



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.006.02.2016

P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/057 – Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Małgorzata Szczęsna, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr KZD/16/2016 z dnia 5 września 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia, 02-390 Warszawa, u. Grójecka 186
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Jacyna, pełniący obowiązki Prezesa NFZ ¹ (dowód: akta kontroli str. 1035-1038)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W ocenie NIK założenia pakietu onkologicznego, dotyczące poprawy dostępności i jakości leczenia, nie zostały, w znacznym stopniu, zrealizowane³. Wpływ na tę sytuację miały czynniki niezależne od Funduszu, związane ze specyfiką regulacji prawnych tworzących pakiet i trybem jego wdrażania.

W badanym okresie świadczeniodawcy rozliczali świadczenia onkologiczne przede wszystkim na podstawie wcześniejszych zasad, tj. umów określających limity wykonywanych usług medycznych. Jedynie 22,52% w 2015 r. oraz 25,74% do 31 sierpnia 2016 r. wartości świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne, udzielonych pacjentom kwalifikującym się z uwagi na rozpoznanie do leczenia na podstawie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), została rozliczona w ramach pakietu onkologicznego⁴. Na niespełnienie założeń pakietu wskazuje zwłaszcza niski odsetek wartości świadczeń udzielonych pacjentom w ramach pakietu w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (10% w 2015 r. i 15% w 2016 r. do 31 sierpnia). Niewielka była również liczba pacjentów, którzy uzyskali świadczenia w ramach pakietu onkologicznego. W 2015 r. tacy pacjenci stanowili jedynie 1,38% wszystkich pacjentów z rozpoznaniem kwalifikującym do pakietu onkologicznego, a pacjenci którym udzielono świadczeń zarówno w zakresie pakietu jak i umów limitowych stanowili 15,44% (w I półroczu 2016 r. odpowiednio 1,29% oraz 11,11%)⁵. Przyczynami tego stanu były m.in. mniejsza niż zakładano liczba kart DiLO wydanych przez lekarzy podstawowej opiece zdrowotnej,

¹ Poprzednio Tadeusz Jędrzejczyk w okresie od 3 czerwca 2014 r. do 14 marca 2016 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 Celem pakietu była m.in.: poprawa dostępu do świadczeń poprzez zniesienie limitów w diagnostyce i leczeniu onkologicznym, zagwarantowanie każdemu pacjentowi z podejrzeniem nowotworu złośliwego szybkiego terminu wykonania usługi medycznej w celu usprawnienia procesu diagnostycznego i rozpoczęcia leczenia, koordynacja i poprawa jakości leczenia (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>.

⁴ Świadczenia udzielone pacjentom z rozpoznaniem o symbolach ICD10: C00 - C97 (z wyłączeniem C44); D00 - D09 (z wyłączeniem D04), D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0. W AOS nie uwzględniono świadczeń sprawozdanych w ramach zakresu pakietowego z kodami innymi niż ww. wymienione.

⁵ W ramach umów objętych limitami pacjenci stanowili 83,18%, a w I półroczu 2016 r. 87,60%. Dane dla pacjentów, którym udzielono i rozliczono świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz leczenie szpitalne sprawozdane z rozpoznaniem oznaczonymi kodami ICD10: C00 - C97 (z wyłączeniem C44); D00 - D09 (z wyłączeniem D04), D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0. W AOS nie objęte świadczeń sprawozdanych w ramach zakresu pakietowego z kodami innymi niż ww. wymienione.

możliwość wystawiania karty DiLO w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej dopiero po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu, brak możliwości rozliczenia w ramach pakietu szeregu sytuacji klinicznych oraz niespełnianie przez świadczeniodawców wymogów Funduszu dotyczących zapewnienia dostępu do określonych świadczeń diagnostycznych.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego nie skutkowało poprawą dostępu do kompleksowych świadczeń onkologicznych. Spośród podmiotów, które zawarły umowy na realizację pakietu onkologicznego, w praktyce realizowało go jedynie 11,13% placówek udzielających świadczeń w ramach umów zawartych z NFZ w ramach ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 61,47% w ramach leczenia szpitalnego oraz 68,45% świadczeniodawców udzielających świadczeń zarówno w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i leczenia szpitalnego. Ponadto, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na realizację pakietu onkologicznego, jedynie nieliczni zapewniali pełen dostęp do świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej w ramach własnej działalności⁶. Konieczność korzystania z usług podwykonawcy, zwłaszcza w przypadku badań diagnostycznych, których koszty przekraczają wycenę poszczególnych pakietów, może skutkować niechęcią świadczeniodawców do zlecania takich badań.

Zdaniem NIK malejąca liczba podmiotów realizujących pakiet onkologiczny, ich nierównomierne rozmieszczenie, a także brak kompleksowych działań w zakresie onkologii dotyczących zapobiegania chorobie nowotworowej i leczenia jej skutków, przy zastosowaniu nowoczesnych terapii, utrudni osiągnięcie średnich europejskich wskaźników, dotyczących zarówno zachorowalności na nowotwory, jak również skuteczności leczenia.

NIK oceniając przygotowanie Funduszu do wdrożenia rozwiązań szybkiej ścieżki onkologicznej wskazuje, że zarządzenia Prezesa NFZ, wprowadzające zasady finansowania i sposoby aneksowania umów zostały podpisane dopiero w grudniu 2014 r., co było spowodowane późnym uchwaleniem ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny i wydanymi do niej rozporządzeniami. Ponadto udostępnione rozwiązania informatyczne AP- DiLO, w początkowej fazie obowiązywania pakietu, nie były w pełni funkcjonalne i wymagały wielu modyfikacji. Działania Funduszu w tym zakresie, w ocenie NIK, wynikały przede wszystkim z ustaleń wypracowanych z Ministrem Zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie przeprowadzenie przez NFZ zadań audytowych, w zakresie finansowania nielimitowanych produktów onkologicznych, oraz bieżące sprawozdawanie danych do Ministra Zdrowia pozwalające na analizę i monitorowanie realizacji pakietu. Jednakże NIK zwraca uwagę, że Fundusz przeprowadził jedynie wstępną ocenę jakościową realizacji pakietu, w której wskazał na możliwość nieprawidłowego oszacowania produktów diagnostyki onkologicznej i nie podjął dalszych działań w związku z wnioskami płynącymi z analizy⁷.

Ponadto NIK zwraca uwagę na nieuwzględnienie, w rocznych planach kontroli na 2015 i 2016 r., kontroli realizacji szybkiej ścieżki onkologicznej⁸, mimo, że zagadnienia związane z wdrożeniem i realizacją pakietu onkologicznego należały do głównych priorytetów działań Funduszu. Na potrzebę przeprowadzenia takich kontroli wskazują nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń onkologicznych, wykryte w trakcie postępowań kontrolnych, przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ, dotyczących innych zagadnień.

⁶ Diagnostyka laboratoryjna, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny oraz badania endoskopowe. Patrz rozdział 2.1. Kontraktowanie i kompleksowość świadczeń.

⁷ Analiza jakościowa realizacji pakietu przekazana do Ministra Zdrowia 22 stycznia 2016 r.

⁸ W tym nieuwzględnienie badania w przeprowadzanych kontrolach zagadnień związanych ze spełniania wymagań określonych w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym obowiązku zapewnienia koordynacji leczenia, a także nieprzeprowadzenie kontroli odnośnie prawidłowości udzielanie świadczeń z zakresu brachyterapii.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie do wdrożenia pakietu onkologicznego

1.1. Określenie zakresu świadczeń, w tym badań diagnostycznych objętych pakietem onkologicznym

Opis stanu
faktycznego

Założenia pakietu onkologicznego zostały przedstawione publicznie na konferencji prasowej Prezesa Rady Ministrów oraz Ministra Zdrowia w dniu 21 marca 2014 r. Podczas spotkania przedstawiciele Ministra Zdrowia oraz NFZ 25 marca 2014 r., omówiono tryb prowadzenia prac związanych z opracowaniem zmian przepisów celem wdrożenia m.in. „pakietu onkologicznego”, zaś 27 marca 2014 r. Minister Zdrowia przedstawił wstępną propozycję założeń nowej ścieżki onkologicznej. W kwietniu i maju 2014 r. przedstawiciele NFZ prowadzili prace merytoryczne wraz z przedstawicielami Ministerstwa oraz ekspertami zewnętrznymi⁹.

W trakcie prac roboczych został określony pierwszy wykaz pakietów onkologicznych obejmujący 27 diagnostyk wstępnych i 17 diagnostyk pogłębionych, przypisanych do najczęściej występujących nowotworów złośliwych¹⁰ wraz z ich wycenami.

W szybkiej ścieżce onkologicznej nie uwzględniono „grupy nowotworów bez określenia umiejscowienia i innych”, wskazując na istnienie ryzyka „wejścia do pakietu” pacjentów pozostających pod kontrolą lekarza po zakończeniu terapii onkologicznej (tzw. follow-up) i tym samym generowania wysokich kosztów. Ponadto podano, że nie byłoby możliwe opracowanie schematu diagnostyki oraz adekwatnej wyceny pakietów dla takich nowotworów, gdyż na etapie diagnostyki wstępnej realizowanej w trybie ambulatoryjnym (przed określeniem narządu, z którego nowotwór się wywodzi) prawdopodobne byłoby kodowanie według takiego rozpoznania, prawie każdego podejrzenia nowotworu.

Prezes Funduszu przesłał do Ministerstwa Zdrowia projekty zarządzeń w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów uwzględniające założenia diagnostyki i leczenia onkologicznego: 19 maja 2014 r. w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz 17 października 2014 w rodzaju leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 338-432, 1094-1121, 1331-1341, 1576-1579)

W październiku 2014 r., po opublikowaniu rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczących pakietu onkologicznego¹¹, Fundusz przeprowadził ostatnie konsultacje z pracownikami Ministerstwa Zdrowia odnośnie projektów zarządzeń wprowadzających pakiet onkologiczny i 4 listopada 2014 r. skierował do 21-dniowych konsultacji zewnętrznych projekty zarządzeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne, a w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – 26 listopada 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 529-531, 1526-1539)

Do projektu zarządzenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wpłynęły 433 uwagi, z których część odnosiła się do rozwiązań wprowadzających pakiet onkologiczny. Dotyczyły one, m.in. zbyt niskiej wyceny pakietów onkologicznych, rozszerzenia zakresu realizowanych pakietów onkologicznych w niektórych specjalnościach i wykazu badań wykonywanych w ramach diagnostyki onkologicznej, wprowadzenia dodatkowych pakietów, m.in. w zakresie diagnostyki dla świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii (mięsaków kości).

W ostatecznej wersji zarządzenia, po ustaleniach z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, podniesiono wycenę punktową wszystkich pakietów onkologicznych dotyczących zarówno

⁹ Spotkania robocze w Ministerstwie Zdrowia m.in. 1, 3, 8, 10, 23 i 29 kwietnia oraz 13, 14 maja 2014 r.

¹⁰ Nowotwory objęte pakietem dotyczyły ponad 100 tysięcy przypadków zachorowań rocznie.

¹¹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia: z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.), z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2016 r. .694 ze zm.), z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1751) oraz obowiązujące od 1 listopada 2015 r. rozporządzenie z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627).

diagnostyki wstępnej, jak i pogłębionej¹². Ponadto, rozszerzono zakres realizowanych pakietów oraz wykaz badań wykonywanych w ramach diagnostyki onkologicznej. Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zostało podpisane 5 grudnia 2014r.

(dowód: akta kontroli str. 338-354, 533-602)

Do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne wpłynęło 510 uwag, z których większość nie dotyczyła treści stanowiących przedmiot konsultacji. W związku z uwagami zgłoszonymi odnośnie pakietu onkologicznego podwyższono, m.in. wycenę procedury bronchoskopii interwencyjnej oraz przezoskrzelowej biopsji śródpiersia lub płuca pod kontrolą ultrasonograficzną, oraz wartość punktową „Planu leczenia onkologicznego”. Zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ¹³ zostało podpisane 5 grudnia 2014r.

(dowód: akta kontroli str. 338-354, 603-670)

Do zarządzenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna uwagi złożyło 30 podmiotów, z których większość nie odnosiła się do pakietu onkologicznego, lecz zmian wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴ (dalej „ustawa o świadczeniach”). Fundusz rozpatrzył negatywnie zgłoszone uwagi. Zarządzenie Nr 86/2014/DSOZ¹⁵ zostało podpisane 17 grudnia 2014 r. Ponieważ około 36% świadczeniodawców nie podpisało umów na 2015 r. na podstawie ww. zarządzenia, ostateczną treść określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna obowiązujących od 1 stycznia 2015 r. ustalono dopiero zarządzeniem Nr 3/2015/DSOZ z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniającym ww. zarządzenie¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 1331-1343, 1484-1519)

Ustalone
nieprawidłowości

Zarządzenie Nr 3/2015/DSOZ, zmieniające zarządzenie zmieniające w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna z dnia 7 stycznia 2015 r., zostało podpisane przez Prezesa NFZ bez przeprowadzenia konsultacji, w tym bez zasięgnięcia opinii konsultantów krajowych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Obowiązek zasięgnięcia opinii właściwych podmiotów wynikał z art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach¹⁷ oraz § 2 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁸.

(dowód: akta kontroli str. 1331-1333, 1484-1519)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w związku z bardzo późnym uchwaleniem ustawy wprowadzającej pakiet onkologiczny, jak i wydaniem do niej rozporządzeń przez Ministra Zdrowia, zarządzenia Prezesa NFZ wprowadzające pakiet onkologiczny weszły w życie dopiero

¹² M.in. wycena diagnostyki wstępnej – chłoniaki wzrosła prawie trzykrotnie z 6, 5 do 18 pkt, a pogłębionej z 72,5 do 85 pkt, wycena diagnostyki wstępnej czerniaka wzrosła ponad dwukrotnie z 9 do 20 pkt, a pogłębionej ze 112 do 130 pkt, wycena diagnostyki wstępnej nowotworów jajników i jajowodów wzrosła dwukrotnie z 7,5 do 15 pkt, wycena pakietu diagnostyki wstępnej klatki piersiowej podniesiona została z 58 do 71 punktów, a pogłębionej ze 165 do 189 pkt., wycena pakietu diagnostyki wstępnej nowotworu dolnego odcinka przewodu pokarmowego skorygowana została z 38 na 53 pkt, a diagnostyki pogłębionej z 73 do 86 pkt.

¹³ Zmieniające zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

¹⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

¹⁵ Zmieniające zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

¹⁶ Treść zarządzenia została ustalona w wyniku porozumienia zawartego 7 stycznia 2015 r. między Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ oraz Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie. Zmiany dotyczyły, m.in. sprawozdawczości wykonywanych badań, wyższej stawki kapitałowej uzależnionej od realizacji obowiązku sprawozdawczego i osiągnięcia wskaźnika liczby badań określonych przez Prezesa NFZ, wyższej stawki kapitałowej pielęgniarki POZ i położnej od 1 stycznia 2016 r., w związku z nowymi zadaniami pielęgniarek i położnych.

¹⁷ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. Obecnie art. 146 ust. 4 ustawy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).

¹⁸ Dz. U. Nr 81, poz. 484. Obecnie § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1146).

w grudniu 2014 r. W związku z powyższym oddziały wojewódzkie NFZ miały bardzo krótki czas na przeprowadzenie procesu aneksowania umów, obejmujących procedury onkologiczne¹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 1526-1541)

1.2. Ustalanie wielkości prognozowanych kosztów związanych z wdrożeniem pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

Pierwsze szacunki kosztów, związanych z wprowadzeniem szybkiej ścieżki onkologicznej, zostały przekazane przez Fundusz do Ministra Zdrowia 2 kwietnia 2014 r. Wskazano, że skutki finansowe wprowadzenia pakietu, w zakresie proponowanym przez Ministerstwo Zdrowia, wyniosą ok 2 170 000 tys. zł oraz zwrócono uwagę, że projektowane zmiany przepisów będą skutkowały koniecznością dostosowania systemów informatycznych NFZ w zakresie, który na obecnym etapie prac jest trudno oszacować i wycenić.

Fundusz 19 maja 2014 r., na podstawie ustaleń zespołów roboczych w tym przekazanych przez Ministra Zdrowia założeń nowej struktury wydatków, przesłał do Ministerstwa Zdrowia kolejny szacunek skutków finansowych wprowadzenia pakietu onkologicznego. Koszty określono na 2 340 000 tys. zł rocznie, z tego ok. 840 000 tys. zł w podstawowej opiece zdrowotnej (w tym szacowany koszt wynagrodzenia lekarzy POZ za udzielanie porad związanych z wydaniem kart DiLO w wysokości ok. 53 000 tys. zł)²⁰ i ok. 1 500 000 tys. zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej²¹. Dodatkowo zastrzeżono, że szacunki nie uwzględniają wzrostu kosztów leczenia szpitalnego, ponieważ określenie skutków finansowych w tym rodzaju będzie możliwe będzie dopiero po ustaleniu szczegółowych rozwiązań prawnych i finansowych.

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że wartość świadczeń zrealizowanych w ramach pakietu wyniosła mniej niż szacowano na etapie jego opracowania. Wartość świadczeń wykonanych w 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego, w związku z udzielonymi poradami w podstawowej opiece zdrowotnej związanymi z wydaniem kart DiLO, wyniosła 2 153,26 tys. zł, tj. 4,06% szacowanej wartości, a w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w ramach zakresów objętych pakietem rozliczono świadczenia na kwotę 42 819,15 tys. zł, tj. 2,85% szacowanej wartości.

Jak wyjaśniono, różnice wynikały m.in. z faktu, że w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej kartę DiLO można było wystawić dopiero po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego, a także skierowania pacjentów na wykonanie diagnostyki onkologicznej w leczeniu szpitalnym²². Odnośnie podstawowej opieki zdrowotnej wskazano m.in., iż jedynie ok. 60% porad zakończonych wydaniem karty DiLO jest sprawozdawanych do NFZ. Według stanu na 31 grudnia 2015 r. zostało wydanych 74 927 kart DiLO, a świadczeniodawcy przedstawili do rozliczenia 41 007 porad związanych z wydaniem kart DiLO na kwotę 2 054,44 tys. zł (średnia cena na poziomie ok. 50,1 zł). W I półroczu 2016 r., według stanu na dzień 29 listopada 2016 r., wydano 35 565 kart DiLO, a świadczeniodawcy przedstawili do rozliczenia 18 280 porad na kwotę 928,09 tys. zł (średnia cena na poziomie ok. 50,8 zł).

(Dowód: akta kontroli str. 368-394, 1087-1121, 1221-1234, 1617-1638)

¹⁹ Patrz pkt 2.1 Kontraktowanie i kompleksowość świadczeń i 3.2 Nadzór i kontrola nad wdrażaniem pakietu onkologicznego przez Centralę NFZ.

²⁰ Uwzględniono potencjalną liczbę badań dodatkowych, możliwych do wykonania przez lekarzy POZ, dotychczasowych kosztów diagnostyki realizowanej przez tych lekarzy, cen rynkowych badań dodatkowych oraz uwzględniono koszty porady w wysokości 50 zł (kwota ta nie odzwierciedlała rzeczywistego kosztu zrealizowanej diagnostyki i stanowiła jedynie uzupełnienie kosztu diagnostyki finansowanej w ramach dotychczasowej stawki kapitałowej). Założono, że w 2015 r. lekarze POZ mogą wydać pacjentom ok. 450-500 tys. kart DiLO, co przy przyjęciu maksymalnej populacji i ceny za poradę (50zł x 2,14), wyniesie ok. 53 000 tys. zł.

²¹ Przyjęto założenie, że większość pacjentów będzie miała przeprowadzoną różnicową diagnostykę onkologiczną (w tym badania kosztochłonne) w trybie ambulatoryjnym i w znacznej części przypadków rozpoznanie nowotworu złośliwego nie potwierdzi się (wg. statystyk światowych proporcja ta wynosi około 1:10). W Polsce rocznie zapada na nowotwór około 160 tys. osób.

²² W projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, skierowanym do Sejmu RP 23 listopada 2016 r., rozszerzono uprawnienia lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o możliwość wydawania Kart DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego. <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=1098>.

1.3. Opracowanie i wprowadzenie do systemów informatycznych zmian wynikających z Karty DiLO

Opis stanu faktycznego

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

Uruchomienie systemu AP-DiLO nastąpiło 31 grudnia 2014 r.²³ W każdym z OW NFZ zorganizowano szkolenia dla świadczeniodawców w zakresie obsługi kart DiLO. Wsparcie użytkowników systemu obsługi karty DiLO realizowano za pośrednictwem koordynatorów w każdym z OW NFZ. System AP-DiLO był na bieżąco aktualizowany, w związku z uwagami zgłaszanymi przez świadczeniodawców, OW NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia.

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, iż świadczeniodawcy oraz OW NFZ, szczególnie w pierwszym okresie udostępnienia systemu AP-DiLO, zgłaszali wiele problemów, w związku z jego funkcjonowaniem, utrudniającymi realizację pakietu onkologicznego, co skutkowało wprowadzeniem 29 aktualizacji²⁴ w pierwszych dwóch miesiącach 2015 r.

Opis stanu faktycznego

Koszt dostosowania systemów informatycznych NFZ do obsługi karty DiLO, w tym aktualizacji i modyfikacji w latach 2014-2016, wyniósł w przybliżeniu 3 000 tys. zł²⁵ i został rozliczony w ramach ryczałtowych umów z dostawcami systemów informatycznego wsparcia NFZ.

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

Uwagi dotyczące badanej działalności

Podstawą zapłaty za świadczenia, wykonane w ramach pakietu onkologicznego, były dane sprawozdawcze o udzielonych świadczeniach (rozliczeniowe i statystyczne) przekazywane przez świadczeniodawców za pomocą komunikatu sprawozdawczego SWIAD²⁶. Aplikacja AP-DiLO nie była bezpośrednio powiązana z systemem rozliczeń świadczeń, nie były w niej rejestrowane dane odnośnie wykazanych do zapłaty i sfinansowanych świadczeń przez Fundusz. W ocenie NIK utrudniało to bieżącą analizę finansową w zakresie realizacji i rozliczania świadczeń udzielonych w ramach pakietu²⁷.

Opis stanu faktycznego

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

(Dowód: akta kontroli 1289-1319, 1380-1407, 1583-1600)

²³ Jednocześnie w komunikacie został udostępniony komplet instrukcji. Dokumentacje oraz ich aktualizacje zostały również udostępnione bezpośrednio w aplikacji AP-DiLO w części dokumenty.

²⁴ Zagadnienie szerzej opisane w pkt 3.1 Monitorowanie i ewaluacja wdrażania pakietu onkologicznego przez Centralę NFZ.

²⁵ Koszt został wyliczony na podstawie szacunkowych stawek przyjętych w umowie z dostawcami oprogramowania dla NFZ. W ramach kosztów uwzględnione zostały wyłącznie koszty dostosowań, napraw, nadzorów i konsultacji związanych z oprogramowaniem dedykowanym.

²⁶ Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ nr 14/2013/DSOZ 21 marca 2013 r. oraz nr 16/2015/DI Prezesa NFZ z 31 marca 2015 r. zmieniającymi zarządzenie w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych.

²⁷ Analiza finansowa była możliwa po wygenerowaniu danych z obu systemów i ich powiązaniu.

2. Kontraktowanie i zabezpieczenie dostępu do świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego

2.1. Kontraktowanie i kompleksowość świadczeń

Opis stanu faktycznego

Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁸ wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy, na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r., z wyjątkiem umów zawartych w zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego.

Uwagi dotyczące badanej działalności

W związku podpisaniem w dopiero w grudniu 2014 r. zarządzeń wprowadzających pakiet onkologiczny, OW NFZ miały bardzo krótki czas na przeprowadzenie procesu zawierania umów w tym zakresie. Aneksy ze świadczeniodawcami podpisywano w styczniu 2015 r. a weryfikacja świadczeniodawców następowała dopiero po podpisaniu aneksów do umów, co niosło za sobą ryzyko zawarcia umów z podmiotami niespełniającymi warunków ich realizacji²⁹.

Centrala NFZ nie przeprowadzała analiz czy świadczeniodawcy, z którymi zostały podpisane umowy na produkty onkologiczne spełniali przed podpisaniem umów warunki do ich zawarcia a także, czy zawarcie umów po dacie rozpoczęcia realizacji pakietu onkologicznego wpłynęło na udzielanie świadczeń w ramach pakietu od 1 stycznia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 742-748, 1526-1541)

Opis stanu faktycznego

Liczba świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na realizację pakietu w I kw. 2015 r., w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, wyniosła 1 935, natomiast w rzeczywistości udzielało świadczeń 301. W leczeniu szpitalnym umowy zawarło 129 podmiotów, przy czym realizowało je tylko 64. Natomiast liczba podmiotów udzielających świadczeń w ramach pakietu zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i leczeniu szpitalnym wyniosła 439, a w rzeczywistości udzielało świadczeń 299.

W latach 2015-2016 (I półrocze) malała liczba podmiotów posiadających podpisane umowy z NFZ na realizację pakietu onkologicznego. Na koniec II kw. 2016 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej liczba podmiotów, które zawarły umowy zmniejszyła się o 9,92%, tj. do 1 743 świadczeniodawców, a faktycznie udzielających świadczeń zmniejszyła się o 35,5%, tj. do 194. W leczeniu szpitalnym liczba świadczeniodawców zmniejszyła się o 15,50%, tj. do 109, natomiast liczba faktycznie udzielających świadczeń zwiększyła się o 4,69% tj. do 67. Liczba podmiotów udzielających świadczeń w ramach pakietu zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i leczeniu szpitalnym, zmniejszyła się o 6,15%, tj. do 412 (faktycznie udzielających świadczeń o 5,69%, tj. do 282).

Jak wyjaśniono, zmniejszenie liczby aktywnych świadczeniodawców wynikało z wyłączenia drobniejszych świadczeniodawców na rzecz większych, aktywnie realizujących pakiet. Wpływ na zmniejszenia miały również wprowadzone reguły weryfikacji, tzn. sprawdzenie daty wykonania świadczenia i daty założenia karty DILO. Natomiast według świadczeniodawców, przeszkodą okazał się system do wydawania kart DILO, który wymaga systematyczności oraz terminowego wprowadzania dat realizacji świadczeń. Ponadto, świadczeniodawcy wskazywali na trudności w jego obsłudze.

Spośród 1 743 świadczeniodawców, którzy podpisali umowy o udzielanie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej³⁰, jedynie 194 aktywnie udzielało świadczeń w ramach pakietu (11,13%), zaś w ramach własnej działalności dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych zapewniało jedynie 33 świadczeniodawców (1,89%). W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń tylko w leczeniu szpitalnym spośród 109

²⁸ Dz. U z 2014 r. poz. 1138, ze zm.

²⁹ Wyniki audytów wewnętrznych przeprowadzanych w OW NFZ szerzej pkt 3.2 Nadzór i kontrola nad wdrażaniem pakietu onkologicznego przez Centralę NFZ.

³⁰ Według stanu na koniec II kwartału 2016 r.

świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w ramach pakietu, aktywnie udzielało ich jedynie 67 (61,47%), zaś tylko 30 (27,52%) zapewniało dostęp do wyżej wskazanych badań we własnym zakresie. W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym spośród 412 świadczeniodawców, którzy zawarli umowy w ramach pakietu w ww. zakresie, aktywnie udzielało ich jedynie 282 (68,45%), zaś 92 (22,33%) zapewniało dostęp do wyżej wskazanych badań we własnym zakresie.

Spośród 114 świadczeniodawców, którzy podpisali umowy na realizację świadczeń w leczeniu szpitalnym o realizację pakietu onkologicznego, 61 świadczeniodawców (tj. 53,51%) nie posiadało zakładu patomorfologii, zaś spośród 431 posiadających umowy na realizację świadczeń w ramach pakietu zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jak i leczeniu szpitalnym - 191 (tj. 55,68%).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na niski odsetek świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach pakietu w stosunku do liczby podmiotów udzielających świadczeń w ramach umów limitowych. W odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wyniósł od 11,51% w I kw. 2015 do 7,49% w II kw. 2016 r. W przypadku leczenia szpitalnego stanowił w tym okresie od 32,82% do 35,08%. Natomiast w przypadku podmiotów udzielających świadczeń w ramach pakietu zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i leczeniu szpitalnym stanowił w tym okresie od 50,17% do 46,92%³¹.

Ponadto znaczny odsetek świadczeniodawców, chociaż zawarł kontrakty na realizację pakietu, nie wykonywał świadczeń w tym zakresie. Ponadto, w kontrolowanym okresie, dostęp do świadczeń udzielanych w ramach pakietu ulegał systematycznemu pogorszeniu – malała liczba podmiotów realizujących umowy z NFZ, w szczególności w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Skutkowało to udzielaniem świadczeń pacjentom z rozpoznaniem kwalifikującym do pakietu przede wszystkim na podstawie wcześniejszych zasad, tj. umów określających limity wykonywanych usług medycznych.

NIK wskazuje również na znaczne rozproszenie świadczeniodawców udzielających świadczeń onkologicznych oraz problemy z zapewnieniem przez nich kompleksowej diagnostyki i leczenia, co było jednym z celów pakietu. Znaczna część świadczeniodawców nie zapewniała bowiem kompleksowych świadczeń w ramach prowadzonej działalności własnej, w szczególności w zakresie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, czy badań endoskopowych.

Ponad połowa świadczeniodawców, realizujących umowy w ramach pakietu, nie posiadała zakładu patomorfologii w swojej strukturze, a w konsekwencji nie miała możliwości przeprowadzania śródoperacyjnego badania patomorfologicznego³². Dysponowanie przez podmioty lecznicze możliwością wykonywania takich badań mogłoby doprowadzić do poprawy jakości udzielanych świadczeń i miałoby pozytywny wpływ na skuteczność leczenia.

(Dowód: akta kontroli str. 857-858, 1416-1417, 1482-1483)

Odsetek pacjentów, którzy zmarli w ciągu 30 dni od daty wykonania zabiegu operacyjnego³³ w zależności od liczby przeprowadzanych operacji w danym podmiocie leczniczym przedstawiono w poniższej tabeli:

³¹ Liczba świadczeniodawców w AOS w umowach limitowych w I kw. 2015 r. wynosiła 2 615, a w II kw. 2016 r. 2 589, w przypadku SZP w I kw. 2015 r. wynosiła 195, w II kw. 2016 r. wynosiła 191, natomiast w przypadku podmiotów udzielających świadczeń w ramach pakietu zarówno w AOS, jak i SZP liczba świadczeniodawców w umowach limitowych I kw. 2015 r. wynosiła 596, w II kw. 2016 r. wynosiła 601.

³² Dodatkowo część zakładów patomorfologii funkcjonująca przy pozostałych świadczeniodawcach wykonywała jedynie badania histopatologiczne bez badań immunohistochemicznych lub molekularnych.

³³ W analizie wzięto pod uwagę zabiegi operacyjne sprawozdane do NFZ w 2015 r. z kodem produktu 5.51.01 (wszystkie rozszerzenia).

Liczba wykonywanych zabiegów	Odsetek zmarłych pacjentów wg wieku					
	50-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80
1. Nowotwory złośliwe piersi (C50, D05)	9 504 pacjentów					
do 60	1,60	1,39	1,07	1,72	1,08	0,90
61-149	1,37	0,86	1,23	1,00	1,56	1,63
150-249	0,61	0,00	0,00	1,34	0,47	-
powyżej 250	0,00	1,49	0,88	1,12	-	-
2. Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela, płuca (C33, C34)	5 481 pacjentów					
do 60	15,18	14,19	19,52	21,11	17,71	21,75
61-149	9,84	17,98	13,25	13,77	17,92	18,48
150-249	-	-	9,88	6,55	-	-
powyżej 250	-	-	-	-	-	-
3. Nowotwory złośliwe dolnego odcinka układu pokarmowego (C18, C19, C20, C21)	8 205 pacjentów					
do 60	4,68	3,71	4,77	5,14	7,59	7,53
61-149	-	2,01	2,63	3,04	3,95	3,08
150-249	-	-	-	-	-	-
powyżej 250	-	-	-	-	-	-
4. Wszystkie nowotwory – rozpoznanie C wg klasyfikacji ICD 10	60 878 pacjentów					
do 60	3,97	4,03	4,89	5,74	6,67	7,01
61-149	7,21	7,76	7,23	7,49	10,53	11,06
150-249	3,79	6,33	9,03	7,32	7,10	6,79
powyżej 250	3,34	4,16	4,75	6,38	5,22	5,93

Odsetek zgonów, jakie miały miejsce w ciągu 30 dni od daty wykonania zabiegu, może wskazywać, że ich jakość, w przypadku wybranych typów nowotworów (poz. 1-3 w tabeli powyżej) była skorelowana z łączną liczbą zabiegów wykonywanych przez podmiot leczniczy. Wyżej opisana prawidłowość nie dotyczy „wszystkich typów nowotworów” (poz. 4 w tabeli powyżej), na co wskazuje wyższa śmiertelność pooperacyjna w podmiotach wykonujących od 61 do 149 operacji niż w przypadku świadczeniodawców wykonujących do 60 operacji rocznie.

(dowód: akta kontroli str. 288-290, 738-739)

2.2. Koszty leczenia onkologicznego³⁴ oraz realizacji pakietu onkologicznego

2.2.1 Koszty leczenia onkologicznego

Opis stanu faktycznego

Na leczenie onkologiczne w 2015 r. wydatkowano środki w wysokości 7 588 526,12 tys. zł, tj. o 239 496,98 tys. zł więcej niż w 2014 r. (7 349 029,14 tys. zł), a do 31 sierpnia 2016 r. wydatkowano 4 975 541,44 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe³⁵ w 2015 r. wydatkowano 6 010 156,97 tys. zł, tj. o 215 544,14 tys. zł więcej niż w 2014 r. (5 794 612,84 tys. zł), a do 31 sierpnia 2016 r. wydatkowano 3 824 181,53 tys. zł.

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że wprowadzenie pakietu onkologicznego i zniesienie limitów na te świadczenia nie doprowadziło do istotnego zwiększenia nakładów na leczenie onkologiczne. W 2015 r. były one jedynie o 3,26% wyższe niż w roku poprzednim, w tym środki obejmujące rozpoznania pakietowe były wyższe jedynie o 3,72% i, co należy podkreślić, nastąpiło to przy dynamice wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem w wysokości dwukrotnie wyższej, tj. 6,97%³⁶.

(Dowód: akta kontroli str. 75-134, 1617-1638)

³⁴ Wg stanu na 29 grudnia 2016 r. świadczenia udzielone o symbolach klasyfikacji ICD-10: C00-D48 w rodzaju AOS, SZP, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe, świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie. Dodatkowo ujęto koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu.

³⁵ Dotyczy rozpoznania o symbolach klasyfikacji ICD-10: C00 - C97, z wyłączeniem C44, D00 - D09 z wyłączeniem D04, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0.

³⁶ Poniesione przez NFZ w 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67 751 200,67 tys. zł, a w 2014 r. 63 338 421,40 tys. zł.

Opis stanu
faktycznego

2.2.2 Koszty diagnostyki i leczenia w ramach pakietu onkologicznego

W podstawowej opiece zdrowotnej w związku z udzielonymi poradami związanymi z wydaniem kart DiLO w 2015 r. poniesiono koszt 2 153,26 tys. zł, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 1 220,44 tys. zł.

(Dowód: akta kontroli str. 1617-1638)

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁷ na leczenie onkologiczne wydatkowano w 2015 r. 634 013,02 tys. zł, co stanowiło 11,27% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem³⁸, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 416 808,56 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe w rodzaju AOS w 2015 r. wydatkowano 341 008,74 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 223 345,98 tys. zł), co stanowiło 5,67% (do 31 sierpnia 2016 r. 5,84%) środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej³⁹.

Wartość świadczeń wykonanych w ramach pakietu onkologicznego w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna rozliczonych w ramach zakresów pakietowych w 2015 r. wyniosła 42 819,15 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 35 821,29 tys. zł). W ramach zakresów pakietowych rozliczono z kodami ICD pozapakietowymi⁴⁰ środki w wysokości w 2015 r. 5 695,11 tys. zł (tj. 13,30% środków wydatkowanych w zakresach onkologicznych) a do 31 sierpnia 2016 r. środki w wysokości 4 472,93 tys. zł (tj. 12,49% środków wydatkowanych w zakresach onkologicznych).

Wartość świadczeń udzielonych pacjentom z rozpoznaniem ICD 10, kwalifikującym do pakietu onkologicznego⁴¹ w zakresach pakietowych AOS w 2015 r. stanowiła 10,89%, a w 2016 r. do 31 sierpnia 14,04%, wartości wszystkich świadczeń udzielonych tym pacjentom w AOS⁴².

W ramach leczenia szpitalnego⁴³ na leczenie onkologiczne wydatkowano w 2015 r. 6 299 622,85 tys. zł, co stanowiło 18,97% środków wykonanych w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem⁴⁴, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 4 130 402,25 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe w lecznictwie szpitalnym w 2015 r. wydatkowano 5 189 800,54 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 3 279 226,52 tys. zł), co stanowiło 86,35% (do 31 sierpnia 2016 r. 85,75%) środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁵.

Wartość świadczeń rozliczonych w ramach zakresów pakietowych w rodzaju leczenie szpitalne w 2015 r. wyniosła 1 314 017,90 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 951 835,75 tys. zł) i stanowiła 25,32% (w 2016 r. 29,03%) wartości świadczeń wykonanych w leczeniu

³⁷ Obejmujące typy umów 02/1 AOS - świadczenia w poradniach, 02/3 AOS - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, 02/4 AOS - w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS).

³⁸ Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w rodzaju AOS wyniosło 5 628 130,00 tys. zł.

³⁹ W 2014 r. na leczenie onkologiczne w AOS wydatkowano 568 191 tys. zł z tego na rozpoznania onkologiczne 300 055 tys. zł, tj. 5,18% środków wydatkowanych na rozpoznania onkologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴⁰ Tj. z rozpoznaniem spoza listy kodów ICD 10: C00 - C97, z wyłączeniem C44, D00 -D09 z wyłączeniem D04, D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0.

⁴¹ Tj. z rozpoznaniem z listy kodów ICD 10: C00 - C97, z wyłączeniem C44, D00 -D09 z wyłączeniem D04, D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0.

⁴² Środki w zakresach pakietowych zostały wydatkowane w ramach umowy 02/1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia w poradniach i w 2015 r. stanowiły 19,11% wydatkowanych na rozpoznania pakietowe w ramach tego typu umowy (tj. 194 218,34 tys. zł), a do 31 sierpnia 2016 r. 23,84% (tj. 131 510,85 tys. zł).

⁴³ Obejmujące typy umów 03/1 leczenie szpitalne - oddziały szpitalne, 03/2 leczenie szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe), 03/3 leczenie szpitalne - chemioterapia, 03/4 leczenie szpitalne - teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, 03/5 leczenie szpitalne - programy zdrowotne (lekowe), 03/6 leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne.

⁴⁴ Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w rodzaju SZP wyniosło 33 201 966,96 tys. zł.

⁴⁵ W 2014 r. na leczenie onkologiczne w SZP wydatkowano 6 142 575,63 tys. zł, z tego na rozpoznania onkologiczne 5 029 992,62 tys. zł, tj. 86,80% środków wydatkowanych na rozpoznania onkologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

szpitalnym, obejmujących wszystkie rozliczone świadczenia dla rozpoznanych o kodach ICD 10 formalnie kwalifikujących się do pakietu onkologicznego⁴⁶.

NIK zauważa, że wartość świadczeń wykonanych w ramach pakietu onkologicznego w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz leczenie szpitalne wyniosła jedynie 22,52% w 2015 r. oraz 25,74% do 31 sierpnia 2016 r. wartości świadczeń wykonanych obejmujących wszystkie rozliczone świadczenia dla rozpoznanych o kodach ICD 10 formalnie kwalifikujących się do pakietu onkologicznego w tych rodzajach świadczeń. Z tego blisko 90% wartości świadczeń udzielanych w 2015 r. w AOS zostało rozliczonych w ramach umów objętych limitami, zaś jedynie ok 10% w ramach pakietu, a w przypadku województwa podkarpackiego nawet poniżej 5%⁴⁷. W okresie od stycznia do sierpnia 2016 r. wartość świadczeń rozliczanych w ramach pakietu w AOS nie zmieniła się znacznie i wyniosła niecałe 15%.

Jak wyjaśniono niska wartość świadczeń realizowanych w ramach pakietu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna była związana z tym, że świadczenia realizowane w ramach pakietu onkologicznego są wykonywane na rzecz pacjentów posiadających już kartę DiLO, a lekarz AOS uprawniony jest do wystawienia karty DiLO dopiero po potwierdzeniu nowotworu złośliwego, a w przypadku wykluczenia nowotworu diagnostyka jest sprawozdawana i rozliczana w ramach umów limitowych. Odnosnie leczenia szpitalnego jako przyczyny niskiej wartości świadczeń wymieniono m.in. niespełnianie przez świadczeniodawców warunków do realizacji kompleksowej opieki onkologicznej w ramach pakietu, wykluczenie nowotworu (wówczas rozliczenie następuje w ramach limitów) oraz nieprzestrzeganie terminów wyznaczonych na wykonanie świadczenia leczenia onkologicznego.

(Dowód: akta kontroli str. 732-737, 1043-1047, 1052-1053, 1617-1638)

W 2015 r. i I poł. 2016 r. w ramach diagnostyki wstępnej w terminie zostało zrealizowanych 26 246 świadczeń na kwotę 12 165,14 tys. zł (w 2015 r. 17 254 na kwotę 7 903,68 tys. zł i w I poł. 2016 r. 8 992 na kwotę 4 261,46 tys. zł), a w ramach diagnostyki pogłębionej 50 343 świadczenia na kwotę 45 589,95 tys. zł (w 2015 r. 34 144 na kwotę 30 060,20 tys. zł i w I poł. 2016 r. 16 199 na kwotę 15 529,75 tys. zł).

Ponadto 1 795 świadczeń w ramach diagnostyki wstępnej o wartości 761,18 tys. zł (co stanowiło 5,48% ogólnej liczby świadczeń w diagnostyce wstępnej) oraz 6 426 świadczeń w diagnostyce pogłębionej o wartości 6 692,6 tys. zł (co stanowiło 10,31% ogólnej liczby świadczeń w diagnostyce pogłębianej) nie zostało rozliczonych.

Jak wyjaśniono, w przypadku pacjentów onkologicznych występuje wiele sytuacji zdrowotnych, które mogą być powodem przesunięcia terminu postawienia ostatecznego rozpoznania, m.in. przyczyny zależne od pacjenta np. niezgłoszenie się chorego w wyznaczonym terminie, czy zależne od procesu terapeutycznego: długi czas oczekiwania na ocenę histopatologiczną pobranego materiału biologicznego lub konieczność rozszerzenia badań diagnostycznych.

Zgodnie z § 15 ust. 11 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ świadczeniodawca udzielający świadczeń diagnostyki onkologicznej, obowiązany był wykonać świadczenia w ramach pakietu w określonych terminach⁴⁸, a w przypadku, gdy diagnostyka onkologiczna nie została zrealizowana w tych terminach, to zgodnie z § 15 ust. 14 ww. zarządzenia, poziom finansowania diagnostyki onkologicznej wykonanej z opóźnieniem był korygowany do poziomu 70% wartości wykonanych świadczeń.

⁴⁶ Środki w zakresach pakietowych zostały wydatkowane w ramach umów: 03/1 SZP - oddziały szpitalne w 2015 r. w kwocie 668 246,78 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 503 067,05 tys. zł), co stanowiło 34,92% (w 2016 r. 40,11%) środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe 1 913 456,07 tys. zł (w 2016 r. 1 254 171,51 tys. zł) oraz 03/4 SZP - teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa w 2015 r. w kwocie 645 771,12 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 448 768,70 tys. zł), co stanowiło 72,75% (w 2016 r. 79,36%) kwoty 887 696,41 tys. zł (w 2016 r. 565 449,27 tys. zł) - środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe.

⁴⁷ Najniższy procent wartości świadczeń rozliczanych w ramach pakietu wyniósł w województwach: podkarpackim w 2015 r. 4,74%, a do 31 sierpnia 2016 r. 6,20%; świętokrzyskim odpowiednio 6,26% i 8,16%; a najwyższy w wielkopolskim 14,14% i 16,35% oraz opolskim 18,71% i 25,85%.

⁴⁸ 35 dni - w przypadku wykonywania wstępnej diagnostyki onkologicznej z zastrzeżeniami oraz 28 dni w przypadku wykonywania pogłębionej diagnostyki onkologicznej, także z zastrzeżeniami.

W latach 2015 – I poł. 2016 r., w związku z przekroczeniem terminów określonych w ww. zarządzeniu, sfinansowano na poziomie 70% wartości w ramach diagnostyki wstępnej 4 684 świadczeń o wartości 1 596,97 tys. zł (tj. 14,31% ogólnej liczby świadczeń sprawozdanych w diagnostyce wstępnej), a w ramach diagnostyki pogłębionej 5 551 świadczenia o wartości 2 773,92 tys. zł (tj. 8,91% ogólnej liczby świadczeń sprawozdanych w diagnostyce pogłębionej).

Ustalone
nieprawidłowości

NIK negatywnie ocenia rozliczenie 14 świadczeń w kwocie 8 631,77 zł w pełnej wartości, mimo przekroczenia terminu określonego w zarządzeniu Prezesa Nr 79/2014/DSOZ z 5 grudnia 2014 r. W przypadku, gdy diagnostyka onkologiczna nie została zrealizowana w terminach określonych w ww. zarządzeniu, poziom finansowania diagnostyki onkologicznej wykonanej z opóźnieniem ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości wynikającej z zarządzenia.

Ponadto, NIK jako nieprawidłowość uznaje sfinansowanie w ramach pakietu, na podstawie umów o leczenie szpitalne (oddziały szpitalne) w okresie styczeń – październik 2015 r. świadczeń z rozpoznaniem: D33.0 – D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0 w łącznej kwocie 11 232 zł. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego możliwość finansowania ww. rozpoznań wprowadzono dopiero od 1 listopada 2015 r.

Jak wyjaśniono analiza poprawności rozliczenia ww. świadczeń będzie wykonana przez oddziały wojewódzkie NFZ, które rozliczyły te świadczenia.

(Dowód: akta kontroli str. 525-527, 732-737, 1408-1411, 1550-1554, 1560)

2.2.3 Koszty leczenia onkologicznego w pozostałych rodzajach świadczeń

Opis stanu
faktycznego

W rehabilitacji leczniczej na leczenie onkologiczne wydatkowano w 2015 r. 15 862,18 tys. zł, co stanowiło zaledwie 0,72% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁹, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 9 922,62 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe w tym rodzaju świadczeń w 2015 r. wydatkowano 14 930,81 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 9 344,22 tys. zł), co stanowiło 0,25% (do 31 sierpnia 2016 r. 0,24%) środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁰.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na niewielkie środki przeznaczone na rehabilitację leczniczą pacjentów onkologicznych, której celem było m.in. utrwalenie pozytywnych skutków leczenia uzyskanych często dużym nakładem kosztów.

Jak wyjaśniono, nowe regulacje dotyczące szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego ustawodawca wprowadził jedynie w ramach świadczeń w rodzaju POZ, AOS i leczenie szpitalne. Co prawda w leczeniu szpitalnym postawiono wymóg zapewnienia udokumentowanego udziału fizjoterapeuty w zespole prowadzącym leczenie, ale zasady realizacji rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych nie zostały zmienione. Oznacza to, iż ta forma leczenia odbywa się zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

⁴⁹ Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w rehabilitacji leczniczej wyniosło 2 203 034,31 tys. zł. Do celów analitycznych na potrzeby niniejszej kontroli NIK przyjęto w NFZ dane sprawozdawcze obejmujące wyłącznie rozpoznania chorób onkologicznych wg ICD-10 z grupy C i D, jednolicie dla wszystkich rodzajów świadczeń objętych kontrolą. Ww. dane mogą nie obejmować wszystkich informacji o udzielonych świadczeniach na rzecz pacjentów, u których rozpoznano nowotwór. Rehabilitacja lecznicza obejmuje leczenie następstw chorób onkologicznych objawiających się różnymi dysfunkcjami lub upośledzeniami narządu ruchu, narządów zmysłów itp. W związku z powyższym w sprawozdawczości świadczeniodawcy realizujący rehabilitację leczniczą mogą posługiwać się innymi niż onkologiczne kodami ICD-10 np. G81 Porażenia połowicze - jako następstwo nowotworu mózgu, 189.0 Obrzęk chłonny niesklasyfikowany gdzie indziej - jako powikłanie po leczeniu raka sutka, czy rozpoznania z grupy T określające inne następstwa lub powikłania opieki medycznej. Ponadto w wielu schorzeniach czynny proces nowotworowy jest przeciwwskazaniem do szybkiego i wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji i w takim przypadku jest ona realizowana w odległym czasie.

⁵⁰ W 2014 r. na leczenie onkologiczne wydatkowano 15 390,04 tys. zł z tego na rozpoznania onkologiczne 14 587,14 tj. 0,25% środków wydatkowanych na rozpoznania onkologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej⁵¹ i jest finansowana w ramach umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie ma wyodrębnionej kwoty na świadczenia dla pacjentów onkologicznych. Biorąc powyższe pod uwagę oraz brak wydzielonych świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji dla pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym, należy podkreślić, że środki finansowe przeznaczone na rehabilitację onkologiczną stanowią jedynie ułamek wszystkich rozliczonych świadczeń dla takich pacjentów we wszystkich zakresach rehabilitacji. Ich wielkość zależy przede wszystkim od liczby chorych onkologicznych skierowanych na leczenie rehabilitacyjne oraz zakresu udzielonych im świadczeń.

(Dowód: akta kontroli, str. 1412-1449, 1367-1378, 1617-1638)

Opis stanu
faktycznego

Na profilaktykę onkologiczną⁵² w 2015 r. wydatkowano kwotę 122 186,34 tys. zł, co stanowiło 73,86% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem⁵³, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 68 578,16 tys. zł. W 2014 r. wydatkowano 127 440,73 tys. zł, tj. o 4,12% więcej niż w 2015 r.

W rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na leczenie onkologiczne wydatkowano w 2015 r. 7 029,79 tys. zł, co stanowiło zaledwie 0,59% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem⁵⁴, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 4 747,95 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe w tym rodzaju świadczeń w 2015 r. wydatkowano 5 578,58 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 3 676,38 tys. zł), co stanowiło 0,09% (do 31 sierpnia 2016 r. 0,10%) środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁵.

W rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna na leczenie onkologiczne wydatkowano w 2015 r. 321 610,02 tys. zł, co stanowiło 77,61% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁶, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 216 399,83 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe w tym rodzaju świadczeń w 2015 r. wydatkowano 297 573,43 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 199 289,20 tys. zł), co stanowiło 4,95% (do 31 sierpnia 2016 r. 5,21%) środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁷.

W leczeniu stomatologicznym na leczenie onkologiczne wydatkowano w 2015 r. 568,37 tys. zł, co stanowiło 0,03% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem⁵⁸, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 371,14 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe w tym rodzaju świadczeń w 2015 r. wydatkowano 409,59 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 274,50 tys. zł), co stanowiło 0,01% środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁹.

⁵¹ DZ. U. poz. 1522, ze zm.

⁵² Na pełną wartość wykonanych świadczeń składa się realizacja wszystkich etapów 1) programu profilaktyki raka szyjki macicy, 2) programu profilaktyki raka piersi, tj.: 1) etap podstawowy - pobranie materiału do badania (finansowane w AOS - w POZ), etap diagnostyczny - ocena preparatu oraz etap pogłębionej diagnostyki, 2) etap podstawowy - badania w pracowni mobilnej lub stacjonarnej oraz etap pogłębionej diagnostyki.

⁵³ Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu wyniosło 165 430,08 tys. zł.

⁵⁴ Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wyniosło 1 183 132,99 tys. zł.

⁵⁵ W 2014 r. na leczenie onkologiczne wydatkowano 7 273,72 tys. zł, z tego na rozpoznania onkologiczne 5 874 tys. zł, tj. 0,10% środków wydatkowanych na rozpoznania onkologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

⁵⁶ Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wyniosło 414 417,29 tys. zł.

⁵⁷ W 2014 r. na leczenie onkologiczne wydatkowano 299 287,76 tys. zł z tego na rozpoznania onkologiczne 278 245,98 tj. 4,80% środków wydatkowanych na rozpoznania onkologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

⁵⁸ Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w leczeniu stomatologicznym wyniosło 1 744 644,66 tys. zł.

⁵⁹ W 2014 r. na leczenie onkologiczne wydatkowano 15 390,04 tys. zł z tego na rozpoznania onkologiczne 14 587 tj. 0,25% środków wydatkowanych na rozpoznania onkologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

W rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie na leczenie onkologiczne wydatkowano w 2015 r. 187 633,55 tys. zł, co stanowiło 10,29% środków w tym rodzaju kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem⁶⁰, a do 31 sierpnia 2016 r. kwotę 128 310,93 tys. zł. Na rozpoznania pakietowe w tym rodzaju świadczeń w 2015 r. wydatkowano 160 855,29 tys. zł (do 31 sierpnia 2016 r. 109 024,73 tys. zł), co stanowiło 2,68% (do 31 sierpnia 2016 r. 2,85%) środków wydatkowanych na rozpoznania pakietowe we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej⁶¹.

(dowód: akta kontroli str. 1617-1638)

2.3. Dostęp do świadczeń onkologicznych. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach pakietu onkologicznego.

Opis stanu faktycznego

W 2015 r., spośród 105 933 pacjentów nierozliczonych w pakiecie, pomimo, że z uwagi na rozpoznanie kwalifikowali się do uzyskania świadczeń w leczeniu szpitalnym w ramach pakietu onkologicznego⁶², 51 777 nie posiadało Karty DiLO. Podobna sytuacja wystąpiła w 2016 r. (według stanu na dzień 31 maja), gdzie takich pacjentów było 44 282, z tego 21 660 nie posiadało Karty DiLO⁶³.

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK wskazuje na dużą liczbę świadczeniobiorców wykazaną przez Ministra Zdrowia kwalifikujących się do pakietu onkologicznego, którzy uzyskali świadczenia szpitalne i nie zostali rozliczeni w ramach pakietu w 2015 r. oraz do 31 maja 2016 r., przy czym należy podkreślić, że ponad połowa z tych pacjentów miała wystawioną kartę DiLO.

(Dowód: akta kontroli str.1583-1600)

Opis stanu faktycznego

Na koniec I półrocza 2016 r. liczba osób wpisanych na listy oczekujących na świadczenia udzielane w ramach pakietu wynosiła 3 368⁶⁴. Najwięcej osób, w skali kraju, oczekiwało na etap 6 – dalsze leczenie onkologiczne (897 osób), natomiast najmniej na etap 4, tj. na zabieg diagnostyczno-leczniczy po diagnostyce wstępnej lub po diagnostyce wykonanej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (dwie osoby). Osoby skreślone z listy oczekujących oczekiwały najdłużej na etap 6, tj. na dalsze leczenie onkologiczne (13 dni), natomiast najkrócej na etap 3 – konsylium (4 dni).

Najwięcej założonych list oczekujących z wpisanymi na nie pacjentami odnotowano w poradniach: chirurgii ogólnej (8%), urologicznych (7%), onkologicznych (7%), gastroenterologicznych (7%) oraz w oddziałach chirurgicznych ogólnych (7%), a wśród najczęściej występujących rozpoznań, według ICD10, wpisywanych na listy oczekujących były: nowotwór złośliwy gruczołu krokowego - C61 (10%), sutek, nieokreślony - C50.9 (9%), nowotwór złośliwy tarczycy - C73 (7%), nowotwór złośliwy sutka - C50 (5%), nowotwór złośliwy odbyticy - C20 (4%).

Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych pacjentów z chorobami nowotworowymi objętymi pakietem onkologicznym skrócił się w 2015 r., w porównaniu do 2014 r. Ponadto, w okresie objętym kontrolą (w latach 2015-2016 I półrocze), był on krótszy, niż czas oczekiwania pozostałych pacjentów uzyskujących świadczenia w trybie planowym, w analogicznych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców. Dotyczyło to wszystkich analizowanych komórek organizacyjnych: 33 poradni i pracowni oraz 25 oddziałów

⁶⁰ Wykonanie planu finansowego NFZ na koniec 2015 r. w rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie wyniosło 1 822 714,39 tys. zł.

⁶¹ W 2014 r. na leczenie onkologiczne wydatkowano 188 301,68 tys. zł z tego na rozpoznania onkologiczne 165 432,21 tj. 2,85% środków wydatkowanych na rozpoznania onkologiczne we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

⁶² 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. Zastrzeżono, że liczba pacjentów rozliczonych i nierozliczonych nie jest addytywna.

⁶³ Dane uzyskane od Ministra Zdrowia w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r., poz. 677).

⁶⁴ Stan na koniec I kw. 2015 r. - 2 093 osób, a na koniec IV kw. 2015 r. 3 137 osób na podstawie informacji przekazywanych przez świadczeniodawców za pośrednictwem udostępnionej aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

szpitalnych, przy czym w przypadku 15 poradni i pracowni (45,45%) oraz sześciu oddziałów (24%) świadczeń w ramach pakietu udzielano na bieżąco, podczas gdy w przypadku pozostałych pacjentów tych komórek organizacyjnych czas oczekiwania wynosił: od 7 dni (poradnia medycyny nuklearnej w I kw. 2016 r.) do 169 dni (poradnia endokrynologiczna dla dzieci w IV kw. 2015 r.), od 2 dni (oddziały onkologii i hematologii dziecięcej w I kw. 2016 r.) do 176 dni (oddziały audiologii i foniatrii w II kw. 2016 r.).

Wydłużony czas oczekiwania pacjentów pakietowych wykazano jedynie w przypadku poradni okulistycznych, gdzie na poszczególnych etapach w II kw. 2015 r. wykazano 14 dni i 60 dni oraz oddziałów medycyny nuklearnej, gdzie w IV kw. 2015 r. wykazano średni czas oczekiwania 108 dni, a w I kw. 2016 r. - 123 dni⁶⁵.

W ocenie NIK niecelowe było obarczenie świadczeniodawców kolejnym obowiązkiem sprawozdawczym⁶⁶, ponieważ na podstawie danych gromadzonych w aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) nie można dokonać weryfikacji czasu oczekiwania na poszczególne etapy szybkiej ścieżki onkologicznej, gdyż na listach nie jest odnotowywany każdy etap postępowania diagnostycznego lub leczniczego, a tylko te, na które dany pacjent musiał czekać. Przekazywane przez świadczeniodawców informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia mają w praktyce niski walor dla pacjentów z wystawioną Kartą DiLO, bowiem i tak większość pacjentów jest kierowana do wskazanych miejsc udzielenia świadczenia, a nie wybierają go sami w oparciu o informacje o czasach oczekiwania. Weryfikacji w powyższych zakresach można dokonać w oparciu o dane pochodzące z kart DiLO, na których ww. informacje są gromadzone.

Fundusz już 28 sierpnia 2015 r., w trakcie procedowania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, wnosił o wykreślenie ww. obowiązku sprawozdawczego. W projekcie ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach⁶⁷ jest przewidziana zmiana odnośnie ww. przepisów, zgodnie z którą świadczeniodawcy nie będą przekazywali informacji z zakresu list oczekujących za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE).

(Dowód: akta kontroli str. 291-337, 1367-1378)

Opis stanu
faktycznego

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

W ramach rehabilitacji leczniczej w I kw. 2015 r. udzielono świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej 6 009 pacjentom z rozpoznaniem wg ICD-10 oznaczonych symbolami C00-C97 i D00-D48, a w IV kw. 2015 r. - 5 207 pacjentom. W pozostałych zakresach w ramach rehabilitacji leczniczej liczba pacjentów, odpowiednio w I i IV kwartale 2015 r., wynosiła: fizjoterapia domowa - 8 i 13, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna - 4 674 i 4 210, rehabilitacja neurologiczna - 224 i 252, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy - 3 i 0, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym - 18 i 17, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym - 1 822

⁶⁵ Było to związane z czasem oczekiwania czterech osób, tj. każda wartość czasu oczekiwania na dany etap w danej komórce organizacyjnej odnosiła się do oczekiwania jednej osoby.

⁶⁶ Zgodnie z częścią III załącznika nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.) listy oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej świadczeniodawcy mają obowiązek prowadzić w udostępnionej przez NFZ aplikacji od stycznia 2015 r.

⁶⁷ Projekt ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (nr w wykazie prac Rządu – UA22) skierowany do Sejmu RP w dniu 23 listopada 2016 r.

i 1 758, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych - 241 i 276, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku - 1 i 0, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych - 45 i 65.

W związku brakiem dedykowanego świadczenia kontraktowanego oraz komórki organizacyjnej dla tzw. rehabilitacji onkologicznej, pacjenci onkologiczni oczekują wraz z pozostałymi pacjentami na udzielenie świadczeń do poszczególnych komórek organizacyjnych⁶⁸.

Jak wyjaśniono zapisy na rehabilitację prowadzone są w oparciu o art. 20 ustawy o świadczeniach i istotne jest spełnienie wskazań do przyjęcia pacjenta w trybie pilnym lub stabilnym. W przypadku istotnych wskazań medycznych do udzielenia świadczenia w trybie pilnym, należy przyjąć pacjenta w terminie odpowiednim dla zaawansowania choroby. Ważną rolę w tym zakresie odgrywa środowisko medyczne, które powinno określić standardy postępowania i wytyczne odnośnie zasad zakwalifikowania i przyjęcia pacjenta onkologicznego do różnych form rehabilitacji (domowej, ambulatoryjnej czy stacjonarnej).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na długi czas oczekiwania pacjentów onkologicznych na świadczenia z zakresu rehabilitacji. Pacjenci, nawet zakwalifikowani jako przypadki pilne, musieli oczekiwać na świadczenia do niektórych komórek organizacyjnych. Jako przykład należy wymienić średni rzeczywisty czas oczekiwania na terenie kraju na koniec III kw. 2016 r. do Oddziału rehabilitacji narządu ruchu dla pacjentów „przypadek pilny” wyniósł 170 dni, a „stabilny” 833 dni. Oddziału rehabilitacyjnego odpowiednio 95 dni i 482 dni. Zespołu rehabilitacji domowej 47 dni i 141 dni. Ośrodka rehabilitacji dziennej 41 dni i 154 dni. Oddział rehabilitacji pulmonologicznej 38 dni i 187 dni. Działów (pracowni) fizjoterapii 36 dni i 113 dni, oraz do Oddziałów rehabilitacji neurologicznej 21 dni i 269 dni.

Ponadto, NIK zwraca uwagę na fragmentaryczność rozwiązań wprowadzających szybką ścieżkę onkologiczną. Niepowiązanie etapu diagnozowania i leczenia pacjentów w pakiecie z innymi szczeblami systemu, w tym m.in. z onkologiczną rehabilitacją leczniczą, której celem jest m.in. utrwalenie pozytywnych skutków leczenia uzyskanych często dużym nakładem kosztów, a na którą przeznaczane są niewielkie środki⁶⁹. Pacjenci z rozpoznaniem onkologicznym, nawet zakwalifikowani jako przypadki pilne, musieli oczekiwać w bardzo długich kolejkach na świadczenia rehabilitacji onkologicznej.

(Dowód: akta kontroli str. 1412-1449, 1367-1378)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Niewielka była również liczba pacjentów którzy uzyskali świadczenia w ramach pakietu onkologicznego. W podstawowej opiece zdrowotnej w 2015 r. udzielono świadczeń 319 474 pacjentom z rozpoznaniem onkologicznym⁷⁰ (w I poł. 2016 r. 207 218 pacjentom), w tym w ramach pakietu 11 658 pacjentom, co stanowiło 3,65% liczby wszystkich pacjentów mających udzielone świadczenia w POZ (w I poł. 2016 r. 5 137 pacjentom, tj. 2,48%). W ramach umów POZ 295 101 pacjentom, tj. 92,37% (w I poł. 2016 r. 197 679 pacjentom, tj. 95,40%), a 12 715 pacjentom, tj. 3,98% udzielono świadczeń zarówno w zakresie pakietu jak i poza nim (w I poł. 2016 r. 4 402 pacjentom, tj. 2,12%).

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2015 r. udzielono świadczeń 731 722 pacjentom z ww. rozpoznaniem onkologicznym (w I poł. 2016 r. 593 280 pacjentom). W tym, w ramach pakietu, 6 690 pacjentom, co stanowiło 0,91% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń w AOS (w I poł. 2016 r. 5 813 pacjentom, tj. 0,98%), w ramach umów objętych limitami 677 444 pacjentom tj. 92,58% (w I poł. 2016 r. 561 486 pacjentom, tj. 94,64%), a 47 588 pacjentom, tj. 6,50% udzielono świadczeń zarówno w zakresie pakietu jak i umów limitowych (w I poł. 2016 r. 25 981 pacjentom, tj. 4,38%).

⁶⁸ 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii, 1300 Poradnia rehabilitacyjna, 2146 Zespół rehabilitacji domowej, 2300 Ośrodek rehabilitacji dziennej (obejmujący zakres: rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku dziennym, rehabilitację osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy oraz narządu wzroku, rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym), 4300 Oddział rehabilitacyjny i 4302 Oddział rehabilitacji narządu ruchu (obejmujący rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną), 4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej oraz 4310 Oddział rehabilitacji pulmonologicznej.

⁶⁹ Patrz punkt 2.2.3 Koszty leczenia onkologicznego w pozostałych rodzajach świadczeń.

⁷⁰ Wszyscy pacjenci którym, zgodnie ze sprawozdaniami rozliczono świadczenia sprawozdane z rozpoznaniem oznaczonymi symbolami ICD10: C00 - C97, z wyłączeniem C44; D00-D09, z wyłączeniem D04; D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0.

W leczeniu szpitalnym w 2015 r. udzielono świadczeń 273 450 pacjentom z ww. rozpoznaniem onkologicznymi (w I poł. 2016 r. 173 952 pacjentom). W tym: w ramach pakietu 55 422 pacjentom, co stanowiło 20,27% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń w SZP (w I poł. 2016 r. 39 909 pacjentom, tj. 22,94%), w ramach umów objętych limitami 157 057 pacjentom, tj. 57,44% (w I poł. 2016 r. 103 257 pacjentom tj. 59,36%), a 60 971 pacjentom, tj. 22,30% udzielono świadczeń zarówno w zakresie pakietu jak i umów limitowych (w I poł. 2016 r. 30 786 pacjentom tj. 17,70%).

(Dowód, akta kontroli str. 1465-1476, 1561-1562, 1604)

Opis stanu
faktycznego

Liczbę wydanych kart w poszczególnych rodzajach świadczeń oraz liczbę pacjentów z potwierdzonym nowotworem złośliwym przedstawiono w tabeli⁷¹:

ROK	Liczba wystawionych kart DILO			Liczba pacjentów, którzy mieli potwierdzony nowotwór złośliwy ¹			Liczba pacjentów mająca potwierdzony nowotwór w stosunku do liczby wystawionych kart		
	POZ	AOS	SZP	POZ	AOS	SZP	POZ	AOS	SZP
2015	74 837	59 056	98 983	25 229	54 227	98 848	33,71%	91,82%	99,86%
2016 I pół	35 655	30 598	31 482	12 950	28 492	31 107	36,32%	93,12%	98,81%

(dowód: akta kontroli str. 1153, 1235-1239, 1171)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że wysoki odsetek Kart DiLO, wydanych w lecznictwie szpitalnym, wskazuje, iż proces diagnostyczno-leczniczy większości pacjentów odbywa się w szpitalu, a nie na niższych szczeblach systemu.

NIK zauważa także, że zrealizowane pakiety diagnostyki wstępnej stanowiły jedynie 15,93% wszystkich zrealizowanych diagnostyk, co jest spowodowane tym, że Karty DiLO w AOS mogą być wydawane dopiero po potwierdzeniu rozpoznania. W latach 2015 – 2016 (do 31 sierpnia) zrealizowano 13 085 pakietów diagnostyki wstępnej (w 2015 r. 7 867, a do 31 sierpnia w 2016 r. – 5 218) zrealizowano 69 053 pakietów diagnostyki pogłębionej (w 2015 r. 39 617, a do 31 sierpnia 2016 r. – 29 436).

NIK zwraca także uwagę na dużą, sięgającą blisko 280% różnicę w liczbie wydawanych Kart DiLO przypadających na 10 tys. uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach. I tak w woj. podlaskim w latach 2015-I poł. 2016 r. wartość tego wskaźnika wynosiła 43,42 (30,58 w 2015 i 12,83 w I poł. 2016 r.), a w woj. kujawsko-pomorskim sięgała 120,40 (82,40 w 2015 i 38,00 w I poł. 2016 r.), przy średniej krajowej 94,64 (66,66 w 2015 r. i 27,98 w I poł. 2016 r.). Ponadto w woj. zachodniopomorskim wartość wskaźnika zachorowalności w 2013 r.⁷² była jedną z najniższych w kraju (37,48 na 10 tys. mieszkańców) podczas, gdy wskaźnik wystawianych Kart DiLO w 2015 - I poł. 2016 r. wynosił 106,46 na 10 tys. uprawnionych (73,80 w 2015 r. i 32,66 w I poł. 2016 r.), przy ww. średniej krajowej. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku woj. mazowieckiego, przy wskaźniku zachorowalności 33,46 na 10 tys. mieszkańców, wskaźnik wystawianych Kart DiLO 2015-2016 r. wynosił 105,99 na 10 tys. uprawnionych (75,90 w 2015 r. i 30,11 w I poł. 2016 r.). Natomiast w woj. opolskim, przy wskaźniku zachorowalności 43,14 na 10 tys. mieszkańców, wskaźnik wystawianych Kart DiLO, w latach 2015-2016, wynosił 73,75 na 10 tys. uprawnionych (51,39 w 2015 r. i 22,35 w I poł. 2016 r.).

(Dowód: akta kontroli str.1235-1239, 1324-126, 1601-1603, 1605-1612)

⁷¹ Liczba kart DiLO wydanych w SZP zawiera tzw. „kontynuację leczenia” (wg stanu na 4 stycznia 2016 r. było to 45 321 kart, a wg stanu na 31 października 2016 r. narastająco było to 50 035 kart). Przy stwierdzeniu potwierdzenia nowotworu złośliwego w przypadku wystawienia karty DiLO przez lekarza (POZ, AOS) brano pod uwagę rozpoznanie nowotworu złośliwego objętego pakietem z ostatniego zakończonego etapu spośród etapów ujętych w karcie DILO, tj.: wynik zabiegu diagnostyczno-leczniczego, wynik diagnostyki pogłębionej, etapu konsylium, gdzie wielodyscyplinarny zespół lekarzy potwierdził rozpoznanie nowotworu złośliwego postawione w karcie DILO przez lekarza POZ, AOS czy SZP, a w przypadku leczenia szpitalnego: rozpoznanie postawione w ramach leczenia szpitalnego w przypadku wystawienia karty DILO oraz z etapu konsylium, gdzie po ocenie diagnostyki onkologicznej potwierdzone zostało rozpoznanie nowotworu złośliwego.

⁷² Liczona jako stosunek liczby zachorowań na nowotwory ogółem w 2013 r. do liczby mieszkańców danego województwa zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów.

NIK uznaje za niezadawalający poziom wdrożenia pakietu onkologicznego, bowiem nie osiągnięto w pełni zakładanych celów. Świadczeniodawcy rozliczali większość świadczeń udzielonych pacjentom kwalifikujących się do pakietu na wcześniejszych zasadach, przez co pacjenci nie mogli skorzystać z uregulowań pakietu zapewniających szybki dostęp do świadczeń medycznych. Ponadto, ponad połowa pacjentów w leczeniu szpitalnym, mających wystawione karty DiLO, także była rozliczana poza pakietem przez co nie korzystała z ww. uregulowań pakietowych. Zniesienie limitów oraz zmiany organizacyjne w diagnostyce i leczeniu onkologicznym wprowadzone przepisami pakietu onkologicznego miały ograniczony zakres i nie wiązały się z poprawą w obszarze profilaktyki onkologicznej i jakości udzielanych świadczeń.

3. Mechanizmy monitorowania i ewaluacji wdrożenia pakietu onkologicznego oraz ich wykorzystanie w celu poprawy funkcjonowania pakietu

3.1. Monitorowanie i ewaluacja wdrażania pakietu onkologicznego przez Centralę NFZ

Opis stanu faktycznego

W latach 2015 – 2016 Fundusz sporządzał i przekazywał do MZ analizy w związku z wprowadzeniem pakietu onkologicznego, gdzie przedstawiono dane prezentujące strukturę realizacji udzielonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w podziale na typy umów i miesiące, liczbę kart DILO oraz liczbę świadczeniodawców realizujących pakiet onkologiczny. Dane prezentowane były narastająco w podziale na oddziały wojewódzkie oraz miejsca wydania karty oraz na 100 tysięcy uprawnionych. Również OW NFZ przesyłały do Ministerstwa Zdrowia szczegółowe raporty dotyczące monitorowania realizacji pakietu onkologicznego.

Ponadto Departament Informatyki NFZ, za pośrednictwem poczty e-mail, przekazuje do Ministerstwa Zdrowia raporty - zestawienia zawierające surowe dane z bazy danych zasilone na podstawie dostarczanych przez lekarzy podczas procesu diagnostyki i leczenia onkologicznego danych systemu AP-DILO w plikach Excel i plikach tekstowych⁷³. Dane w plikach Excel dot. DILO były przekazywane codziennie w dni robocze w okresie od 8 stycznia 2015 r. do 29 maja 2015 r. a od 1 czerwca 2015 r. - raz w tygodniu, natomiast pliki tekstowe przekazywane są raz w tygodniu począwszy od 26 stycznia 2015 r.

(Dowód: akta kontroli str. 1240-1245, 1379-1407)

Prezes Funduszu, w analizie przekazanej 22 stycznia 2016 r. Ministerstwu Zdrowia, przedstawił dane dotyczące realizacji pakietu onkologicznego za okres styczeń – wrzesień 2015 r w porównaniu do 2014 r. w rodzaju leczenia szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz dokonał próby oceny jakościowej realizacji pakietu w części diagnostycznej w AOS dla województwa mazowieckiego, a także w przypadku wybranych nowotworów dla całej Polski⁷⁴.

Powyższa analiza pokazała, że większość świadczeń onkologicznych realizowanych jest poza pakietem onkologicznym zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a liczba pacjentów na etapie diagnostyki wstępnej stanowi około 60%

⁷³ Zawierają dane odnośnie: kodu oddziału NFZ, kod świadczeniodawcy, trybu wydania karty, daty wydania karty, typu identyfikatora, zakodowanego identyfikatora pacjenta, daty decyzji o założeniu karty, rozpoznaniu na etapie wydania karty DILO, bieżącego etapu, statusu bieżącego karty, daty ustalenia statusu etapu, rozpoznania na aktualnym etapie, numer prawa wykonywania zawodu lekarza, kod następnego etapu, płeć, wiek pacjenta, liczby kart, liczby świadczeniodawców, liczby kart na świadczeniodawcę, nr karty, daty wpisu do kolejki, data pierwszej porady, daty porady zakończonej rozpoznaniem, kod rozpoznania, nr KRN, data zgłoszenia do KRN, numer umowy, datę zakończenia leczenia, data zabiegu, kod rozpoznania, nr KRN, data zgłoszenia do KRN, OW NFZ, kod świadczeniodawcy, umowa numer, umowa kod miejsca, planowany termin, rzeczywista data udzielenia, data skreślenia, powód skreślenia, inny powód słownik, inny powód, kod etapu, nazwa etapu.

⁷⁴ Do porównań realizacji świadczeń z roku 2014 przyjęto realizację w zakresach grup rozpoznai C00-C43, C45-D03, D05-D09 oraz Z51 jako rozpoznanie główne i wymienione wcześniej jako współistniejące.

pacjentów z etapu pogłębionego⁷⁵, co oznacza, że większość pacjentów, diagnozowanych na etapie pogłębionym ma założoną na tym etapie kartę DILLO.

W trakcie analizy stwierdzono, że około 25% nowotworów jest diagnozowana ambulatoryjnie, a także występują duże różnice rozpoznawalności nowotworu w zależności od lokalizacji. I tak ambulatoryjnie jest rozpoznawanych ponad 80% czerniaków skóry oraz 67% nowotworów piersi, ponad 30% nowotworów głowy i szyi oraz gruczołu krokowego, 23% nowotworów dolnego przewodu pokarmowego, a pozostałe lokalizacje są rozpoznawane incydentalnie. Część lokalizacji jest trudna do diagnostyki ambulatoryjnej⁷⁶, a poziom realizacji diagnostyki pogłębionej w poszczególnych lokalizacjach jest wynikiem, m.in.: wyceny świadczenia względem standardu diagnostycznego (np. w bezobjawowym czerniaku nie ma potrzeby wykonywania badań obrazowych), oraz możliwości diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych (stąd praktycznie brak realizacji świadczeń diagnostycznych ambulatoryjnych w raku płuc).

Skupiając się na najczęstszych nowotworach (rak piersi, jelita grubego, prostaty, głowy i szyi), wskazano, że przyjęty model wyliczenia kosztów poszczególnych pakietów diagnostycznych powoduje problemy podczas próby ustalenia leczenia przez konsylium (brak niektórych badań czy niewłaściwa ich jakość, nie daje podstaw do egzekwowania ich uzupełnienia przez realizatorów etapu diagnostycznego - wycena uwzględnia przede wszystkim stan aktualny, nie zaś oczekiwany). Odnośnie nowotworów układu oddechowego oraz urologicznych zwrócono uwagę, że należałoby rozważyć alternatywne metody diagnostyczne, a w zakresie nowotworów ginekologicznych przyczyny niskiego odsetka diagnostyki w trybie ambulatoryjnym, zwłaszcza w przypadku raka szyjki macicy, czy jej trzonu, należałoby skonsultować ze specjalistami z zakresu ginekologii. Odnośnie czerniaka natomiast podniesiono, że prawdopodobnie jest za wysoka wycena pakietu. Jednocześnie przedstawiono prawdopodobieństwo niedoszacowania pakietów diagnostyki nowotworów stosunkowo dobrze dostępnych do badania w trybie ambulatoryjnym (prostaty, jelito grube), co znajduje odzwierciedlenie w niskim odsetku diagnostyk ambulatoryjnych.

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

Analiza działania pakietu onkologicznego, w części diagnostycznej, na podstawie czterech wybranych nowotworów dla Polski za 10 miesięcy 2015 r.⁷⁷ wykazała, że w ramach diagnostyki wstępnej diagnozowanych było jedynie od 16% pacjentów w nowotworach piersi do 10% w nowotworach prostaty, a ocena stopnia zaawansowania choroby w diagnostyce pogłębionej w ramach AOS, w największej części przypadków dokonana została, w odniesieniu do chorych z rozpoznaniem raka piersi (53%) i tylko w 11%, w przypadku nowotworu płuca, co potwierdza, że w ramach szybkiej ścieżki ambulatoryjnej diagnozowana była tylko nieznaczna część chorych.

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

⁷⁵ Analiza działania pakietu onkologicznego w części diagnostycznej wyłącznie na podstawie danych z terenu Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ okres marzec - październik 2015, ekstrapolowanych na cały rok (odrzucono styczeń i luty jako miesiące niemiernorodne).

⁷⁶ Przede wszystkim nowotwory układu oddechowego, wszelkie ginekologiczne (poza nowotworami szyjki macicy, które powinny być często diagnozowane ambulatoryjnie).

⁷⁷ Nowotwory klatki piersiowej (płuco), dolnego odcinka przewodu pokarmowego, piersi oraz prostaty. W analizie uwzględniono wszystkie kosztochłonne badania wykazane w raportach (niezależnie od tego, czy były uwzględnione w założeniach kosztowych), a także w standardach Instytutu Onkologii. Nie analizowano podstawowych badań biochemicznych.

Ponadto w analizie wskazano, że należy uzupełnić katalog ICD 9 w odniesieniu do badań laboratoryjnych.

NFZ nie dokonał nowej wyceny ww. świadczeń i nie występował do AOTMiT o zmianę taryfikacji świadczeń w tym zakresie, a poza ww. analizą Fundusz nie dokonywał kolejnych ocen jakościowych realizacji pakietów onkologicznych.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważa, że mimo wykazanych w analizie wątpliwości odnośnie wyceny pakietów, Fundusz nie podjął działań w celu urealnienia ich wyceny.

Jak wyjaśniono analizując jakość realizowanych pakietów wykonywanych jedynie na podstawie danych sprawozdawczych nie można jednoznacznie ocenić w pełnym zakresie celowości diagnostyki i zasadności zmiany wyceny, a możliwe jest to tylko po zapoznaniu się z dokumentacją lekarską, do czego uprawnieni są wyłącznie lekarze, we współpracy z nadzorem specjalistycznym oraz podano, że w 2017 r. planowane jest przeprowadzenie analizy oszacowania wyceny pakietów.

NIK zauważa także, że nie został również rozszerzony katalog badań laboratoryjnych ICD 9, o którym wspomniano w analizie, ponieważ Minister Zdrowia nie rozszerzył wykazu świadczeń gwarantowanych ujętych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

(Dowód: akta kontroli str. 1048-1054, 1122-1191, 1216-1218, 1240-1245, 1379-1407)

W 2014 r. w podstawowej opiece zdrowotnej wykonano 100 850,8 tys. badań diagnostycznych. W 2015 r. liczba badań była niższa i wyniosła 98 067,12 tys. Analiza DSOZ w zakresie skutków wprowadzenia pakietu w zakresie liczby i wartości świadczeń diagnostycznych wykonywanych w POZ wykazała, że zmienił się udział poszczególnych grup badań w liczbie wykonanych badań ogółem. Wzrost wykonania zaznacza się w grupie badań biochemicznych oraz ultrasonograficznych, a na wzrost wykonania w tych grupach miało wpływ rozszerzenie wykazu badań o badania poziomu hormonów tarczycy (łącznie ok. 1,7 mln wykonanych badań) oraz badań USG⁷⁸. Wykonanie badań w tych grupach w części związane jest z prowadzoną na poziomie POZ diagnostyką w kierunku rozpoznawania nowotworów.

(Dowód: akta kontroli str. 1221-1234)

Opis stanu
faktycznego

W analizach z zakresu list oczekujących Fundusz⁷⁹ wskazał m.in., że wzrost liczby badań realizowanych na potrzeby diagnostyki onkologicznej, w ramach pakietu onkologicznego, wpływał na ograniczenie dostępności w pracowniach specjalistycznych do realizacji badań na rzecz innych pacjentów. Miało to miejsce, m.in. w pracowniach rezonansu magnetycznego, gdzie pacjenci oczekujący na świadczenia udzielane poza pakietem w II kw. 2016 r. oczekiwali ze statusem „przypadek pilny” średnio 70 dni – wzrost z 45 w I kw. 2015 r. (w województwach podlaskim w III kw. 2015 r. i śląskim w I kw. 2016 r. czas oczekiwania wynosił ponad 100 dni), a „przypadek stabilny” średnio 173 dni, oraz w pracowniach tomografii komputerowej, gdzie w II kw. 2016 r. ze statusem „przypadek pilny” średnio 24 dni, a „przypadek stabilny” średnio 68 dni.

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że uprzywilejowanie pacjentów z wystawioną Kartą DiLO, było jedną z przyczyn wydłużenia, w latach 2015-2016 (II kw.), średniego czasu oczekiwania na

⁷⁸ USG tarczycy i przytarczyc, ślinianek, nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, obwodowych węzłów chłonnych (łącznie ok. 0,57 mln wykonanych badań).

⁷⁹ Analizy danych z zakresu list oczekujących w marcu i wrześniu 2016 r., tabelaryczne zestawienia danych z zakresu list oczekujących w maju i listopadzie 2016 r. oraz zestawienie przyczyn dużych liczb osób oczekujących na wybrane świadczenia w listopadzie 2015 r. Informacje te były przekazywane do Ministerstwa Zdrowia.

udzielenie świadczeń w trybie planowym, a także w pilnym, pacjentom innym niż objęci pakietem onkologicznym. Ponadto NIK zauważa, nie zapewniono równego dostępu w poszczególnych województwach do świadczeń dla pacjentów objętych pakietem onkologicznym jak i obsługiwanych poza pakietem⁸⁰.

(Dowód: akta kontroli str. 291-337, 1367-1378)

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

(Dowód: akta kontroli str. 1235-1239, 1324-1326)

Opis stanu
faktycznego

W art. 32a ustawy o świadczeniach określono wskaźnik rozpoznawania nowotworów (WRN), który będzie wyliczany indywidualnie lekarzowi POZ, od kiedy liczba pacjentów, którym ten lekarz wydał Karty DiLO oraz którym wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie, przekroczyła 30. Minimalny WRN, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. wynosi 1/15, tj. jeden wykryty nowotwór na 15 wydanych Kart DiLO⁸¹. W celu premiowania jakości udzielanych świadczeń zróżnicowano cenę porady związanej z wydaniem Karty DiLO, w zależności od uzyskanego przez świadczeniodawcę dla danego okresu sprawozdawczego uśrednionego wskaźnika rozpoznawania nowotworów (WRN).

Proces wyznaczania wskaźników IWRN dla lekarzy POZ oraz proces informowania lekarzy i świadczeniodawców o wartości tych wskaźników, a także o skutkach nieosiągnięcia przez lekarza wskaźnika o wartości uprawniającej go do dalszego wystawiania kart DiLO, w tym o możliwości nałożenia przez Fundusz kary przewidzianej w art. 32a ust. 14 ustawy o świadczeniach, jest z informatyzowany, a wysyłkę informacji generuje operator systemu informatycznego w OW NFZ.

Po raz pierwszy indywidualny WRN został wyliczony dwóm lekarzom we wrześniu 2015 r., w grudniu 2015 r. wyznaczony był trzem lekarzom, na koniec I poł. 2016 r. wyznaczony był 10 lekarzom, a w grudniu 2016 r.⁸² wskaźnik był już wyliczony 32 lekarzom. W latach 2015 – 2016, spośród ww. lekarzy, dwóch nie osiągnęło minimalnego indywidualnego WRN (jeden lekarz w województwie mazowieckim nie osiągnął wskaźnika we wrześniu i październiku 2015 r. oraz styczniu, maju, czerwcu, lipcu, sierpniu i wrześniu 2016 r., a drugi lekarz w województwie dolnośląskim w lipcu, wrześniu, październiku i listopadzie i grudniu 2016 r.).

W poszczególnych miesiącach 2015-2016 r. indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów, wyznaczany poszczególnym lekarzom, wyniósł w pięciu przypadkach powyżej 60%, w 18 przypadkach od 50 % do 60%, w 29 przypadkach od 40% do 50%, w 12

⁸⁰ W przypadku poradni endokrynologicznych średni czas oczekiwania dla pacjentów pakietowych na etap 1 - oczekiwanie na diagnostykę wstępną AOS podawano od 0 dni w województwie wielkopolskim i świętokrzyskim do 24 dni w województwie podkarpackim, a na etap 2 - oczekiwanie na diagnostykę pogłębiającą AOS od 0 dni w województwie małopolskim, mazowieckim i świętokrzyskim do 84 dni województwie zachodniopomorskim, natomiast pacjenci poza pakietem najkrócej oczekiwali w województwie podkarpackim, gdzie średni czas oczekiwania „przypadek pilny” wynosił od 3 do 9 dni, „przypadek stabilny” - od 58 do 78 dni, a najdłużej w województwie dolnośląskim, gdzie „przypadek pilny” – od 18 do 43 dni, „przypadek stabilny” - od 340 do 468 dni.

⁸¹ Dz. U. poz. 1810. Zgodnie z §12 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 50/2016/DSOZ z 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ, a wcześniej §15 zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: POZ, ze zm. w przypadku indywidualnego WRN 1/5 – zostanie zastosowany współczynnik korygujący 2,14 – tj. wycena porady wyniesie około 107 zł za każdego pacjenta. Przy kolejnych niższych WRN przewidywane są niższe współczynniki korygujące: współczynnik 1,28 (porada - 64 zł), współczynnik 1,0 (porada - 50 zł), współczynnik 0,57 (porada - 29 zł) a dla świadczeniodawcy POZ, u którego lekarze wykrywali nowotwory na poziomie minimalnym 1/15, zastosowany zostaje współczynnik 0,28 (wycena porady zostanie obniżona do około 14 zł). Do czasu wyznaczenia indywidualnego WRN wycena porady lekarza POZ wynosi 50 zł.

⁸² Stan na 15 grudnia 2016 r.

przypadkach od 30% do 40%, w 35 przypadkach od 20% do 30%, 59 przypadkach od 10% do 20%, a w 35 przypadkach wskaźnik ten wyniósł poniżej 10%.

Najwyższy średni indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów osiągnięto w województwie dolnośląskim OW NFZ 43,73% (minimalny indywidualny WRN wyniósł 10%, a maksymalny 65,52%). Najniższy wskaźnik osiągnięto w województwach: wielkopolskim ze średnim indywidualnym WRN 15,45% (minimalny indywidualny WRN wyniósł 12,24%, a maksymalny 25%) oraz świętokrzyskim ze średnim indywidualnym WRN 18,78% (minimalny indywidualny WRN wyniósł 16,67%, a maksymalny 20,69%).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W przypadku nieosiągnięcia minimalnego indywidualnego WRN oddziały wojewódzkie NFZ nie blokowały lekarzowi możliwości dalszego wystawiania kart DiLO⁸³ oraz nie nakładały kar w przypadkach określonych w art. 32a ust. 14 o świadczeniach, gdyż, jak wyjaśniono, lekarze POZ, nie mają możliwości odbywania szkoleń w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów, prowadzonego przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa w art. 32a ust. 13 o świadczeniach.

W procedowanej zmianie ustawy o świadczeniach⁸⁴ przewiduje się rezygnację z wyliczania wskaźnika rozpoznawania nowotworów.

Zdaniem NIK analiza powyższych danych jest niezbędna celem identyfikacji skali nietrafności stawianych diagnoz przez lekarzy POZ, zróżnicowania regionalnego występującego w tym zakresie, a w ślad za tym przeprowadzenia odpowiednich szkoleń w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów.

[Dowód: akta kontroli str.1484-1490, 1613-1616]

3.2. Nadzór i kontrola nad wdrażaniem pakietu onkologicznego przez Centralę NFZ

Opis stanu
faktycznego

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

- ze względu na późny termin wejścia w życie zarządzeń Prezesa NFZ, wprowadzających pakiet onkologiczny, OW NFZ miały bardzo krótki czas na przeprowadzenie procesu aneksowania umów, a aneksy ze świadczeniodawcami podpisywano dopiero, w styczniu 2015 r., bez uprzedniego weryfikowania złożonych przez świadczeniodawców oświadczeń o spełnianiu warunków do zawarcia umów na produkty onkologiczne, co niosło za sobą ryzyko zawarcia umów z podmiotami niespełniającymi warunków do ich realizacji,
- brak pełnej funkcjonalności systemu informatycznego do obsługi kart DiLO oraz ciągłą modyfikację systemu (29 aktualizacji na przestrzeni dwóch miesięcy)⁸⁵. Brak wsparcia adekwatnymi narzędziami informatycznymi i niewystarczająca funkcjonalność wspierającego systemu informatycznego, przekładała się m. in. na problemy związane z rozliczaniem świadczeń, brakiem właściwych mechanizmów kontroli oraz utrudnieniami w sprawowaniu nadzoru nad procesem realizacji i rozliczeń umów, a brak

⁸³ Porady udzielane przez lekarzy, których indywidualny WRN jest niższy od wskaźnika minimalnego wynoszącego 1/15, nie są opłacane przez NFZ, a w procesie rozliczeń traktowane są jako statystyczne jednostki sprawozdawcze.

⁸⁴ Patrz. przypis 22.

⁸⁵ M.in. brak możliwości podglądu działania aplikacji przez pracowników OW NFZ (pracownicy OW próbują rozwiązywać problemy z działaniem aplikacji, tylko w oparciu o opisy działania podane przez operatorów pracujących po stronie świadczeniodawcy), brak dostępu do informacji dotyczących zaimportowanych w systemie DiLO danych, brak dostępu do wersji pilotażowej aplikacji, brak raportów dla świadczeniodawców dotyczących wydanych kart DiLO w podziale na okresy, etapy, lekarzy, status karty, brak akceptacji ręcznie wpisanego rozpoznania, brak personelu w Wykazie Personelu, brak ogólnej przeglądarki wydanych kart DiLO, brak możliwości przywrócenia zamkniętej lub anulowanej karty w przypadku omyłkowego jej zamknięcia, brak możliwości wydania karty na dane rozpoznania, brak możliwości wydania karty DiLO w przypadku braku dostępu do aplikacji AP-DiLO lub awarii systemu, brak możliwości wystawienia karty wstecz, także w przypadku problemów z dostępem i działaniem aplikacji, brak możliwości wypełniania karty DiLO w szpitalu, gdy pacjent był do niego skierowany bezpośrednio z POZ (z pominięciem AOS), brak możliwości edycji danych (w tym pomyłki operatorów po stronie świadczeniodawcy typu: błędne dane osobowe pacjenta, nie mogą być modyfikowane).

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

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

Przeprowadzone czynności sprawdzające w sześciu jednostkach 2016 r. wykazały zrealizowanie zaleceń⁸⁶ wystosowanych w ww. zadaniach audytowych.

(Dowód: akta kontroli, str. 742-748)

Opis stanu faktycznego

Departamenty merytoryczne Funduszu (Departament Kontroli i DSOZ) nie przekazały wytycznych do oddziałów wojewódzkich NFZ w sprawie objęcia kontrolą pakietu onkologicznego, a oddziały wojewódzkie NFZ także nie uwzględniły w rocznych planach kontroli na 2015 i 2016 r. zagadnień związanych wyłącznie z realizacją szybkiej ścieżki onkologicznej, natomiast pakiet onkologiczny był kontrolowany w ramach innych obszarów kontroli (19 postępowań planowych oraz 40 postępowań doraźnych).

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę na nieuwzględnienie przez Fundusz w rocznych planach kontroli obszarów i zagadnień związanych z realizacją pakietu onkologicznego w 2015 i 2016 r., pomimo, że wdrożenie i realizacja szybkiej ścieżki onkologicznej nastąpiła od stycznia 2015 r. W kontrolach realizowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ stwierdzano nieprawidłowości w zakresie rozliczania świadczeń pakietu onkologicznego przez świadczeniodawców, a priorytety ogólnopolskie i regionalne NFZ na 2015 r. i 2016 r. dotyczyły głównie wdrożenia i realizacji pakietu onkologicznego⁸⁷.

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

⁸⁶ Monitorowanie realizacji planu finansowego ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń w rodzaju POZ celem wyeliminowania zagrożeń związanych z przekroczeniem planu na koniec roku, rozważenie możliwości zorganizowania dodatkowych spotkań informacyjnych dla świadczeniodawców, podjęcie działań zmierzających do zapewnienia właściwego wsparcia realizowanych zadań poprzez odpowiednie funkcjonalności systemów informatycznych, bieżące zgłaszanie dostosowań oraz wszystkich zidentyfikowanych błędów w funkcjonowaniu wykorzystywanego systemu, w ustalony wewnętrzny sposób. W jednym OW NFZ nie wydano zaleceń i nie przeprowadzono czynności sprawdzających.

⁸⁷ M.in. w 2015 r. skrócenie czasu oczekiwania na ambulatoryjną pełnoprofilową diagnostykę onkologiczną dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu złośliwego w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, umożliwienie wydawania przez lekarzy POZ kart DiLO uprawniających do uzyskania świadczenia w trybie szybkiej ścieżki onkologicznej, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne, a w 2016 r. zwiększenia dostępności do diagnostyki w trybie ambulatoryjnym poprzez skrócenie czasu diagnozowania pacjentów, czy monitorowanie realizacji chemioterapii jako elementu świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego, z uwzględnieniem migracji.

(Dowód: akta kontroli str. 1246-1288,1345-1348)

Stwierdzone
nieprawidłowości

NIK ocenia negatywnie uwzględnienie w zbyt małej liczbie kontroli, obejmujących m.in. pakiet onkologiczny w latach 2015-2016, obligatoryjnej kontroli świadczeniodawców pod względem spełniania wymagań określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, w tym obowiązku zapewnienia koordynacji leczenia, m.in. poprzez nałożenie na świadczeniodawców wymogu powołania koordynatora leczenia. Jedyne w trzech postępowaniach (doraźnych), na 59 postępowań kontrolnych, przedmiotem kontroli były ww. zagadnienia.

(Dowód: akta kontroli str. 740-741, 1246-1288)

Opis stanu
faktycznego

W toku kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców, m.in. stwierdzono podwójne rozliczanie tych samych świadczeń w ramach umów limitowych oraz w pakiecie onkologicznym, nieprawidłowości odnośnie harmonogramów pracy, nieprzewodzenie list oczekujących i niewpisywanie pacjentów na listy, nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji oraz nieprawidłowe rozliczanie świadczeń z zakresu brachyterapii.

W wyniku nieprawidłowości związanych z kontrolą realizacji pakietu onkologicznego, wykazanych w przeprowadzonych kontrolach, wydano zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie nieprawidłowości. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. nakazano zwrot kwoty w wysokości 1 202, 80 tys. zł (odzyskano całą kwotę), a także nałożono kary umowne w łącznej kwocie 196,07 tys. zł (na dzień 30 września 2016 r. do spłaty pozostała kwota 6,41 tys. zł).

(Dowód: akta kontroli, str. 740-741, 1246-1288)

W związku z wątpliwościami w przedmiocie poprawności rozliczania przez świadczeniodawców pojedynczych frakcji w brachyterapii, zamiast całego procesu leczenia niezależnie od liczby frakcji, wg ustalonego planu leczenia⁸⁸ oraz zgłaszanymi do Centrali NFZ przez niektórych dyrektorów OW NFZ⁸⁹, nieprawidłowościami ujawnionymi w trakcie kontroli przeprowadzonych w tym zakresie dotyczącymi, m.in. pakietu onkologicznego⁹⁰, Fundusz, w I połowie 2015 r., przeprowadził analizę dotyczącą rozliczania świadczeń związanych z brachyterapią. Analiza danych sprawozdawczych dotyczących rozliczania Brachyterapii (w szczególności produktu rozliczeniowego 5.07.01.0000042 *Brachyterapia z planowaniem 3D*) w latach 2013-2014 wskazała, zdaniem NFZ, na prawdopodobieństwo nieprawidłowego rozliczania świadczeń przez większość świadczeniodawców⁹¹ w łącznej kwocie 29 143,3 tys. zł. Zastępca Prezesa ds. Medycznych skierował do wszystkich dyrektorów OW NFZ stanowisko, iż w ramach ww. produktu rozliczeniowego, rozliczany powinien być cały proces leczenia określonego nowotworu, a tym samym niedopuszczalna jest praktyka rozliczania przez świadczeniodawców poszczególnych frakcji stosowanych w brachyterapii, która realizowana jest w ramach planu leczenia.

Dodatkowo, w celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych przy sprawozdawaniu do rozliczania przedmiotowych świadczeń, Prezes NFZ doprecyzował definicję pojęcia „całego procesu leczenia” związanego z brachyterapią⁹².

⁸⁸ Model finansowania świadczeń z zastosowaniem brachyterapii polegający na rozliczaniu całego procesu leczenia brachyterapią niezależnie od ilości frakcji, wg ustalonego planu leczenia obowiązuje od 2009 r.

⁸⁹ Pismo Dyrektora Podkarpackiego OW NFZ z 11 marca 2015 r. (znak: WSOZ-K.401.10.2015) w sprawie rozliczania świadczeń z zakresu brachyterapii.

⁹⁰ Na kontrolę przeprowadzoną pod koniec 2015 r. przez Kujawsko-Pomorski OW NFZ w Bydgoszczy w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, gdzie w związku z nieprawidłowym rozliczaniem zakwestionowano świadczenia z zakresu Brachyterapii na kwotę 1 597 440 zł co stanowiło 41,09% kontrolowanych świadczeń w tym zakresie.

⁹¹ Notatce służbowej z 17 czerwca 2015 r. skierowanej do Prezesa NFZ Departament świadczeń Opieki Zdrowotnej.

⁹² Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 88/2015/DSOZ z 8 grudnia 2015 r. zmieniające zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, dodano pkt 2a w brzmieniu: „2a) cały proces leczenia metodą brachyterapii – świadczenie obejmujące wszystkie składowe części procesu, takie jak: kwalifikację, wykonanie indywidualnego planu leczenia z określeniem: - całkowitej dawki promieniowania w Gy, - podziałem tej dawki na frakcje - pojedyncza aplikacja, - odległości czasowej

Z danych NFZ wynika, że w latach 2015-2016 w stosunku do 13 podmiotów na 24 udzielających świadczeń z zakresu brachyterapii, wystąpiło ryzyko nieprawidłowo rozliczanych przez nich świadczeń w powyższym zakresie na łączną kwotę 21 060 tys. zł. Postępowania kontrolne, przeprowadzone w 2015 i 2016 r. u ośmiu świadczeniodawców z ww. 13, wykazały nieprawidłowości związane, m.in. z przedstawieniem przez świadczeniodawców danych niezgodnych ze stanem faktycznym i nieprawidłowym sprawozdaniem świadczeń brachyterapii do rozliczania na łączną kwotę 15 002,16 tys. zł (8 737,46 tys. zł w 2015 r. i 6 264,70 tys. zł w 2016 r.). W związku z ww. nieprawidłowościami nałożono kary umowne w kwocie 565,86 tys. zł (235,60 tys. zł w 2015 r. i 330,17 tys. zł w 2016 r.).

Stwierdzone
nieprawidłowości

Zdaniem NIK, niepodjęcie przez Komórki merytorycznie Centrali NFZ, odpowiedzialne za kontrole i prawidłowe rozliczenie świadczeń, działań kontrolnych/wyjaśniających wobec pozostałych świadczeniodawców⁹³ sprawozdających w latach 2015-2016 świadczenia w sposób wskazujący na ich nieprawidłowe rozliczenie na łączną kwotę 13 019,76 tys. zł, należy ocenić jako nierzetelne i niegospodarne. Szczególnie w sytuacji podjętych przez Fundusz działań doprecyzowujących model prawidłowego finansowania świadczeń brachyterapii w 2015 r., istotnych ustaleń z przeprowadzonych w tym zakresie kontroli u pozostałych świadczeniodawców, wysokich kwot potencjalnych nieprawidłowości, a także małej liczby podmiotów pozostających do weryfikacji (jedynie siedmiu świadczeniodawców). Dodatkowo należy wskazać, że w analizie z 2015 r. ustalono, iż ww. świadczeniodawcy również w latach 2013-2014 udzielali świadczeń z zakresu Brachyterapii w sposób wskazujący na ich nieprawidłowe rozliczanie.

(Dowód: akta kontroli, str. 828, 831, 1056-1075)

Dyrektor Gabinetu Prezesa NFZ wyjaśniła, że pojawiające się od dłuższego czasu doniesienia medialne o likwidacji NFZ, w znaczący, negatywny sposób wpływają na ciągłość pracy oddziałów wojewódzkich i Centrali NFZ, a największym problemem jest utrzymanie zatrudnienia na poziomie zapewniającym właściwą realizację zadań, przede wszystkim związanych ze zmianami systemowymi, które mają swoje odzwierciedlenie w sferze działalności informatycznej, czy wzmocnieniu czynności kontrolnych świadczeniodawców⁹⁴.

(Dowód: akta kontroli, str. 286-287)

3.3. Modyfikacja pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

W marcu 2015 r. Minister Zdrowia przedstawił interpretację przepisów i poinformował NFZ, że Karty DiLO mogą wydawać również lekarze specjaliści udzielający świadczeń z zakresu onkologicznych programów profilaktycznych.

W związku z wpisaniem uprawnienia lekarzy realizujących profilaktyczne programy zdrowotne do wydawania Kart DiLO w rozporządzeniu z 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego Prezes Funduszu podpisał 17 listopada 2015 r. zarządzenie nr 76/2015/DSOZ dostosowujące regulacje w zakresie finansowania świadczeń wydawania Kart DiLO przez lekarzy realizujących profilaktyczne programy zdrowotne⁹⁵.

Lekarze profilaktyki zdrowotnej wydali w 2015 r. 12 kart DiLO, a w 2016 r. (do 31 sierpnia 2016 r.) 304 karty DiLO.

[dowód: akta kontroli str. 1455- 1459, 1471]

po między poszczególnymi frakcjami, c) weryfikację położenia aplikatorów, d) przeprowadzenie aplikacji w znieczuleniu, e) usunięcie aplikatorów.

⁹³ Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (Warszawa), Zachodniopomorskie Centrum Onkologii (Szczecin), Krajowa Fundacja Medyczna (Warszawa), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, Affidea Onkoterapia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (Warszawa), Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu (Wrocław), Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (Kraków).

⁹⁴ Ze względu na niewystarczający do zapewnienia prawidłowego nadzoru nad świadczeniodawcami stan zatrudnienia w komórkach kontrolnych OW NFZ praktyczna możliwość kontroli świadczeniodawcy przypada statystycznie raz na 15 lat.

⁹⁵ Zmieniające zarządzenie nr 84/2014/DSOZ z 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

W związku z modyfikacją przez Ministra Zdrowia pakietu onkologicznego, wprowadzoną od 1 listopada 2015 r.⁹⁶, Prezes NFZ dostosował poszczególne zarządzenia do tych zmian.

W zarządzeniu Nr 90/2015/DSOZ z dnia 11 grudnia 2015 r.⁹⁷ m.in. dokonał modyfikacji definicji: wstępnej diagnostyki onkologicznej oraz specjalistycznego świadczenia zabiegowego. W celu zwiększenia roli AOS w realizacji świadczeń szybkiej terapii onkologicznej i zachęcenia świadczeniodawców do wykonywania tych usług w 2017 r., wprowadzono wskaźnik 1,2 dla wyceny pakietów pogłębionej diagnostyki onkologicznej wykonanych w terminach krótszych niż wynikające z przepisów⁹⁸, wprowadził nowe pakiety dotyczące diagnostyki onkologicznej mięsaków kości, mięsaków tkanek miękkich oraz nowotworów prącia oraz rozszerzył wykaz istotnych procedur ICD-9 o usługi niezbędne w diagnostyce nowotworów kości, jak również wątroby, nerek oraz śledziony.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W trakcie prac nad modyfikacją pakietu planowano objąć szybką ścieżką onkologiczną choroby nowotworowe gruczołów dokrewnych, jednakże nie znalazły się one wśród wprowadzonych pakietów onkologicznych, gdyż procedury niezbędne w diagnostyce nowotworów endokrynologicznych, mimo kilkukrotnych wystąpień Prezesa Funduszu do Ministerstwa Zdrowia⁹⁹, nie zostały do tej pory ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Również wśród pakietów onkologicznych, które planowano wprowadzić nie znalazły się jednostki chorobowe: „wznowy: jądro, jajnik, centralny układ nerwowy, mięsaki”. Zrezygnowano z ich wprowadzenia, gdyż nie udało się określić pojęcia wznowy, z uwagi na to, że pojęcie to może odnosić się do każdego nowotworu, oraz zaznaczono, że trudności definicyjne nie odnosiły się do pojęć medycznych, a do skwantyfikowania postępowania i diagnostyki w całych grupach, różnych objawów klinicznych.

(dowód: akta kontroli str. 1526-1541)

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Podjęcie działań zmierzających do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych zarówno w ramach pakietu onkologicznego jak i w ramach świadczeń limitowanych.
2. Uwzględnianie, w toku kontroli poprawności realizacji świadczeń z zakresu pakietu onkologicznego, weryfikacji spełniania warunków określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego.
3. Przeprowadzenie postępowań wyjaśniających i kontrolnych w związku z udzieleniem świadczeń z zakresu brachyterapii niezgodnie z przyjętym przez Fundusz modelem finansowania, określonym w zarządzeniach Prezesa NFZ w rodzaju leczenie szpitalne.
4. Wyjaśnienie spraw i ściągnięcie należności w związku z udzielaniem w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 września 2015 r. świadczeń w ramach pakietu z rozpoznaniem ICD D33.0 - D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0 wprowadzonymi od 1 października 2015 r. w kwocie 11 232 zł.
5. Wyjaśnienie spraw i ściągnięcie należności w związku z udzieleniem 14 świadczeń udzielonych z przekroczeniem terminów określonych w zarządzeniu 79/DSOZ/2014.

⁹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1612).

⁹⁷ Zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁹⁸ Bonus 20% odnosi się do finansowania diagnostyki pogłębionej w sytuacji, w której karta wystawiona została w POZ oraz diagnostyka wstępna została wykonana w ciągu 4 tygodni, a diagnostyka pogłębiona w ciągu 3 tygodni.

⁹⁹ Pisma z 20 lipca 2015 r. DSOZ.401.1783.2015/W/21382/KAO, 6 sierpnia 2015 r. DSOZ.401.1783.2015/W/23924/KAO) z 9 października 2015 r. (DSOZ.401.1783.2015/W/28622/KAO).

6. Przeprowadzenie analizy odnośnie wyceny pakietów onkologicznych i ustalenie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń w ramach poszczególnych pakietów diagnostycznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 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 dyrektora Departamentu Zdrowia.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
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 o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 13 stycznia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski

.....
podpis