



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Mieczysław Łuczak

KZD. 410.006.01.2016
P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/057 – Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia
Kontroler	Krzysztof Barej, gł. specjalista k. p., upoważnienie do kontroli nr KZD/17/2016 z dnia 5 września 2016 r. [Dowód: akta kontroli str. 1 - 3]
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia
Kierownik jednostki kontrolowanej	Konstanty Radziwiłł powołany z dniem 16 listopada 2015 r. ¹ [Dowód: akta kontroli str. 153]
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2016 oraz okres opracowywania pakietu onkologicznego w 2014 r.

Ocena ogólna

I. Ocena kontrolowanej działalności²

Przyjęty przez Ministra Zdrowia tryb prac, przy tworzeniu projektu zmian ustawowych wprowadzających pakiet onkologiczny³, ograniczył wszechstronną analizę przygotowywanych regulacji i utrudnił ich skuteczne wdrożenie. Monitorowanie przez Ministerstwo Zdrowia realizacji pakietu skutkowało podejmowaniem działań zmierzających do poprawy jego funkcjonowania. Polegały one, m.in. na: upoważnieniu lekarzy udzielających świadczeń, w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, do wystawiania Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, rozszerzeniu typów nowotworów kwalifikujących się do leczenia w ramach pakietu, a także na umożliwieniu wydawania Karty przez lekarzy specjalistów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, także w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego.

NIK zauważa, że część z dokonanych zmian była postulowana już na etapie projektowania pakietu onkologicznego.

W ocenie NIK Ministerstwo nie monitorowało wszystkich istotnych ryzyk związanych z realizacją pakietu. Pomimo wskazania, przez podmioty opiniujące projekt ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny, ryzyka polegającego na uprzywilejowanym traktowaniu przez świadczeniodawców pacjentów z nowotworami objętymi pakietem, a w konsekwencji ograniczaniu dostępu do świadczeń dla pozostałych pacjentów, Minister Zdrowia nie analizował tego zjawiska.

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

³ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138, ze zm.)

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Proces opracowywania pakietu onkologicznego

1.1. Podstawy prawne

Opis stanu
faktycznego

Założenia pakietu onkologicznego zostały przedstawione publicznie na konferencji prasowej Prezesa Rady Ministrów oraz Ministra Zdrowia w dniu 21 marca 2014 r. Zakładano:

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

Powyższe założenia stanowiły postawę do przygotowania zmian legislacyjnych, w tym nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej ustawą o świadczeniach).

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach nie został poprzedzony opracowaniem, a następnie przyjęciem założeń tej ustawy przez Radę Ministrów⁴.

Na dzień 1 kwietnia 2014 r. zaplanowano pierwsze spotkania grup roboczych w skład których weszli przedstawiciele NFZ, w celu opracowania zagadnień związanych, m.in. z wynagradzaniem lekarzy POZ za usługi wykonywane w ramach pakietu oraz określeniem zakresu i wartości pakietów rozliczeniowych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (zwanej dalej: AOS).

[Dowód: akta kontroli str. 418]

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach został opublikowany w dniu 7 kwietnia 2014 r. i skierowany do uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacji publicznych. Termin zgłaszania uwag wyznaczony został na dzień 8 maja 2014 r. dla organizacji społecznych oraz na dzień 23 kwietnia 2014 r. dla podmiotów uczestniczących w konsultacjach międzyresortowych.

W uzasadnieniu do projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach wskazano następujące cele projektowanych regulacji: skrócenie czasu oczekiwania pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej na diagnostykę, poprawę jej koordynacji oraz leczenia, a także dostępu do świadczeń poprzez zniesienie „limitów”. Narzędziem realizacji tych celów miało być, m.in. wyodrębnienie grupy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki

⁴ Zgodnie z § 5 ust. 1 uchwały Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2013 r., poz. 979), obowiązującym do dnia 21 czerwca 2016 r., opracowanie projektu ustawy wymagało uprzedniego przyjęcia przez Radę Ministrów założeń tego projektu (ust. 1), lecz opracowanie projektu ustawy mogło również nastąpić bez uprzedniego przyjęcia założeń tego projektu, jeżeli wynikało to z wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów albo decyzji Rady Ministrów lub Prezesa Rady Ministrów (ust. 2). Przed rozpoczęciem prac nad projektem założeń, podmiot uprawniony do jego opracowania dokonywał oceny przewidywanych skutków społeczno-gospodarczych w związku z wejściem w życie proponowanych rozwiązań, a następnie – wykorzystując dokonaną wcześniej ocenę skutków – sporządzał test regulacyjny. W teście regulacyjnym organ uprawniony, zgodnie z obowiązującym do 21 czerwca 2016 r., § 102 uchwały, powinien wskazać, w szczególności informacje dotyczące:

- a) zidentyfikowania rozwiązywanego problemu,
- b) określenia celu i istoty planowanej interwencji,
- c) konsultacji przeprowadzonych przed rozpoczęciem prac nad opracowaniem projektu, a także zakresu konsultacji publicznych i opiniowania projektu, w tym obowiązku zasięgnięcia opinii określonych podmiotów wynikającym z przepisów odrębnych,
- d) wstępnej analizy ekonomicznej, finansowej i społecznej, w tym oszacowania obciążeń regulacyjnych,
- e) porównania z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach.

Po sporządzeniu testu regulacyjnego organ uprawniony powinien złożyć wniosek o wprowadzenie projektu założeń do wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów.

zdrowotnej z zakresu onkologii, wprowadzenie karty leczenia onkologicznego uprawniającej do tzw. szybkiej ścieżki diagnostycznej⁵.

[Dowód: akta kontroli, str. 54 – 74]

Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierał szereg zmian dotyczących różnych obszarów m.in.: 1) wprowadzenia szybkiej ścieżki leczenia pacjentów onkologicznych (zwany pakietem onkologicznym); 2) prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia (zwany pakietem kolejkowym); 3) wprowadzenia map potrzeb zdrowotnych; 4) zmiany sposobu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej i przekształcenia Agencji Oceny Technologii Medycznych w Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; 5) zmiany zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli, str. 54-77, 227-234]

Do projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach zgłoszono łącznie 965 uwag, w tym przez onkologiczne towarzystwa naukowe. Minister Zdrowia uwzględnił łącznie 145 spośród zgłoszonych.

Istotne znaczenie miały te zmiany przepisów oraz zgłoszone do nich uwagi, które dotyczyły pakietu onkologicznego, tj. w szczególności odnoszące się do przepisów art. 32a i 32b wprowadzanych do ustawy przez projekt nowelizacji Wskazano, m.in. na:

- niezasadność rozróżnienia możliwości wystawienia karty leczenia onkologicznego w zależności od profilu lekarza (lekarz POZ w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, lekarz specjalista w przypadku stwierdzenia tego nowotworu); lekarz udzielający świadczeń w AOS często podejrzewa nowotwór, ale nie może postawić jednoznacznego rozpoznania bez pogłębionej diagnostyki obrazowej (tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej i /lub badań histopatologicznych). Będzie to skutkowało tym, że specjalista, który podejrzewa nowotwór nie będzie mógł wystawić karty leczenia onkologicznego i będzie musiał odesłać pacjenta do lekarza POZ lub zlecić diagnostykę poza szybką ścieżką onkologiczną;
- negatywnie zaopiniowano zasadność wprowadzenia indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznania nowotworów, gdyż to rozwiązanie będzie ograniczało „czujność onkologiczną” lekarzy, zamiast wprowadzania systemu zachęt dla lekarzy, którzy rzeczywiście wykażą się wysoką czujnością;
- brak określenia pojęcia „przyczyny niezależne od świadczeniodawcy”, które wpływają na wydłużenie 7 tygodniowego terminu na przeprowadzenie diagnostyki onkologicznej. Dotrzymanie wymaganego terminu na badanie diagnostyczne uzależnione jest od poziomu finansowania tych świadczeń przez NFZ. Zapewnienie czasookresu wykonania badania wiązać się będzie ze znaczącym przesunięciem kolejki dla pozostałej grupy pacjentów;
- fakt wprowadzenia papierowej karty leczenia onkologicznego, której wypełnianie powoduje niepotrzebną biurokrację po stronie lekarzy, zabierając czas niezbędny na diagnozę i leczenie pacjentów;
- ograniczenie szybkiej ścieżki onkologicznej tylko do nowotworów złośliwych.

W odniesieniu do pakietu onkologicznego, Ministerstwo Zdrowia uwzględniło tylko jedną uwagę, zgłoszoną m.in. przez wojewodę małopolskiego, dotyczącą modyfikacji nazwy karty.

[Dowód: akta kontroli str. 3-64]

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

Na zlecenie Biura Analiz Sejmowych sporządzono opinie do powyższego projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach.

⁵ Patrz: Druk Sejmowy nr 2505; Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw; <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druk.xsp?nr=2505>.

W pierwszej, z dnia 7 lipca 2014 r., autorstwa dr Tomasza Sroki z Zakładu Bioetyki i Prawa Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, wskazano, iż wejście w życie analizowanych przepisów jedynie w niewielkim stopniu może wpłynąć na realną poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto wskazano na możliwą niekonstytucyjność przepisów w zakresie odnoszącym się do uprzywilejowania grupy pacjentów onkologicznych.

W drugiej opinii (również z dnia 7 lipca 2014 r.) autorstwa Grzegorza Ciury – specjalisty ds. społecznych w Biurze Analiz Sejmowych – wskazano, iż przyjęte w projekcie zasady postępowania z pacjentami onkologicznymi wprowadzają ich uprzywilejowanie w systemie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, co może być niezgodne z konstytucyjną normą stanowiącą, że władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 461-484]

Dalsze prace legislacyjne nad projektem przebiegały na posiedzeniach Komisji Zdrowia Sejmu RP, przy czym pierwsze posiedzenie Komisji odbyło się w dniu 8 lipca 2014 r., zaś kolejne (kończące proces legislacyjny w Komisji Zdrowia) w dniu 9 lipca 2014 r. Drugie czytanie projektu nowelizacji ustawy odbyło się w dniu 11 lipca 2014 r. na posiedzeniu plenarnym Sejmu RP. Trzecie czytanie projektu ustawy miało miejsce w dniu 22 lipca 2014 r. na posiedzeniu Sejmu RP. Tego samego dnia, projekt ustawy został uchwalony przez Sejm RP i przekazany do Senatu RP oraz stał się przedmiotem debaty. Senacka Komisja Zdrowia zarekomendowała Senatowi RP przyjęcie ustawy bez poprawek. W dniu 24 lipca 2014 r. Senat RP przyjął ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bez poprawek. Ustawa została przekazana Prezydentowi RP do podpisu.

[Dowód: akta kontroli, str. 9 – 13, 18 – 53, 74 – 88, 226, 329 - 343]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w tak istotnej społecznie kwestii, jak dostępność dla obywateli dotkniętych chorobą nowotworową specjalistycznych świadczeń medycznych, Minister Zdrowia winien dołożyć najwyższej staranności w tej części procesu legislacyjnego procedowanego aktu prawnego, której był gospodarzem, przy wykorzystaniu maksymalnie wszystkich przysługujących mu instrumentów prawnych – opracowaniu założeń do projektu ustawy, opiniowaniu przez Radę Legislacyjną, szerokich konsultacji społecznych przeprowadzonych w adekwatnym do regulowanej materii czasie.

Konsultacje prowadzone z ekspertami i podmiotami zewnętrznymi nosiły znamiona działań mających na celu jedynie spełnienie formalnego wymogu przeprowadzenia konsultacji społecznych. Świadczy o tym krótki okres rozpatrywania zgłoszonych uwag, a także nieuwzględnienie przez Ministra Zdrowia szeregu uwag zgłaszanych na etapie opiniowania projektu ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny, a które zrealizowano już po wdrożeniu pakietu, w celu poprawy jego funkcjonowania.

1.2. Określenie zakresu chorób nowotworowych objętych pakietem onkologicznym

Opis stanu
faktycznego

Pakiet onkologiczny nie obejmował wszystkich typów nowotworów złośliwych. W okresie od 1 stycznia do 31 października 2015 r. diagnostyką i leczeniem w ramach pakietu mogli zostać objęci pacjenci z następującymi typami nowotworów według kodów rozpoznania ICD 10: C00 – C43, C45 – C97, D00 – D03, D05 – D09. Dodatkowo lekarz POZ mógł wystawić Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (zwanej dalej Kartą DiLO) na rozpoznania z zakresu D37 – D48.

⁶ Ponadto Ministerstwo Zdrowia dysponowało opinią prawną z marca 2015 r., tj. już po wejściu w życie przepisów dotyczących pakietu onkologicznego, autorstwa dr hab. M. Matczaka, dr T. Zalasieńskiego oraz M. Czarucha, wskazującą na niekonstytucyjność szeregu przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego rozszerzono ten katalog o nowotwory oznaczone symbolami: D32, D33.0 – D33.4, D35.2, D35.4, D45 – D47, D76.0.

Jak wyjaśniła Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii (dalej DAS) w Ministerstwie Zdrowia „Wstępna wersja zakresu świadczeń i pakietów onkologicznych ustalona została ze specjalistami w dziedzinie onkologii. Następnie była modyfikowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a wersja finalna z konsultantami krajowymi”. Z projektowanych regulacji wyłączone zostały m.in. nieczerniakowe nowotwory skóry, ponieważ – jak wynika ze złożonych wyjaśnień - ze względu na powolny wzrost takich zmian, nieznaczną złośliwość i dużą łatwość leczenia rzadko powodują zagrożenie życia.

Poza pakietem pozostały świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programów zdrowotnych (onkologicznych). Dyrektor DAS wyjaśniła, że „Programy lekowe są finansowane odrębnie, a możliwość korzystania z nich wynika z określonych wskazań, w związku z tym nie zachodziła potrzeba wprowadzania zmian organizacyjnych w tym zakresie. W produktach finansowych związanych z leczeniem szpitalnym (grupy JGP) mieści się również diagnostyka, a ich wycena nie została obniżona w związku z wprowadzeniem pakietu onkologicznego”.

[Dowód: akta kontroli str. 344 - 352]

1.3. Szacunki dotyczące kosztów wprowadzenia pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

Podczas spotkania, w dniu 27 marca 2014 r., przedstawiciele Ministra Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiono dokument, pn. „Narodowy plan leczenia raka”, który prezentował główne założenia pakietu onkologicznego. W załączniku nr 1 do tego dokumentu zamieszczono propozycje mechanizmów wyliczenia wartości pakietów diagnostycznych (etap wstępny i pogłębiony) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, uwzględniające strukturę wykonanych badań diagnostycznych pacjentom z określonym typem nowotworu.

W maju 2014 r. w NFZ, na podstawie udostępnionych przez Ministerstwo Zdrowia projektów aktów prawnych, koszty wprowadzenia pakietu onkologicznego oszacowano na 2 340 000 tys. zł, z tego ok. 840 000 tys. zł w POZ i ok. 1 500 000 tys. zł w AOS, z zastrzeżeniem, że nie uwzględniają one wzrostu kosztów lecznictwa szpitalnego. Ponadto, zaznaczono, że określenie skutków finansowych będzie możliwe dopiero po ustaleniu szczegółowych rozwiązań prawnych i finansowych⁷.

Oszacowania skutków finansowych, związanych z rozszerzeniem zakresu badań diagnostycznych w POZ, dokonano na podstawie propozycji zawartych w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem:

- potencjalnej liczby badań dodatkowych możliwych do wykonania przez lekarzy POZ;
- dotychczasowych kosztów diagnostyki realizowanej przez tych lekarzy;
- cen rynkowych badań dodatkowych.

Ponadto uwzględniono koszty związane z udzieleniem przez lekarza POZ porady zakończonej wydaniem Karty DiLO, której wartość określono na 50 zł. Kwota ta nie odzwierciedlała rzeczywistego kosztu zrealizowanej diagnostyki i stanowiła jedynie uzupełnienie kosztu diagnostyki finansowanej w ramach dotychczasowej stawki kapitałowej.

W uzasadnieniu do projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach⁸, w odniesieniu do zagadnień związanych z pakietem onkologicznym, wskazano bowiem że „(...) Na obecnym etapie prac nie jest możliwe przybliżenie skali przesunięć środków pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna

⁷ Pismo Pani Wiesławy Kłos, Z-cy Prezesa NFZ do Ministra Zdrowia z dnia 19 maja 2014 r., sygn.: NFZ/CF/2014/073/0380/W/14703/PB.

⁸ Patrz: Druk Sejmowy nr 2505; Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw; <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druk.xsp?nr=2505>;

opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne itd.), gdyż zmiany w wycenie poszczególnych świadczeń będą opracowywane przez NFZ (zmiany w odpowiednich zarządzeniach Prezesa NFZ) na podstawie ostatecznego kształtu zmian – czyli dopiero po uchwaleniu projektowanych przepisów rangi ustawowej oraz w oparciu o projektowane rozwiązania zawarte w rozporządzeniach Ministra Zdrowia, w tym w szczególności tzw. rozporządzeń koszykowych”.

[Dowód: akta kontroli str. 378-415]

2. Realizacja pakietu onkologicznego

2.1. Koszty finansowe wprowadzenia pakietu onkologicznego. Rozliczenia ze świadczeniodawcami

Opis stanu
faktycznego

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało danymi pozwalającymi ocenić zmiany wysokości środków przeznaczonych na leczenie onkologiczne w kraju, w latach 2014-2016 (I półrocze), m.in. w wyniku wprowadzenia pakietu onkologicznego. Nie posiadano bowiem danych o łącznych kosztach leczenia onkologicznego poniesionych w całym 2014 r. Z kolei za 2015 r. dysponowano danymi dotyczącymi świadczeń sprawozdanych z wybranymi rozpoznaniem onkologicznymi (zasadniczymi i współistniejącymi) na kwotę 4 957 mln zł⁹.

Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii (dalej DAS) wyjaśniła, że „Nie można (...) dokonać analizy kosztów POZ związanych z dokonanymi badaniami diagnostycznymi wykonanymi w ramach pakietu onkologicznego, ponieważ nie są one przedstawiane do rozliczenia NFZ. (...)”.

[Dowód: akta kontroli str. 523 - 524]

Porównania dokonywane w Ministerstwie Zdrowia, w początkowym okresie po wprowadzeniu pakietu, wskazywały, że w okresie styczeń-luty 2014 r. na pacjentów onkologicznych w AOS i lecznictwie szpitalnym wydatkowano 824 mln zł, podczas gdy w analogicznym okresie roku 2015 było to 785,6 mln zł.

[Dowód: akta kontroli str. 108-111]

Jak wynika z analiz sporządzonych przez Ministerstwo Zdrowia, w roku 2016¹⁰, wśród świadczeń kwalifikujących się do pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym z uwagi na rozpoznanie, faktycznie było w nim rozliczanych ok. 69% świadczeń¹¹. Odsetek ten zwiększył się, w porównaniu do roku 2015, o ok. 5,6 punktu procentowego.

[Dowód: akta kontroli str. 286-290]

Kontrolujący nie uzyskał w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzi na pytanie dotyczące wartości wykonanych w AOS i lecznictwie szpitalnym świadczeń onkologicznych kwalifikujących się, z uwagi na rozpoznanie, do pakietu, a wykonanych poza nim, tj. w ramach umów objętych limitami. Ministerstwo Zdrowia, jako jego adresata, wskazało Narodowy Fundusz Zdrowia, zaś Dyrektor DAS m.in. wyjaśniła, że: „(...) Poza pakietem onkologicznym w AOS podstawowym wyróżnikiem świadczenia związanego ze schorzeniem onkologicznym jest kod rozpoznania, ale należy zauważyć, że rozpoznanie nie gwarantuje, że świadczenie mogłoby potencjalnie zostać rozliczone w pakiecie onkologicznym. Mając powyższe na uwadze, w opinii Departamentu (...) w przypadku świadczeń wykonywanych w ramach AOS brak jest efektywnej możliwości wskazania, które świadczenia mogłyby zostać zakwalifikowane do pakietu onkologicznego. Odnosząc się natomiast do możliwych przyczyn, z jakich świadczenia sprawozdawane z rozpoznaniem onkologicznymi kwalifikującymi do pakietu onkologicznego nie są w jego ramach rozliczane, wyjaśniła, że w lecznictwie szpitalnym, w pakiecie onkologicznym można rozliczyć (pod warunkiem posiadania umowy na zakres skojarzony-pakiet onkologiczny) jednorodne grupy pacjentów

⁹ Tj. o symbolach określonych według klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00-C43, C45-D03, D05-D09, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 i D76 oraz rozpoznaniem zasadniczym Z51.0.

¹⁰ Według stanu na dzień 31 maja 2016 r.

¹¹ Podsumowując wyniki analizy Ministerstwo Zdrowia podało: „(...) wśród świadczeń kwalifikujących się do pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym, faktycznie jest w nim rozliczanych ok 69% świadczeń (pod względem ich liczby i wartości) w roku 2016. Należy zauważyć jednak, że tylko w przypadku ok 14% świadczeń pacjenci nigdy nie posiadali karty DILO. (...)”.

(JGP) wskazane w Załączniku nr 3b do Zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. Załącznik określa w ramach jakich zakresów mogą być rozliczone dane JGP. Rozliczenie JGP możliwe jest pod warunkiem:

- wykonana została procedura umożliwiająca rozliczenie JGP;
- świadczenie wykonano na podstawie Karty DiLO;
- świadczenie sprawozdano z odpowiednim rozpoznaniem;
- wypełniono warunki określone w art. 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (...).

Niespełnienie któregokolwiek z ww. warunków uniemożliwia rozliczenie świadczenia w pakiecie onkologicznym (czyli świadczenie trzeba rozliczyć w ramach zakresu podstawowego). Należy zauważyć, że w przypadku szacowania liczby świadczeń wykonanych poza pakietem w opinii Departamentu (...) należy brać pod uwagę tylko te świadczenia, które potencjalnie mogłyby w pakiecie onkologicznym być rozliczone. Czyli ww. JGP, których katalog znajduje się w Załączniku nr 3b do zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r.

W przypadku AOS, (...) zostały stworzone osobne produkty finansowe, możliwe do rozliczenia w pakiecie. Ich rozliczenie możliwe jest w przypadku posiadania przez pacjenta karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, a sposób rozliczania określony jest w Zarządzeniu Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Możliwą przyczyną diagnozowania pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym poza pakietem może być brak karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Można wyróżnić dwa przypadki: diagnostyka wykonywana w celu potwierdzenia nowotworu (...); diagnostyka wykonywana jest po zakończeniu leczenia w ramach tzw. follow-up, który nie jest objęty pakietem onkologicznym. Możliwe jest również, że w AOS są rozliczane porady pacjentom onkologicznym w ramach których nie są rozliczane procedury medyczne zawarte w załączniku 5c do ww. zarządzenia (istotne procedury medyczne według ICD-9) (...).

[Dowód: akta kontroli, str. 344-352, 454-460, 510 – 514, 516 - 520]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zauważa znaczny, bo sięgający ok. 31%, udział świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego kwalifikujących się, z uwagi na rozpoznanie, do rozliczenia w ramach pakietu, który faktycznie rozliczane były w ramach umów objętych limitami¹². Ministerstwo nie dysponowało podobnymi analizami w odniesieniu do świadczeń wykonywanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ministerstwo nie dysponowało również danymi pozwalającymi ocenić zmiany wielkości środków przeznaczonych na leczenie onkologiczne w kraju w latach 2014-2016 (I półrocze), tj. w wyniku wprowadzenia pakietu onkologicznego.

2.2. Dostęp do świadczeń onkologicznych, w tym realizowanych w ramach pakietu

Według stanu na dzień 10 października 2016 r., zostało wydanych łącznie 382 298 Kart DiLO, z tego 34,0% w POZ, 27,6% w AOS, 25,3% w lecznictwie szpitalnym oraz 13,1% w lecznictwie szpitalnym dla pacjentów, których leczenie rozpoczęło się przed 1 stycznia 2015 r. Najwięcej Kart DiLO było w dyspozycji pacjentów w trakcie etapu leczenia (44,7%). Zamkniętych zostało 13,9% Kart.

[Dowód: akta kontroli str. 141-143]

Liczba wydanych Kart, przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych, była zróżnicowana w poszczególnych województwach i wynosiła od 39,18 w woj. podlaskim do 112,28 w woj. kujawsko-pomorskim. Zróżnicowana była również liczba potwierdzonych nowotworów przypadająca na jednego lekarza POZ. Wynosiła ona od 0,42 w woj. podkarpackim do 2,23 w woj. kujawsko-pomorskim. Odsetek potwierdzonych nowotworów na podstawie Kart

¹² Według danych zawartych w analizach Ministerstwa Zdrowia.

wystawionych w POZ wynosił od 54,7% w woj. kujawsko-pomorskim do 76,0% w woj. lubelskim¹³.

[Dowód: akta kontroli str. 510 - 514]

Z analiz prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia wynika, że do dnia 26 lutego 2015 r. z realizacji pakietu onkologicznego zrezygnowało 18¹⁴ spośród 505 szpitali, które podpisały umowy¹⁵ na jego realizację oraz 149¹⁶ spośród 2 489 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w ramach pakietu w AOS.

[Dowód: akta kontroli, str. 109-110, 282-285]

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało danymi o liczbie świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach pakietu, zapewniających w miejscu udzielania tych świadczeń dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych.

[Dowód: akta kontroli str. 183 – 225, 239 – 240, 458, 510 - 514]

Według stanu na koniec I połowy 2016 r. jedynie 9,6% pacjentów (1 967 spośród 20 412) oczekiwało na diagnostykę wstępną; średni czas oczekiwania wynosił ok. 6 dni. Na diagnostykę pogłębioną oczekiwało 2,5% pacjentów (922 spośród 36 962), a średni czas oczekiwania wynosił ok. 10 dni, zaś na konsylium 14,4% (9 182 pacjentów spośród 63 779), a średni czas oczekiwania ok. 5 dni¹⁷.

[Dowód: akta kontroli str. 328, 348, 518 - 520]

W 2015 r., spośród 105 933 pacjentów nierozliczonych w pakiecie, a kwalifikujących się do uzyskania świadczeń szpitalnych w ramach pakietu onkologicznego z uwagi na rozpoznanie¹⁸, 51 777 pacjentów nie posiadało Karty DiLO. W roku 2016 (według stanu na dzień 31 maja) pacjentów kwalifikujących się do pakietu z uwagi na rozpoznanie i nierozliczonych w pakiecie, którzy uzyskali świadczenia w ramach leczenia szpitalnego było 44 282, z tego 21 660 nie posiadało Karty DiLO.

[Dowód: akta kontroli str. 290]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważyła, że część pacjentów, kwalifikujących się z uwagi na rozpoznanie do pakietu, nie uzyskała Karty DiLO, przez co nie mogła skorzystać z uregulowań pakietu dotyczących maksymalnego okresu wykonywania badań diagnostycznych i rozpoczęcia leczenia.

2.3. Zasoby systemu ochrony zdrowia wykorzystywane w ramach pakietu onkologicznego

Według stanu na 30 września 2016 r., w rejestrach NIL, zarejestrowanych było:

- 796 chirurgów onkologicznych (w tym 783 wykonujących zawód);
- 806 radioterapeutów onkologicznych (747);
- 471 hematologów (450);
- 186 onkologów i hematologów dziecięcych (184);
- 876 patomorfologów (771);
- 3 804 radiologów i diagnostów obrazowych (3 394);
- 826 onkologów (816).

¹³ Dane według stanu na koniec III kwartału 2016 r.

¹⁴ W tym z części realizowanych zakresów świadczeń zdrowotnych. Spośród wyżej wskazanych 149 podmiotów AOS, 101 podmiotów (68%) leczyło w ubiegłym roku mniej niż 10 pacjentów onkologicznych, z czego 40 podmiotów (27%) nie leczyło żadnego pacjenta onkologicznego.

¹⁵ Na dzień 1 stycznia 2015 r.

¹⁶ W tym trzy z części realizowanych zakresów.

¹⁷ Dotyczy rozpoznań oznaczonych symbolami klasyfikacji ICD-10: C18, C34, C50, C61.

¹⁸ Analiza obejmowała świadczenia sprawozdane w okresie od 1 stycznia 2015 r., do 31 maja 2016 r. z rozpoznaniem zasadniczym wg klasyfikacji ICD-10 z zakresu: C00-C43, C45-D03, D05-D09, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 i D76.0 oraz rozpoznaniem zasadniczym Z51.0 oraz rozpoznaniem współistniejącymi C00-C43, C45-D03, D05-D09, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 i D76.0, tj. rozpoznaniem onkologicznymi, których leczenie mogło odbywać się w ramach pakietu. Dane dotyczące liczby pacjentów rozliczonych i nierozliczonych w ramach pakietu onkologicznego nie były addytywne.

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji, wg danych rejestru lekarzy odbywających szkolenie prowadzone przez CMKP¹⁹, wynosiła 1.058, w tym z onkologii klinicznej – 473, radioterapii onkologicznej – 171, chirurgii onkologicznej – 208, ginekologii onkologicznej – 148, onkologii i hematologii dziecięcej – 58.

W podziale na kategorie wiekowe, największy procent stanowią wśród lekarzy²⁰:

- onkologów - osoby w wieku 41 – 65 lat (643 – 80,8%);
- ze specjalizacją radioterapia onkologiczna - osoby w wieku 46 – 65 lat oraz powyżej 70 r.ż. (37,6 – 46,7%);
- hematologów - osoby w wieku 46 – 55 lat (176 – 37,4%);
- onkologów i hematologów dziecięcych - osoby w wieku 46 – 55 lat (104 – 55,9%);
- patomorfologów - osoby w wieku 46 – 55 lat oraz powyżej 70 r.ż. (438 – 50,0%);
- radiologów i diagnostów obrazowych - osoby w wieku 46 – 55 lat oraz powyżej 70 r.ż. (1 838 – 48,3%);
- onkologów - osoby w wieku 36 – 45 lat (463 – 55,9%).

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności medycznych, związanych z leczeniem onkologicznym, była zróżnicowana regionalnie.

Liczbę lekarzy na 100.000 mieszkańców w podziale na województwa²¹ przedstawia tabela:

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

[Dowód: akta kontroli, str. 162 – 182]

3. Monitorowanie i ewaluacja pakietu onkologicznego

3.1 Monitorowanie pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia analizował dane dotyczące m.in.:

- liczby wydanych Kart DiLO w podziale na województwa i poszczególne etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego;
- liczby wykonanych diagnostyk wstępnych, udziału diagnostyk wstępnych wykonanych w terminie;
- liczby wykonanych diagnostyk pogłębionych, udziału diagnostyk pogłębionych wykonanych w terminie;
- liczby przeprowadzonych konsyliów oraz ich terminowości;
- liczby zamkniętych Kart;
- świadczeniodawców wydających Karty.

¹⁹ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, stan na dzień 27 września 2016 r.

²⁰ Tj. lekarze z I^o, II^o oraz bezstopniową specjalizacją.

²¹ Dane NIL uzyskane z rejestru lekarzy w podziale na specjalizację, wg stanu na 30 września 2016 r.

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

W początkowym okresie funkcjonowania pakietu, tj. do dnia 30 maja 2015 r., raporty były sporządzane codziennie, a od 1 czerwca 2015 r. w odstępach tygodniowych. Wyniki tych analiz były publikowane na stronie internetowej dedykowanej pakietowi onkologicznemu. Na stronie tej zamieszczono również informacje istotne dla pacjentów²². W poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ utworzono zespoły odpowiedzialne za wdrażanie pakietu onkologicznego. W okresie styczeń–październik 2015 r. przekazywały one do Ministerstwa Zdrowia oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia raz w miesiącu raporty dotyczące funkcjonowania pakietu onkologicznego. Również raz w tygodniu, oddziały wojewódzkie NFZ przekazywały Ministerstwu Zdrowia oraz do Centrali NFZ pytania. Odpowiedzi udzielane przez Centralę NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia rozsyłane były następnie do wszystkich OW NFZ.

[Dowód: akta kontroli, str. 154 – 161, 344-352]

W Ministerstwie opracowano zbiorcze analizy, jak np.: „Pakiet onkologiczny styczeń 2015 r.”²³, „Raport pakiet onkologiczny 11 tygodni”, „Raport pakiet onkologiczny 5 miesięcy”. Informacje zawarte w raportach obejmowały, m.in. epidemiologię nowotworów złośliwych w Polsce, funkcjonowanie pakietu onkologicznego, zagadnienia związane z wydawaniem Kart DiLO.

[Dowód: akta kontroli, str. 94 – 145, 226]

Ponadto w Ministerstwie Zdrowia analizowano informacje o liczbie potwierdzonych podejrzeń nowotworu złośliwego wśród Kart DiLO wydanych w POZ. Według stanu na dzień 8 sierpnia 2016 r., spośród 117 836 Kart wydanych w POZ, 67 765 znajdowało się na etapie diagnostyki lub leczenia. W przypadku 61% tych Kart dokonano potwierdzenia rozpoznania nowotworu złośliwego (lub miejscowo złośliwego leczonego w ramach pakietu onkologicznego).

[Dowód: akta kontroli, str. 141 – 143, 226, 286 – 328]

Zarządzeniem z dnia 8 lipca 2015 r., Minister Zdrowia powołał Zespół, którego zdaniem było przedstawianie propozycji zmian w funkcjonowaniu pakietu onkologicznego oraz opiniowanie propozycji takich zmian wnioskowanych przez środowisko medyczne²⁴. Zespół rekomendował m.in.:

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

Zespół zwrócił uwagę na niekorzystne zjawiska towarzyszące wdrażaniu pakietu, a w szczególności fakt, że „ośrodki monoterapeutyczne (lub diagnostyczne) coraz częściej realizują tzw. „konsylium autobusowe”, tzn. ściągają specjalistów onkologów z ośrodków wielospecjalistycznych. Jeżeli konsylium zatwierdza terapię skojarzoną, którą początkuje chirurg, a ośrodek monoterapeutyczny realizuje wyłącznie chemioterapię, to pacjent nie rozpoczyna leczenia w ośrodku, w którym prowadzono konsylium tylko musi nierzadko „szukać” placówki z oddziałem chirurgii, gdzie chętnie podejmą się operacji, nie mając doświadczenia onkologicznego. Skutkiem jest gorsza prognoza i jakość (dowód: około 20% reoperacji w ośrodkach onkologicznych, po uprzednim zabiegu w innej placówce). NFZ płaci podwójnie za to samo świadczenie”. W związku z powyższymi ustaleniami, Zespół rekomendował wprowadzenie referencyjności ośrodków onkologicznych, a także wprowadzenie standardów diagnostycznych w nowotworach złośliwych.

Wnoszono także o rozszerzenie pakietu onkologicznego o świadczenia z zakresu opieki paliatywno–hospicyjnej oraz opracowanie wytycznych dla pacjentów pozostających w obserwacji po zakończeniu leczenia onkologicznego.

²² <http://pakietonkologiczny.gov.pl>.

²³ Publikacja 5 lutego 2015 r.

²⁴ Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia nr 30 z dnia 10 lipca 2015 r.

[Dowód: akta kontroli, str. 94 – 143, 147-152, 226, 353-363]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W ramach monitorowania realizacji pakietu onkologicznego w Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono analiz związanych z jego wpływem na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia pacjentów innych niż pacjenci onkologiczni. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, przedmiotowy zakres działań pozostawał we właściwości Narodowego Funduszu Zdrowia (Departamentu Spraw Świadczeniobiorców).

[Dowód: akta kontroli str. 348-350]

3.2 Ewaluacja pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

W marcu 2015 r. Ministerstwo Zdrowia, po dokonaniu interpretacji przepisów, poinformowało Narodowy Fundusz Zdrowia, że Karty DiLO mogą wydawać również lekarze specjaliści udzielający świadczeń z zakresu onkologicznych programów profilaktycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 521 - 522]

W dniu 6 października 2015 r. Minister Zdrowia wydał nowe rozporządzenie w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego²⁵. Rozporządzenie to dostosowało wzór Karty DiLO do możliwości prowadzenia leczenia onkologicznego w ramach pakietu, w przypadku łagodnych nowotworów centralnego układu nerwowego i niektórych nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego. Zmieniono również wzór Karty, tak aby mogli ją wystawiać lekarze specjaliści udzielający świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych. Uwzględniono, w odpowiednich polach Karty, możliwość skierowania pacjenta na zabieg diagnostyczno-leczniczy z POZ i AOS.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁶, w zakresie związanym z realizacją pakietu dokonano m.in. następujących zmian²⁷:

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

Dalsze modyfikacje, związane z pakietem onkologicznym, wprowadziło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych²⁸.

[Dowód: akta kontroli, str. 146 – 152, 226, 323 – 324]

W 2016 r. rozpoczęto prace mające na celu wprowadzenie zmian w pakiecie onkologicznym na poziomie ustawowym. Projekt ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (nr w wykazie prac Rządu – UA22) został skierowany do Sejmu RP w dniu 23 listopada 2016 r.

Zmiany dotyczyły między innymi:

- rezygnacji ze wskaźnika rozpoznawania nowotworów w przypadku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej;
- rezygnacji z obowiązku zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów przez lekarza udzielającego

²⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 1627.

²⁶ Dz. U. z 2015 r., poz. 1612.

²⁷ <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12273151/12293271/dokument187227.pdf>.

²⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1660.

ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy;

- uproszczenia Karty DiLO – rezygnacja z pól dotyczących danych związanych z Krajowym Rejestrem Nowotworów, danych dotyczących objawów, danych dotyczących badań diagnostycznych;
- wprowadzenia możliwości wystawiania karty DiLO przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego;

[Dowód: akta kontroli, str. 365-366]

Stwierdzone
nieprawidłowości

W marcu 2015 r., w drodze interpretacji dotychczasowych przepisów, dopuszczono możliwość wydawania Karty DiLO przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń z zakresu onkologicznych programów profilaktycznych, zaś w dniu 6 października 2015 r. Minister Zdrowia wydając nowe rozporządzenie w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego²⁹, zmieniając wzór Karty umożliwił jej wystawianie przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w rozporządzeniu tym, Minister Zdrowia rozszerzył uprawnienie do wydawania Karty DiLO na lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych³⁰, które zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia są odrębnym rodzajem świadczeń zdrowotnych³¹.

Zgodnie z art. 32a ust. 4 ustawy o świadczeniach, uprawnienie do wydawania Kart DiLO posiadał tylko lekarz POZ albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych. Przepis § 115 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie zasad techniki prawodawczej stanowi, że w rozporządzeniu zamieszcza się tylko przepisy regulujące sprawy przekazane do unormowania w przepisie upoważniającym³².

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

IV. Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³³ zwraca uwagę, że:

- 1) pośpiech we wprowadzaniu pakietu onkologicznego skutkował wprowadzeniem niedopracowanych merytorycznie i legislacyjnie regulacji. Szereg postulowanych wcześniej zmian zostało wprowadzonych do pakietu dopiero w trakcie jego realizacji, w celu wyeliminowania zaobserwowanych wad w funkcjonowaniu przyjętych rozwiązań,
- 2) Ministerstwo Zdrowia nie przeprowadziło oceny wpływu wprowadzenia pakietu onkologicznego na dostęp do świadczeń, w tym diagnostycznych, dla innych pacjentów niż onkologiczni, choć na ryzyko ograniczenia dostępności zwracali uwagę opiniujący projekt

²⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1627.

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

³¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1943, ze zm.

³² Dz. U. z 2016 r. poz. 283.

³³ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.

ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny. W ocenie NIK zasadne jest dokonanie takiej analizy.

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

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 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 16 stycznia 2017 r.

Dyrektor

Departamentu Zdrowia

Najwyższej Izby Kontroli

Piotr Wasilewski

