



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.5.2.2023

Pan
Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Narodowy Fundusz Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

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

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa (dalej: NFZ lub Fundusz)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Prezes NFZ, od 9 listopada 2021 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: – Adam Niedzielski, Prezes NFZ, w okresie od 11 października 2019 r. do 26 sierpnia 2020 r., – Andrzej Jacyna, Prezes NFZ w okresie od 15 czerwca 2018 r. do 17 lipca 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Zapewnienie dostępności do świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli ¹ , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Agnieszka Kalita, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/30/2023 z 15 maja 2023 r. 2. Krzysztof Barej, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/29/2023 z 15 maja 2023 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Czynności kontrolne zakończono 29 września 2023 r.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podejmował działania na rzecz zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentów w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Prezes NFZ rozpoznawał potrzeby zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznych programów zdrowotnych, a także analizował dostępność do tych świadczeń. Planując zakup świadczeń, zakładano utrzymanie dostępności do nich co najmniej na poziomie nie mniejszym niż w latach wcześniejszych. Niemniej jednak stwierdzono, że:

- występowały regionalne różnice w dostępie do świadczeń – w szczególności różnica w wartości rozliczonych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, przypadającej na jednego mieszkańca, sięgała nawet 50%. Przyczyną tego stanu było nierównomierne rozmieszczenie zasobów systemu ochrony zdrowia na terenie kraju;
- Prezes NFZ wyznaczył w 2019 r. ogólnopolski priorytet zdrowotny dotyczący zwiększenia dostępności do kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworem piersi. Początkowo świadczenia te były udzielane na terenie dwóch województw⁴. W kolejnych latach liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowy sukcesywnie zwiększała się, a w 2023 r. dostęp do tych świadczeń udało się zabezpieczyć na terenie czternastu województw⁵.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa ponadto, że choć w latach 2019-2022 nakłady na świadczenia onkologiczne⁶ znacząco wzrosły, tj. o 48,9%, to liczba wykonanych świadczeń wzrosła o 13,3%.

Rosła również liczba wystawionych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (o 25,8%) oraz zrealizowanych etapów: diagnostyki wstępnej, pogłębionej oraz planów leczenia onkologicznego opracowanych w ramach konsylium (łącznie o 22,7%). Jednocześnie, wraz ze wzrostem liczby pacjentów onkologicznych, zwiększał się odsetek etapów wykonanych po terminie: w przypadku diagnostyki wstępnej z 26,7% do 34,0%, diagnostyki pogłębionej z 26,5% do 28,4%, zaś odsetek nieterminowo opracowanych planów leczenia pozostał na niezmiennym poziomie (1,8%).

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zrealizował pozostające w jego kompetencji zadania w ramach programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej oraz programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato. Programy te zostały wdrożone do realizacji oraz finansowania, a także były monitorowane zgodnie z założeniami. Po zakończeniu programu pilotażowego JGPato, do zarządzenia Prezesa NFZ, dodano produkty rozliczeniowe dotyczące dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ W 2019 r. świadczenia te były realizowane w województwach: warmińsko-mazurskim i wielkopolskim (czterech świadczeniodawców).

⁵ W 2023 r. świadczenia te nie zostały zakontraktowane na terenie województwa opolskiego i lubuskiego, zaś w pozostałych 14 województwach świadczenia sprawozdało łącznie 39 świadczeniodawców.

⁶ Zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.), w przypadku świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, jest zmieniana, przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego oraz wykonania tej umowy.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Zapewnienie dostępności do świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z dyspozycją art. 102 ust. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, Prezes NFZ określił jednolite zasady tworzenia planu zakupu oraz zakres zawartych w nim danych⁸. Szczegółowym badaniem objęto plan zakupu na 2022 rok.

Plany zakupu świadczeń na 2022 rok, sporządzone dla poszczególnych OW NFZ, obejmowały elementy wskazane w art. 131b ust. 2 ustawy o świadczeniach:

- 1) w części ogólnej (opisowej) zawierały wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem, a także ogólną charakterystykę województw, dane demograficzne i epidemiologiczne (chorobowość), analizy: dostępności świadczeń⁹, list oczekujących (średnia, mediana czasu oczekiwania, liczba oczekujących, liczba skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia), migracji świadczeniobiorców określeniem kierunków (województw) i zakresów świadczeń, realizacji świadczeń w poprzednim okresie¹⁰, informacje o zmianach przepisów/zasad zawierania umów i realizacji świadczeń, dotyczące nowych zakresów świadczeń, współczynników korygujących, zmian wyceny świadczeń,
- 2) w części szczegółowej wskazane były: obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń¹¹.

Zgodnie z wytycznymi, plany zakupu świadczeń na 2022 rok uwzględniały aktualny plan finansowy, przyjęte priorytety ogólnopolskie oraz obowiązujące upoważnienia i przepisy, w tym w szczególności zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń¹².

W części opisowej planów zakupu dla niektórych OW NFZ wskazywano m.in., na konieczność kontynuowania finansowania świadczeń onkologicznych w sposób kompleksowy z uwzględnieniem świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Zarówno dane demograficzne, epidemiologiczne, jak i przekazywana przez świadczeniodawców sprawozdawczość dotycząca realizacji umów w latach poprzednich oraz prowadzonych list oczekujących, wskazywały na wzrost zapotrzebowania na te świadczenia. OW NFZ dążyły do zabezpieczenia finansowania tych świadczeń na poziomie nie mniejszym

⁷ Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach.

⁸ Procedura: Planowanie rzeczowe - opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej oraz Procedura do procesu: Opracowanie, aktualizacja, monitorowanie planu zakupu świadczeń.

⁹ Wskaźniki dostępności na 10 tys. mieszkańców w odniesieniu do wartości umów, liczby punktów oraz realizacji świadczeń w punktach w podziale na oddziały wojewódzkie, rodzaje i typy umów, kodów i nazw zakresów świadczeń (w roku sporządzenia planu).

¹⁰ Wskaźniki liczby punktów i wartości sprawozdanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców.

¹¹ Plany zakupu poszczególnych OW NFZ były sporządzone z dokładnością do zakresu świadczeń oraz obszaru kontraktowania.

¹² Plan zakupu podlega zmianom w przypadku: zmiany planu finansowego NFZ, zmiany rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, zmiany zasad zawierania umów i realizacji świadczeń, a w przypadku innych przesłanek – z podaniem szczegółowego uzasadnienia.

niż w roku 2021, przy jednoczesnym uwzględnieniu, że świadczenia objęte tzw. pakietem onkologicznym mają charakter nielimitowy.

Zgodnie z założeniem Centrali NFZ w latach 2019-2023 (priorytety ogólnopolskie), planowano zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworem piersi na terenie wszystkich oddziałów wojewódzkich (tzw. KON-Pierś). Za miernik oceny realizacji celu przyjęto:

- w pierwszym roku – zakontraktowanie świadczeń przynajmniej w jednym podmiocie w każdym województwie,
- liczbę populacji objętej KON-Pierś na 10 tys. mieszkańców. Zgodnie z przyjętymi założeniami, do końca 2023 roku różnica w przypadku każdego OW NFZ, powinna zmaleć o 50% w stosunku do OW NFZ o najwyższej liczbie wykonanych świadczeń (Warmińsko-Mazurski OW NFZ).

W 2022 r. świadczenia z zakresu KON-Pierś nie zostały zakontraktowane na obszarze czterech oddziałów wojewódzkich NFZ¹³, nie były one również ujęte w planie zakupu świadczeń dla tych oddziałów na 2022 rok. Jak wynika z części opisowej Planu zakupu świadczeń Opolskiego OW NFZ¹⁴, żaden świadczeniodawca nie spełnił wymogów koniecznych do realizacji świadczeń z zakresu KON-Pierś, a zatem implementacja tego priorytetu na terenie województwa nie była możliwa. Realizację świadczeń w tym zakresie opisano na str. 9 wystąpienia.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, możliwość realizacji kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego piersi (KON-Pierś) i nowotworu złośliwego jelita grubego (KON-JG) uwarunkowana jest spełnianiem warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*¹⁵. Jeżeli świadczeniodawca złożył wniosek o objęcie świadczeń kompleksowych umową, w terminie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i właściwy oddział wojewódzki NFZ potwierdził spełnienie tych warunków, nie można odmówić świadczeniodawcy możliwości udzielania takich świadczeń.

(akta kontroli str. 10-713, 1545, 1295-1296, 1549-1551)

W latach 2019-2023 (I kwartał) świadczeniodawcy rozliczyli świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego¹⁶ o łącznej wartości 46 048 788,3 tys. zł¹⁷. W poszczególnych województwach wartość świadczeń wyniosła od 747,1 zł w Opolskim OW NFZ do 1448,2 zł w Mazowieckim OW NFZ na jednego mieszkańca¹⁸. W 2022 r. wartość udzielonych świadczeń w stosunku do 2019 r. wzrosła o 48,9%, zaś liczba o 13,3%.

¹³ Lubuski, Opolski, Świętokrzyski, Zachodniopomorski OW NFZ. W 2023 r. nie zapewniono tych świadczeń na obszarze Lubuskiego i Opolskiego OW NFZ.

¹⁴ W planach zakupu pozostałych trzech OW NFZ nie odniesiono się szczegółowo do tych zagadnień.

¹⁵ Dz.U. z 2023 r. poz. 870, ze zm. Do 10 listopada danego roku świadczeniodawca, który zamierza realizować lub kontynuować udzielanie świadczeń gwarantowanych diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów może złożyć do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokumenty potwierdzające spełnienie warunków realizacji świadczeń wskazanych w załączniku 3a do rozporządzenia.

¹⁶ Kod jednostki chorobowej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0 oraz w przypadku podejrzenia nowotworu kod: D37-D44, D47.9, D48.

¹⁷ Dane te obejmują rodzaje świadczeń: leczenie szpitalne (w tym radioterapia, programy lekowe, chemioterapia) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. W kolejnych latach wartość świadczeń wynosiła: 9 114 404,6 tys. zł w 2019 r., 9 296 426,1 tys. zł w 2020 r., 10 310 738,6 tys. zł w 2021 r., 13 571 050,0 tys. zł w 2021 r. oraz 3 756 169,0 tys. zł w I kwartale 2023 r.

¹⁸ GUS, *Ludność w wybranych latach według województw, stan w dniu 31 grudnia 2022 roku*. Wartość rozliczonych świadczeń w latach 2019-2023 (I kwartał) wyniosła: w Opolskim OW NFZ – 704 021,5 tys. zł, zaś w Mazowieckim OW NFZ – 7 980 195,1 tys. zł.

Realizacja świadczeń w poszczególnych rodzajach/zakresach przedstawia się następująco:

- w zakresie leczenia szpitalnego (z wyłączeniem chemioterapii, onkologicznych programów lekowych i radioterapii) 4 134,9 tys. świadczeń o wartości 17 746 668,9 tys. zł. Liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali świadczenia zmniejszyła się z 704 w 2019 r. do 693 w 2022 r. oraz 657 w I kwartale 2023 r. Świadczeniodawcy sprawozdali świadczenia udzielone pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego w 268 zakresach¹⁹;
- w zakresie onkologicznych programów lekowych 2 889,6 tys. świadczeń o wartości 13 604 215,0 tys. zł. W badanym okresie finansowanych było od 64 (2019 r. i 2020 r.) do 77 (2022 r.) i 72 (2023 r.) zakresów świadczeń. W I kwartale 2023 r. poszczególne programy aktywnie realizowało od dwóch²⁰ do 99²¹ świadczeniodawców;
- w zakresie chemioterapii 8 043,6 tys. świadczeń o wartości 6 093 313,9 tys. zł. W analizowanym okresie spadła liczba świadczeniodawców: w przypadku chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym z 157 do 152 w 2022 r. oraz 147 w I kwartale 2023 r., chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym z 157 do 151 w 2022 r. oraz 147 w I kwartale 2023 r., zaś w przypadku chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym wzrosła z 164 do 170 w 2022 r. a następnie zmalała do 168 w I kwartale 2023 r.;
- w zakresie radioterapii 459,6 tys. świadczeń o wartości 5 377 970,4 tys. zł. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń z tego zakresu zmniejszyła się z 49 w 2019 r. do 46 w I kwartale 2023 r.;
- w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 18 794,0 tys. świadczeń o wartości 3 226 620,2 tys. zł. Liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali świadczenia zmniejszyła się z 4265 w 2019 r. do 4121 w 2022 r. oraz 3504 w I kwartale 2023 r. Świadczeniodawcy sprawozdali świadczenia udzielone pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego w 215 zakresach²².

W latach 2019-2023 (I kwartał), w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych²³ sfinansowane zostały świadczenia o wartości 444 004,7 tys. zł.

(akta kontroli str. 296-713, 1091-1306, 1557-1558)

Liczba świadczeniodawców, którzy w poszczególnych latach objętych kontrolą wystawili karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wynosiła od 6084 w 2019 r. do 5178 w I kwartale 2023 r. (5965 w 2020 r., 6068 w 2021 r., 6090 w 2022 r.). Najwyższe spadki liczby świadczeniodawców w I kwartale 2023 r., w stosunku do 2019 r., wystąpiły na terenie Lubelskiego OW NFZ (-99), Wielkopolskiego OW NFZ (-90) oraz Śląskiego OW NFZ (-83). W latach 2019-2023 (I kwartał) w systemie AP-DILO zaraportowano łącznie 428,2 tys. świadczeń z zakresu diagnostyki wstępnej, 381,9 tys. świadczeń z zakresu diagnostyki pogłębionej oraz zorganizowano 666,8 tys. konsyliów.

Odsetek świadczeń wykonanych po terminie w przypadku diagnostyki wstępnej w poszczególnych latach zamykał się w przedziale 25,2-34,0%, diagnostyki

¹⁹ Kod zakresu świadczeń rozpoczynający się od cyfr: 03 (z wyłączeniem chemioterapii, onkologicznych programów lekowych i radioterapii).

²⁰ Program lekowy - leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym (dwóch świadczeniodawców) oraz leki w programie lekowym - leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym (jeden świadczeniodawca).

²¹ Program lekowy - leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej oraz leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej.

²² Kod zakresu świadczeń rozpoczynający się od cyfr: 02.

²³ Program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka piersi, program przesiewowy raka jelita grubego.

pogłębionej 23,8-28,4%, zaś konsylium 1,5-1,8%, przy czym największe odsetki świadczeń zrealizowanych po terminie wystąpiły w 2022 i 2023 r. (najmniejsze w 2021 r.). Najwyższy odsetek nieterminowych świadczeń zanotowano w Świętokrzyskim OW NFZ, gdzie w 2022 r. opóźnienia dotyczyły: diagnostyki wstępnej – 56,6% przypadków, diagnostyki pogłębionej – 49,6% przypadków, konsylium – 5,8% (w 2023 r. było to odpowiednio 54,0%, 49,7% i 5,0%).

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, o ile odsetek terminowych świadczeń ulega obniżeniu, to w kategoriach nominalnych następuje stały przyrost liczby świadczeń wykonywanych w terminie. Wyjaśnienia te potwierdza rosnąca liczba świadczeń diagnostyki onkologicznej – w 2022 r., w porównaniu do 2019 r., w systemie AP-DILO zaraportowano o 55,8% więcej diagnostyk wstępnych, 14,8% diagnostyk pogłębionych oraz o 9,9% więcej planów leczenia onkologicznego opracowanych w ramach konsylium.

W analizowanym okresie odsetek kart z potwierdzonym nowotworem wahał się od 19,8% w 2022 r. w Dolnośląskim OW NFZ do 43,2% w 2021 r. w Podlaskim OW NFZ. Średnia dla całego kraju wynosiła od 24,3% w 2022 r. do 28,7% w 2019 r. Różnice w odsetku potwierdzeń nowotworów wynikały m.in. z regionalnych różnic dotyczących miejsc wydawania kart DiLO²⁴:

- w województwie dolnośląskim 41,1% kart zostało wydanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 49,6% przez lekarzy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, zaś 9,3% w leczeniu szpitalnym,
- w województwie podlaskim 13,7% kart zostało wydanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 51,8% przez lekarzy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, zaś 34,5% w leczeniu szpitalnym.

(akta kontroli str. 1183-1222, 1307-1326, 1547, 1553-1555)

Świadczenia w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych zostały zakontraktowane na terenie wszystkich OW NFZ, za wyjątkiem świadczeń położnej POZ w programie profilaktyki raka szyjki macicy²⁵ w województwie lubuskim. Dostępność do profilaktycznych programów zdrowotnych raka piersi oraz raka szyjki macicy przedstawiała się następująco:

- w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy w poszczególnych latach przebadano od 466,7 tys. osób w 2019 r. do 351,7 tys. osób w 2022 r.²⁶ W okresie objętym kontrolą objęcie populacji programem zmniejszyło się z 16,2% w 2019 r. do 11,2% w 2022 r. W 2022 r. najmniejsze objęcie populacji odnotowano na terenie województwa lubuskiego (8,3%), mazowieckiego (8,4%) i wielkopolskiego (8,9%), największe zaś w województwach świętokrzyskim (15,6%), podlaskim (16,2%) oraz zachodniopomorskim (16,4%);
- w ramach etapu podstawowego programu profilaktyki raka piersi²⁷ w poszczególnych latach przebadano od 1 041,7 tys. osób w 2019 r. do 910,0 osób w 2022 r.²⁸ W okresie objętym kontrolą objęcie populacji programem zmniejszyło się z 39,2% w 2019 r. do 37,5% w 2022 r. W 2022 r. najmniejsze objęcie populacji odnotowano na terenie województwa podkarpackiego

²⁴ Źródło danych: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/diagnostyka-i-leczenie-onkologiczne> (dostęp: 27 września 2023 r.).

²⁵ Kod produktu kontraktowego: 01.0034.101.01.

²⁶ W ramach etapu diagnostycznego przebadano 466 704 osób w 2019 r., 281 224 osób w 2020 r. 362 505 w 2021 r., 351 658 w 2022 r. oraz 85 757 osób w I kwartale 2023 r.

²⁷ 10.7940.158.02 program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej, 10.7940.159.02 program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej.

²⁸ W pracowniach mammograficznych stacjonarnych i mobilnych przebadano 1 041 740 osób w 2019 r., 746 411 osób w 2020 r. 1 025 807 w 2021 r., 910 012 w 2022 r. oraz 239 968 osób w I kwartale 2023 r.

(33,4%), opolskiego (34,3%) oraz świętokrzyskiego (35,0%), największe zaś w województwach: wielkopolskim (43,1%), pomorskim (44,9%) oraz lubuskim (45,6%).

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, dostępność do świadczeń mierzona liczbą zawartych umów na realizację programów jest na porównywalnym poziomie od wielu lat, a świadczenia są sprawozdawane i rozliczane bezlimitowo. Niemniej jednak, dostępność do świadczeń została znacznie ograniczona w trakcie epidemii SARS-CoV-2 (szczególnie w jej początkowej fazie), m.in. w związku z *zaleceniami dla świadczeniodawców dotyczącymi zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*. Obecnie objęcie populacji tymi programami znów nieznacznie rośnie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia wprowadzające program przesiewowy raka jelita grubego do koszyka świadczeń gwarantowanych²⁹ (wydane po uzyskaniu rekomendacji AOTMiT³⁰) oraz nowelizacja rozporządzenia kryterialnego³¹, stanowiły podstawę do opracowania Zarządzenia Prezesa NFZ³² inicjującego proces zawierania umów na realizację tego programu oraz jego późniejszą realizację ze środków NFZ. Postępowania konkursowe na zawarcie umów o realizację programu zostały ogłoszone w oddziałach wojewódzkich po wejściu w życie tego zarządzenia. W listopadzie i grudniu 2022 r. świadczenia w zakresie programu przesiewowego jelita grubego udzielało 85 świadczeniodawców i przebadano 830 osób, zaś w I kwartale 2023 r. świadczeń udzielało 173 świadczeniodawców i przebadano 8968 osób³³. Realizacja tego programu zdrowotnego jest warunkiem koniecznym do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)³⁴.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, realizacja programu, po podpisaniu umów z realizatorami, w części oddziałów wojewódzkich rozpoczęła się na początku listopada 2022 roku. Bieżący stan umów w całej Polsce jest większy niż w ramach programu finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia i wynosi 218 umów. Podkreślić należy, że podczas dziesięciomiesięcznej realizacji programu ze środków NFZ, zostało przebadanych około 53 tysięcy pacjentów. Jak wyjaśniono, ocena zgłaszalności na badania kolonoskopowe będzie możliwa minimum po dwóch-trzech latach od rozpoczęcia jego realizacji.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych* (Dz. U. z 2022 r., poz.1366).

³⁰ Rekomendacja nr 59/2022 z dnia 21 czerwca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Program badań przesiewowych raka jelita grubego jako świadczenia gwarantowanego z zakresu programów zdrowotnych.

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2022 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2022 r., poz. 1421).

³² Zarządzenie nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

³³ Ze sprawozdania z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej za rok 2021 wynika, że w ramach Programu badań przesiewowych raka jelita grubego, na podstawie umów zawartych z Ministrem Zdrowia, wykonano łącznie ponad 96 tys. kolonoskopii. System oportunistyczny był prowadzony w 111 ośrodkach, zaś system mieszany w 35. Str. 10, 53-56, 63 sprawdzania. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso> (dostęp 20 września 2023 r.)

³⁴ Zgodnie z warunkami szczegółowymi, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.): załącznik 3a Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów, pkt 3 Centrum kompetencji raka jelita grubego, Organizacja udzielania świadczeń, pkt 13: Centrum realizuje program badań przesiewowych raka jelita grubego w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych lub posiada zawartą umowę o współpracy z ośrodkiem realizującym ten program.

(akta kontroli str. 346-347, 411-412, 1140-1182, 1301-1304, 1546, 1551-1553)

W latach 2021-2023 (I kwartał) w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON Pierś)³⁵ sfinansowanych zostało 888,9 tys. świadczeń o wartości 914 058,4 tys. zł. Liczba świadczeniodawców zwiększyła się z czterech w 2019 r. do 39 w I kwartale 2023 r.³⁶ W 2023 roku na terenie poszczególnych województw funkcjonowało od jednego³⁷ do siedmiu³⁸ świadczeniodawców. W 2022 r. świadczeń z zakresu KON-Pierś nie udało się zakontraktować na obszarze czterech oddziałów wojewódzkich NFZ (Lubuski, Opolski, Świętokrzyski, Zachodniopomorski), zaś w 2023 roku dwóch oddziałów (Lubuski, Opolski). Świadczeniami z zakresu kompleksowej opieki onkologicznej KON-Pierś³⁹ w 2022 r. objęto od 6,1 pacjentów na 10 tys. ludności⁴⁰ w Podkarpackim OW NFZ do 28,2 w Dolnośląskim OW NFZ.

W latach 2021-2023 (I kwartał) w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)⁴¹ sfinansowanych zostało 158,3 tys. świadczeń o wartości 404 360,2 tys. zł. Liczba świadczeniodawców zwiększyła się z 34 w 2021 r. do 42 w I kwartale 2023 r. W 2023 r. na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich funkcjonowało od jednego⁴² do sześciu⁴³ świadczeniodawców, jednocześnie w całym badanym okresie świadczenia te nie zostały zapewnione na terenie województwa opolskiego. Świadczeniami z zakresu kompleksowej opieki onkologicznej KON-JG⁴⁴ w 2022 r. objęto od 1,7 pacjentów na 10 tys. ludności⁴⁵ w Zachodniopomorskim i Lubuskim OW NFZ do 13,2 w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w ramach kompleksowej opieki onkologicznej jest zdeterminowana liczbą świadczeniodawców spełniających warunki określone przez Ministra Zdrowia. W wyjaśnieniach podkreślono również, że zabezpieczenie onkologicznych świadczeń kompleksowych sukcesywnie wzrasta – rok do roku wzrasta liczba podmiotów realizujących świadczenia KON oraz wartość nakładów finansowych na te świadczenia.

(akta kontroli str. 325-328, 405-407, 466-467, 573-574, 980-982, 1295-1296, 1545-1546, 1549-1551)

³⁵ Zakresy świadczeń: 03.4240.010.02 kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON Pierś), 03.4240.020.02 kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-PIERŚ), 03.4240.110.02 kompleksowa opieka onkologiczna - monitorowanie w nowotworze piersi, 03.4240.210.02 kompleksowa opieka onkologiczna - rehabilitacja w nowotworze piersi.

³⁶ Zakresy świadczeń: 03.4240.010.02 kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON Pierś), 03.4240.020.02 kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-PIERŚ).

³⁷ Kujawsko-Pomorski, Lubelski, Podlaski, Świętokrzyski, Zachodniopomorski OW NFZ.

³⁸ Mazowiecki OW NFZ.

³⁹ Zakresy świadczeń: 03.4240.010.02 kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON Pierś), 03.4240.020.02 kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-PIERŚ).

⁴⁰ GUS, Ludność w wybranych latach według województw, stan w dniu 31 grudnia, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-31-grudnia,6,34.html> (dostęp 29 września 2023 r.).

⁴¹ Zakresy świadczeń: 03.4240.011.02 kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG), 03.4240.021.0 kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG), 03.4240.111.02 kompleksowa opieka onkologiczna - monitorowanie w nowotworze jelita grubego.

⁴² Lubelski, Lubuski, Świętokrzyski OW NFZ.

⁴³ Dolnośląski OW NFZ.

⁴⁴ Zakresy świadczeń: 03.4240.011.02 kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG), 03.4240.021.0 kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG).

⁴⁵ GUS, Ludność w wybranych latach według województw, stan w dniu 31 grudnia.

W zarządzeniu Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (ze zm.) określone były następujące współczynniki korygujące⁴⁶ wartość świadczeń z zakresu onkologii:

- § 17 ust. 1 zarządzenia – dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., w zakresie onkologia i hematologia dziecięca wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2. Współczynnik ten został po raz pierwszy wprowadzony zarządzeniem Nr 55/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, w celu premiowania świadczeniodawców udzielających świadczeń dla najmłodszych pacjentów kompleksowo i na najwyższym poziomie;
- § 17 ust. 18 – dla świadczeniodawców realizujących w danym okresie rozliczeniowym umowy w zakresie chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii, w sytuacji rozliczania hospitalizacji w zakresie chirurgii onkologicznej, wartość JGP o charakterze zabiegowym korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,17⁴⁷. Współczynnik ten został po raz pierwszy wprowadzony do stosowania 10 lipca 2021 r.⁴⁸ W uzasadnieniu do zarządzenia podano, iż z raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń pt. *Porównanie kosztów świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia zabiegowego chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego vs pozostałych*⁴⁹ wynika, że koszty funkcjonowania oddziałów oraz bloków operacyjnych w szpitalach onkologicznych, względem pozostałych szpitali, są wyższe o około

⁴⁶ Zgodnie z § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1194), określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące, mające na celu polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Przez współczynniki korygujące należy rozumieć współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu w zarządzeniach dotyczących szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określające wysokość mnożników stosowanych dla poszczególnych: grup świadczeniobiorców albo świadczeń, albo grup świadczeniodawców, albo grup osób wykonujących dany zawód medyczny za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (§ 1 pkt 16 załącznika do rozporządzenia).

⁴⁷ Przepisu nie stosuje się do świadczeń rozliczonych poprzez JGP wskazane w § 21 ust. 8. Zgodnie z § 21 ust. 8 zarządzenia, do rozliczania świadczeń finansowanych w ramach następujących JGP: 1) A110 Kompleksowe zabiegi wewnątrznaczskowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, 2) C110 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, 3) F320 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, 4) F420 Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, 5) G310 Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie) w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, 6) J030 Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, 7) H830 Średnie zabiegi na tkankach miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych, 8) H840 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych uprawnieni są świadczeniodawcy spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, realizujący w danym okresie rozliczeniowym umowy w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w AOS, chirurgicznego leczenia onkologicznego w rozpoznaniach wskazanych w charakterystyce JGP ww. grup, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii lub spełniający warunek minimalnej liczby zrealizowanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosuje się rozliczenie świadczeń zabiegowych dla wybranych JGP określonych w załączniku nr 19 do zarządzenia.

⁴⁸ Zarządzenie Nr 131/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne.

⁴⁹ Raport WT.521.11.2017; <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/component/content/article?layout=edit&id=7279> oraz <https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/taryfikacja/raporty/2021/001.zip> (dostęp 18 września 2023 r.).

17% oraz zaproponowano zastosowanie współczynników korygujących⁵⁰. Przyjęte przez Prezesa NFZ rozwiązanie miało na celu premiowanie jakości udzielanych świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej;

- § 21 ust. 7 – dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DiLO, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia w rozpoznaniach i co najmniej w liczbie określonej w załączniku nr 3c⁵¹ do zarządzenia, wartość tych produktów rozliczeniowych ze wskazanymi rozpoznaniem korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25. Po raz pierwszy współczynnik ten został wprowadzony z dniem 1 lipca 2018 r.⁵² Wprowadzenie tego współczynnika miało na celu premiowanie świadczeniodawców (określona liczba świadczeń jako wyznacznik jakości) specjalizujących się w wykonywaniu określonych grup zabiegów pacjentom onkologicznym (na podstawie karty DiLO) oraz udzielających kompleksowych świadczeń na rzecz pacjentów onkologicznych.

Do świadczeń onkologicznych miały ponadto zastosowanie współczynniki, o których mowa w § 17 ust. 6 pkt 1 zarządzenia Nr 1/2022/DSOZ (ze zm.), zgodnie z którym w przypadku wykonania jednocześnie zabiegów operacyjnych obustronnych (na narządzie parzystym), m.in. rozliczanych grupami: J01G, J01H, J02, J04G, J04H, L06, L09, L16, L17, L72 – wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,54. Współczynnik ten został wprowadzony po raz pierwszy zarządzeniem Nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. *zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne*. Zgodnie z treścią uzasadnienia do zarządzenia, zastosowanie tego współczynnika miało na celu umożliwienie sfinansowania zrealizowanych procedur w przypadkach jednoczesnego wykonania zabiegów obustronnych, które ze względów klinicznych powinny być wykonywane jednocześnie, a często nie były ze względów finansowych, ponieważ wartości punktowe JGP nie pokrywają pełnych kosztów zabiegu w takich przypadkach.

(akta kontroli str. 1055-1090)

Dane statystyczne z zakresu list oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz na wybrane świadczenia⁵³ świadczeniodawcy przekazywali⁵⁴ szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi

⁵⁰ W projekcie taryfy (str. 108-109 Raportu) zaproponowano dwa rozwiązania:

1. Korektę taryf obejmującą wyrównanie różnicy w kosztach leczenia pacjentów z rozpoznaniem nowotworowymi w stosunku do pozostałych pacjentów w grupach A11, C11, F32, F42, G31H, J03F, H83, H84, co znalazło odzwierciedlenie w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 17 lutego 2021 r. *w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia chorób nowotworowych*.

2. Współczynnik uwzględniający różnice w kosztach funkcjonowania oddziałów oraz bloków operacyjnych w jednostkach realizujących kompleksowe leczenie onkologiczne na poziomie 17%. Propozycja ta nie została uwzględniona w opublikowanej taryfie.

⁵¹ Załącznik 3c. *Katalog produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznań onkologicznych (produkty objęte współczynnikiem korygującym)*.

⁵² Zarządzenie Nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne*. W pierwotnym brzmieniu współczynnik ten wynosił 1,1, zaś od 1 stycznia 2019 r. jego wartość zwiększono do 1,25 (Zarządzenie Nr 134/2018/DSOZ z 28 grudnia 2018 r.).

⁵³ Wymienione w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych* (Dz.U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.).

⁵⁴ W związku z trwającym stanem pandemii w 2020 r. świadczeniodawcy po wprowadzonych zmianach przepisów w ustawie z dnia 31 marca 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19* (Dz.U. poz.567), w związku z art.

XML określonymi w zarządzeniu Zarządzenie Nr 128/2021/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lipca 2021 r. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML (oraz wcześniejszych zarządzeń w tej sprawie). W odniesieniu do wybranych świadczeń, wymienionych w załączniku nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁵⁵, świadczeniodawcy byli zobowiązani do przekazywania danych dotyczących list oczekujących w czasie rzeczywistym, za pośrednictwem udostępnionej przez Fundusz aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE)⁵⁶.

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2022 r. oddziały wojewódzkie NFZ nałożyły 159 kar umownych za nieprowadzenie list oczekujących lub prowadzenie ich w sposób naruszający przepisy prawa. W poprzednich latach było to: 308 w 2021 r., 105 w 2020 r. oraz 635 w 2019 r.

Spośród objętych analizą danych o czasie oczekiwania dla 19 komórek organizacyjnych⁵⁷, udzielających świadczeń w zakresach onkologicznych na koniec I kwartału 2023 r., w stosunku do końca I kwartału 2019 r.:

- dla przypadków stabilnych mediana czasu oczekiwania najbardziej wydłużyła się w poradni onkologicznej dla dzieci (o 42 dni), poradni ginekologii onkologicznej (o 19 dni) oraz poradni chemioterapii (o 16 dni), natomiast skróciła się w oddziale ginekologii onkologicznej (o 3 dni) oraz oddziale chirurgii onkologicznej (o 4 dni);
- dla przypadków pilnych mediana czasu oczekiwania najbardziej wydłużyła się w poradni onkologicznej dla dzieci (o 33 dni), poradni chirurgii onkologicznej dla dzieci (o 20 dni) oraz poradni onkologii i hematologii dziecięcej oraz poradni medycyny nuklearnej (o 14 dni).

Spośród objętych analizą czasu oczekiwania dla ośmiu świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁸ na koniec I kwartału 2023 r.:

- w stosunku do końca III kwartału 2022 r.⁵⁹ mediana czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu gastroscopii i kolonoskopii dla przypadków

15 pkt. 4 dot. art. 7b pkt. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 374), zostali zwolnieni na okres 180 dni, tj. od 2 marca do 5 września 2020 r. z codziennego przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia oraz przekazywania co miesiąc do oddziałów wojewódzkich NFZ sprawozdań z zakresu list oczekujących.

⁵⁵ Dz.U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.

⁵⁶ M.in. świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu onkologii, zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia), wycięcie macicy (histerektomia), świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – badania diagnostyczne: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, gastroscopia, kolonoskopia.

⁵⁷ 1240 poradnia onkologiczna, 1241 poradnia onkologiczna dla dzieci, 1242 poradnia chemioterapii, 1244 poradnia radioterapii, 1249 poradnia onkologii i hematologii dziecięcej, 1250 poradnia medycyny nuklearnej, 1460 poradnia ginekologii onkologicznej, 1540 poradnia chirurgii onkologicznej, 1541 poradnia chirurgii onkologicznej dla dzieci, 4072 oddział nowotworów krwi, 4140 oddział medycyny nuklearnej, 4240 oddział onkologiczny, 4241 oddział onkologiczny dla dzieci, 4242 oddział onkologii klinicznej/chemioterapii, 4243 oddział onkologii klinicznej/chemioterapii dla dzieci, 4244 oddział radioterapii, 4249 oddział onkologii i hematologii dziecięcej, 4460 oddział ginekologii onkologicznej, 4540 oddział chirurgii onkologicznej, 7960 pracownia lub zakład teleradioterapii, 7962 pracownia lub zakład brachyterapii.

⁵⁸ Gastroscopia, kolonoskopia, pozytonowa tomografia emisyjna, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, teleradioterapia hadronowa wiązką protonów, teleradioterapia stereotaktyczna, terapia izotopowa.

⁵⁹ Upřednio nie było obowiązku sprawozdawania danych o listy oczekujących dla świadczeń z zakresu gastroscopii i kolonoskopii.

- stabilnych skróciła się odpowiednio o jeden i dwa dni, zaś dla przypadków pilnych wydłużyła o cztery i siedem dni,
- w stosunku do końca I kwartału 2019 r., mediana czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej skróciła się: dla przypadków stabilnych odpowiednio o 82 i 18 dni, zaś dla przypadków pilnych o 30 i pięć dni,
 - czas oczekiwania dla pozostałych świadczeń pozostawał na stabilnym poziomie.
- Jak wynika ze *Sprawozdania z działalności NFZ w 2022 roku*, większość z przyczyn wydłużającego się czasu oczekiwania posiada charakter ogólnokrajowy, chociaż występują również przyczyny regionalne związane z niewystarczającą liczbą lekarzy określonej specjalności oraz niewystarczającą liczbą miejsc udzielania danego rodzaju świadczeń. Jako najczęstsze przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń zidentyfikowano m.in.:
- zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre rodzaje świadczeń, a także upowszechnienie wskazań i dostępności do świadczeń diagnostycznych, co powoduje stały wzrost zapotrzebowania na te świadczenia;
 - niewystarczające nakłady finansowe na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia z podażą;
 - preferowanie przez pacjentów placówek z określoną renomą lub też największych (najlepiej znanych) w rejonie/województwie, prowadzące do znacznych różnic między najdłuższymi, a najkrótszymi kolejkami oczekujących w danym zakresie świadczeń;
 - niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności w skali kraju lub danego regionu powodująca wydłużanie czasu oczekiwania na świadczenia z danego zakresu;
 - duża liczba pozostających pod opieką poradni specjalistycznych, przez co osoby kontynuujące leczenie „blokują” miejsca dla kolejnych pacjentów. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekle, pozostawanie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy oczekiwania na udzielenie świadczenia pacjentom pierwszorazowym wydłużają się;
 - wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie średnich rzeczywistych czasów oczekiwania.

(akta kontroli str. 362-368, 423-429, 1327-1356)

Programem wprowadzającym kompleksowe zmiany i kierunki rozwoju w obszarze onkologii na lata 2020-2030 jest Narodowa Strategia Onkologiczna⁶⁰, przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały nr 10 z dnia 4 lutego 2020 r.⁶¹ Jednym z elementów działań w ramach NSO było wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w Polsce poprzez realizację programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Pilotaż był realizowany w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej⁶².

Zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie KSO, podmiotem obowiązany do wdrażania, finansowania, monitorowania i ewaluacji pilotażu był Fundusz. Zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń w ramach pilotażu Fundusz wprowadził zarządzeniem Nr 6/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 stycznia 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie

⁶⁰ Dalej: NSO.

⁶¹ Uchwała Nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M.P. z 2022 r. poz. 814).

⁶² Dz.U. z 2023 r. poz. 394. Dalej: rozporządzenie w sprawie KSO.

szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Program pilotażowy był realizowany od lutego 2019 r. na terenie województw świętokrzyskiego i dolnośląskiego, od grudnia 2019 r. – podlaskiego, a od kwietnia 2020 r. – pomorskiego. Celem programu była ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej. Ocenie poddano zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków onkologicznych oraz zapewnienie świadczeniobiorcy kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej w pięciu wybranych typach nowotworów złośliwych: gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi oraz płuca. W celu zapewnienia ciągłości kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi objętymi programem, do czasu wejścia w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, pilotaż został przedłużony do 31 marca 2023 r.

Spośród 36 podmiotów leczniczych wskazanych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie KSO, czterech świadczeniodawców nie podjęło współpracy w ramach pilotażu⁶³. Nie wystąpiły przypadki odmowy rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach pilotażu KSO z wykorzystaniem współczynników korygujących⁶⁴.

Pilotażem objęto 35 860 pacjentów. Zgodnie z założeniami program nie obejmował wszystkich pacjentów diagnozowanych i leczonych w danym ośrodku, a jedynie tych pacjentów, od których uzyskano zgodę na udział w pilotażu. Wartość środków finansowych poniesionych przez NFZ na realizację świadczeń w ramach pilotażu w okresie od 1 lutego 2019 r. do 31 marca 2023 r., wyniosła 660 004,9 tys. zł, w tym 130 336,4 tys. zł stanowił koszt wynikający z zastosowania współczynników korygujących, o których mowa w § 11 ust. 3 rozporządzenia MZ w sprawie KSO⁶⁵.

Prezes Funduszu, zgodnie z § 12 ust. 3 rozporządzenia, przekazywał Ministrowi Zdrowia, półroczne informacje o przebiegu realizacji pilotażu na podstawie sprawozdań okresowych, sporządzanych przez wojewódzkie ośrodki koordynujące. Natomiast *Raport końcowy Narodowego Funduszu Zdrowia z programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej*, za wiedzą Ministra Zdrowia, został sporządzony z miesięcznym przekroczeniem terminu, o którym mowa § 12 ust. 6 rozporządzenia w sprawie KSO, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W ramach pilotażu podjęto działania w celu dopracowania poszczególnych etapów i elementów opieki nad pacjentem onkologicznym. Przetestowano narzędzia mające na celu standaryzację m.in.: rejestracji pacjenta na wizytę u onkologa, koordynacji i roli koordynatora pacjenta onkologicznego, pracy konsyliów interdyscyplinarnych – zarówno w zakresie przygotowania niezbędnej dokumentacji, jak i w zakresie wsparcia ośrodków o niższej referencyjności w organizacji konsyliów w pełnym składzie, raportowania klasyfikacji TNM (stopnia zaawansowania klinicznego), raportów histopatologicznych i radiologicznych, wywiadu pod kątem czynników ryzyka zachorowania na nowotwory oraz repozytorium pierwszych objawów chorób nowotworowych – tzw. ankiety profilaktyczne, ścieżek pacjenta.

⁶³ Szpital św. Antoniego w Zabkowicach Śląskich (województwo dolnośląskie), Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach, Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim (tj. wszystkie ośrodki I poziomu w województwie pomorskim), Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze (województwo świętokrzyskie). Szpitale te nie podpisały z oddziałem wojewódzkim stosownego aneksu do umowy i/lub nie zawarły porozumienia w sprawie pilotażu, lub nie sprawozdały żadnego świadczenia jednostkowego w ramach pilotażu.

⁶⁴ § 12 ust. 9 rozporządzenia w sprawie KSO.

⁶⁵ Według stanu na 21 lipca 2023 r.

W pilotażu opracowano koncepcję i wdrożono system monitorowania jakości opieki onkologicznej. Punktem wyjściowym do jego opracowania był katalog mierników oceny opieki nad świadczeniobiorcami objętymi pilotażem, wymienionych w § 9 rozporządzenia w sprawie KSO. Pilotaż pozwolił na zdefiniowanie zakresu niezbędnych danych, źródeł ich pozyskania oraz sposobu obliczania mierników. W raporcie końcowym wskazano, iż obsługa manualna systemu stanowi najpoważniejszy czynnik zaburzający wiarygodność danych, w związku z czym należy dążyć do w pełni automatycznego przesyłania danych do repozytorium/rejestrów.

(akta kontroli str. 730-890, 970-1054)

Zgodnie z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato⁶⁶, podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania oraz monitorowania programu pilotażowego był Fundusz. Etap realizacji programu pilotażowego rozpoczął się z dniem 1 kwietnia 2021 r., tj. w terminie wynikającym z 5 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie JGPato⁶⁷. W większości oddziałów wojewódzkich Funduszu umowy zawarte były z realizatorami pilotażu z okresem obowiązywania od 1 kwietnia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. Podkarpacki OW NFZ zawarł umowę na realizację programu JGPato z okresem obowiązywania od 13 kwietnia 2021 r. do 12 stycznia 2022 r., zaś Zachodniopomorski od 12 kwietnia 2021 r. do 11 stycznia 2022 r. Do udziału w projekcie Minister Zdrowia wytypował 39 świadczeniodawców, z czego do realizacji kompleksowej diagnostyki patomorfologicznej na zasadach określonych w programie pilotażowym przystąpiło 23 świadczeniodawców, funkcjonujących na terenie 10 OW NFZ.

Zgodnie z postanowieniami zarządzenia Nr 47/2021/DSOZ Prezesa NFZ⁶⁸ oddziały wojewódzkie Funduszu zostały zobowiązane do sporządzenia analizy danych, o których mowa w § 5 ust. 4 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie JGPato oraz sporządzenia raportu z realizacji pilotażu JGPato, zgodnie z § 5 ust. 4 pkt 2 lit. a tego rozporządzenia. *Raport z realizacji programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato* opracowano w lutym 2022 r., a 1 marca przekazano go do Ministra Zdrowia (tj. w terminach przewidzianych w § 5 ust. 4 pkt 2 lit. a oraz § 12 rozporządzenia w sprawie JGPato). Ze względu na przyjęty model sprawozdawania badań patomorfologicznych, ich szczegółowość, odmienną specyfikę poszczególnych ośrodków oraz reorganizację dotychczasowych schematów działań, w części szczegółowej raportu opracowano wskaźniki realizacji pilotażu dla każdego województwa odrębnie. W podsumowaniu raportu z realizacji pilotażu wskazano, że dążąc do skrócenia czasu oczekiwania na wyniki badań patomorfologicznych, ze względu na jego wieloetapowość, powinno się kłaść nacisk na zastosowanie najłatwiejszej i najprostszej metody pozyskania wyniku w jak najkrótszym czasie we własnym laboratorium. Zdaniem autorów raportu powinno to pozwolić na uniknięcie problemów logistycznych i kompetencyjnych w realizacji tych badań.

⁶⁶ Dz. U. poz. 2360. Dalej: rozporządzenie w sprawie JGPato.

⁶⁷ Okres realizacji programu pilotażowego miał obejmować: 1) etap organizacji programu pilotażowego, który trwa do 3 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia (tj. od 12 stycznia 2021 r.); 2) etap realizacji programu pilotażowego, który trwa 9 miesięcy po zakończeniu zadań realizowanych w ramach organizacji pilotażu.

⁶⁸ Zarządzenie Nr 47/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 marca 2021 r. *zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*. Zarządzeniem tym wprowadzono zmiany w zarządzeniu Nr 185/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. *w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*, wynikające z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie JGPato.

W związku z zakończeniem programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato, w załączniku nr 1c do zarządzenia Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*⁶⁹, dodano produkty rozliczeniowe dotyczące dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej, zaś ich zakres (charakterystykę) określono w załączniku nr 7a do tego zarządzenia. Wartości poszczególnych produktów rozliczeniowych zostały określone na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁷⁰. Wprowadzenie dodatkowego finansowania badań patomorfologicznych miało na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskania świadczeń na właściwym poziomie. Produkty te mogą rozliczyć świadczeniodawcy, którzy uzyskali certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologicznej będącej jednostką organizacyjną świadczeniodawcy⁷¹.

(akta kontroli str. 891-969, 970-985)

W latach 2020-2022 NFZ przeprowadził łącznie 179 kontroli (92 w 2020 r., 48 w 2021 r. oraz 39 w 2022 r.) u 158 świadczeniodawców, których zakres przedmiotowy dotyczył m.in. realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego (świadczenia realizowane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zakresy onkologiczne, onkologiczne programy lekowe) lub profilaktycznych programów zdrowotnych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły najczęściej niezasadnego lub nieprawidłowego zakwalifikowania wykonanego świadczenia, w tym: nieprawidłowo sprawozdanego rozpoznania zasadniczego, sprawozdania świadczeń bez potwierdzenia w dokumentacji medycznej wykonania procedur niezbędnych do sprawozdania danej grupy JGP. W wyniku tych kontroli zakwestionowano środki w wysokości 2996,4 tys. zł oraz nałożono kary w wysokości 960,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 1489-1544)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość:

Raport końcowy Narodowego Funduszu Zdrowia z programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, został sporządzony 31 sierpnia 2023 r., tj. z miesięcznym przekroczeniem terminu, o którym mowa § 12 ust. 6 rozporządzenia w sprawie KSO⁷².

⁶⁹ Zmiany wprowadzono zarządzeniem Nr 90/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 czerwca 2023 r. *zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*. Zarządzenie to weszło w życie z dniem 16 czerwca 2023 r.

⁷⁰ Pismo Prezesa AOTMiT z 20 kwietnia 2023 r., znak: WT.5403.13.2023.AS.2.

⁷¹ W § 21 ust. 10 zarządzenia, dopuszczono możliwość uwzględniania przy rozliczaniu świadczeń Certyfikatów uczestnictwa w projekcie PO WER, dla świadczeniodawców, którzy w projekcie pn. *Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi*, uzyskali ocenę niezbędną do uznania spełnienia standardów akredytacyjnych, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. *w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej* (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 75), na poziomie minimum 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. Certyfikaty te będą uwzględniane przy rozliczeniach przez okresie trzech lat od ich wydania przez Ministra Zdrowia.

⁷² Prezes Funduszu sporządza we współpracy z wojewódzkim ośrodkiem koordynującym raport końcowy zawierający analizę i ocenę realizacji pilotażu i przekazuje go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wraz z kopią sprawozdania końcowego, nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia otrzymania sprawozdań końcowych, o których mowa w ust. 1 pkt 2. Zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia wojewódzki ośrodek koordynujący przekazuje sprawozdania końcowe oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu: nie później niż w terminie 30 dni od dnia zakończenia pilotażu.

Jak wyjaśnił Prezes NFZ, w pismach skierowanych do Ministra Zdrowia⁷³, do Funduszu zostały przekazane obszerne materiały analityczne z poszczególnych ośrodków biorących udział w pilotażu, które wymagały szczegółowej weryfikacji, analizy i oceny pod względem założeń pilotażu, w tym we współpracy z wojewódzkimi ośrodkami koordynującymi. Minister Zdrowia przyjął do wiadomości opóźnienia w opracowaniu raportu⁷⁴.

(akta kontroli str. 986-1054)

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag i wniosków, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę 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.

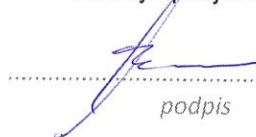
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 18 października 2023 r.

Kontrolerzy
Agnieszka Kalita
Doradca ekonomiczny


podpis

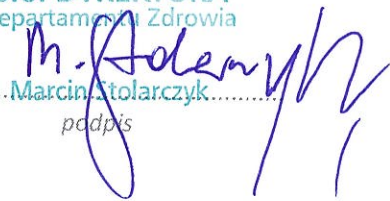
Krzysztof Barej
Główny specjalista k.p.


podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

p.o. DYREKTORA
Departamentu Zdrowia


podpis

⁷³ Pisma Prezesa NFZ znak: DSOZ.401.2029.2019 2023.239274 z 31 lipca 2023 r. oraz DSOZ.401.2029.2019 2023.251234.MEM z 10 sierpnia 2023 r.

⁷⁴ Pisma Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia: znak DLO.4024.38.2023.MK z 2 sierpnia 2023 r. oraz znak DLO.4024.38.2023.DK z 18 sierpnia 2023 r.

