



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Ewa Polkowska

KZD. 410.004.02.2016

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/5/2016 z dnia 24 maja 2016 r. Grzegorz Wieczorek, specjalista kp, upoważnienie do kontroli nr KZD/7/2016 z dnia 30 maja 2016 r. (Dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala (dalej: NFZ, Fundusz), ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Jacyna, p.o. Prezes NFZ od dnia 14 marca 2016 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 sporządzania planów zakupu świadczeń profilaktycznych w obszarach objętych kontrolą, a także monitorowaniem działań profilaktycznych oraz ewaluacją 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

Fundusz nie wykorzystywał w procesie planowania zakupu świadczeń zdrowotnych danych epidemiologicznych, nie zapewnił dostępu do nich w sposób odpowiadający faktycznym potrzebom, a proces monitorowania realizacji programów profilaktycznych ograniczył głównie do analizy wykonania zawartych umów.

1. W procesie planowania zakupu świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ³, w latach 2012-2015, nie uwzględniano danych epidemiologicznych, w szczególności dotyczących zachorowalności i umieralności na wybrane choroby nowotworowe, lecz opierano się

¹ Poprzednio: Tadeusz Jędrzejczyk w okresie od 3 czerwca 2014 r. do 14 marca 2016 r. Prezes NFZ; Wiesława Kłos od 1 marca 2014 r. do 2 czerwca 2014 r. p.o. Prezes NFZ; Marcin Pakulski od 23 grudnia 2013 r. do 28 lutego 2014 r. p.o. Prezes NFZ; Agnieszka Pachciarz od 28 czerwca 2012 r. do 20 grudnia 2013 r. Prezes NFZ; Zbigniew Teter od 5 czerwca 2012 r. do 27 czerwca 2012 r. p.o. Prezesa NFZ; Jacek Paszkiewicz od 3 grudnia 2007 r. do 1 czerwca 2012 r. Prezes NFZ.

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.

³ Patrz: pkt B2.11 załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Finansów z 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 1943 ze zm.).

głównie na informacjach dotyczących wykonania kontraktów w latach poprzednich oraz wskaźnikach zgłaszalności pacjentek na badania. W konsekwencji miały miejsce sytuacje, że oddziały wojewódzkie, na terenie których wskaźniki umieralności na raka szyjki macicy oraz raka piersi były wysokie, przeznaczały na świadczenia profilaktyczne niższe środki, niż te oddziały, na terenie których wskaźniki epidemiologiczne były korzystniejsze. W ocenie NIK, tak opracowane plany zakupu świadczeń profilaktycznych nie odpowiadały potrzebom zdrowotnym ludności.

2. Przyjęte przez oddziały wojewódzkie Funduszu regionalne priorytety zdrowotne, dotyczące udzielania świadczeń profilaktycznych, nie były faktycznie uwzględniane w procesie kontraktowania, co potwierdzają stwierdzone przypadki zmniejszania kontraktów na te świadczenia⁴.

3. W okresie objętym kontrolą miały miejsce przypadki niezapewnienia dostępu do świadczeń profilaktycznych na terenie niektórych oddziałów wojewódzkich⁵.

Wprawdzie Fundusz podjął działania mające na celu poprawę dostępu do świadczeń, jednakże nadal występowały znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi, mierzone liczbą zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. uprawnionych.

4. Fundusz nie posiadał danych o kosztach poniesionych w związku z udzieleniem wszystkich świadczeń w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Zakres informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, m.in. udzielających świadczeń w podstawowej opiece lekarskiej (POZ), nie obejmował pełnych danych w tym zakresie, co w konsekwencji nie pozwalało na ocenę efektywności wszystkich podejmowanych działań profilaktycznych.

5. Proces monitorowania realizacji programów profilaktycznych ograniczony był głównie do analizy wykonania kontraktu. Fundusz nie dysponował danymi o stanie zaawansowania nowotworów, z rozróżnieniem osób uczestniczących w badaniach przesiewowych oraz pozostałych. W konsekwencji nie była możliwa pełna ocena efektów realizacji świadczeń profilaktycznych adresowanych do wybranej populacji uprawnionych, a w szczególności ustalenie, czy leczenie pacjentów, u których wykryto chorobę w wyniku udziału w programach profilaktycznych, było tańsze, niż pozostałych pacjentów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zasady planowania, w tym określania wielkości środków finansowych, na świadczenia w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w obszarach gastrologii, ginekologii i kardiologii

Opis stanu
faktycznego

W latach 2012-2015⁶, Centrala NFZ ustalała ogólnopolskie priorytety zdrowotne Funduszu⁷. Wśród nich nie było świadczeń profilaktycznych w zakresie gastrologii i ginekologii.

W 2014 r. jako priorytet ogólnopolski przyjęto zwiększenie dostępu do świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej⁸. Wskazano, że celem jest „wzrost udzielania świadczeń w ramach wczesnej rehabilitacji po ostrych zespołach wieńcowych”. Jako mierniki zaproponowano „skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi w ramach wczesnej rehabilitacji kardiologicznej – monitorowanie długości kolejek oraz porównanie wartości zawartych umów na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej z wartością umów zawartych w roku poprzednim”.

⁴ W latach 2013-2015 w przypadku trzech OW NFZ, patrz: str. 4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

⁵ Np. w 2013 r. na terenie woj. warmińsko-mazurskiego, nie zabezpieczono dostępu do świadczeń na terenie 10 z 21 powiatów.

⁶ Za wyjątkiem priorytetów na rok 2013, kiedy to priorytety ogólnopolskie nie zostały ustalone.

⁷ Priorytet ogólnopolski – istotne zadanie, mające na celu poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w ramach zadań realizowanych przez NFZ, określone przez Centralę NFZ, ukierunkowane na obszar całego kraju. Źródło definicji: *Procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń, wersja 2.0 z dnia 01.07.2015 r.*

⁸ Priorytet ten ponownie pojawił się w 2016 r.

Priorytety regionalne⁹ określone były przez dyrektorów poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Niektóre oddziały wskazywały profilaktykę zdrowotną, w przyjętych regionalnych priorytetach zdrowotnych, jako kluczowy rodzaj świadczeń:

- Lubuski OW NFZ na lata 2014-2016 przyjął priorytet: *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych – raka piersi, raka szyjki macicy, układu pokarmowego.*
- Podlaski OW NFZ na rok 2014 przyjął priorytet: *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu raka szyjki macicy oraz raka piersi w województwie podlaskim.*
- Pomorski OW NFZ na rok 2015 przyjął priorytet: *Procentowy wzrost populacji kobiet objętych Programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy zapisanych na listach położnych podstawowej opieki zdrowotnej.*

W odniesieniu do programu profilaktyki raka piersi, Podlaski OW NFZ w 2014 r. podpisał umowę na kwotę niższą, niż w roku poprzednim; dotyczyło to świadczeń zdrowotnych udzielanych zarówno na etapie podstawowym (2.722,2 tys. zł wobec 2.752,6 tys. zł w roku 2013), jak również pogłębianym (110,9 tys. zł wobec 135,7 tys. zł w roku 2013).

W Lubuskim OW NFZ w 2014 r. i 2015 r. zakontraktowano świadczenia udzielane na etapie podstawowym ww. programu (odpowiednio 3.203,5 tys. zł i 3.331,9 tys. zł) na niższą kwotę, niż w 2013 r. (3.393,2 tys. zł). Podobna sytuacja miała miejsce w Pomorskim OW NFZ w 2015 r. (zakontraktowano świadczenia o wartości 5.078,8 tys. zł udzielane na etapie podstawowym; podczas, gdy w 2014 r. było to 5.734,3 tys. zł).

(Dowód: akta kontroli str. 7, 10, 221-225, 234-236, 516, 522, 561)

Podziału środków pomiędzy poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń (w tym świadczeń profilaktyki zdrowotnej w zakresie gastrologii, ginekologii i kardiologii), dokonywali dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie analiz dostępu do 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.

NIK zauważa, że żaden przepis *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*¹⁰, nie zobowiązywał świadczeniodawców udzielających tych świadczeń do przekazywania informacji o zrealizowanych wszystkich świadczeniach profilaktycznych, w tym rozliczanych na podstawie tzw. bazowej stawki kapitałowej¹¹.

(Dowód: akta kontroli str. 557-559, 842-847)

Wielkość środków przyznawanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ na programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, przypadająca na 10 tys. uprawnionych kobiet, nie była skorelowana z wartościami wskaźników zachorowalności i umieralności na raka piersi i szyjki macicy.

⁹ Priorytet regionalny – istotne zadanie, niesprzeczne z priorytetami centralnymi lub ogólnopolskimi, mające na celu poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w ramach zadań realizowanych przez NFZ, określone przez oddział wojewódzki NFZ, ukierunkowane na obszar województwa lub mniejszy. Źródło definicji: jak dla priorytetu ogólnopolskiego - patrz przypis nr 7.

¹⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 192 ze zm.

¹¹ Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakresie okulistyki sprawozdawane były porady dotyczące badania przesiewowego w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry. W latach 2012-2015 wykonano takie świadczenia na łączną kwotę 197,46 tys. zł. Ponadto w podstawowej opiece zdrowotnej realizowany był także program profilaktyki gruźlicy. Z tego tytułu NFZ w okresie objętym kontrolą poniósł koszty w łącznej wysokości 3.007,00 tys. zł.

W 2013 r., w woj. małopolskim odnotowano najniższą w Polsce zgłaszalność na badania profilaktyczne raka piersi - 36,65%, przy średniej krajowej - 44,31%, a zarazem jeden z najwyższych współczynników umieralności z powodu raka piersi - 16,1/100 tys. populacji, przy średniej dla kraju 14,2. Pomimo to w 2013 r. wartość świadczeń zakontraktowanych na 10 tys. uprawnionych z tytułu *Programu profilaktyki raka piersi* przez ten oddział Funduszu wyniosła zaledwie 21,9 tys. zł i była najniższa w Polsce (średnia dla kraju 28,6 tys.)¹².

Również w Pomorskim OW NFZ w 2013 r. odnotowano jeden z najniższych w Polsce wskaźników zgłaszalności na badania profilaktyczne raka piersi - 38,60% oraz jeden z najwyższych współczynników zachorowalności, w porównaniu do innych oddziałów wojewódzkich NFZ, który wyniósł 14,5/100 tys. populacji. Mimo to w ramach *Programu profilaktyki raka piersi*, oddział zakontraktował świadczenia (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych) na kwotę 24,3 tys. zł w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych, tj. o 4,3 tys. zł mniej, niż średnia krajowa¹³.

W 2015 r. w każdym województwie były powiaty, w których nie zakontraktowano świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym w programie profilaktyki raka piersi.

(Dowód: akta kontroli str. 837-838)

Odnosząc się do kwestii nieuwzględnienia danych epidemiologicznych w procesie planowania zakupu świadczeń, Z-ca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ wyjaśnił, że „analizy dotyczące zachorowalności i umieralności na poszczególne schorzenia pozostają w kompetencjach Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Fundusz, w oparciu o gromadzone dane sprawozdawcze może jedynie dokonywać analiz finansowania świadczeń w zakresie poszczególnych rozpoznaw. Wskaźniki (...) zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe oraz pięcioletnie przeżycia analizuje Krajowy Rejestr Nowotworów (...)”

(Dowód: akta kontroli str. 523)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W latach 2012-2015 Fundusz, z uwagi na zakres danych przekazywanych przez świadczeniodawców, nie posiadał informacji pozwalających na określenie całkowitej kwoty środków przeznaczanych na świadczenia profilaktyczne. W ocenie NIK, ich brak utrudnia dokonanie oceny efektów wszystkich podejmowanych działań.

Stwierdzone
nieprawidłowości

1. Porównanie wielkości środków, przeznaczanych na programy profilaktyczne realizowane ze środków własnych Funduszu, przypadających na 10 tys. kobiet, wskazuje na brak korelacji kwot przeznaczanych na te świadczenia, ze wskaźnikami epidemiologicznymi, które wskazują na potrzeby zdrowotne ludności. Brak rozeznania w kwestiach epidemiologicznych i potrzebach zdrowotnych powoduje, że oddziały wojewódzkie NFZ, na terenie których występował wysoki wskaźnik umieralności, a niski zgłaszalności na badania, otrzymywały mniej środków na badania profilaktyczne, niż oddziały o korzystniejszych wskaźnikach epidemiologicznych, choć wysokim wskaźniku zgłaszalności.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca też uwagę, że tzw. algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, określony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie *szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych*¹⁴, nie uwzględniał wskaźników epidemiologicznych charakteryzujących poszczególne województwa.

2. Przyjęte przez oddziały wojewódzkie priorytety zdrowotne miały jedynie charakter deklaracyjny, o czym świadczą przypadki zmniejszenia wartości umów na świadczenia profilaktyczne, pomimo uznania ich za priorytetowe w danym roku.

¹² W etapach podstawowym i pogłębionej diagnostyki. 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.

¹³ W 2014 r. 29,5 tys. zł; w 2015 r. spadek wartości zakontraktowanych świadczeń o 3,2 tys. zł.

¹⁴ Dz. U. Nr 193, poz. 1495.

Opis stanu
faktycznego

1. Realizacja i zabezpieczenie dostępu do wybranych świadczeń w zakresie profilaktyki zdrowotnej

668.295,0 tys. zł

W latach 2012-2015, na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, zaplanowano łącznie 668 295,0 tys. zł. Wykonanie planu wyniosło odpowiednio: 93,55% w 2012 r.; 92,42% w 2013 r.; 95,70% w 2014 r.; 95,02% w 2015 r. Udział kosztów świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu w relacji do kosztów świadczeń ogółem pozostawał, w okresie objętym kontrolą, na zbliżonym poziomie (0,25% w 2012 r. oraz 0,24% w 2015 r.).

(Dowód: akta kontroli str. 559)

W 2013 r., w 10 spośród 21 powiatów województwa warmińsko-mazurskiego¹⁵, nie zapewniono dostępu do świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu.

W województwie dolnośląskim, w 2013 r. nie zapewniono dostępu do takich świadczeń w części obszarów kontraktowych: w programie profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki – w powiecie głogowskim, górowskim, jaworskim, legnickim, lubińskim, polkowickim, złotoryjskim, m. Legnica; natomiast w programie profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki – w powiecie bolesławieckim, jeleniogórskim, lubańskim, lwóweckim, zgorzeleckim, m. Jelenia Góra¹⁶.

W 2014 r. w woj. mazowieckim, w 13 powiatach z 41, nie zakontraktowano świadczeń w zakresie programu profilaktyki raka piersi, etap podstawowy¹⁷.

W 2015 r. wartość zakontraktowanych świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wyniosła:

1. W Programie 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 wyniosła od 20,7 tys. zł w Mazowieckim OW NFZ do 36,8 tys. zł w Lubuskim OW NFZ.
2. W Programie 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 wyniosła od 1,0 tys. zł w Podlaskim OW NFZ do 2,1 tys. zł w Świętokrzyskim OW NFZ
3. W Programie profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, dalej: AOS): 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 wyniosła od 2,5 tys. zł w Wielkopolskim OW NFZ do 5,4 tys. zł w Śląskim OW NFZ.
4. W Programie 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.); w 2015 r. wartość kontraktów na 10 tys. mieszkańców wyniosła od 2,3 tys. zł w Wielkopolskim OW NFZ do 5,7 tys. zł w Zachodniopomorskim OW NFZ.

(Dowód: akta kontroli str. 533-536, 539)

Jak wynika z wyjaśnień złożonych przez Z-cę Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ, w okresie objętym kontrolą, prowadzono działania na rzecz zwiększenia

¹⁵ Wliczając miasta na prawach powiatu. Patrz Informacja o wynikach kontroli „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok” Nr P/14/060.

¹⁶ J. w.

¹⁷ Patrz Informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku”, Nr P/15/059.

zgłaszalności pacjentek do programów profilaktyki raka piersi oraz szyjki macicy, poprzez zamieszczanie informacji o realizacji tych programów na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, a także o świadczeniodawcach udzielających takich świadczeń. Podawano też informacje o badaniu realizowanym w mammbusach oraz harmonogramy ich przejazdu.

(Dowód: akta kontroli str. 522-523)

Od 1 stycznia 2014 r., na podstawie zarządzenia 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 mogły rozliczać pobranie materiału do badania cytologicznego w cenie 16 zł. Od grudnia 2014 r., w celu poprawy dostępu do świadczeń profilaktyki zdrowotnej, podwyższono tę stawkę do 17 zł (na podstawie Zarządzenia Nr 86/2014/DSOZ z dnia 17 grudnia 2014 r.).

Ustalone
nieprawidłowości

W okresie objętym kontrolą, miały miejsce przypadki niezapewnienia dostępu do świadczeń profilaktycznych w części powiatów, co było niezgodne z art. 65 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁸, który zobowiązywał Fundusz do zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Pomimo podejmowanych przez Fundusz działań zmierzających do poprawy dostępu do tych świadczeń, co należy ocenić pozytywnie, w 2015 r. nadal występowały znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu

2.1. Profilaktyka raka piersi

Opis stanu
faktycznego

W latach 2012-2015 do kobiet wysłano 11.013.948 imiennych zaproszeń na badania mammograficzne¹⁹. Szczegółowe dane dotyczące liczby kobiet, którym wykonano to badanie oraz stwierdzonych rozpoznań, przedstawiono w tabeli nr 1.

Tabela nr 1. Realizacja Programu profilaktyki raka piersi w latach 2012-2015.

L.p.	Wyszczególnienie	Rok				Razem (kol. 3-6)
		2012	2013	2014	2015	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Liczba kobiet w populacji określonej dla programu	2.599.698	2.636.174	2.668.119	2.700.637	10.604.628
2.	Liczba kobiet, u których wykonano badanie mammograficzne	1.113.646	1.136.284	1.174.298	1.127.549	4.551.777
3.	Odsetek kobiet w populacji określonej dla programu, które wykonały badanie	42,84	43,10	44,01	41,75	-
4.	Liczba kobiet z rozpoznaniem stanu przedrakowego	4.567	4.058	4.282	3.849	16.756
5.	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka piersi	1.786	1.644	1.515	1.363	6.308

(Dowód: akta kontroli str. 11, 840)

Analiza danych z baz NFZ wykazała, że wśród pacjentek, które wzięły udział w badaniach profilaktycznych, u których rozpoznano raka piersi pierwszy raz w latach 2010-2012, na koniec 2015 r. żyło 88,5%, zaś w grupie pozostałych pacjentek, które nie uczestniczyły w takim badaniu, żyło 69,5% kobiet (tj. o 19 punktów procentowych mniej).

(Dowód: akta kontroli str. 855)

¹⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.

¹⁹ Liczba ta jest wyższa od liczby kobiet w populacji określonej dla programu (tabela nr 1), gdyż w przypadku niezgłoszenia się na badanie, system mógł wygenerować kolejne zaproszenia po trzech i sześciu miesiącach.

Porównanie danych z systemów NFZ oraz Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) dotyczących pacjentek z rozpoznaniem rakiem piersi, które w latach 2010-2012 pierwszy raz miały rozpoznany nowotwór złośliwy wykazało, że jedynie 42,2% pacjentek figuruje w obu zbiorach. Zbiory NFZ nie zawierały danych dotyczących stopnia zaawansowania nowotworu. W odniesieniu do 21,7% pacjentek wykazanych w KRN z rozpoznaniem rakiem piersi, nie zamieszczono informacji o stopniu zaawansowania nowotworu, w ciągu trzech lat, dla których przeprowadzono analizę²⁰.

(Dowód: akta kontroli str. 850, 532, 560)

2.2. Profilaktyka raka szyjki macicy

Opis stanu faktycznego

W latach 2012-2015 wysłano do kobiet 13.287.569 imiennych zaproszeń na badania cytologiczne²¹, przy czym liczba wysłanych zaproszeń zwiększyła się z 3.413.667 w 2012 r. do 3.432.764 w 2015 r. Szczegółowe dane dotyczące liczby kobiet, którym wykonano to badanie oraz stwierdzonych rozpoznań, przedstawiono w tabeli nr 2.

Tabela nr 2. Realizacja Programu profilaktyki raka szyjki macicy w latach 2012-2015.

L.p.	Wyszczególnienie	Rok				Razem (kol. 3-6)
		2012	2013	2014	2015	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Liczba kobiet w populacji określonej dla programu	3.293.976	3.290.725	3.283.591	3.275.910	13.144.202
2.	Liczba kobiet, u których wykonano badanie	729.890	666.197	700.205	660.453	2.756.745
3.	Odsetek kobiet w populacji określonej dla programu, które wykonały badanie	22,16	20,24	21,32	20,16	-
4.	Liczba kobiet z rozpoznaniem stanu przedrakowego	2.126	1.934	2.025	1.959	8.044
5.	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka szyjki macicy	165	168	155	148	636

(Dowód: akta kontroli str. 12, 840)

Porównanie danych z baz NFZ wykazało, że wśród pacjentek, które wzięły udział w badaniach profilaktycznych, u których raka szyjki macicy stwierdzono pierwszy raz w latach 2010-2012, na koniec 2015 r. żyło 81,9% pacjentek, zaś w grupie pozostałych pacjentek, które nie uczestniczyły w takim badaniu, żyło zaledwie 50,7% kobiet (tj. o 31,2 punktów procentowych mniej).

Z kolei porównanie danych z systemów NFZ oraz Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) dotyczących pacjentek, u których w latach 2010-2012 po raz pierwszy rozpoznano nowotwór złośliwy wykazało, że jedynie 11,6% pacjentek figuruje w obu zbiorach. W odniesieniu do 15,3% pacjentek wykazanych w KRN, z rozpoznaniem rakiem szyjki macicy, nie zamieszczono informacji o stopniu zaawansowania nowotworu w ciągu trzech lat, dla których przeprowadzono analizę²².

(Dowód: akta kontroli str. 850, 854)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Analiza wskaźnika przeżyć wskazuje, że w przypadku pacjentek uczestniczących w badaniach przesiewowych, prawdopodobieństwo przeżycia co najmniej trzech lat w sytuacji wykrycia nowotworu złośliwego piersi czy szyjki macicy jest wyższe, niż w przypadku pacjentek, u których rozpoznanie choroby nastąpiło w innym trybie.

²⁰ Według stanu na koniec 2015 r.

²¹ Patrz: przypis nr 19.

²² Według stanu na koniec 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że dane zamieszczone w bazach KRN i NFZ są niespójne. Zaledwie 11,6% pacjentek z rozpoznaniem w latach 2010-2012 rakiem szyjki macicy oraz 42,2% z rakiem piersi figurowało w obu zbiorach. Utrudnia to przeprowadzanie rzetelnych analiz.

2.3. Profilaktyka kardiologiczna

2.3.1. Program profilaktyki chorób układu krążenia

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Fundusz kontraktował świadczenia w ramach *Programu profilaktyki chorób układu krążenia*. Jego celem była edukacja zdrowotna, wczesna identyfikacja czynników ryzyka choroby oraz wczesne wykrycie chorób układu krążenia.

Na świadczenia w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia w latach 2012-2015 wydatkowano łącznie 13.474,11 tys. zł, z tego 3.967,20 tys. zł w 2012 r., 2.918,85 tys. zł w 2013 r., 3.162,78 tys. zł w 2014 r. oraz 3.425,28 tys. zł w 2015 r. Do objęcia programem uprawnione były wszystkie osoby spełniające kryteria zawarte w *Programie*, objęte opieką danego lekarza POZ.

(Dowód: akta kontroli str. 536)

W latach 2012-2015, w ramach *Programu profilaktyki chorób układu krążenia*, badania przesiewowe wykonano jedynie u 280.668 tys. osób, co stanowi 3,4% osób, które spełniały kryteria do objęcia *Programem*.

W NFZ nie analizowano efektów realizacji *Programu profilaktyki chorób układu krążenia*. Z-ca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wyjaśnił, że „z uwagi na małą zgłaszalność populacji do tego programu oraz krótki czas jego realizacji niezasadna byłaby analiza efektów programu w odniesieniu do liczby leczonych z powodu chorób układu krążenia (...) w AOS”.

(Dowód: akta kontroli str. 523)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Konsekwencją objęcia badaniami profilaktycznymi niewielkiej części populacji docelowej może być mała efektywność podejmowanych działań profilaktycznych. Brak pogłębionej analizy przyczyn niskiej zgłaszalności i uzyskanych efektów utrudni realizację podobnych programów w przyszłości.

(Dowód: akta kontroli str. 523, 536)

2.3.2. Rehabilitacja kardiologiczna²³

Opis stanu faktycznego

W latach 2012-2015 zawał serca rozpoznano u 319.456 pacjentów²⁴, spośród których 86.882 osób (14,07%) nie wymagało interwencji chirurgicznej w przebiegu zawału.

Z rehabilitacji kardiologicznej, po przebytych zawale serca, skorzystało 61.614 pacjentów (19,28%), z tego 9.434 pacjentów (15,3%), którzy nie wymagali interwencji chirurgicznej w przebiegu zawału oraz 52.180 (84,7%) wymagających takiej interwencji.

W okresie objętym kontrolą, odsetek pacjentów po zawale serca, korzystających z rehabilitacji kardiologicznej, systematycznie wzrastał: w przypadku pacjentów bez interwencji chirurgicznej w przebiegu zawału z 9,38% w 2012 r. do 18,40% w 2015 r., zaś

²³ Profilaktyka dzieli się na kilka rodzajów w zależności od momentu podjęcia działań zapobiegawczych przeciwko danej chorobie i tak wyróżnia się [wg R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellstrom. *Podstawy epidemiologii. Szkoła Zdrowia Publicznego Instytut Medycy Pracy im. prof. J. Nofera. Łódź 2002*]: 1) Profilaktykę wczesną, której celem jest eliminacja takich społecznych, ekonomicznych i kulturowych wzorców życia, które przyczyniają się do podwyższenia ryzyka choroby (np. palenie papierosów, nieracjonalne żywienie); 2) Profilaktykę pierwotną, której celem jest zapobieganie chorobie przed jej rozwinieniem poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka (np. obniżenia cholesterolu celem zapobiegnięcia chorobie niedokrwiennej mięśnia sercowego); 3) Profilaktykę wtórną, której celem jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez wczesne wykrycie, leczenie i zapobieganie nawrotom (np. kontrola i leczenie nadciśnienia tętniczego krwi celem zapobiegnięcia rozwojowi choroby niedokrwiennej serca); 4) Profilaktykę trzeciej fazy (trzeciorzędową), której celem jest zahamowanie postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby (np. rehabilitacja kardiologiczna po zawale serca).

²⁴ Liczba osób z rozpoznaniem zawału serca malała z 85.055 w 2012 r. do 75.781 w 2015 r.

w przypadku pacjentów wymagających takiej interwencji: z 18,84% w 2012 r. do 25,39% w 2015 r.

Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne, w latach 2012-2015, wzrosły z 207.447,47 tys. zł do 267.215,26 tys. zł i wyniosły w tym okresie łącznie 959.758,82 tys. zł.

Z leczenia uzdrowiskowego skorzystało, w latach 2012-2015, 17.595 pacjentów po zawale serca, z tego 2.786 (15,8%) leczonych bez interwencji chirurgicznej w przebiegu zawału i 14.809 (84,2%) wymagających takiej terapii. W wyżej wskazanym okresie odsetek pacjentów korzystających z tej formy leczenia systematycznie wzrastał. W przypadku chorych nie wymagających interwencji chirurgicznej w przebiegu zawału, odsetek ten wzrósł z 1,00% w 2012 r. do 5,50% w 2015 r., zaś w przypadku pacjentów wymagających takiej interwencji, odpowiednio z 1,84% do 10,33%. Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne, udzielane tym pacjentom, w ramach leczenia uzdrowiskowego, rosły w okresie objętym kontrolą i wyniosły łącznie 30.365,56 tys. zł (w tym 2.576,62 tys. zł w 2012 r. oraz 11.125,19 tys. zł w 2015 r., co oznacza wzrost o 332 %).

(Dowód: akta kontroli str. 851-853, 858)

Czas oczekiwania na rehabilitację kardiologiczną i leczenie uzdrowiskowe

W okresie objętym kontrolą, odsetek pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej związanej z zawałem serca, w terminie do 14 dni po zakończeniu hospitalizacji, utrzymywał się na podobnym poziomie i wynosił od 20,77% do 21,80%. Zmniejszał się natomiast udział procentowy pacjentów, którzy czekali na rehabilitację kardiologiczną ponad 3 miesiące i wynosił: od 9,16% w 2012 r. do 6,37% w 2015 r.

Najwięcej pacjentów uzyskiwało świadczenia rehabilitacyjne po okresie oczekiwania od 14 dni do 3 miesięcy. W latach 2012-2015 odsetek tych pacjentów wynosił od 43,38% w 2012 r. do 46,67% w 2015 r.

W przypadku pacjentów po zawale serca, korzystających w latach 2012-2015 z leczenia uzdrowiskowego, od 82,26% do 96,49% z nich uzyskało świadczenie po okresie oczekiwania wynoszącym ponad 3 miesiące.

(Dowód: akta kontroli str. 851-853, 859)

Analiza danych z baz NFZ wykazała, że w przypadku pacjentów²⁵ korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w okresie do 30 dni od zawału serca, odsetek żyjących co najmniej rok od dnia zakończenia hospitalizacji był wyższy (95,79% pacjentów bez interwencji kardiochirurgicznej w przebiegu zawału i 98,44% w przypadku pacjentów po takiej interwencji), niż w przypadku pacjentów, którzy nie korzystali z takich świadczeń po przebyciu zawału (59,68% w przypadku pacjentów bez interwencji kardiochirurgicznej w przebiegu zawału oraz 81,30% w przypadku pacjentów po takiej interwencji).

(Dowód: akta kontroli str. 862-863)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W latach 2012-2015 zaledwie jeden na pięciu pacjentów, którzy przebyli zawał serca, korzystał ze świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej. Tak niewielki odsetek pacjentów korzystających z tej formy leczenia, w ocenie NIK, utrudnia utrzymanie korzystnych wyników interwencji medycznych uzyskanych na wcześniejszych etapach leczenia. Potwierdzają to analizy przeżywalności pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń rehabilitacyjnych.

NIK zwracała już uwagę na ten problem po kontroli „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej”²⁶.

Pozytywnie należy natomiast ocenić wzrost odsetka pacjentów korzystających z rehabilitacji kardiologicznej w okresie objętym kontrolą.

²⁵ Analizą objęto wszystkich pacjentów, którzy przeszli w latach 2012-2014 zawał mięśnia sercowego i którzy przeżyli co najmniej rok od daty zakończenia hospitalizacji w związku z przebyłym zawałem.

²⁶ Kontrola Nr P/13/131.

3. Monitorowanie realizacji działań profilaktycznych i ewaluacji danych, w tym uzyskanych z kontroli świadczeniodawców

3.1. Analizy sporządzane na podstawie danych z realizacji wybranych programów profilaktycznych

Opis stanu faktycznego

Fundusz monitorował realizację programów profilaktycznych finansowanych ze środków własnych. Analizie podlegały dane przekazywane przez świadczeniodawców, dotyczące m.in. wielkości kontraktu i jego wykonania oraz poziom objęcia danej populacji poszczególnymi programami profilaktyki zdrowotnej.

Fundusz nie dysponował, w okresie objętym kontrolą, danymi o stopniu zaawansowania choroby nowotworowej, w tym w odniesieniu do raka piersi oraz raka szyjki macicy.

(Dowód: akta kontroli str. 532, 560)

Z wyjaśnień Z-cy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wynika, że analizy dotyczące zachorowalności i umieralności na poszczególne schorzenia pozostają w kompetencjach Instytutu Zdrowia – Państwowego Zakładu Higieny. Fundusz, w oparciu o gromadzone dane sprawozdawcze, może jedynie analizować finansowanie świadczeń w zakresie poszczególnych rozpoznaw. Wskaźniki w zakresie zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe oraz pięcioletnie przeżycia analizuje Krajowy Rejestr Nowotworów. Fundusz nie posiadał informacji na temat stanu zaawansowania nowotworów, a także informacji o badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego.

(Dowód: akta kontroli str. 523, 525)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Ograniczony zakres danych dotyczących świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków własnych, jakimi dysponuje NFZ, utrudnia przeprowadzanie pogłębionych analiz, w tym dokonanie oceny efektów ich realizacji, niezbędnych z uwagi na konieczność planowania środków finansowych na programy profilaktyczne.

3.2. Kontrola świadczeniodawców

Opis stanu faktycznego

W latach 2012-2014 Fundusz nie przeprowadził zadań audytowych, których zakres obejmowałby profilaktykę zdrowotną w obszarach gastrologii, ginekologii i kardiologii. W 2015 r. profilaktyczne programy zdrowotne były częściowo przedmiotem zadań audytowych pn. *Ocena zasadności ogłaszania dodatkowych i uzupełniających postępowań konkursowych*, które zostały przeprowadzone w sześciu OW NFZ²⁷. Rekomendacje w powyższym zakresie wydano dla trzech oddziałów wojewódzkich Funduszu²⁸.

(Dowód: akta kontroli str. 708-823)

Centrala NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadzały kontrole m.in. w zakresie prawidłowości realizacji przez świadczeniodawców umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach, w tym zasadności wykazania do rozliczenia świadczeń zdrowotnych. Wydano wnioski pokontrolne dotyczące obszaru profilaktyki zdrowotnej, dotyczące m. in. prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.

(Dowód: akta kontroli str. 586-591, 593-707)

W wyniku postępowań kontrolnych OW NFZ dyrektorzy oddziałów wojewódzkich wydali decyzje o nałożeniu kar na świadczeniodawców z tytułu nieprawidłowej realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych²⁹.

²⁷ Zadania audytowe przeprowadzono w Lubuskim, Kujawsko-Pomorskim, Pomorskim, Śląskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim.

²⁸ Kujawsko-Pomorski: wskazano na potrzebę skutecznego egzekwowania przestrzegania wytycznych i efektywność procesu ustalania terytorialnych obszarów kontraktowania we wnioskach o ogłoszenie postępowań (...); Warmińsko-Mazurski: wskazano na potrzebę zwrócenia się do odpowiedniej komórki organizacyjnej Centrali z wnioskiem o wpisanie do procedury kontraktowania wariantu wizytowania nowego świadczeniodawcy przez pracownika kierującego pracami komisji konkursowej (...); Zachodniopomorski: wnioskowano o wyeliminowanie przypadków ustalania niższej ceny za świadczenia zdrowotne, przed złożeniem ofert przez świadczeniodawców.

²⁹ W 2015 r. łączna wartość kar wyniosła 60,3 tys. zł.

IV. Uwagi i wnioski

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 Kontroli³⁰ wnosi o:

Wnioski
pokontrolne

- 1) zintensyfikowanie działań zmierzających do poprawy dostępności do programów profilaktycznych oraz zmniejszenia różnic w dostępie do świadczeń udzielanych w poszczególnych regionach kraju w ramach programów profilaktyki zdrowotnej,
- 2) uwzględnianie priorytetów i wskaźników epidemiologicznych w planach zakupu świadczeń przyjmowanych przez Centralę NFZ oraz oddziały wojewódzkie NFZ.

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.

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.

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Ewa Polkowska



Podpis

³⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 ze zm.