



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Ewa Polkowska

KZD. 410.004.01.2016
P/16/054

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

P/16/054 – Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia

Jednostka przeprowadzająca kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia

Kontrolerzy

Dorota Paszkiewicz, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/10/2016 z dnia 14 czerwca 2016 r.

Krzysztof Barej, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/11/2016 z dnia 23 czerwca 2016 r.

Grzegorz Wieczorek, specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/12/2016 z dnia 27 czerwca 2016 r.

(Dowód: akta kontroli str. 1-6)

Jednostka kontrolowana

Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-923 Warszawa, zwane dalej: „Ministerstwem” lub „MZ”

Kierownik jednostki kontrolowanej

Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia od dnia 16 listopada 2015 r.¹

(Dowód: akta kontroli, str. 7)

Zakres przedmiotowy kontroli

Celem kontroli była ocena efektów realizacji profilaktyki zdrowotnej w obszarze gastrologii, ginekologii i kardiologii. Zakresem kontroli objęto zagadnienia związane z: opracowywaniem analiz stanowiących podstawę planowania działań profilaktycznych w obszarach objętych kontrolą, wybrane aspekty *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*, a także monitorowanie działań profilaktycznych, ich koordynację z innymi podmiotami oraz ewaluację danych.

Okres objęty kontrolą

Lata 2012-2015, z uwzględnieniem okresów wcześniejszych i 2016 r., jeśli zdarzenia mające w tym czasie miejsce, wpłynęły na ustalony stan faktyczny.

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Pomimo zagrożenia, jakie dla mieszkańców naszego kraju stwarzają choroby układu krążenia i nowotwory, działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej podejmowane w tym obszarze przez Ministra Zdrowia miały ograniczony zakres i nie były skuteczne.

Minister nie dysponował informacją o wysokości środków przeznaczonych na wszystkie działania profilaktyczne, finansowane w ramach części budżetu państwa, którą dysponował (46-Zdrowie); posiadał informacje o wydatkach dotyczących jedynie wybranych zadań.

Na profilaktykę raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego, realizowaną w ramach *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* oraz profilaktykę kardiologiczną,

¹ Poprzednio: Marian Zembala, Minister Zdrowia od dnia 16 czerwca 2015 r., odwołany ze stanowiska z dniem 16 listopada 2015 r.; Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia od dnia 18 listopada 2011 r. do dnia 21 września 2014 r. Ponownie powołany na stanowisko Ministra Zdrowia od dnia 22 września 2014 r., odwołany ze stanowiska z dniem 16 czerwca 2015 r.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeśli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali nie dawałoby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnienie o dodatkowe objaśnienie.

realizowaną w ramach *Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016* (dalej: *Programy*), Minister Zdrowia wydatkował ogółem, w latach 2012-2015, kwotę 201.019,28 tys. zł, tj. 1,16% łącznych wydatków w części 46³.

Na działania edukacyjno-informacyjne dotyczące profilaktyki, realizowane w ramach wspomnianych *Programów*, w okresie objętym kontrolą, wydatkowano 12.085,86 tys. zł, co stanowiło 6,01% wszystkich wydatków poniesionych, w latach 2012-2015, na *Programy*.

W ocenie NIK skuteczność działań edukacyjno-informacyjnych była ograniczona, na co wskazuje niski odsetek osób uczestniczących, w latach 2012-2015, w badaniach przesiewowych realizowanych w ramach ww. *Programów*.

W *Populacyjnym programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* uczestniczyło, w okresie objętym kontrolą, od 21,01% do 23,21% kobiet z grupy docelowej, (tj. grupy osób, do której adresowany był Program)⁴. W *Programie badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* uczestniczyło od 16,7% do 17,8% osób⁵.

W *Populacyjnym programie wczesnego wykrywania raka piersi* odsetek kobiet był wyższy i wyniósł, w okresie objętym kontrolą, od 41,83% do 44,15 %⁶.

Pozytywny efekt realizacji przesiewowych programów profilaktycznych osiągany jest przy objęciu co najmniej 70% osób z grup ryzyka⁷. W ocenie NIK, niski odsetek osób uczestniczących w *Programach*, był jedną z ważniejszych przyczyn nieosiągnięcia głównego celu *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006-2015*⁸, jakim była poprawa wskaźników umieralności z powodu nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi, a także wskaźnika pięcioletnich przeżyć w porównaniu do średniego poziomu tych wskaźników dla krajów Unii Europejskiej.

Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia wskaźnika objęcia programami profilaktycznymi większej liczby uprawnionych jest tym bardziej zasadne, iż, jak wynika z ustaleń kontroli, w grupie osób uczestniczących w programie profilaktyki raka jelita grubego, wskaźnik przeżycia był wyższy, niż u pozostałych osób, u których w tym samym czasie zdiagnozowano tę chorobę.

Ograniczony dostęp do świadczeń w zakresie profilaktyki raka jelita grubego w niektórych regionach kraju, wynikający z niższej niż zaplanowano liczby placówek wykonujących badania przesiewowe, miał negatywny wpływ na liczbę pacjentów objętych badaniami.

³ Minister Zdrowia, z części budżetu państwa 46-Zdrowie, wydatkował, w okresie objętym kontrolą, kwotę 17.359.869,3 tys. zł.

⁴ Źródło: Raporty i Sprawozdania merytoryczno-finansowe COK z realizacji Populacyjnych programów: wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy za lata 2012-2015.

⁵ Dane dotyczą tzw. systemu zapraszanego - patrz: Sprawozdania z realizacji *NPZChN* za lata 2012-2015.

⁶ Dane bez uwzględnienia świadczeń wykonanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Odsetek kobiet z grup ryzyka, które wykonywały badania w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, analogicznie, jak w ramach programów profilaktycznych w przypadku raka szyjki macicy wyniósł: w 2012 r. – 12,48%, w 2013 r. – 13,31%, w 2014 r. – 22,35%, w 2015 r. – 22,08%, zaś w przypadku raka piersi: w 2012 r. – 4,04%, w 2013 r. – 3,17%, w 2014 r. – 3,89%, w 2015 r. – 3,92%. Źródło: Raporty i Sprawozdania merytoryczno-finansowe COK z realizacji Populacyjnych programów: wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy za lata 2012-2015.

⁷ Według *European guidelines for quality assurances in breast cancer screening and diagnosis*. Zob. <http://annonc.oxfordjournals.org/content/19/4/614.full>; w „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2015 r. str. 41.

⁸ Szybki wzrost zachorowań na nowotwory w naszym kraju oraz niezadowolające wyniki leczenia, wymagające podjęcia skoordynowanych działań o charakterze ogólnokrajowym, spowodowały, iż Sejm RP uchwalił ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych* (Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.). W dniu 3 listopada 2015 r. Rada Ministrów przyjęła Uchwałę Nr 208 w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą *Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych* (M.P., poz. 1165).

Ustalenia kontroli wskazują, że kompleksowe monitorowanie skutków realizacji zadań profilaktycznych, pod względem ich efektywności, było utrudnione, gdyż żaden z kluczowych podmiotów, mających wpływ na realizację *Programów*⁹, nie dysponował kompletnymi i spójnymi danymi pozwalającymi na przeprowadzenie takich analiz.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja wybranych działań profilaktycznych

1.1. Finansowanie działań profilaktycznych w obszarach: gastrologii, ginekologii i kardiologii

Opis stanu
faktycznego

Łączne wydatki poniesione z budżetu państwa w części 46 „Zdrowie”, której dysponentem był Minister Zdrowia, w latach 2012-2015, wyniosły 17.359.869,3 tys. zł¹⁰.

Minister nie dysponował danymi o wielkości środków przeznaczanych na działania profilaktyczne finansowane w ramach części 46, której był dysponentem. Jak wynika ze złożonych przez Dyrektora Generalną MZ wyjaśnień, „brak jest danych na temat wysokości wydatków ponoszonych na działania profilaktyczne łącznie z uwagi na brak możliwości ich identyfikacji w ramach realizowanych zadań oraz wyodrębnionej ewidencji wydatków w tym zakresie”.

(Dowód: akta kontroli str. 2816-2821)

Działania w zakresie profilaktyki, podejmowane przez Ministra Zdrowia w latach 2012-2015 w obszarach: gastrologii, ginekologii i kardiologii¹¹, realizowane były przede wszystkim, w ramach *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*¹² (zwany dalej *NPZChN*) oraz *Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016*¹³ (dalej: *POLKARD*). Wydatki na działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej realizowanej w ramach tych *Programów* wyniosły w tym okresie 201.019,28 tys. zł (w tym na realizację zadań w ramach *NPZChN* 196.969,39 tys. zł), co stanowiło 1,16% łącznych wydatków w części 46 w latach 2012-2015.

Kwoty planowane na realizację poszczególnych zadań podejmowanych w ramach *NPZChN* były określone m.in. na podstawie opinii koordynatorów tych zadań, konsultantów i Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych, zaś w przypadku *Programu POLKARD* na podstawie opinii zespołu ekspertów. Minister dokonywał analizy stopnia realizacji poszczególnych zadań, z uwzględnieniem wysokości środków budżetowych na dany rok oraz zgłoszonych opinii m. in. konsultantów krajowych i wojewódzkich.

(Dowód: akta kontroli str. 2822-2830)

*Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych*¹⁴ na lata 2006-2015 był realizowany przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 4 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu

⁹ Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Centralny Ośrodek Koordynujący - Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

¹⁰ Kontrole NIK w zakresie wykonania budżetu państwa w cz. 46 – Zdrowie w 2012 r. (P/13/126), w 2013 r. (P/14/001), w 2014 r. (P/15/001), w 2015 r. (P/16/001).

¹¹ W latach 2012-2015 Minister Zdrowia realizował również inne programy i działania związane z profilaktyką, jak np.: „Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2009–2014” oraz jego kontynuację – „Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015–2018”, na który w okresie objętym kontrolą wydatkowano łącznie 78.196,83 tys. zł. W okresie objętym kontrolą realizowano również np. „Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym”, który obejmował m.in. prewencję cukrzycy, przeciwdziałanie otyłości.

¹² Patrz ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, Dz. U. Nr 143 poz. 1200, ze zm. (zwana dalej „ustawą o *NPZChN*”) - obowiązująca do dnia 31 grudnia 2015 r.

¹³ Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.).

¹⁴ Celem *NPZChN* było: zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory; osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia; stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach

programu wieloletniego *NPZChN*. Jednym z jego zadań była realizacja programów profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów¹⁵.

Minister Zdrowia przedstawiał Radzie Ministrów projekt harmonogramu zadań wykonywanych w ramach *Programu* na kolejny rok budżetowy, kierunki jego realizacji na następne dwa lata, a także roczne sprawozdanie z realizacji *Programu*. Rada Ministrów przyjmowała, w drodze uchwały, harmonogram zadań wykonywanych w ramach *Programu* na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji *Programu* na następne dwa lata (art. 5 ust. 2 ww. ustawy).

W ramach *NPZChN*, w latach 2012-2015, realizowane były m. in. *Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi*, *Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* oraz *Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego*. Finansowanie świadczeń zdrowotnych, w ramach pierwszych dwóch wymienionych programów, zapewniał Narodowy Fundusz Zdrowia, a Minister Zdrowia finansował część administracyjno-logistyczną (refundując koszty osobowe i zadaniowe) realizowaną przez utworzone dla potrzeb programów Centralny i wojewódzkie ośrodki koordynujące.

Zadania *NPZChN* realizowane były na zasadach określonych w zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy *NPZChN*¹⁶. Minister Zdrowia wyrażał zgodę na przyjęcie programu (zadania), do realizacji ze środków finansowych ujętych w cz. 46 Zdrowie, na wniosek komórki właściwej Ministerstwa i po zapoznaniu się z opinią Kolegium Ministra Zdrowia lub Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

W 2010 r., w drodze konkursu ofert, wybrano na lata 2011-2015, tj. do końca realizacji *NPZChN*, Centralny Ośrodek Koordynujący i wojewódzkie ośrodki koordynujące¹⁷, które monitorowały i nadzorowały realizację *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* oraz *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi*.

Zgodnie z art. 7 ust. 1-3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego *NPZChN*, *Program* ten był finansowany z budżetu państwa i środków pozabudżetowych. Łączne nakłady na jego realizację w całym okresie miały wynieść 3.000.000 tys. zł z tym, że planowane nakłady z budżetu państwa nie mogły być w poszczególnych latach niższe niż 250.000 tys. zł, a planowane nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych miały stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na *Program*¹⁸.

W latach 2012-2015 wysokość planowanych wydatków na ww. *Program* była zgodna z art. 7 ust. 2 tej ustawy.

W 2012 r. na realizację *NPZChN* wydatkowano 245.411,3 tys. zł (98,2% planu), w 2013 r., 244.822,9 tys. zł (97,9% planu), w 2014 – 190.362,9 tys. zł (76,1% planu), zaś w 2015 r. – 224.250,3 tys. zł (89,7% planu)¹⁹.

i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych; utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych jego regionach.

¹⁵ Realizowane w ramach *NPZChN* zadania przyporządkowano do pięciu grup: 1) Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów; 2) Programy inwestycyjne, 3) Programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci, 4) Programy edukacyjne, 5) Pozostałe programy.

¹⁶ Dz. Urz. MZ. Nr 4, poz. 33.

¹⁷ Wojewódzkie ośrodki koordynujące zostały zlikwidowane w związku z zakończeniem realizacji *NPZChN* na lata 2006-2015. Od 2016 r. utrzymana została instytucja Centralnego Ośrodka Koordynującego, funkcjonującego w strukturze Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

¹⁸ Patrz: tabela nr 1 na str. 6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

¹⁹ Dane zgodne ze sprawozdaniem z wykonania planu wydatków budżetu państwa Rb-28 (stan na dzień 31 grudnia danego roku).

W 2014 r. nie wykorzystano kwoty 59.637,1 tys. zł, tj. 23,9% planowanych wydatków na realizację *Programu*, z powodu późnego przekazania Radzie Ministrów harmonogramu działań przewidzianych do realizacji w ramach *NPZChN* w 2014 r.²⁰

(Dowód: akta kontroli str. 486, 2309-2310, 2823-2825)

W latach 2012-2015 planowane nakłady na realizację działań profilaktycznych, zgodnie z art. 7 ust. 3 wspomnianej ustawy, stanowiły nie mniej niż 10% ogólnej wartości środków przeznaczonych na *Program* (szczegółową realizację wydatków w zakresie profilaktyki przedstawiono w tabeli nr 1). Działania te obejmowały:

- prewencję pierwotną nowotworów,
- populacyjne programy wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy,
- program badań przesiewowych dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego,
- program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.

Tabela nr 1. Realizacja działań w zakresie profilaktyki w latach 2012-2015. (w tys. zł)

Zadanie	2012 r.		% wykonania planu	2013 r.		% wykonania planu	2014 r.		% wykonania planu	2015 r.		% wykonania planu
	Plan	Wykonanie		Plan	Wykonanie		Plan	Wykonanie		Plan	Wykonanie	
Prewencja pierwotna	2100,0	2034,5	96,9	1800,0	1800,0	100,0	5274,1	4910,0	93,1	4038,5	3341,3	82,7
Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi ¹	22606,0	21793,9	96,4	21269,0	20294,7	95,4	27802,5	24437,2	87,9	24204,0	20572,0	85,0
Populacyjny program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy ¹												
Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego	16606,0	15331,6	92,3	18237,6	17942,0	98,4	19470,3	17432,1	89,5	31888,5	29979,8	94,0
Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe	7846,6	7290,2	92,9	8942,6	8732,1	97,6	9523,8	8425,8	88,5	11785,5	10841,4	92,0
Wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy	1063,2	918,6	86,4	1090,2	1026,4	94,1%	1514,8	1343,7	88,7	1752,1	1551,1	88,5
Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach z rzadkimi zespołami dziedzicznej predyspozycji do nowotworów - siatkówczak, choroba von Hippel-Lindau (VHL)	198,5	151,9	76,5	196,6	165,4	84,1	179,9	161,6	89,8	203,4	178,0	87,5
Razem:	50420,3	47520,7	94,3	51536,0	49960,6	96,9	63765,4	56710,4	88,9	73872,0	66463,6	90,0

¹ Prewencja pierwotna obejmowała głównie działania edukacyjno-informacyjne. Były one jednak związane nie tylko z nowotworami ginekologicznymi, czy gastrologicznymi, lecz także np. z nowotworami płuc.

² Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie w całości finansowana była ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

(Dowód: akta kontroli, str. 292, 535 – 543, 2035, 2409, 3071)

Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD, w okresie objętym kontrolą, realizowany był w dwóch edycjach obejmujących lata 2010-2012 oraz 2013-2016. Środki na jego realizację były określone w ustawie budżetowej na kolejny rok.

Głównym celem tego *Programu* było zmniejszenie różnic w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez doposażenie podmiotów udzielających świadczeń w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego w nowoczesny sprzęt oraz wsparcie działań edukacyjnych.

²⁰ Patrz Informacja o wynikach kontroli wykonania budżetu państwa w 2014 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (P/15/001).

W ramach edycji *Programu POLKARD*, na lata 2010-2012, zaplanowano i wydatkowano 19.352,26 tys. zł, z tego 400,66 tys. zł na zadanie „Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu krążenia WOBASZ II”²¹.

(Dowód: akta kontroli str. 370-404, 3052-3058)

W latach 2013-2015 zaplanowano na realizację umów w ramach tego *Programu* środki w łącznej wysokości 40.746,2 tys. zł, z tego w latach 2013-2014 wykorzystano środki w łącznej kwocie 23.690,4 tys. zł, natomiast w 2015 roku na realizację umów przewidziano 15.927,7 tys. zł²².

(Dowód: akta kontroli str. 408, 426-479)

Działania profilaktyczne podejmowane w ramach *Programu POLKARD* były realizowane przez Ministra Zdrowia m.in. z inicjatywy właściwych konsultantów krajowych.

(Dowód: akta kontroli str. 2033)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niewielki udział wydatków na profilaktykę zdrowotną w stosunku do całości wydatków realizowanych ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Jak wynika z dokumentów opracowanych w Ministerstwie Zdrowia²³, profilaktyka powinna stanowić jedno z głównych narzędzi poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

1.2. Analizy stanowiące podstawę planowania wybranych działań profilaktycznych w obszarach: gastrologii, ginekologii i kardiologii

Opis stanu
faktycznego

Minister Zdrowia otrzymywał, w okresie objętym kontrolą, informacje dotyczące prowadzonych w kraju działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, a w szczególności:

- raporty i sprawozdania dotyczące zagadnień związanych z profilaktyką zdrowotną, przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, towarzystwa i instytuty naukowe oraz konsultantów krajowych²⁴,
- analizy Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych, będącej organem doradczym Ministra Zdrowia, opiniującym m.in. projekty rocznych *Sprawozdań z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*,
- informacje wojewodów o programach zdrowotnych, w tym z zakresu profilaktyki, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego; dane te były analizowane przez Departament Polityki Zdrowotnej, a także zespoły, w których uczestniczył Minister Zdrowia. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia wskazał, w swoim sprawozdaniu za 2014 r., na niski poziom rzetelności i wiarygodności danych o realizacji programów zdrowotnych przekazywanych wojewodom przez jst²⁵.

²¹ W ramach tego zadania przygotowano druki zaproszeń na badanie dla wylosowanych osób (4500), jak również ulotki dotyczące zdrowego stylu życia.

²² Do dnia zakończenia kontroli nie sporządzono protokołu zakończenia realizacji *Programu* za 2015r.

²³ tj. Analizy najistotniejszych dla populacji polskiej problemów zdrowotnych w ramach pięciu grup chorób stanowiących istotną przyczynę dezaktywacji zawodowej (patrz: przypis 26 niniejszego wystąpienia) oraz Krajowych ram strategicznych. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (patrz: przypis 27 niniejszego wystąpienia).

²⁴ Przykładowo: w przedłożonym do Ministerstwa Zdrowia raporcie rocznym za rok 2012, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii wskazał na potrzebę podjęcia działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki chorób układu krążenia. Z kolei konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii w przedłożonym do Ministra Zdrowia sprawozdaniu z działalności za rok 2012 zwrócił uwagę na potrzebę wprowadzenia programów badań przesiewowych w zdefiniowanych grupach ryzyka, w celu wczesnego wykrywania nowotworów układu pokarmowego.

²⁵ Najwyższa Izba Kontroli również formułowała zastrzeżenia do rzetelności danych przekazywanych przez jednostki samorządu terytorialnego dotyczących realizowanych programów polityki zdrowotnej. Patrz: Informacja o wynikach kontroli Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego (Nr P/15/063).

Podległa Ministrowi Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji²⁶ opiniowała projekty programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Na podstawie uzyskiwanych danych, w Ministerstwie Zdrowia, opracowano analizy dotyczące m.in. profilaktyki zdrowotnej, wraz z propozycjami zmian, w tym m.in.

- *Analizę najistotniejszych dla populacji polskiej problemów zdrowotnych w ramach pięciu grup chorób stanowiących istotną przyczynę dezaktywacji zawodowej*²⁷;
- *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*²⁸.

(Dowód: akta kontroli, str. 2032-2034, 2036-2067, 2203, 2300-2301, 2305-2308, 2407-2408)

2. Realizacja działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej dotyczących raka jelita grubego, szyjki macicy oraz raka piersi realizowanych w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych

2.1. Realizacja działań z zakresu edukacji prozdrowotnej w latach 2012-2015

Opis stanu
faktycznego

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, jednostkach samorządu terytorialnego, konferencje w zakładach pracy, dokonywano emisji spotów w mediach, a także angażowano pielęgniarki do promocji programów profilaktycznych²⁹.

W latach 2013-2014 nawiązano współpracę z Ministerstwem Edukacji Narodowej w celu promowania w szkołach „Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem”.

(Dowód: akta kontroli, str. 81, 480 – 489, 714-1226, 2192-2202)

W 2014 r., w ramach monitoringu skuteczności programu prewencji pierwotnej nowotworów, przeprowadzono badania 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 profilaktycznych³⁰.

(Dowód: akta kontroli str. 175-176)

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 (POZ) 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 trzech tys. lekarzy POZ w 2014 r. i siedmiu tys. w 2015 r., ale ogłoszony został dopiero 12 września 2014 r. z terminem złożenia ofert do 13 października 2014 r. Złożone oferty nie spełniały 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

²⁶ Do 1 stycznia 2015 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych.

²⁷ Analiza została opracowana w 2015 r. W skład dokumentu wchodziło m.in. „Opracowanie koncepcji założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” realizowanego przez Wydział Koordynacji Polityki Rozwoju, Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, realizowanego w ramach działania 5.1. Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).

²⁸ Dokument ten opisuje stan krajowego systemu ochrony zdrowia, mocne i słabe strony, a także wyzwania i szanse. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2015.

²⁹ Kampanie organizowane były przez COK i WOK-i.

³⁰ Badanie ankietowe przeprowadzone przez profesjonalną agencję badawczą, wyłonioną w trybie przetargu (patrz: *Sprawozdanie z realizacji NPZChN w 2014 r.*).

w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów. Liczba przeszkolonych w 2014 r. lekarzy stanowiła zaledwie 33,1% planu³¹.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważa, że pomimo przeprowadzenia wielu działań edukacyjno-informacyjnych ich skuteczność była niewystarczająca, na co wskazuje utrzymywanie się, na zbliżonym poziomie, w kolejnych latach, wartości wskaźników zgłaszalności osób na badania udzielane w ramach programów profilaktycznych raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego (szczegóły na str. 10 oraz w tabeli nr 3 na str. 12).

2.2. Realizacja zadań Ministra Zdrowia w ramach Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

Opis stanu
faktycznego

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego finansowany był, w latach 2012-2015, z budżetu państwa. W okresie objętym kontrolą wydatkowano łącznie na ten cel 80.685,5 tys. zł, z tego 15.331,6 tys. zł w 2012 r., 17.942,0 tys. zł w 2013 r., 17.432,1 tys. zł w 2014 r. oraz 29.979,8 tys. zł w 2015 r. Niewykorzystanie wszystkich środków finansowych w Programie wynikało w szczególności z niezgłoszenia się części uprawnionych na badania profilaktyczne. Szczegóły realizacji tego Programu przedstawiono w tabeli nr 2.

Tabela nr 2. Realizacja Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w latach 2012-2015.

Wyszczególnienie	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.
Liczba podmiotów ¹	85	92 ²	106	88
Plan finansowy	16.605,96 tys. zł	18.237,60 tys. zł	28.097,06 tys. zł	31.888,45 tys. zł
Wartość zrealizowanych świadczeń	15.331,60 tys. zł	17.941,99 tys. zł	17.432,06 tys. zł	29.979,80 tys. zł
Liczba osób, u których wykonano badanie przesiewowe	36,5 tys.	42,7 tys.	35,2 tys.	62,8 tys.
Liczba osób, u których wykryto polipy	14,6 tys.	16,9 tys.	21,1 tys.	27,5 tys.
% występowania polipów jelita grubego w przebadanej populacji	40,0%	39,6%	59,9%	43,8%
Liczba osób, u których wykryto raka jelita grubego	322	427	286	378
% występowania nowotworów jelita grubego w przebadanej populacji	0,9%	1,0%	0,8%	0,6%

¹ Liczba podmiotów udzielających świadczeń przesiewowych zarówno w systemie „zapraszanym”, jak również „oportunistycznym”.

(Dowód: akta kontroli str. 8 – 38, 49 – 52, 99 – 100, 123-156, 189-191, 220-222, 245-291, 362 – 364, 485-487, 2410-2412, 2673-2813)

Do zadań Ministra Zdrowia, związanych z realizacją badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, w ramach NPZChN, należało:

- zorganizowanie systemu zaproszeń osób na badania;
- podpisywanie umów z realizatorami Programu (świadczeniodawcami) i ich rozliczanie;
- monitorowanie realizacji Programu (dane dotyczące jego realizacji spływały do ośrodka koordynującego, tj. Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie).

Liczba ośrodków przesiewowych w Polsce była niższa od zakładanej w dokumencie pn. Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego (PBP), kontynuacja na lata 2012-2015 z uwzględnieniem planów na lata po 2015 roku³². Zakładano bowiem budowę sieci 130 ośrodków (jeden na ok. trzy powiaty), podczas gdy w 2011 r. Program realizowany był „(...) w 44 z 379 (11,6%) powiatów, co potencjalnie udostępniało badania dla 2.221.032 z 9.020.468 (24,6%) osób populacji docelowej”, a „niektóre regiony kraju (północne Mazowsze, Warmia i Mazury) pozbawione były

³¹ Patrz Informacja o wynikach kontroli wykonania budżetu państwa w 2014 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (P/15/001).

³² Dokument ten został opracowany przez koordynatora Programu i przekazany Ministerstwu Zdrowia.

całkowicie ośrodków przesiewowych". W 2015 r. dostęp do badań przesiewowych poprawił się. Świadczenia realizowały 84 placówki, co zabezpieczało dostęp do świadczeń na terenie ok. 130 powiatów.

W powyższym dokumencie, dotyczącym badań dla raka jelita grubego, uwzględniających plany po roku 2015, jako główne wady dotychczasowego modelu realizacji *Programu*, wskazano m.in.: 1) nierówność dostępu i objęcie *Programem* niewielkiej części populacji, 2) niewielki wpływ na zgłaszalność do programu imiennego zaproszenia do udziału w badaniach, 3) brak możliwości wiarygodnej oceny skuteczności *Programu*. W zaleceniach wskazano w szczególności, że populację docelową powinni stanowić: kobiety i mężczyźni w wieku od 55 do 64 roku życia. Z tej grupy wykluczono osoby, u których wykonano kolonoskopię w ostatnich 10 latach oraz osoby, u których w rodzinie występuje uwarunkowany genetycznie rak jelita grubego (takie osoby wymagają innego, szczególnego nadzoru).

Zakładając zgłaszalność na poziomie 30-40% szacowano, że po 10 latach realizacji *Programu* nastąpi redukcja umieralności na ten typ raka o 15-20% oraz redukcja zachorowalności o 10-18%.

(Dowód: akta kontroli str. 262, 2682-2718)

Jak wyjaśniła Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej „Realizatorów zadania NPZChN pn. *Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* wybierano, w latach 2012-2015, w drodze postępowań konkursowych przeprowadzanych przez Ministra Zdrowia. Liczba podmiotów realizujących *Program* w kolejnych latach oraz ich rozmieszczenie w poszczególnych regionach kraju zależne było zatem od tego, jacy oferenci brali udział w poszczególnych postępowaniach, od spełnienia przez nich warunków formalnych i merytorycznych konkursu oraz od wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania w poszczególnych latach”.

(Dowód: akta kontroli str. 1769)

Ogłoszenia o konkursie na wyłonienie realizatorów *Programu* ukazywały się w następujących terminach:

- na lata 2012 – 2013 ukazało się 17 lutego 2012 r.; ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu: 25 kwietnia 2012 r. Umowy podpisano w okresie od 19 do 27 czerwca 2012 r.
- na lata 2014-2015 ukazało się 3 czerwca 2014 r., ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu 12 sierpnia 2014 r. Umowy podpisywane były w okresie od 18 do 24 września 2014 r.
- na lata 2016 – 2018 ukazało się 3 czerwca 2016 r., zaś wyniki konkursu ogłoszono dopiero 29 lipca 2016 r. Podpisywanie umów rozpoczęto od dnia 2 września 2016 r. (system zapraszany).

(Dowód: akta kontroli, str. 157-159, 549-551, 2284-2299)

Udział w *Programie* mogła wziąć każda osoba, która otrzymała zaproszenie na przesiewową kolonoskopię³³ oraz bez zaproszenia (w ramach tzw. „programu oportunistycznego”), pod warunkiem spełnienia warunków kwalifikujących do *Programu*:

- wszystkie osoby w wieku 50-65 lat bez objawów wskazujących na możliwość rozwoju raka;
- osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) ze zdiagnozowanym rakiem jelita grubego;
- osoby w wieku 25-65 lat z rodziny obciążonej genetycznie rodzinnym rakiem jelita grubego niezwiązanego z polipowatością (HNPCC).

³³ Zaproszenie kierowane było do osób w wieku 55-64 lata bez objawów klinicznych sugerujących rak jelita grubego. Badanie wykonywano także u osób z objawami choroby, jeżeli otrzymały na nie zaproszenie. Program ten realizowany jest od 1 stycznia 2012 r.

Pomimo zwiększenia środków na badania profilaktyczne, odsetek osób objętych programem przesiewowym (tzw. system zapraszany), był niski. W 2012 r. wyniósł on 17,8%, w 2013 r. 16,7%, w 2014 r. 17,1%, zaś w 2015 r. osiągnął 16,8%.

W okresie objętym kontrolą zachorowalność na raka jelita grubego zachowała zaobserwowaną, w latach wcześniejszych, tendencję wzrostową. W 2000 r. raka jelita grubego zdiagnozowano u 11.644 osób, w 2005 r. - 13.987, w 2010 r. - 15.800, zaś w 2015 r. było to 17.450 osób. Zwiększyły się również wartości współczynników surowych³⁴ (z 30,1 w 2000 r. do 45,3 w 2013 r.) i standaryzowanych³⁵ (z 20,1 w 2000 r. do 23,9 w 2013 r.).

(Dowód: akta kontroli str. 39-72,100, 191,222, 2443)

W latach 2005-2013 odnotowano niewielką poprawę w zakresie wczesnego wykrywania raka jelita grubego³⁶. O ile w 2005 r. u 38% pacjentów zdiagnozowano raka jelita grubego z I i II stopniem zaawansowania choroby, to w 2010 r. ich odsetek zwiększył się do 42%, zaś w 2014 r. do 46,5%. Wartość tego wskaźnika u pacjentów z rozpoznaniem nowotworu jelita grubego, którzy nie przeszli badań przesiewowych była istotnie niższa w porównaniu do pacjentów uczestniczących w takich badaniach. Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej w Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Koordynator Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego podał w wyjaśnieniach, że „w latach 2012-2014, odsetek raków jelita grubego wykrytych w ramach Programu przesiewowego w systemie oportunistycznym w stopniu I i II wynosił 62,5%, zaś w systemie zapraszany 75,8%”.

(Dowód: akta kontroli str. 2717-2718)

Nastąpiła poprawa wskaźnika przeżyć pięcioletnich wśród osób, u których wykryto nowotwór w latach 2000-2002 z 43,3% dla mężczyzn i 44,1% dla kobiet do 44,91% dla mężczyzn i 46,45% dla kobiet zdiagnozowanych w latach 2007-2009. Wartości tego wskaźnika były jednak niższe, niż średnia wartość w krajach europejskich objętych badaniem Eurocare 5³⁷. Przeżycia pięcioletnie wśród mężczyzn i kobiet, leczonych w latach 2007-2009, wynosiły odpowiednio 55,8% i 57,66%.

Analiza danych uzyskanych z NFZ, z lat 2010-2012, dotyczących pacjentów z rozpoznaniem w tym okresie rakiem jelita grubego wykazała, że na koniec 2015 r. żyło 76,9% pacjentów, u których wykryto raka jelita grubego podczas badań przesiewowych i jedynie 47,1% pacjentów, u których wykrycie nastąpiło w innym trybie.

(Dowód: akta kontroli str. 2442, 2717-2718)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niewielki odsetek osób objętych badaniami przesiewowymi w kierunku wykrycia raka jelita grubego, choć z posiadanych przez Ministra danych jednoznacznie wynikało, że wykonywanie profilaktycznej kolonoskopii prowadzi do rozpoznania tego typu raka we wcześniejszych stadiach, co w konsekwencji zwiększa szanse na wyleczenie. Potwierdzają to ustalenia kontroli NIK, która wykazała, że odsetek pacjentów, którzy przeżyli z rakiem jelita grubego co najmniej trzy lata, w przypadku osób z tą chorobą wykrytą podczas badań przesiewowych, był istotnie, tj. o 29,8 punktów procentowych wyższy, niż w przypadku pozostałych pacjentów.

³⁴ Współczynnik surowy zachorowalności/umieralności określa liczbę zachorowań/zgonów na 100 tys. badanej populacji. Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 2015.

³⁵ Standaryzowany wg wieku współczynnik zachorowalności/umieralności określa, ile zachorowań/zgonów wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard. Jako populację standardową przyjęto standardową populację świata. Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 2015.

³⁶ Jednym z celów NPZChN była m. in. poprawa wartości wskaźnika wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Od stopnia zaawansowania wykrytego nowotworu złośliwego zależy prawdopodobieństwo przeżycia i wyleczenia pacjenta.

³⁷ Dla 29 krajów; dane przytaczane za badaniem Eurocare 5 – jest to wieloletnie międzynarodowe badanie, zajmujące się analizą przeżyć chorych na nowotwory złośliwe na podstawie danych pochodzących z populacyjnych rejestrów nowotworowych.

2.3. Realizacja zadań Ministerstwa Zdrowia w ramach *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi oraz Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy*.

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z *NPZChN*, w latach 2012-2015, do zadań Ministra Zdrowia, związanych z realizacją populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy, należało finansowanie wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet, prowadzenie akcji medialnych oraz informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki ww. nowotworów, a także refundacja kosztów osobowych i zadaniowych Centralnego³⁸ i wojewódzkich ośrodków koordynujących (zwanych dalej COK lub WOK) te *Programy*³⁹.

Realizacja świadczeń zdrowotnych, w ramach tych programów, finansowana była ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

(Dowód: akta kontroli, str. 490 – 495, 602-1231, 2192-2202, 2404-2408, 2585-2601)

Na podstawie umów zawartych przez Ministra Zdrowia z COK i WOK, ośrodki te prowadziły: kontrolę jakości badań cytologicznych, ocenę poprawności funkcjonowania aparatury mammograficznej, audyt kliniczny zdjęć mammograficznych, koordynację szkoleń specjalistycznych dla personelu medycznego, działania na rzecz zwiększenia zgłaszalności na badania, zakup sprzętu biurowego i komputerowego w ramach programów skringingowych. Ponadto, WOK-i odpowiadały za organizację wysyłki zaproszeń na poziomie wojewódzkim oraz zakup sprzętu biurowego i komputerowego w ramach programów skringingowych objętych umową. W latach 2012-2015 realizatorzy programów zgłaszali Ministrowi Zdrowia problem późnego podpisywania umów na realizację zadań zleconych.

(Dowód: akta kontroli str. 689, 2586-2587, 2678)

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy skierowany był do kobiet w wieku 25-59 lat z częstotliwością badań raz na trzy lata, zaś *Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi* do kobiet w wieku 50-69 lat z częstotliwością badań raz na dwa lata. Szczegóły dotyczące udziału kobiet w badaniach przesiewowych przedstawiono w tabeli nr 3.

Tabela nr 3. Realizacja programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w latach 2012-2015.

Wyszczególnienie	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.
Liczba kobiet w populacji określonej programem profilaktyki				
a) raka szyjki macicy	3.293.976	3.290.725	3.283.591	3.275.910
b) raka piersi	2.599.698	2.636.174	2.668.119	2.700.637
Liczba kobiet, u których wykonano badanie				
a) raka szyjki macicy ¹	764.724	697.148	724.344	688.309
b) raka piersi	1.115.763	1.141.423	1.178.199	1.129.689
Odsetek kobiet w populacji, które wykonały badanie (w %)				
a) raka szyjki macicy ³	23,21% (12,48%)	21,19% (13,31%)	22,06% (22,35%)	21,01% (22,08%)
b) raka piersi	42,92% (4,04%)	43,30% (3,17%)	44,16% (3,89%)	41,83% (3,92%)
Liczba kobiet, u których wykryto zmiany lub podejrzenie raka ⁴⁰				
a) raka szyjki macicy ²	19.748	18.377	19.883	17.102
b) raka piersi ⁴¹	4.567	4.058	4.282	3.784
Liczba kobiet, u których zdiagnozowano raka				
c) raka szyjki macicy	661	159	164	602
d) raka piersi	5.152	5.502	5.748	5.064

¹ Tylko pacjentki, którym udzielono świadczeń w ramach Programu profilaktycznego.

² Obejmuje następujące zmiany: LSIL (zmiana śródplaskonabłonkowa małego stopnia), HSIL (zmiana śródplaskonabłonkowa dużego stopnia), AGC (nieprawidłowe komórki gruczołowe), ASC-US

³⁸ Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

³⁹ Od 1 stycznia 2011 r. były to 23 wojewódzkie ośrodki koordynujące, które działały do końca 2015 r.

⁴⁰ W przypadku raka szyjki macicy - „zmiany” obejmują zarówno zmiany łagodne, jak i podejrzenia raka szyjki macicy, patrz: informacja pkt 2 pod tabelą powyżej.

⁴¹ Liczba kobiet z podejrzeniem raka piersi.

(nieprawidłowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego o nieokreślonym znaczeniu), ASC-H (nieprawidłowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego, nie można wykluczyć HSIL)

³ Należy zauważyć, że kobiety w wieku od 25 do 59 lat zgłaszają się na badania cytologiczne także na podstawie skierowań wystawianych poza systemem badań przesiewowych.⁴² W nawiasach podano odsetek kobiet, które zgłosiły się na badania cytologiczne w ramach świadczeń udzielanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

W latach 2012-2015, liczba badań cytologicznych wykonywanych w ramach programu zmniejszała się, przy jednoczesnym wzroście liczby tych badań w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Przyczyną tego stanu była wyższa wycena tych badań w AOS (badanie w AOS obejmowało również poradę ginekologa) niż w programie⁴³.

(Dowód: akta kontroli str. 39-122, 160-226, 485-487, 714, 915, 1220, 1226)

W latach 2000-2013 wzrastała liczba pacjentek z rozpoznaniem raka piersi i wyniosła w 2000 r. 10.987, w 2005 r. 13.385, w 2010 r. 15.784, zaś w 2013 r. 17.142. Zwiększyły się w tym okresie surowe i standaryzowane wskaźniki zachorowań, odpowiednio z 55,3 i 38,8 w 2000 r. do 86,3 i 51,8 w 2013 r.

W powyższym okresie, zmniejszyła się natomiast liczba zachorowań na raka szyjki macicy z 3.597 w 2000 r. do 3.263 w 2005 r., 3.074 w 2010 r. oraz 2.909 w 2013 r. Zmniejszyły się również wartości surowych i względnych wskaźników zachorowalności odpowiednio z 18,1 i 13,1 w 2000 r. do 14,6 i 9,3 w 2013 r.

W okresie od 2005 r. do 2013 r. zwiększył się odsetek wykrytych wczesnych postaci (I i II stopień zaawansowania) raka piersi i raka szyjki macicy; w roku 2005 stanowiły one odpowiednio 64% i 56%, natomiast w 2013 r. było to odpowiednio: 70% i 66%.

Zaś zaawansowaną postać (III i IV stopień zaawansowania) raka piersi i szyjki macicy w roku 2005 wykryto odpowiednio w: 36% i 44%, a w roku 2013, odpowiednio w: 30% i 34

Nie odnotowano (dla rozpoznań z lat 2000-2009) poprawy wartości wskaźników przeżyć pięcioletnich raka piersi i szyjki macicy. Nadal odbiegały one od wartości osiąganych w wybranych krajach europejskich (szczegóły zaprezentowano w tabeli nr 4).

Tabela nr 4. Wskaźniki przeżyć względnych w Polsce na tle wybranych krajów Europy.

Wyszczególnienie	Rok rozpoznania	1-roczone			3-letnie			5-letnie		
		Polska	Norwegia	Czechy	Polska	Norwegia	Czechy	Polska	Norwegia	Czechy
Rak piersi	2000-2007	90,9	96,4	92,01	79,3	89,7	84,0	71,6	84,7	78,0
	2007-2009 ¹	90,9	94,8		79,3	87,4		71,6	81,8	
Rak szyjki macicy	2000-2007	79,9	87,8	83,58	59,9	75,2	68,2	53,6	71,0	63,0
	2007-2009 ¹	79,9	84,1		59,9	68,0		53,6	62,4	

(Dowód: akta kontroli str. 3065-3069)

Ustalono
nieprawidłowości

1. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia podpisywanie umów z realizatorami *Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* dopiero w II półroczu. Taka praktyka prowadziła do ograniczenia liczby badań profilaktycznych, w szczególności w sytuacji, gdy badania przesiewowe mogły być wykonywane jedynie w godzinach popołudniowych (tak aby nie kolidowały z badaniami wykonywanymi w ramach kontraktów zawartych przez świadczeniodawców z NFZ). Skutkowało to

⁴² Przykładowo, w 2012 r. takich kobiet było 411.216, co stanowiło 12,48% grupy kobiet kwalifikujących się do badań przesiewowych. W 2013 r. były to odpowiednio 437.866 kobiety, co stanowiło 13,31% populacji.

⁴³ Patrz zmiana wyceny punktowej mikroskopowej oceny preparatów z cytologicznych z 3 na 2,5 pkt., wprowadzona zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2013 r. Nr 81/2013/DSOZ. Z kolei zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2013 r. Nr 82/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zmieniono wycenę punktową pobrania materiału do badania cytologicznego z 3 pkt do 2 pkt. Jednocześnie, od 1 stycznia 2014 r., zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2013 r. Nr 69/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, położne POZ mogą rozliczać pobranie materiału do badania cytologicznego w cenie 16 zł (po wejściu w życie Zarządzenia Nr 86/2014/DSOZ z dnia 17 grudnia 2014 r. stawkę podniesiono do 17 zł).

zwiększonym obciążeniem personelu medycznego w II połowie roku oraz ograniczonym dostępem uprawnionych do tych badań.

Na problem ten Najwyższa Izba Kontroli zwracała uwagę w 2014 r. po kontroli pn. *Realizacja zadań Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*⁴⁴.

(Dowód: akta kontroli, str. 157-159, 549-551, 2284-2299)

2. Nie zrealizowano wszystkich celów określonych w *NPZChN*, a w szczególności: zahamowania wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe, osiągnięcia średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów oraz osiągnięcia średnich europejskich wartości wskaźników skuteczności leczenia.

3. Szczegółowe zasady realizacji poszczególnych zadań *NPZChN* Minister Zdrowia określił w zarządzeniach z dnia 9 marca 2009 r. oraz z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy *NPZChN*⁴⁵. Dokumenty opisujące badane zadania *NPZChN* nie zawierały wskaźników docelowych dla badanych zadań, istotnych dla oceny stopnia realizacji ustawowych celów Programu⁴⁶. Brakowało ponadto analizy efektywności ekonomicznej i szczegółowego harmonogramu działań, mimo że obowiązek ich opracowania wynikał z ww. zarządzeń Ministra Zdrowia⁴⁷.

4. Pomimo zakończenia, z dniem 31 grudnia 2015 r., realizacji *Programu* na lata 2006-2015, dopiero w dniu 9 czerwca 2016 r. Minister Zdrowia upoważnił Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (zwany dalej COI) do realizacji *NPZChN* na lata 2016-2024⁴⁸. Umowa na realizację tego *Programu*⁴⁹ została zawarta w dniu 25 lipca 2016 r., choć w poprzednich latach koordynatorzy programów zgłaszali wnioski dotyczące wcześniejszego podpisywania umów na realizację zadań wynikających z *NPZChN*.

(Dowód: akta kontroli, str. 555 – 558, 2204-2278, 2284, 2309-2310, 2673-2813)

2.4. Realizacja Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD

Opis stanu
faktycznego

Program POLKARD, na lata 2010 – 2012, poza zadaniami mającymi charakter majątkowy, przewidywał również realizację zadania pn. *Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu krążenia WOBASZ II* oraz łącznie z nim realizowany projekt – „stałe, coroczne monitorowanie umieralności przedwczesnej i ogólnej oraz hospitalizacji z powodów chorób układu krążenia w Polsce (...)”. Koszt realizacji tego zadania wyniósł 400,6 tys. zł.

(Dowód: akta kontroli, str. 369 - 404)

W latach 2013-2015 realizowano następujące zadania bieżące w ramach *Programu „POLKARD”* zawierające elementy profilaktyki:

⁴⁴ Kontrola Nr P/13/130.

⁴⁵ Dz. Urz. MZ. Z 2009 r. Nr 2, poz. 10 - obowiązywało w okresie od 9 marca 2009 r. do 12 marca 2010 r. i Dz. U. MZ z 2010 r. nr 4 poz. 33 – obowiązuje od 12 marca 2010 r.

⁴⁶ Każde zadanie, w celu przyjęcia do realizacji, było przedkładane Ministrowi Zdrowia za pośrednictwem właściwej komórki Ministerstwa Zdrowia. Było ono opracowywane według schematu zadania *NPZChN*, stanowiącego załącznik nr 1 do ww. zarządzeń Ministra Zdrowia, a zgodę na jego przyjęcie do realizacji, ze środków ujętych w części 46 – Zdrowie, wyrażał Minister Zdrowia po zapoznaniu się z wnioskiem i opinią Kolegium Ministra Zdrowia lub Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

⁴⁷ W załącznikach Nr 1 do zarządzeń Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2009 r. i z dnia 11 marca 2010 r. określono schemat dokumentów zadań *NPZChN*.

⁴⁸ W zakresie: prowadzenia bazy danych, wysyłki zaproszeń i kontroli jakości badań przesiewowych raka jelita grubego; kontroli jakości badań mammograficznych i cytologicznych u świadczeniodawców realizujących *Program profilaktyki raka piersi* i *Program profilaktyki raka szyjki macicy*; szkoleń specjalistycznych dla personelu obsługującego badania przesiewowe w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego.

⁴⁹ Realizowany na podstawie Uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program zwalczania chorób nowotworowych” Dz. Urz. M.P. poz. 1165.

- *WOBASZ II* realizowany w latach 2013-2014. W ramach tego zadania m.in. przebadano łącznie 6.164 osoby i przeprowadzono badania ankietowe. Łączny koszt zadania wyniósł 1.651,45 tys. zł.
- *Program profilaktyczny wczesnego wykrywania miażdżycy tętnic kończyn dolnych* realizowany w latach 2013-2015. Koszt jego realizacji wyniósł 640,98 tys. zł. Zadanie realizował Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (SKPP). W ramach realizacji tego zadania m.in. opracowano Kartę Badań Profilaktycznych, przeprowadzono seminaria edukacyjne dla lekarzy POZ, stworzono stronę internetową *Programu*⁵⁰.
- *Program przesiewowy w kierunku tętniaka aorty brzusznej*, planowany do realizacji w latach 2013-2014. Na realizatora *Programu* wybrany został Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy, kwota zawartej w dniu 8 października 2013 r. umowy wyniosła 898,3 tys. zł. Zadanie nie zostało zrealizowane, ponieważ realizator nie podjął działań zmierzających do realizacji umowy. W dniu 31 grudnia 2013 r. Ministerstwo Zdrowia, ze skutkiem natychmiastowym, wypowiedziało umowę. Pomimo wznowienia postępowania konkursowego w 2014 r., Ministerstwo unieważniło postępowanie z powodu niewyłonienia realizatora *Programu*. W dniu 7 stycznia 2014 r. Ministerstwo skierowało do Szpitala w Bydgoszczy wezwanie do zapłaty kwoty 89,8 tys. zł stanowiącej karę umowną za niewywiązanie się z umowy. Powyższa kwota została uiszczona w dniu 11 kwietnia 2014 r.
- *Program epidemiologii żylnego owrzodzenia goleni*, realizowany w latach 2013-2015. Środki zaplanowane na jego realizację wyniosły łącznie 761,04 tys. zł.⁵¹
- *Program edukacji młodzieży licealnej w zakresie zarządzania zdrowiem SYNDROM oraz kompleksowy, modelowy program strukturalnej interwencji ukierunkowany na prewencję pierwotną chorób układu krążenia rozwijających się na podłożu miażdżycy tętnic dla średniej wielkości gminy pozawielkomejskiej*. Program ten był planowany do realizacji w 2013 r. W 2013 r. zadanie to nie było jednak realizowane z uwagi na to, że nadesłane oferty nie spełniały wymagań merytorycznych określonych w ogłoszeniu, w szczególności kalkulacji kosztów każdego działania. W latach 2014-2015 Program ten nie był realizowany – nie planowano realizacji tego zadania w ww. okresie.

(Dowód: akta kontroli, str. 405 – 475, 414-416, 425, 561 – 591, 2580-2584)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W *Programie POLKARD* tylko w ograniczonym zakresie przewidywano prowadzenie działań profilaktycznych w obszarze kardiologii, a z planowanych na lata 2013-2015 zadań nie wszystkie zostały zrealizowane z uwagi na niewyłonienie ich wykonawców. W ocenie NIK ogranicza to możliwość zmiany świadomości społeczeństwa w zakresie podejmowania działań zapobiegających powstawaniu chorób układu krążenia.

3. Ocena monitorowania realizacji działań profilaktycznych i ewaluacja danych

3.1. System monitorowania i ewaluacji danych z realizacji programów profilaktycznych

1. Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Opis stanu
faktycznego

Minister Zdrowia, w latach 2012-2015, monitorował realizację *Programu* za pośrednictwem Centrum Onkologii, które opracowywało i przedkładało sprawozdania z jego realizacji. W tym celu zostały zawarte umowy pomiędzy Ministrem Zdrowia⁵², a Centrum Onkologii-

⁵⁰ www.miazdzycatkd.info - strona zawiera informacje dotyczące m. in. celów Programu, czynników ryzyka, profilaktyki miażdżycy tętnic kończyn dolnych.

⁵¹ Nie objęty szczegółową kontrolą NIK.

⁵² Nr 1/4/1/2012/97/220 na realizację programu zdrowotnego zawarta 9 maja 2012 r. z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r.; Nr 1/4/1/2013/97/95 na realizację programu zdrowotnego zawarta 17 kwietnia 2013 r. z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r.; Nr 1/4/1/2014/97/327 na realizację programu

Instytutem im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, które pełniło funkcję koordynatora Programu.

Informacje dotyczące kosztów usuwania polipów jelita grubego oraz kosztów indywidualnego leczenia pacjenta z powodu nowotworu jelita grubego posiadał NFZ, który udostępniał je koordynatorowi Programu – Centrum Onkologii, w formie zagregowanej. Centrum Onkologii nie miało również bezpośredniego dostępu do informacji, czy pacjent żyje. Informacje te pozyskiwano z innych instytucji, np. z Głównego Urzędu Statystycznego (na wniosek koordynatora).

(Dowód: akta kontroli str. 2094-2095, 2312-2403, 2544-2579, 2673-2813)

2. Populacyjne programy profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz wczesnego wykrywania raka piersi

Oceny skuteczności działań prowadzonych w ramach powyższych programów dokonywano w Ministerstwie na podstawie sprawozdań i raportów przedkładanych przez realizatorów programów oraz na podstawie poziomu zgłaszalności na badania profilaktyczne. Sprawozdania te nie zawierały analiz efektywności kosztowej tych programów. Dane dotyczące poziomu zgłaszalności na badania uzyskiwane były z Centralnego Ośrodka Koordynującego i Narodowego Funduszu Zdrowia.

(Dowód: akta kontroli, str. 602-1231, 2312-2403)

Zgodnie ze sprawozdaniami COK z realizacji *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* oraz *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi* za lata 2012-2015, wnioskowano o poszerzenie dostępu do danych zamieszczanych w systemie informatycznym NFZ (SIMP) w celu lepszego monitorowania skuteczności ich realizacji⁵³. Wskazywano też na niekompletność bazy danych, w której nie rejestrowano wszystkich przypadków wykonania badań cytologicznych i mammograficznych wśród kobiet z grup ryzyka, co utrudniało prowadzenie rzetelnych analiz. Przyczyną tej sytuacji było ustalenie przez NFZ wyższej stawki za badanie cytologiczne wykonane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, niż w ramach programów profilaktycznych.

(Dowód: akta kontroli str. 689, 1229)

COK, w dniu 5 sierpnia 2016 r., wystąpił do NFZ o udostępnienie danych dotyczących udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy⁵⁴. Fundusz odmówił udostępnienia danych, uzasadniając decyzję przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁵⁵. Zdaniem NFZ, szczegółowość wnioskowanych danych zdecydowanie wykraczała poza obszar zadań określonych w umowie zawartej z Ministrem Zdrowia na realizację *NPZChN*⁵⁶.

(Dowód: akta kontroli, str. 2312-2403, 2586, 2619-2622)

W dokumencie pn. *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, wskazano m.in., że ww. Programy „(...) wymagają wielu zmian, które wpłyną na wyższą ich skuteczność, tj. na zmniejszenie umieralności z powodu tych nowotworów. Zmiany te związane być powinny przede wszystkim z opracowaniem standaryzowanej oceny jakości skriningów oraz zwiększeniem zgłaszalności kobiet na badania. Wymaga to pełnej wiedzy o wskaźnikach dotyczących efektywności badań przesiewowych oraz

zdrowotnego zawarta w dniu 30 maja 2014 r. z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r.

⁵³ Patrz: Sprawozdanie COK z realizacji Populacyjnych Programów: wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w roku 2015.

⁵⁴ Pismo, znak: ZPN-073-34/16. Odpowiedź NFZ, pismo, znak: DSOZ.401.1841.2016/W/23031/KAO z dnia 2 września 2016 r.

⁵⁵ Dz. U. z 2016 r., poz. 922.

⁵⁶ Umowa Nr 1/2-3/1/2016/97/640 na realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych zawarta dnia 25 lipca 2016 r. pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

dogłębnego rozpoznania czynników odpowiedzialnych za niską zgłaszalność kobiet na zorganizowane badania profilaktyczne (mammograficzne i cytologiczne)⁵⁷.

(Dowód: akta kontroli, str. 2279-2283)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W ocenie NIK, rozproszony system zbierania danych z realizacji świadczeń profilaktycznych oraz trudności w pozyskaniu części z nich przez podmioty odpowiedzialne za koordynację programów utrudniał przeprowadzenie analiz dotyczących ich efektywności, a w konsekwencji przygotowanie propozycji ich usprawnienia.

3.1.2. Audyt wewnętrzny i kontrola świadczeniodawców

W latach 2012-2015 w Ministerstwie Zdrowia nie zrealizowano zadań audytowych, których zakres obejmował profilaktykę zdrowotną w obszarach: gastrologii, ginekologii, kardiologii mimo, że wyniki analizy ryzyka w obszarze „Nadzór sanitarno-epidemiologiczny i promocja zdrowia” wskazywały na średni i wysoki poziom ryzyka.

Jak wynika z wyjaśnień złożonych przez Kierującego Wielosobowym Stanowiskiem ds. audytu wewnętrznego, przyczyną były „ograniczone możliwości kadrowe i czasowe komórki audytu wewnętrznego”.

(Dowód: akta kontroli str. 2068-2069, 2130-2191)

W latach 2012-2015 Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego nie zaplanował i nie przeprowadził kontroli w zakresie profilaktyki zdrowotnej w obszarze gastrologii, ginekologii i kardiologii. Dyrektor Departamentu wyjaśnił, że (...) „Wydział Kontroli zatrudnia 2 osoby, a więc plan kontroli musi być dostosowany do poziomu zatrudnienia – w pierwszej kolejności planuje się kontrole w Narodowym Funduszu Zdrowia (...)”⁵⁸.

(Dowód: akta kontroli str. 2100-2101, 2623-2672)

W latach 2012-2013 oraz w roku 2015 Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg przeprowadził łącznie 29 kontroli w zakresie profilaktyki zdrowotnej w obszarze gastrologii, ginekologii i kardiologii. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.: sporządzania przez szpital z kilkudniowym opóźnieniem dokumentów potwierdzających wykonanie próby technicznej sprzętu; nieprzekazania przez placówkę medyczną do Ministerstwa Zdrowia oświadczenia o oddaniu sprzętu do użytku; przekazania do Ministerstwa Zdrowia po terminie przez regionalne Centrum Onkologii informacji dotyczącej wykorzystywania zakupionego w ramach umowy sprzętu; nierzetelnego dokumentowania ponoszonych kosztów⁵⁹.

(Dowód: akta kontroli str. 2068-2092, 2099, 2102-2128)

3.1.3. Krajowy Rejestr Nowotworów

Krajowy Rejestr Nowotworów (zwany dalej: „Rejestrem” lub „KRN”), działał na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów⁶⁰. Rozporządzenie to zostało uchylone wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2014 r.⁶¹, który jednocześnie wskazał, że rejestry

⁵⁷ <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>

⁵⁸ Zgodnie z § 33 pkt 3 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia, poz. 34) do zadań Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego należy m.in. kontrola świadczeniodawców w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz podmiotów, którym Narodowy Fundusz Zdrowia powierzył wykonywanie niektórych czynności w zakresie realizacji umowy z Funduszem. Ww. zarządzenie uchylilo zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2009 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 13, poz. 68).

⁵⁹ Z tego w 2012 r. 11; w 2013 r. 8; w 2014 r. 0; w 2015 r. 10 kontroli.

⁶⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 1497 ze zm. (uchylony z dniem 12 grudnia 2015 r.).

⁶¹ Sygn. Akt K33/13; Dz. U. z 2015 r., poz. 16.

utworzone przed dniem ogłoszenia niniejszego wyroku nadal mogą być prowadzone. Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw⁶² poszerzono katalog przesłanek określających cele tworzenia rejestrów. Nowe rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów weszło w życie 30 sierpnia 2016 r.⁶³

Krajowy Rejestr Nowotworów, którego obsługę zapewniało Centrum Onkologii, m.in. gromadził i opracowywał dane dotyczące zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych. Rejestr prowadzony był z wykorzystaniem systemu informatycznego. Zgłoszenia do Rejestru przekazywane były za pośrednictwem Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego przez placówki publicznej i niepublicznej służby zdrowia na terenie całego kraju.

Systemy informatyczne NFZ, w tym System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) oraz Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), nie zapewniały możliwości uzupełniania KRN danymi uzyskiwanymi w ramach sprawozdawczości przekazywanej przez świadczeniodawców do NFZ lub pozyskiwanej przez Fundusz od innych podmiotów. Z kolei system SIMP nie zawierał m.in. danych o wszystkich badaniach cytologicznych wykonywanych przez kobiety objęte programem profilaktycznym, które mogły być finansowane zarówno w ramach profilaktycznych badań przesiewowych, jak również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W latach 2012-2015 miały miejsce przypadki odmowy przez świadczeniodawców udzielania koordynatorowi „Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego” informacji niezbędnych do prowadzenia analiz.

(Dowód: akta kontroli str. 2302-2304, 2413-2543, 2602-2618)

Porównanie zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, zawierających dane o pacjentach z rozpoznaniem pierwszy raz w latach 2010-2011 rakiem piersi, szyjki macicy i jelita grubego wykazało, że w przypadku raka szyjki macicy jedynie 11,6% pacjentek występuje w obu bazach. W przypadku pacjentek z rozpoznaniem w tym okresie rakiem piersi było to 42,2%, zaś w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego 38,9%⁶⁴.

Krajowy Rejestr Nowotworów nie zawierał również, w przypadku znacznej liczby pacjentów z rozpoznaniem pierwszy raz w latach 2010-2011 ww. nowotworami, 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%⁶⁵.

(Dowód: akta kontroli str. 3064, 3070)

Zadania Krajowego Rejestru Nowotworów w latach 2013-2015 były finansowane ze środków NPZChN. Jak wynika z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ⁶⁶ „(...) partycypacja Ministra Zdrowia w kosztach związanych z działalnością Krajowego Rejestru Nowotworów w ramach *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* w poszczególnych latach, będzie odbywać się na podstawie corocznie przyjmowanego zestawienia zadań, według potrzeb Krajowego Rejestru Nowotworów, możliwych do sfinansowania w ramach Programu i zgodnego z treścią uchwały Rady Ministrów. W świetle powyższego, Departament Polityki Zdrowotnej nie jest w stanie przewidzieć ile będzie wynosić dofinansowanie działań KRN w przyszłych latach (...)”.

(Dowód: akta kontroli, str. 2485-2499)

⁶² Dz. U. z 2015 r., poz. 1991, ze zm.

⁶³ Dz. U. z 2016 r., poz. 1362.

⁶⁴ Dane dotyczą wyłącznie raka jelita grubego za lata 2009-2012. Analiza dotyczyła zbiorów otrzymanych z NFZ i KRN. 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.

⁶⁵ Jw.

⁶⁶ Dwa pisma Departamentu Polityki Zdrowotnej, znak: IK 689679 z dnia 12.09.2016 r. oraz znak: PZO.0911.1.2016 z dnia 23.08.2016 r.

Jak wynika z wyjaśnień gestora Rejestru - Centrum Onkologii - Instytutu im Marii Skłodowskiej Curie „(...) scentralizowany system informatyczny do rejestracji nowotworów został zbudowany w ramach uzyskanych środków unijnych⁶⁷. Koszt budowy systemu wraz z portalem wiedzy i hurtownią danych wyniósł 5,7 mln zł. Najpoważniejszym problemem rejestracji nowotworów jest brak wskazanych źródeł finansowania systemu rejestracji nowotworów. KRN nie miał wsparcia finansowego ze strony Ministerstwa Zdrowia na utrzymanie informatyczne i rozwój systemu (...)”.

(Dowód: akta kontroli str. 2415-2543)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Wiarygodność danych zawartych w KRN budzi, w ocenie NIK, poważne wątpliwości. Zawarte w nim dane są niekompletne, a w odniesieniu do ponad 21% pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego (trzy lata od pierwszego rozpoznania choroby), nie uzupełniono w rejestrze danych dotyczących stopnia zaawansowania nowotworu. Ponadto porównanie zbiorów danych pochodzących z KRN i z NFZ wykazuje różnice i niespójność danych, co uniemożliwia prowadzenie analiz.

Niekompletność i niewiarygodność danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów nie pozwala na przeprowadzanie rzetelnych analiz realizowanych programów profilaktycznych, w tym w zakresie ich efektywności i skuteczności. Utrudnia to ocenę ich wpływu na stan zdrowia ludności.

Zdaniem NIK, czynnikiem negatywnie oddziałującym na funkcjonowanie KRN był również sposób finansowania, polegający na corocznym ustalaniu kwot przeznaczonych na jego funkcjonowanie na podstawie przyjmowanego zestawienia zadań według potrzeb KRN, możliwych do sfinansowania w ramach *Programu*. W ocenie NIK doraźne określanie wielkości środków przeznaczanych na funkcjonowanie KRN, w szczególności po zakończeniu danego okresu realizacji *NPZChN* i przed rozpoczęciem kolejnego, utrudnia jego rozwój, a w konsekwencji wpływa na jakość danych.

4. Realizacja wniosków po wcześniejszych kontrolach NIK

Po kontroli *Realizacja zadań Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych* zakończonej w 2013 r. w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia, w odniesieniu do zagadnień z zakresu profilaktyki, NIK wniosowała m.in. o:

- udoskonalenie metodologii realizacji programu w zakresie mierników i wskaźników docelowych realizowanych zadań;
- przedstawianie Radzie Ministrów projektów uchwał wraz z harmonogramem zadań wykonywanych w ramach programu na kolejny rok budżetowy w roku poprzedzającym realizację zadań;
- przyjmowanie w harmonogramach realizacji zadań terminów ogłoszeń postępowań konkursowych i podpisywania umów umożliwiających realizatorom efektywne wykonywanie zadań przewidzianych w danym roku budżetowym;
- weryfikację działań administracyjno-logistycznych w celu obniżenia kosztów i zwiększenia ich efektywności, w szczególności rozważanie dokonania zmian organizacji badań przesiewowych,
- zapewnienie efektywnej współpracy poszczególnych realizatorów *NPZChN*.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że w toku prac nad *NPZChN* na lata 2016-2024 kierowano się zaleceniem Najwyższej Izby Kontroli dotyczącym konieczności zweryfikowania przez Ministra Zdrowia działań administracyjno-logistycznych *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* i *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi* oraz wnioskiem dotyczącym rozważenia wprowadzenia nowych metod i form organizacyjnych, które pozwoliłyby zwiększyć liczbę kobiet uczestniczących w badaniach przesiewowych oraz umożliwić szybki dostęp do leczenia.

⁶⁷ Projekt sfinansowany z [Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego](#) z [Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka](#) (Działanie 2.3 Inwestycje związane z rozwojem infrastruktury informatycznej nauki). Źródło: strona internetowa KRN: <http://onkologia.org.pl/projekcie/>

Realizując wnioski NIK, Minister Zdrowia postanowił o rezygnacji z funkcjonującej dotychczas struktury centralnego i wojewódzkich ośrodków koordynujących ww. programy i z wysyłki zaproszeń na badania oraz o wprowadzeniu nowych form organizacyjnych, które pozwolą na poprawę efektywności działań promocyjno-edukacyjnych.

Zgodnie z Uchwałą nr 208 Rady Ministrów zaplanowano przekazanie prowadzenia działań edukacyjno-informacyjnych, mających na celu poprawę świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz zgłaszalności na badania przesiewowe, Biuru Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia (z udziałem organizacji pozarządowych).

Natomiast realizacja zadań związanych z kontrolą jakości wykonywanych badań oraz szkoleniem personelu świadczeniodawców powierzona została Centrum Onkologii – Instytutowi im Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie, powołanemu do pełnienia funkcji Centralnego Ośrodka Koordynującego, w ramach zadania *Koordinacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy*.

Ponadto, w związku z zaleceniem NIK dotyczącym wcześniejszego zawierania umów z realizatorami Programu, umowa z realizatorem zadania *Koordinacja i monitorowanie jakości profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy* została zawarta na cały okres realizacji NPZChN, tj. do dnia 31 grudnia 2024 r. Pozwoli to na systematyczną realizację powierzonych zadań.

(Dowód: akta kontroli, str. 556 – 557, 2309-2310, 2375-2403)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że rozpoczęcie realizacji wniosków pokontrolnych sformułowanych, po kontroli „*Realizacji zadań Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006-2015*”, której wyniki opublikowano w 2014 r. nastąpiło dopiero wraz z uruchomieniem nowej edycji NPZChN na lata 2016-2024. Realizacja wniosków pokontrolnych jeszcze na etapie poprzedniej edycji Programu pozwoliłaby na sprawdzenie nowych rozwiązań i ewentualną ich modyfikację.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski
pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁶⁸ wnosi o:

- 1) stworzenie mechanizmów pozyskiwania kompletnych i wiarygodnych danych dotyczących realizacji świadczeń profilaktycznych, co umożliwi bieżące monitorowanie efektów Programów, w tym prowadzenie analiz efektywności i korekty dotychczasowych działań;
- 2) wykorzystanie doświadczeń z realizacji NPZChN na lata 2006-2015 r. w celu zwiększenia odsetka osób zgłaszających się na badania profilaktyczne, a w efekcie poprawy wartości wskaźników obrazujących sytuację zdrowotną ludności;
- 3) zapewnienie stabilności finansowania Krajowego Rejestru Nowotworów.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

⁶⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

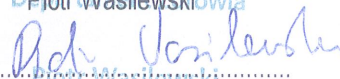
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały Kolegium Najwyższej Izby Kontroli.

Warszawa, dnia 31 października 2016 r.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia

DYREKTOR
Piotr Wasilewski



.....
Piotr Wasilewski
Podpis

