów jest kompleksowe i poprawnie zorganizowane?
4. Czy nakłady na leczenie onkologiczne zapewniły adekwatny do potrzeb dostęp do świadczeń?
5. Czy systemy informacyjne zapewniają sprawną wymianę danych między uczestnikami systemu opieki nad pacjentami onkologicznymi?
6. Czy zasoby ochrony zdrowia były adekwatne do potrzeb?

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W ramach przygotowania Informacji systemowej, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ust. 7 ustawy o NIK, otrzymano wyjaśnienia, informacje i dokumenty od:

- Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

Pozostałe informacje

W ramach przygotowania zostały przeanalizowane wyniki kontroli NIK wymienionych w wykazie zamieszczonym poniżej, a także dostępne na stronach internetowych: materiały Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Światowej Organizacji Zdrowia, Krajowego Rejestru Nowotworów, dane statystyczne GUS, CSIOZ, informacje prasowe. Przeprowadzono analizę stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.

Panel ekspertów

W dniu 4 października 2017 r., w siedzibie NIK odbył się panel ekspertów poświęcony problematyce dostępności i efektom leczenia nowotworów oraz zmian, które powinny być wprowadzone w organizacji leczenia onkologicznego, w obliczu nadchodzących wyzwań demograficznych.

W panelu wzięli udział eksperci z zakresu dziedzin medycyny związanych z leczeniem chorób nowotworowych, przedstawiciele organizacji pacjentów, Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezes i Wiceprezesi Najwyższej Izby Kontroli.

Podczas panelu ekspertów były poruszane zagadnienia dotyczące:

- zbyt małych nakładów na ochronę zdrowia;
- braku narodowej strategii walki z rakiem, przyjętej do realizacji przez organy władzy państwowej;
- potrzeby stworzenia ścieżki skutecznego, nowoczesnego, a przede wszystkim kompleksowego leczenia, które rozpoczęłoby się od rzetelnego badania, prowadziło przez spersonalizowaną terapię, a kończyło na rehabilitacji onkologicznej;

- sieci szpitali onkologicznych – obecnie ponad 60% świadczeń udzielanych w pakiecie onkologicznym oraz około 80% świadczeń onkologicznych ogółem, realizowanych jest w 17 centrach onkologii;
- reformy organizacji badań patomorfologicznych;
- braku systemu informacyjnego, który spinałby dane z różnych źródeł, w sposób pozwalający na ich analizę i wyciąganie wniosków;
- powiązania profilaktyki nowotworowej z medycyną pracy;
- niedofinansowania programów profilaktyki antynikotynową;
- wagi promocji postaw prozdrowotnych oraz realizacji zadań z zakresu profilaktyki pierwotnej, w szczególności prowadzonej od najmłodszych lat;
- dostosowania badań przesiewowych do osób zdrowych i ich rytmu życia – system musi być nowoczesny, umożliwiać zapisy online oraz badanie w miejscu dogodnym dla pacjenta;
- szczepień dla dzieci przeciwko wirusom HPV.

W Informacji wykorzystano wyniki następujących kontroli NIK:

Wykaz wykorzystanych Informacji o wynikach kontroli

Lp.	Data publikacji	Tytuł kontroli	Numer kontroli
1.	03-08-2017	Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego	43/2017/P/16/057/KZD
2.	30-09-2016	Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego	19/2016/P/15/062/KZD
3.	19-08-2014	Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”	16/2014/P13/130/KZD
4.	28-10-2009	Realizacja wybranych zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” w latach 2006–2008 (I półrocze)	147/2009/P/08/098/KPZ
5.	24-05-2017	Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia	211/2016/P/16/054/KZD
6.	09-05-2017	Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim	149/2016/P/15/085/LLU
7.	12-05-2017	Profilaktyka wczesnego wykrywania raka piersi we Wrocławiu	I/16/001/LWR
8.	26-05-2015	Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014 (I półrocze)	204/2014/P/118/LWR
9.	31-05-2017	Dostępność terapii przeciwbólowej	6/2017/P/16/088/LPO
10.	13-10-2016	Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego	10/2016/P/15/063/KZD
11.	31-03-2016	Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych	220/2015/P/15/060/KZD
12.	22-08-2017	Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej	42/2017/P/16/056/KZD
13.	19-05-2016	System szczepień ochronnych dzieci	209/2015/P15/080/LKR
14.	30-11-2015	Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych	173/2015/P/14/063/KZD

Lp.	Data publikacji	Tytuł kontroli	Numer kontroli
15.	11-09-2008	Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)	143/2008/P/07/101/KZD
16.	16-06-2016	Wykonanie budżetu państwa w 2016 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych	66/2017/P/17/001/KZD
17.	15-06-2015	Wykonanie budżetu państwa w 2015 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych	116/2016/P/16/001/KZD
18.	16-06-2014	Wykonanie budżetu państwa w 2014 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych	118/2015/P/15/001/KZD
19.	12-06-2013	Wykonanie budżetu państwa w 2013 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych	94/2014/P/14/001/KZD
20.	18-06-2012	Wykonanie budżetu państwa w 2012 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych	96/2013/P13126/KZD
21.	24-11-2017	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku	157/2017/P/17/056/KZD
22.	24-11-2016	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku	171/2016/P/16/053/KZD
23.	04-02-2015	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku	192/2015/P/15/059/KZD
24.	10-12-2014	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok	165/2014/P/14/060/KZD
24.	05-12-2013	Wykonanie w 2012 roku planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia	165/2013/P/13/128/KZD
25.	28-09-2012	Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 roku	164/2012/P/12/121/KZD
26.	19-09-2017	Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych	2017/P/16/073/LKR
27.	16-11-2011	Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej	49/2011/P/10/190/KNO
28.	28-11-2013	Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych	108/2013/P/12/067/KNO
29.	07-09-2010	Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych	40/2010/P/09/069/KNO
30.	30-08-2013	Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych	145/2013/P/12/137/LKA
31.	29-12-2014	Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami	177/2014/P/14/086/LKR
32.	13-01-2017	Eliminacja niskiej emisji z kotłowni przydomowych i gminnych w województwie śląskim	191/2016/P/16/065/LKA

Wykaz wykorzystanych opracowań instytucji zewnętrznych

W Informacji „Dostępność i efekty leczenia nowotworów" wykorzystano m.in. następujące opracowania instytucji zewnętrznych:

Lp.	Data	Tytuł	Autor
1.	10-06-2014 (aktualizacja maj 2017 r.)	„Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024"	Polskie Towarzystwo Onkologiczne
2.	16-05-2014	„Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce" https://pto.med.pl/content/download/7709/84400/file/Obecny_Stan.pdf	Polskie Towarzystwo Onkologiczne
3.	2015	„Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje"	Polskie Towarzystwo Onkologiczne
4.	01-02-2016	„Dialog z parlamentarzystami na temat wspólnych działań w celu poprawy kondycji polskiej onkologii" https://pto.med.pl/content/download/11379/128559/file/Analiza%20kondycji%20polskiej%20onkologii%20z%20punktu%20widzenia%20lekarzy%20specjalist%C3%B3w.pdf	Polskie Towarzystwo Onkologiczne
5.	2017	„Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku" http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2015.pdf	Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Didkowska. Wojciechowska, Olasek
6.	03-2017	„Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych w Polsce na tle aktualnej wiedzy medycznej" https://www.alivia.org.pl/raport2017/	Raport zlecony przez Alivia Fundacja Onkologiczna Osób Młodych
7.	04-2015	„Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii" https://www.alivia.org.pl/raport2015/15_04_2015_Raport_innowacyjne_leki.pdf	Raport zlecony przez Alivia Fundacja Onkologiczna Osób Młodych
8.	11-2016	„Rejestr nowotworów, jako skuteczne narzędzie profilaktyki oraz terapii onkologicznej w Polsce" https://mypacjenci.org/images/raporty/Raport_KRN_final.pdf	Raport Fundacji My Pacjenci
9.	08-2017	„Poprawa profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów płuca. Rekomendacje zmian" http://pkopo.pl/userfiles/file/pluco_rekomendacje_light_OKK.pdf	Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Fundacja Wygrajmy Zdrowie, Stowarzyszeniem Walki z Rakiem Płuca w Szczecinie eksperci ochrony zdrowia
10.	06-2016	„Rak szyjki macicy – diagnoza systemu"	Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej
11.	03 – 2017	„Poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej. Rekomendacje dla Polski" http://www.all-can.org/wp-content/uploads/2017/06/raport-All.Can-Rekomendacje-dla-Polsk.pdf	Raport z inicjatywy All.Can

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Data	Tytuł	Autor
12.	03-2017	„Raport na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2016 r.”	Konsultant Krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, r. Dziadziuszko
13.	03-2015	„Raport na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2014 r.”	Konsultant Krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, r. Dziadziuszko
14	2011–2017	Roczne sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w poszczególnych latach 2010–2016 http://www.nfz.gov.pl/bip/dzialalnosc-nfz/	Narodowy Fundusz Zdrowia
15.	2017	„Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia” https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/statystyka/biuletyn_2017_5a2e86b48fba0.pdf	Centrum Systemów informacyjnych Ochrony Zdrowia
16	2017	„Zanieczyszczenie powietrza wielopierścieniowymi węglowodorami aromatycznymi w Polsce w 2016 r.” http://powietrze.gios.gov.pl/pjp/content/show/1001239	Główny Inspektorat Ochrony Środowiska
17	2016	„Zanieczyszczenie powietrza wielopierścieniowymi węglowodorami aromatycznymi na stacjach tła miejskiego w Polsce w 2015 roku” http://powietrze.gios.gov.pl/pjp/content/publications	Główny Inspektorat Ochrony Środowiska
18	2013–2017	Sprawozdania z realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce w poszczególnych latach 2012–2016 https://gis.gov.pl/zdrowie/promocja-zdrowia/profilaktyka-palenia-tytoniu/42-program-ograniczania-zdrowotnych-nastepstw-palenia-tytotniu	Główny Inspektorat Sanitarny
19.	2013	„Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych” http://www.phie.pl/pdf/phe-2013/phe-2013-2-166.pdf	Paulina Tuchowska, Halina Worach-Kardas, Jerzy T. Marcinkowski Probl Hig Epidemiol
20.	2012	„Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz
21.	01-12-2015	„Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.” https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SUDaggCRrFUJ:https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b-ab	Główny Urząd Statystyczny

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Data	Tytuł	Autor
22.	12-2017	„Dofinansowanie wymiany i zakupu akceleratorów – 3 umowy podpisane” http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/dofinansowanie-wymiany-i-zakupu-akceleratorow-3-umowy-podpisane/	Ministerstwo Zdrowia
23.	07-2015	„Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”	Ministerstwo Zdrowia
24.	03-2014	„Stosowanie opioidowych terapii przeciwbólowych w Polsce” http://www.mz.gov.pl/dla-mediow/informacje-prasowe/stosowanie-opioidowych-terapii-przeciwbolowych-w-polsce-debata-ekspercka-w-ministerstwie-zdrowia/	Ministerstwa Zdrowia
25.	11-1998	„Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce”	Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
26.	2013	„Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy”. Wydanie czwarte poprawione i uzupełnione	Kordek R., Jassem J., Jeziorski A., Kornafel J., Krzakowski M., Pawlęga J. (red.)., Via Medica
27.	2007	„Dieta w walce z rakiem. Profilaktyka i wspomaganie terapii przez odżywianie”.	Beliveau R., Gingras D. Wydawnictwo Delta
28.	2001	„Modelowe rozwiązania systemu informacyjnego w ochronie zdrowia”	W. Karliński, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
29.	2002	„Rola informatyzacji jako narzędzia wspomagającego procesy leczenia i zarządzania w opiece zdrowotnej”	A. Przybyłko, Antidotum
30.	2002	„Ekonomika medycyny”	J. Fedorowski (red.), R. Niżankowski (red.)
31.		Exposé z 12 grudnia 2017 r. http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter8.nsf/0/0695E303E478F63BC12581F5004C2E19/%24File/54_a_ksiazka.pdf	Prezes Rady Ministrów Mateusz Morawiecki
32.	23-03-2017	Dezyderat nr 5 wystosowany do Ministra Zdrowia w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/psn_d5/$file/psn_d5.pdf	Komisja Polityki Senioralnej
33.	07-01-2014	Medycyna praktyczna dla lekarzy. Wytyczne i artykuły przeglądowe https://www.mp.pl/bol/wytyczne/94188,rodzaje-bolu	Magdalena Kocot-Kępska, Jan Dobrogowski Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJ CM
34.	14-12-2017	„Onkologia 2017 – podsumowanie roku” http://www.infozdrowie.org/index.php/relacje-z-konferencji/75-onkologia-2017-14-12-2017-r.	Health Project Management;
35.	17-18-11-2017	Druga edycja Forum Medycyny Paliatywnej http://www.medycynapaliatywna.org/FORUM-MEDYCYNY-PALIATYWNEJ-Warszawa-17-18-11-2017r-podsumowanie,165.html http://www.medycynapaliatywna.org/Wywiad-z-dr-n-med-Aleksandra-Cialkowska-Rysz-Prezes-PTMP,163.html	Pod patronatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

Lp.	Data	Tytuł	Autor
36.	2016	"Ambient Air Pollution Database 2016" http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/cities/en/	Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
37.	2015	"Economic cost of the health impact of air pollution in Europe" http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/276772/Economic-cost-health-impact-air-pollution-en.pdf	Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
38.	1997	"Health Economics"	Ch.E. Phelps, University of Rochester, Addison-Wesley
39	2010	"European guidelines for quality assurance in cvervical cancer screening"	Arbyn M., Anttila A., Jordan J., Ronco G., Schenck U., Segnan N., Wiener H., Herbert A., von Karsa L. Second edition – summary document
40.	2010	"European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis"	Segnan N., Patnick J., von Karsa L., First Edition. Publications Office of the European Union
41.	02-2008	"European guidlines for quality assurances in breast cancer screening and diagnosis" http://annonc.oxfordjournals.org/content/19/4/614.full;	Perry N., Broeders M., de Wolf C., Törnberg S., Holland R., von Karsa L.

9.2. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845).
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 2017 r. poz. 1844, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 890, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2017 r. poz. 519, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 957, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" (Dz. U. Nr 143. poz. 1200, ze zm.). Ustawa obowiązywała do 31 grudnia 2015 r.
11. Uchwała Rady Ministrów Nr 208 z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" (M.P. z 2018 r. poz. 6).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458).
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. nr 1492).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1489).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 2017). Rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 lipca 2017 r.

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (Dz. U. poz. 1498). Rozporządzenie uchylone z dniem 1 lipca 2017 r.
18. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1497, ze zm.). Rozporządzenie uchylone z dniem 12 grudnia 2015 r.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1362). Rozporządzenie uchylone z dniem 31 grudnia 2017 r.
21. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz. U. poz. 837).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816). Rozporządzenie obowiązywało do dnia 15 czerwca 2016 r.
23. 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 16 czerwca 2016 r.
24. 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).
25. 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, ze zm.).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).
27. 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.).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522, ze zm.).
29. 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.).
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347, ze zm.).

31. 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.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627). Rozporządzenie obowiązywało od dnia 1 listopada 2015 r. do 30 czerwca 2017 r.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1250). Rozporządzenie obowiązuje od 1 lipca 2017 r.
34. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1935).
35. 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.
36. Rozporządzenie 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, ze zm.). Rozporządzenie obowiązuje od 1 stycznia 2016 r.
37. Rozporządzenie 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 publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
38. 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.
39. 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.
40. Rozporządzenie Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie wymagań dla kotłów na paliwo stałe (Dz. U. poz. 1690).
41. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2012 r. poz. 977, ze zm.).
42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie

muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. poz. 1154). Rozporządzenie obowiązuje od dnia 1 września 2016 r.

43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. poz. 1256). Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 1 września 2016 r.
44. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. poz. 1031).
45. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 września 2012 r. w sprawie programów ochrony powietrza oraz planów działań krótkoterminowych (Dz. U. poz. 1028).

9.3. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Senacka Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
10. Minister Finansów
11. Minister Zdrowia
12. Rzecznik Praw Obywatelskich
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
16. Marszałkowie województw
17. Starostowie
18. Prezydenci miast na prawach powiatu
19. Naczelna Rada Lekarska
20. Polskie Towarzystwo Onkologiczne
21. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie