KZD.430.007.2016
Nr ewid. 211/2016/P/16/054/KZD

Informacja o wynikach kontroli

PROFILAKTYKA ZDROWOTNA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJĄ

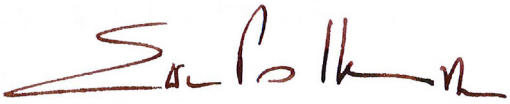
Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJĄ

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski

Akceptuję:
Ewa Polkowska



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dnia 11.04.2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

Spis treści

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI 8

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI 15
   2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności 15
   2.2. Synteza wyników kontroli 17
   2.3. Uwagi i wnioski 21

3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 24
   3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych 24
   3.2. Istotne ustalenia kontroli 27
      3.2.1. Zasady planowania i finansowania wybranych działań profilaktycznych w obszarach: gastrologii, ginekologii i kardiologii przez Ministra Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia 27
      3.2.2. Realizacja działań profilaktycznych 30
         3.2.2.1. Edukacja prozdrowotna 30
         3.2.2.2. Wydatki na profilaktykę 32
         3.2.2.3. Działania profilaktyczne podejmowane przez lekarzy POZ 34
         3.2.2.4. Dostęp do świadczeń profilaktycznych 36
         3.2.2.5. Profilaktyka raka piersi 38
         3.2.2.6. Profilaktyka raka szyjki macicy 40
         3.2.2.7. Profilaktyka raka jelita grubego 43
         3.2.2.8. Profilaktyka kardiologiczna 46
      3.2.3. Ewaluacja danych 49
      3.2.4. Współpraca Ministra Zdrowia z innymi organami państwa w celu koordynacji działań profilaktycznych 51
      3.2.5. Działania profilaktyczne podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego 51
      3.2.6. Pozostałe działania profilaktyczne 54

4. INFORMACJE DODATKOWE 57
   4.1. Przygotowanie kontroli 57
   4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli 57
   4.3. Finansowe rezultaty kontroli. 58

5. ZAŁĄCZNIKI 59

Zdjęcie na okładce:
© Jakub Jirsák – Fotolia.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna;

AOTMiT Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji[1], państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do zadań Agencji należy m.in. wydawanie rekomendacji w sprawie: kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej, a także od 1 stycznia 2015 r. ustalanie taryfy świadczeń;

Badanie cytologiczne to badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy. Polega na pobraniu komórek z ujścia zewnętrznego kanału i z tarczy szyjki macicy, a następnie poddaniu ich analizie mikroskopowej. Ocena stanu zdrowia pacjentki dokonywana jest na podstawie obecności w rozmazie komórek patologicznych. Cytologia jest zalecanym elementem profilaktyki onkologicznej wykonywanym podczas rutynowego badania ginekologicznego. Wynik oceniany jest za pomocą klasyfikacji Systemu Bethesda 2001[2];

Choroba niedokrwienna serca szerokie pojęcie obejmujące wszystkie stany niedokrwienia mięśnia sercowego bez względu na patomechanizm;

Choroba wieńcowa stany niedokrwienia mięśnia sercowego związane ze zmianami w tętnicach wieńcowych, stabilne i ostre zespoły wieńcowe (m. in. dławica piersiowa, niestabilna dusznica bolesna);

COK Centralny Ośrodek Koordynujący, ośrodek koordynujący *Populacyjne programy wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy,* działający w strukturze Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie; sprawował nadzór i koordynował, na szczeblu centralnym, wymienione *Programy*[3];

CWU Centralny Wykaz Ubezpieczonych;

NFZ, Fundusz Narodowy Fundusz Zdrowia;

JST jednostka samorządu terytorialnego;

KRN Krajowy Rejestr Nowotworów[4], działający w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów przy Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie;

LSz Lecznictwo szpitalne;

NPZCHN Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006–2015;

---

1 Do 31 grudnia 2014 r. funkcjonowała pod nazwą: Agencja Oceny Technologii Medycznych. Szerzej nt. AOTMiT: art. 31m i 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).

2 System Bethesda (ang. The Bethesda System, TBS) – klasyfikacja obrazów cytologicznych uzyskanych rozmazów z pochwowej części szyjki macicy. Klasyfikację zaproponowano w 1988 roku następnie modyfikowano w 1991 i 2001 roku.

3 Funkcjonował do 31 grudnia 2015 r.

4 Utworzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2012 r. (Dz. U. poz. 1497 ze zm.), uchylonym z dniem 12 grudnia 2015 r.
Obecnie jego funkcjonowanie reguluje rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. z 2016 r. poz. 1362), na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.).

Nowotwór złośliwy zmiana powstała z komórek o niskim zróżnicowaniu (niedojrzałych) znacznie odbiegających w budowie od prawidłowych tkanek. Przyczyną powstawania nowotworów jest uszkodzenie mechanizmów kontrolujących proliferację (rozrost) komórek na poziomie genetycznym i molekularnym. Nowotwór charakteryzuje się szybkim wzrostem i atypią. Rozprzestrzenia się przez naciekanie i wrastanie w okoliczne tkanki, upośledzając ich funkcję. Komórki nowotworowe przenoszą się z krwią i limfą w odległe miejsca organizmu tworząc nowe ogniska (przerzuty). Stadia rozwoju nowotworu i jego przenoszenie się do odległych tkanek stanowią w rozpoznaniu podstawę określania stopnia zaawansowania rozwoju nowotworu;

Oddział, OW NFZ Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi program polityki zdrowotnej opracowany w Ministerstwie Zdrowia w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, koordynowany przez COK i WOK-i; Minister Zdrowia finansował m. in. wysyłkę zaproszeń do kobiet z populacji objętej Programem, organizację i prowadzenie szkoleń dla realizatorów Programu, kontrolę jakości świadczeń;

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy program polityki zdrowotnej opracowany w Ministerstwie Zdrowia, w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, koordynowany przez COK i WOK-i; Minister Zdrowia finansował m. in. wysyłkę zaproszeń do kobiet z populacji objętej Programem, organizację i prowadzenie szkoleń dla realizatorów Programu, kontrolę jakości świadczeń;

Program profilaktyki raka piersi program zdrowotny realizowany i finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia; w ramach tego Programu finansowane są świadczenia udzielone kobietom w wieku 50–69 lat, które spełniły kryteria wskazane w tym *Programie*;

Program profilaktyki raka szyjki macicy program zdrowotny realizowany i finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia; w ramach tego Programu finansowane są świadczenia udzielone kobietom w wieku 25–59 lat, które spełniły kryteria wskazane w tymże *Programie*;

Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego program polityki zdrowotnej realizowany w ramach *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*, koordynowany przez COK, finansowany ze środków Ministra Zdrowia. Udział w *Programie* mogła wziąć każda osoba, która otrzymała zaproszenie na przesiewową kolonoskopię[5] oraz bez zaproszenia (w ramach tzw. „programu oportunistycznego"), pod warunkiem spełnienia warunków kwalifikujących do Programu;

POZ podstawowa opieka zdrowotna;

Profilaktyka zdrowotna to zorganizowana działalność ukierunkowana na podejmowanie wszelkich czynności zapobiegających zjawiskom i czynnikom szkodliwym dla zdrowia człowieka; działania w tym obszarze dotyczą rozpoznawania, diagnozowania i ograniczania warunków sprzyjających chorobom, wypadkom, urazom, zatruciom i przestępstwom[6];

---

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

[6] Za M. D. Głowacka, J. Zdanowska *„Zdrowie publiczne w Polsce"*, Wolters Kluwer Polska S.A., Warszawa 2013 r.

Program polityki zdrowotnej to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Ministra Zdrowia albo jednostkę samorządu terytorialnego (art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);

Program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (definicja według art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);

Promocja zdrowia (wg WHO) – proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania; jest kombinacją działań edukacyjnych i odpowiedniego wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, organizacyjnego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego dla praktykowania działań sprzyjających zdrowiu (definicja „promocji zdrowia" wg ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2016 r. poz.1638, ze zm.) została wskazana w art. 2 ust. 1 pkt 7);

SIMP System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki, informatyczne narzędzie NFZ do rozliczania świadczeniodawcy z realizowanych usług[7];

Świadczenie gwarantowane świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 5, pkt 35 ustawy);

Świadczenie specjalistyczne świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (art. 5, pkt 36 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);

Uprawniony osoba spełniająca kryteria udziału w profilaktycznych programach przesiewowych, do której adresowane są określone w tych programach świadczenia zdrowotne;

Ustawa o świadczeniach ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[8];

---

7 Moduł świadczeniodawcy (SIMP) służy do: weryfikacji pacjentek na podstawie archiwalnych danych sprawozdawczych spoza SIMP i zaewidencjonowanych w SIMP; ewidencji badań profilaktycznych na etapie podstawowym i pogłębionym w cytologii i mammografii, rozliczenia wykonanych usług i kontroli realizacji umowy. Moduł NFZ (SIMP) służy do: administrowania użytkownikami i zakresami przyznawanych im uprawnień, kontroli wykonania badań profilaktycznych, weryfikacji usług i rozpatrywania ewentualnych usług, obsługi wysyłki zaproszeń imiennych, rozliczenia i kontroli wykonania umów na profilaktykę, generacji raportów. Moduł instytucji współpracujących: Ministerstwo Zdrowia, Centralny Ośrodek Koordynujący, wojewódzkie ośrodki koordynujące, służy do analizy liczby wykonanych badań i ich wyników, kontroli jakości wykonanych świadczeń, generowania raportów.

8 Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

WOK-i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące, istniejące do 31 grudnia 2015 r., których zadaniem była koordynacja i nadzór nad prawidłową realizacją poszczególnych działań w ramach *Programów* profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, zgodna z ustalonymi przez COK zasadami, poprzez nadzór i koordynację realizacji szkoleń specjalistycznych dla personelu realizującego te *Programy* na terenie województwa, nadzór i koordynację działań w zakresie kontroli badań profilaktycznych w kierunku raka piersi i/lub szyjki macicy w skali województwa, monitorowanie i ewaluację *Programów* w zakresie jakości i poziomu zgłaszalności do *Programu* w skali województwa, współpraca z NFZ, konsultantami krajowymi, ekspertami merytorycznymi w zakresie zapewnienia prawidłowej realizacji Programów; analiza i ocena realizacji *Programów* pod względem zgodności założeniami, a w przypadku braku oczekiwanych efektów – zgłaszanie wniosków o korygowanie założeń Programów lub metod w nim stosowanych do COK, dokonywanie corocznej oceny Programów i raportowanie osiągniętych w województwie wyników do COK, analiza zgłaszalności kobiet do programów profilaktycznych, oceny procentowej nieprawidłowych wyników, analizy kosztów rocznej realizacji Programów, podsumowanie działalności szkoleniowej, formułowanie wniosków wynikających z dotychczasowej realizacji *Programów*;

Zabiegi kardiochirurgiczne w chorobie niedokrwiennej serca PCI – przezskórna interwencja wieńcowa (angioplastyka z wszczepieniem stentu lub bez); CABG – pomostowanie aortalno-wieńcowe tzw. bypass;

Zawał serca z uniesieniem ST (STEMI) zespół kliniczny spowodowany zwykle ustaniem przepływu krwi przez tętnicę wieńcową, wskutek jej zamknięcia, doprowadzający do martwicy mięśnia sercowego, przejawiający się wzrostem stężenia we krwi jej markerów i przetrwałym uniesieniem odcinka ST w EKG;

Zdrowie (wg WHO) to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby, czy niedomagania.

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

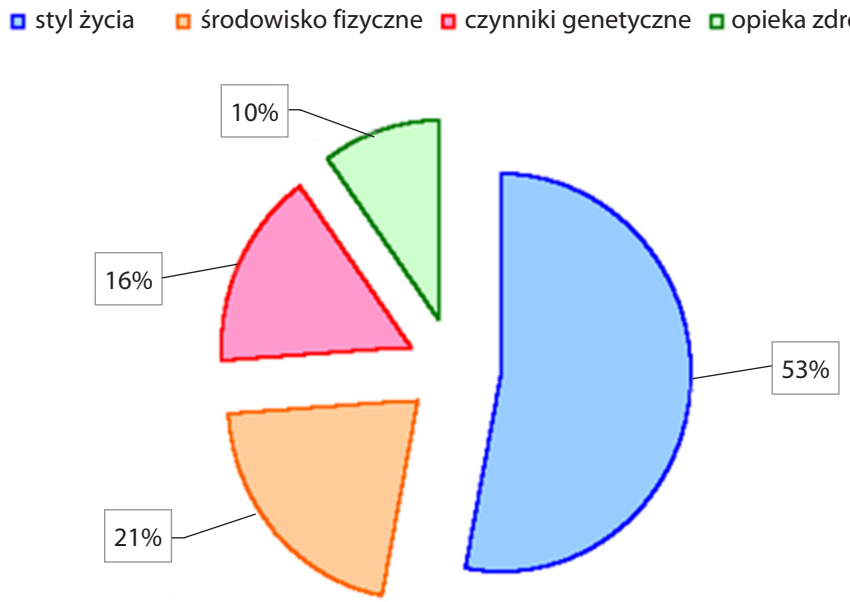
Temat i numer kontroli

Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia (P/16/054).

Uzasadnienie podjęcia kontroli

Głównym wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jego zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji[9]. Stan ten warunkuje jednak szereg czynników. Według Lalonda[10] (wykres nr 1) największy (bo sięgający 53%) wpływ ma styl życia. W dalszej kolejności wyznacznikami stanu zdrowia są środowisko fizyczne (21%) i czynniki genetyczne (16%). W najmniejszym stopniu stan ten determinuje opieka zdrowotna (10%).

Wykres nr 1
Czynniki mające wpływ na stan zdrowia



Źródło: A. Kukielczak „Naukowe podstawy zdrowia publicznego", http://epidemiologia2.sum.edu.pl/wp-content/uploads/2012/07/seminarium1.pdf

Przeprowadzone badania i analizy wskazują, iż rzeczywisty wpływ medycyny na stan zdrowia społeczeństw nie ma kluczowego znaczenia. Wskazuje się, że systemy opieki zdrowotnej pochłaniają ok. 90% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności wynosi zaledwie 10%. Tymczasem nakłady na edukację prozdrowotną i kształtowanie stylu życia sięgają tylko1,5%, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności sięga 43%[11].

Narastanie w społeczeństwach, zwłaszcza krajów wysoko rozwiniętych, problemów zdrowotnych związane jest z coraz częstszym występowaniem tzw. chorób cywilizacyjnych, tj. globalnie i powszechnie występujących chorób, których przyczyną rozwoju oraz rozprzestrzeniania jest postęp współczesnej cywilizacji[12].

9 „The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance", WHO 2000, s. xi.

10 Marc Lalonde – Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady. W 1974 r. opublikował raport A New Perspective on the Health of Canadians, w którym przedstawił koncepcję „pól zdrowia".

11 A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk: *„Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia"*, Tom I i II, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków 2001 r., str. 143.

12 Kitajewska W., Szeląg W., Kopański Z, Maslyak Z., Sklyarow I. Choroby cywilizacyjne i ich prewencja; Journal of Clinical Health care – www.jchc.eu/numery/2014-1/2014-11

Ostatni raport OECD – „Health at Glance: Europe 2016"[13], opublikowany 23 listopada 2016 r. pokazuje, że rocznie 550 tys. mieszkańców Europy w wieku produkcyjnym umiera z powodu chorób przewlekłych, a gospodarka UE traci z tego powodu blisko 1% PKB (115 mld €). W Polsce wskaźnik przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców wynosi 305 (średnia dla UE to 201) i lokuje nasz kraj na 6 miejscu, wśród najwyższych wskaźników, w grupie 28 krajów. Większość krajów UE ma wskaźnik niższy od średniej dla całej UE.

Jednym z narzędzi poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest promocja zdrowia, którą należy rozumieć jako proces obejmujący działania prowadzące do zwiększenia osobistego oddziaływania na własne zdrowie i jego utrzymanie oraz odejście od często zbyt zmedykalizowanego systemu leczenia. Oznacza to przeniesienie wagi tradycyjnej terapii w systemie opieki zdrowotnej, wykorzystującej często drogie technologie, na rzecz nauki o własnym zdrowiu.
Prowadzenie zdrowego stylu życia wynika z warunków w jakich żyjemy, indywidualnych wzorców zachowania oraz osobistych cech charakteru. Zdrowy styl życia jest w dużej mierze efektem promocji właściwych zachowań, diety, ochrony środowiska etc.

W promocję zdrowia wpisuje się wiele różnych czynników mających wpływ na zdrowie człowieka, jak np.: możliwość odpowiedniego zatrudnienia, wyżywienie, edukacja, poczucie bezpieczeństwa, relacja z innymi osobami, zachowanie więzi rodzinnych, egzystencja w czystym środowisku naturalnym itd. To nie tylko koncepcja i wytyczne, jak należy wzmacniać zdrowie i jego potencjał, ale również szereg działań, mających na celu nauczenie społeczeństwa, jak to robić prawidłowo. Ten element promocji zdrowia nazwany jest edukacją zdrowotną, której celem jest zmiana sposobu myślenia o zdrowiu oraz zwiększenie skuteczności kontroli nad własnym zdrowiem. Promocja zdrowia nie jest tożsama z edukacją zdrowotną i różni się też od profilaktyki zdrowotnej. Można ją realizować wśród osób zdrowych, zagrożonych chorobą, jak i chorych, równolegle do różnych faz profilaktyki.

Skuteczność działań promocyjnych i edukacyjnych potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych w krajach Europy Zachodniej oraz w Stanach Zjednoczonych. Badania L. Goldmana oraz E.F. Cooka wykazały, iż spadek umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Stanach Zjednoczonych w latach 1968–1975 był w ponad 60% skutkiem zmiany stylu życia oraz poprawy kontroli czynników ryzyka tej choroby. Poprawa jakości świadczonych usług medycznych odpowiadała jedynie w 1/3 za redukcję umieralności. Z kolei realizowany w Finlandii, od 1972 r., program prewencji choroby niedokrwiennej serca doprowadził do zmniejszenia umieralności mężczyzn w wieku 35–64 lata o 65% dla całego kraju i o 73% dla Karelii[14], gdzie program ten zaczęto realizować najwcześniej.

Profilaktyka chorób to także działania mające chronić człowieka przed potencjalnymi zagrożeniami zdrowia i ich szkodliwymi konsekwencjami. Może ona skutkować uniknięciem choroby, zahamowaniem progresji lub ograniczaniem jej skutków.
Koncepcja profilaktyki, od lat 60-tych XX wieku, powszechnie bazuje na podziale na trzy etapy działań. Profilaktyce pierwotnej – która powinna zapobiegać powstaniu procesów chorobowych, profilaktyce wtórnej – polegającej na wczesnym wykrywaniu procesów/zmian chorobowych, zanim wystąpią objawy oraz trzeciorzędowej – ograniczającej skutki już rozwiniętej choroby. W potocznym rozumieniu – zapobieganie chorobom obejmuje profilaktykę pierwotną i wtórną, a trzeciorzędowa rozumiana jest jako leczenie.

13 http://ec.europa.eu/health/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf

14 J.A. Indulski, Z. Jethon, L.T. Dawydzik: *„Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia"*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2000 r. str. 321, 339.

Zwykle profilaktykę, prewencję i zapobieganie chorobom utożsamia się z promocją zdrowia, choć te pojęcia różnią się wyraźnie.

Promocja zdrowia odnosi się do działań, których podstawą jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia, zwiększenie rezerw i potencjału organizmu. Z kolei prewencja i profilaktyka dotyczą głównie choroby – jej uniknięcia, czy wczesnego wykrycia dającego gwarancje wyleczenia. I tak, promocja zdrowia dotyczy całej populacji, a profilaktyka wyodrębnionych grup szczególnego ryzyka. Ponadto, działania profilaktyczne, dotyczące poszczególnych osób, mogą być realizowana ad hoc, w ramach bieżącej działalności podmiotu. Natomiast działania profilaktyczne obejmujące różne populacje prowadzone są pod postacią zaplanowanych programów zdrowotnych. Warto również zaznaczyć, że używane często określenie „badania profilaktyczne" wykonywane w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej, w tym masowe badania przesiewowe, inaczej skriningowe (ang. screening), tak naprawdę są badaniami mającymi na celu wczesne wykrycie zmian/chorób, a nie działaniami mającymi zapobiegać chorobom. Badania przesiewowe należą do profilaktyki wtórnej i służą do wyłonienia osób, które mogą być chore.

Systematyka działań profilaktycznych różnicuje je w zależności od momentu podjęcia działań zapobiegawczych przeciwko danej chorobie czy jej rozwojowi. I tak wyróżnia się[15]:

- profilaktykę **wczesną**, której celem jest eliminacja takich społecznych, ekonomicznych i kulturowych wzorców życia, które przyczyniają się do podwyższenia ryzyka choroby (np. palenie papierosów, nieracjonalne żywienie);
- profilaktykę **pierwotną**, której celem jest zapobieganie chorobie przed jej rozwinięciem poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka (np. obniżenie cholesterolu celem zapobiegnięcia chorobie niedokrwiennej mięśnia sercowego, szczepienia ochronne, programy opieki nad matką i dzieckiem, edukacja zdrowotna);
- profilaktykę **wtórną**, której celem jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez wczesne wykrycie, leczenie i zapobieganie nawrotom (np. kontrola i leczenie nadciśnienia tętniczego krwi celem uniknięcia rozwoju choroby niedokrwiennej serca, masowe badania przesiewowe i wczesne wykrywanie chorób)[16];
- profilaktykę **trzeciej fazy** (trzeciorzędową), której celem jest zahamowanie postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby (np. rehabilitacja kardiologiczna po zawale serca), tzw. zintegrowane zarządzanie chorobami skoncentrowane na pacjencie.

Badania profilaktyczne można podzielić na dwie grupy:

A. testy i badania przesiewowe (skriningowe) – są to najczęściej testy diagnostyczne przeprowadzane w dużych grupach ludności w celu wykrycia wczesnych stadiów chorobowych. W literaturze przedmiotu wskazuje się m.in., że odpowiednie badania przesiewowe powinny dotyczyć grup jednostek charakteryzujących się największym prawdopodobieństwem zachorowania na daną chorobę oraz doborem odpowiedniej liczby badań diagnostycznych wykonywanych w okresach umożliwiających wczesne wykrycie choroby, tj. w sytuacjach, kiedy istnieją duże szanse powrotu pacjenta do zdrowia a koszty leczenia są niższe niż w przypadku leczenia późniejszych stadiów choroby[17];
B. profilaktyczne badania lekarskie, laboratoryjne i rentgenowskie różnych grup zawodowych.

[15] D. Głowacka, J. Zdanowska, *„Zdrowie Publiczne w Polsce"*, Wydawnictwo ABC Wolters Kluwers Business, Warszawa, 2013 r.

[16] Profilaktyka wtórna jest najważniejszym przedmiotem zainteresowania niniejszej kontroli, w której zostaną także wykorzystane ustalenia z innych kontroli NIK.

[17] Ch.E. Phelps: „Health Economics", University of Rochester, Addison-Wesley, 1997 r., str. 65.

Wśród badań skriningowych, które mają wyłonić osoby prawdopodobnie chore, można wyróżnić kilka metod ich prowadzenia. Może to być:

– skrining masowy (populacyjny, zorganizowany), obejmujący duże grupy osób;
– skrining wielokierunkowy (wielofazowy), w którym wykorzystuje się, przy jednej okazji różne testy;
– skrining celowany (selektywny), stosowany w ściśle określonych grupach osób, np. narażonych na konkretne czynniki;
– tzw. wykrywanie przypadku (ang. *case finding*), którego dokonuje lekarz u pacjenta zgłaszającego się na wizytę z innego powodu (skrining indywidualny, oportunistyczny, niezorganizowany); powinien być stosowany przez lekarzy POZ.

Osoby z dodatnim wynikiem testu skriningowego poddawane są testom diagnostycznym, mającym potwierdzić chorobę lub ją wykluczyć. Żaden test nie jest w stu procentach czuły ani swoisty. Dlatego w skriningu zawsze występują wyniki fałszywie dodatnie i fałszywie ujemne.

Nierzadko bywa tak, że programy nazywane programami przesiewowymi, ograniczają się do stwierdzenia jakiejś nieprawidłowości i pacjenci dostają tylko informację o problemie lub są kierowani do odpowiedniej poradni. Te programy nie oferują dalszych badań diagnostycznych i leczenia. Z tego powodu, zgodnie z wytycznymi WHO, nie można ich nazwać *sensu stricto* programami badań przesiewowych[18].

Poszczególne kraje realizują różne programy skriningowe, planowane i wdrażane na podstawie krajowych danych epidemiologicznych, możliwości systemowych (postępy w diagnostyce i leczeniu – zmieniające się kryteria oceny i rozpoznawania różnych chorób, organizacji systemu i posiadanych zasobów finansowych), a także na podstawie dowodów zebranych w kraju i na świecie podczas wcześniej realizowanych programów. Dlatego występują różnice między poszczególnymi krajami w planowaniu i realizacji programów profilaktycznych. Coraz częściej podawane są jednak ogólne zasady i rekomendacje dla tego typu działań.

Przykładowo, jednym ze skriningów prowadzonych w wielu krajach są badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy. Najczęściej jest to skrining zorganizowany, choć równolegle toczy się skrining oportunistyczny. Wśród ważnych zaleceń realizowania badań przesiewowych dla tego typu raka wskazuje się[19]:

– odpowiednie zaproszenia na badanie i zwiększanie zgłaszalności,
– system informacji i rejestracji (zbieranie danych z programu populacyjnego i oportunistycznego),
– przechowywanie materiału (próbek),
– monitorowanie i ewaluację,
– audyt programów.

Podobnie dla raka piersi powstało szereg opracowań dotyczących badań przesiewowych. W zaleceniach europejskich z 2006 r. podano, że akceptowalny poziom uczestnictwa (liczba kobiet zaproszonych i biorących udział w programie) wynosi 70%, a oczekiwany – ponad 75%.

[18] Wilson JMG, Jjungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO, Geneva 1968. http://whqlibdoc.who.int./php/WHO_PHP_34.pdf

[19] Arbyn M., Anttila A., Jordan J., Ronco G., Schenck U., Segnan N., Wiener H., Herbert A., von Karsa L. European guidelines for quality assurance in cvervical cancer screening. Second edition – summary document. Ann. Oncol. 2010, 21(3): 448–458.

W przypadku badań skriningowych dla raka piersi toczy się wiele dyskusji dotyczących wartości skriningu mammograficznego. Wątpliwości dotyczą, m.in. przediagnozowania/nadrozpoznawalności, które generuje obciążającą dla wszystkich stron diagnostykę i terapię[20]. Stąd w różnych krajach znajdujemy różne zalecenia dla stosowania tego typu skriningu.
Przygotowano również rekomendacje dla skriningu w kierunku raka jelita grubego – dokument z 2010 r. pt. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*[21]. W tym przypadku za akceptowalny poziom uczestnictwa uznano udział co najmniej 45% pacjentów w badaniach a oczekiwany, nie mniej niż 65%.

Choroby układu krążenia, mimo niewielkiej poprawy w ostatnich latach, stanowią główny problem zdrowotny w Polsce i są przyczyną prawie połowy zgonów. Niepełnosprawność spowodowana chorobami sercowo-naczyniowymi powoduje duże straty społeczne i ekonomiczne. Współczynnik przedwczesnej umieralności z powodu chorób serca i naczyń jest w dalszym ciągu zbyt wysoki. Pomimo tego, że rozwój kardiologii interwencyjnej, dzięki której jest o połowę mniej zgonów w porównaniu do leczenia zachowawczego, pozwolił na poprawę sytuacji pacjentów z chorobami sercowo – naczyniowymi, to brak w Polsce nowoczesnego i zintegrowanego systemu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej nie pozwala na osiągniecie pełnych efektów leczenia interwencyjnego[22].

W wielu badaniach wykazano, że rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka stanowią o poprawie rokowania i jakości życia osób z chorobami układu krążenia, a także są efektywne kosztowo[23]. Programy kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji[24] są obecnie uważane za standard w postępowaniu z pacjentami z chorobami naczyniowo-sercowymi lub niewydolnością serca, zwłaszcza po ostrych zespołach wieńcowych i/lub rewaskularyzacji serca[25].

---

20 Loberg M., Lousdal M.L., Bretthauer M., Kalager M. Benefits and harms of mammography screening. Brest Cancer Res. 2015,17 (1):63.

21 Segnan N., Patnick J., von Karsa L., European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. Publications Office of the European Union, 2010, http://www..stopdarmkanker.br/BOEKJE/boekEU.pdf.

22 RAPORT Występowanie , leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce; Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL 2009–2012; Warszawa, Zabrze, Gdańsk 2014.

23 Piepoli M.F., Benzer W., Bjarnason-Wehrens B., dendale P., Gaita D., McGee H., Mendes M., Niebauer J., Zwisler A.D., Schmid J.P. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010; 17: 1–17; także: European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2012; 33: 1635–1701.

24 Zgodnie z aktualnymi wytycznymi europejskich towarzystw naukowych, w tym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego za najważniejszą grupę docelową działań profilaktycznych uważa się osoby z chorobami układu krążenia na podłożu miażdżycowym. Osoby te wymagają m.in. edukacji i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia. Działania te mają na celu zahamowanie progresji choroby, wydłużenie długości życia i poprawę jego jakości. W wielu badaniach wykazywano, że rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i poprawą jakości życia osób z chorobami układu krążenia. Takie działania są też efektywne kosztowo i wypadają korzystnie pod względem kosztu za dodatkowy rok życia na tle innych ugruntowanych interwencji stosowanych w medycynie. Programy kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji są obecnie uważane za standard w postępowaniu z pacjentami z chorobą niedokrwienną serca lub niewydolnością serca, w tym szczególnie z osobami po ostrym zespole wieńcowym i/lub rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Patrz: „Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji" – Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Warszawa czerwiec 2013.

25 Balady G.J., Ades P.A., Bittner V.A., Franklin B.A., Gordon N.F., Thomas R.J., Tomaselli G.F., Yancy C.W. Referral, Enrollment, and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs at Clinical Centers and Beyond: A Presidential Advisory From the American Heart Association. Circulation. 2011; 124: 2951–2960; „Rewaskularyzacja" – poszerzenie i udrożnienie zwężonego naczynia krwionośnego. Rewaskularyzacja ma na celu przywrócenie prawidłowego krążenia w świetle naczynia.

W badaniach naukowych wykazano, że rehabilitacja oparta przede wszystkim o fizjoterapię i edukację pacjentów w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko zgonu[26]. Zmiana stylu życia (ruch fizyczny, zaprzestanie palenia papierosów, dieta), regularne stosowanie leków, rehabilitacja kardiologiczna są niezbędne, by zapobiec kolejnym incydentom sercowo – naczyniowym i zmniejszyć ryzyko zgonu w grupie pacjentów po zawale. Natomiast brak w Polsce nowoczesnego i zintegrowanego systemu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji, utrudnia kontrolę czynników ryzyka u pacjentów z chorobami sercowo naczyniowymi. Zdaniem ekspertów pacjenci z chorobami układu krążenia w pierwszej kolejności powinni brać udział w programach rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji jako, że stanowią grupę największego ryzyka[27].

Cel i zakres kontroli

Kontrola „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia" została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Celem kontroli była ocena efektów realizacji profilaktyki zdrowotnej w obszarze gastrologii, ginekologii i kardiologii.

Cele szczegółowe kontroli obejmowały m.in. oceny:

w Ministerstwie Zdrowia:

- procesu planowania (programowania) działań profilaktycznych, w tym określania wielkości środków finansowych w obszarach objętych kontrolą,
- realizacji *Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* oraz wybranych aspektów *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych*,
- monitorowania działań profilaktycznych, ich koordynacji z innymi podmiotami oraz ewaluacji danych;

w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:

- procesu planowania działań profilaktycznych, w tym określania wielkości środków finansowych w obszarze ginekologii i kardiologii,
- kontraktowania i zabezpieczenia dostępu do wybranych profilaktycznych świadczeń zdrowotnych,
- monitorowania realizacji działań profilaktycznych i ewaluacji danych, w tym uzyskanych z kontroli świadczeniodawców;

w jednostkach samorządu terytorialnego:

- procesu planowania działań profilaktycznych, w tym określania wielkości środków finansowych w obszarach objętych kontrolą,
- realizacji działań profilaktycznych oraz ich koordynacji z wybranymi podmiotami publicznymi,
- procesu monitorowania i ewaluacji danych uzyskanych z realizacji działań profilaktycznych;

u świadczeniodawców

- realizacji działań profilaktycznych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie chorób układu krążenia oraz świadczeń profilaktycznych realizowanych ze środków własnych NFZ (profilaktyka nowotworów piersi, szyjki macicy).

---

26 Jankowski P., Czarnecka D., Łysek R., Skrzek A., Smaś-Suska M., Mazurek A., Brzozowska-Kiszka M., Podolec P., Kawecka-Jaszcz K., Pająk A. Secondary prevention in patients after hospitalization due to coronary artery disease – what has changed since 2006? Kardiol. Pol. (złożony w Redakcji).

27 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2012; 33: 1635–1701.

Kontrolę przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w 25 podmiotach, w tym w jednostkach samorządu terytorialnego oraz u świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz realizujących świadczenia w ramach Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, *Programu wczesnego wykrywania raka piersi* oraz *Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego*.

W Ministerstwie Zdrowia oraz w Centrali NFZ kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[28] pod względem legalności, rzetelności, gospodarności i celowości (art. art. 5 ust. 1 ustawy o NIK).

W jednostkach samorządu terytorialnego kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK pod względem legalności, rzetelności i gospodarności (art. 5 ust. 2 ustawy o NIK).

U świadczeniodawców, w zależności od formy organizacyjno-prawnej danego podmiotu, kontrola została przeprowadzona na podstawie art. 2 ust. 1 pod względem legalności, rzetelności, gospodarności i celowości (art. 5 ust. 1 ustawy o NIK), art. 2 ust. 2 pod względem legalności, gospodarności i rzetelności (art. 5 ust. 2 ustawy o NIK) lub art. 2 ust. 3 ustawy o NIK pod względem legalności i gospodarności (art. 5 ust. 3 ustawy o NIK).

Kontrola przeprowadzona została w województwach: lubelskim, małopolskim, opolskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim.

Badaniami kontrolnymi objęto lata 2012–2015.

Wykaz kontrolowanych podmiotów i jednostek NIK przeprowadzających kontrolę zawiera Załącznik nr 5.

[28] Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

2 PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Ustalenia NIK wskazują, że w Polsce nie ma kompleksowego, spójnego i sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej, obejmującego planowanie działań w tym obszarze, nadzór nad ich realizacją oraz ocenę uzyskiwanych efektów. Dostęp do świadczeń profilaktycznych był niewystarczający, co było jednym z czynników, który spowodował, że badaniami tymi objęto ograniczoną liczbę pacjentów, nieprzekraczającą połowy osób uprawnionych[29]. Ponadto, niekompletność i niewiarygodność danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów nie pozwala na przeprowadzanie rzetelnych analiz realizowanych programów profilaktycznych, także w zakresie ich efektywności. Utrudnia to ocenę ich wpływu na stan zdrowia ludności.

Minister Zdrowia, wytyczający kierunki polityki zdrowotnej kraju, nie znał łącznej kwoty środków przeznaczanych na zadania realizowane w zakresie profilaktyki zdrowotnej, zaś Narodowy Fundusz Zdrowia, kontraktując świadczenia z zakresu profilaktyki, nie uwzględniał wartości wskaźników epidemiologicznych[30] i wynikających z nich potrzeb zdrowotnych ludności.

Minister Zdrowia oraz Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie zapewnili, w obszarach objętych kontrolą, równego dostępu do świadczeń profilaktycznych dla osób uprawnionych, co naruszało zasadę wyrażoną w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach[31]. W *Programie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego*, Minister Zdrowia zapewnił, w 2015 r., dostęp do świadczeń profilaktycznych na terenie kraju zaledwie w 130 spośród 380 powiatów, zaś w *Programie profilaktyki raka piersi – etap podstawowy*, tylko w przypadku woj. mazowieckiego, w 2014 r., Fundusz nie zakontraktował świadczeń profilaktycznych w 13 spośród 41 powiatów.

Nieskuteczne[32] były działania podejmowane przez Ministra Zdrowia i NFZ w celu zwiększenia odsetka uczestników badań przesiewowych, pomimo uznania zadań z zakresu profilaktyki za priorytetowe. Nie spowodowały one zakładanej poprawy stanu zdrowia ludności, co było głównym celem wskazanym w *Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych*[33].

---

29 Działania profilaktyczne, będące przedmiotem kontroli, dotyczyły oceny efektów realizacji profilaktyki zdrowotnej w obszarach gastrologii, ginekologii i kardiologii, związanej z zapobieganiem nowotworom i chorobom układu krążenia, które stanowią najczęstszą przyczynę zgonów mieszkańców Polski. Ich realizacja, w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, miała miejsce głównie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz profilaktycznych programów przesiewowych finansowanych ze środków NFZ, budżetu państwa, a także jednostek samorządu terytorialnego i wyczerpywała w dużej mierze zakres podejmowanych czynności profilaktycznych. W związku z powyższym, a także faktem, iż koszty pozostałych działań profilaktycznych, nie miały istotnego udziału w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem, zasadnym jest ocena całego systemu ochrony zdrowia pod kątem realizacji działań profilaktycznych.

30 Takich jak np. wskaźników zachorowalności, czy przeżywalności pięcioletniej pacjentów.

31 Zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach: zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

32 Skuteczności rozumiana w niniejszej informacji, jako ocena czy podejmowane działania pozwoliły na osiągnięcie celów. W przypadku programów profilaktyki, miarą skuteczności podejmowanych działań był m.in. odsetek usprawnionych ogłaszających się na badania przesiewowe.

33 Szybki wzrost zachorowań na nowotwory w Polsce oraz niezadowalające wyniki leczenia, wymagające podjęcia skoordynowanych działań o charakterze ogólnokrajowym, spowodowały, iż Sejm RP uchwalił ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych", (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, ze zm.). Jego realizacja zakończyła się z dniem 31 grudnia 2015 r. Celem tego Programu miało być obniżenie wskaźnika umieralności i zachorowalności z powodu nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi, zwiększenia wskaźnika przeżyć pięcioletnich do poziomu osiąganego w krajach Unii Europejskiej, a także zwiększenie wskaźnika zgłaszalności pacjentów na badania przesiewowe. W dniu 3 listopada 2015 r. Rada Ministrów podjęła uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" (M.P. z 2015 r. poz. 1165, ze zm.).

W *Programie profilaktyki raka szyjki macicy* uczestniczyło jedynie 23% uprawnionych kobiet, zaś w Programie badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego – 18% takich osób[34]. Jedynie w przypadku *Programu profilaktyki raka piersi* odsetek ten był wyższy i osiągnął 49% uprawnionych, choć w ocenie ekspertów pozytywny efekt realizacji programów przesiewowych uzyskuje się przy objęciu, co najmniej 70% pacjentów z grup ryzyka[35]. Wartości wskaźników wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczność ich leczenia, były w Polsce znacznie gorsze od średnich europejskich.

Minister Zdrowia oraz Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie posiadali kompletnych i spójnych danych dotyczących zadań realizowanych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, pozwalających na bieżące monitorowanie realizacji programów profilaktycznych oraz dokonywanie ocen ich efektywności[36]. W szczególności, nie dysponowali informacją o łącznej wielkości środków przeznaczanych na profilaktykę zdrowotną, w tym realizowaną przez lekarzy POZ, a jedynie o wydatkach dotyczących wybranych zadań.

Minister Zdrowia nie dysponował również rzetelnymi danymi dotyczącymi m.in. liczby nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, stopnia zaawansowania choroby, a także wynikach jej leczenia i poniesionych kosztach. Informacje zawarte w poszczególnych bazach były niespójne, co utrudniało dokonanie oceny wpływu programów profilaktycznych na stan zdrowia ludności.

Ustalenia kontroli wskazują, że osoby korzystające z badań przesiewowych miały większe prawdopodobieństwo przeżycia co najmniej trzech lat od pierwszego rozpoznania raka piersi, raka szyjki macicy czy raka jelita grubego, niż pacjenci, u których rozpoznanie raka miało miejsce w innym trybie (najczęściej w związku z wykonaniem diagnostyki w następstwie pojawiających się pierwszych objawów choroby).

W większości jednostek samorządu terytorialnego objętych kontrolą, nie zostały sporządzone strategiczne dokumenty w zakresie polityki zdrowotnej. W ponad połowie skontrolowanych jednostek nie dokonywano rzetelnej analizy sytuacji demograficznej i epidemiologicznej na ich terenie, nie oceniano też potrzeb zdrowotnych i nie planowano zmian w tym zakresie. Nie analizowano również danych o zasobach lokalnego systemu opieki zdrowotnej, co powinno być punktem wyjścia do planowania działań w ochronie zdrowia, a także oceny efektów podejmowanych działań.

Niewystarczające były również działania lekarzy POZ w zakresie udzielania i dokumentowania świadczeń w obszarze profilaktyki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń układu krążenia oraz chorób nowotworowych. Fakt ten należy ocenić negatywnie, gdyż nieprawidłowości w tym zakresie były już dwukrotnie wskazywane przez NIK[37], a ustalenia niniejszej kontroli wskazują, że w ostatnich 10 latach nie nastąpiła poprawa. NIK pozytywnie ocenia proces udzielania świadczeń przez pozostałych świadczeniodawców w ramach realizowanych programów profilaktyki zdrowotnej.

---

34 Patrz: pkt 5 Syntezy wyników kontroli.

35 Według E*uropean guidlines for quality assurances in breast cancer screening and diagnosis*. Zob. http://annonc.oxfordjournals.org/content/19/4/614.full; w „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020", Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2015 r. str. 41.

36 Efektywności rozumiana w niniejsze j informacji, jako ocena wpływu podejmowanych działań profilaktycznych na stan zdrowia ludności. Miarami oceny efektywności był np. odsetek przeżyć 5-letnich w przypadku chorych na określony typ nowotworu, odsetek chorych z danym stopniem zaawansowania nowotworu w chwili jego wykrycia itp.

37 Patrz: Informacja o wynikach kontroli „Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)", Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KZD oraz Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych", Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD.

Pozytywnie należy także ocenić systematyczny wzrost, w okresie objętym kontrolą, odsetka pacjentów po zawale serca, korzystających z rehabilitacji kardiologicznej[38], choć nadal dostęp do tych świadczeń był ograniczony. **Analiza przeprowadzona przez NIK wykazała, że w przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej odsetek żyjących po roku od dnia zakończenia hospitalizacji był wyższy, niż w przypadku pacjentów, którzy nie korzystali z takich świadczeń[39].**

2.2 Synteza wyników kontroli

Planowanie działań profilaktycznych

1. W latach 2012–2015, zarówno Minister Zdrowia jak i Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, nie dysponowali danymi pozwalającymi na określenie kwoty środków przeznaczanych na wszystkie zadania realizowane w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Posiadali jedynie dane o kwotach środków przeznaczanych na wybrane działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, także w obszarach: gastrologii, ginekologii i kardiologii[40], realizowane w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych"[41] oraz Programu „POLKARD"[42].

Działania profilaktyczne (w tym badania diagnostyczne) realizowane są m. in. przez lekarzy POZ. W przekazywanych przez lekarzy POZ do NFZ sprawozdaniach, nie ma jednak informacji, czy dane badanie miało charakter profilaktyczny, czy też związane było ze zgłaszanymi dolegliwościami.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niewielkie kwoty przeznaczane ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na działania z zakresu profilaktyki, choć, jak wynika z dokumentów opracowanych w Ministerstwie Zdrowia oraz Funduszu, profilaktyka miała stanowić jedno z głównych narzędzi poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. **Wydatki Ministra na działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej, realizowane w ramach wyżej wskazanych Programów, w okresie objętym kontrolą wyniosły 201.019,28 tys. zł, co stanowiło 1,16% łącznych wydatków zrealizowanych w latach 2012–2015[43]. Z kolei udział kosztów świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowanych ze środków własnych Funduszu, w ogólnych kosztach świadczeń pozostawał, w okresie objętym kontrolą, na zbliżonym poziomie około 0,25%.** [str. 27–28]

38 W przypadku pacjentów bez interwencji chirurgicznej z 9,38% w 2012 r. do 18,40% w 2015 r., zaś wymagających takiej interwencji z 18,84% w 2012 r. do 25,39% w 2015 r.

39 Analizą objęto wszystkich pacjentów, którzy przeszli w latach 2012–2014 zawał mięśnia sercowego i przeżyli rok od dnia wyjścia ze szpitala.

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

41 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych (Dz. U. Nr 143 poz. 1200, ze zm.) – obowiązująca do dnia 31 grudnia 2015 r.

42 Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016 (podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).

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

2. Narodowy Fundusz Zdrowia, kontraktując świadczenia udzielane w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych, nie uwzględniał wartości wskaźników epidemiologicznych i wynikających z nich potrzeb zdrowotnych ludności. W konsekwencji, oddziały wojewódzkie NFZ, na terenie których występował wysoki wskaźnik zachorowalności, a niski zgłaszalności, przeznaczały mniej środków na badania profilaktyczne, niż oddziały o niskim wskaźniku zachorowalności i wysokiej zgłaszalności. [str. 29–30]

3. Regionalne priorytety zdrowotne dotyczące świadczeń profilaktycznych, przyjmowane corocznie w latach 2012–2015 przez oddziały wojewódzkie Funduszu, nie były uwzględniane w procesie planowania zakupu świadczeń. [str. 28–29]

Prowadzenie działań profilaktycznych w ramach programów przesiewowych

4. Minister Zdrowia nie zapewnił, na terenie całego kraju, równego dostępu do świadczeń profilaktycznych, realizowanych w ramach badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia raka jelita grubego. Zaplanowano realizację badań przez 130 ośrodków (jeden na ok. trzy powiaty). W 2011 r. świadczeń udzielano jedynie na terenie 44 (11,6%) powiatów, co zapewniało dostęp do Programu jedynie dla 2.221.032 z 9.020.468 (24,6%) osób z populacji docelowej. Niektóre regiony kraju (północne Mazowsze, Warmia i Mazury) były całkowicie pozbawione ośrodków wykonujących badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego.

W 2015 r. poprawił się dostęp do badań profilaktyki raka jelita grubego. Świadczenia realizowały 84 placówki, co zabezpieczało dostęp do świadczeń na terenie ok. 130 powiatów. [str. 36, 44]

Pomimo podejmowanych przez Fundusz działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, w 2015 r. nadal występowały znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu[44].

Zróżnicowany, w poszczególnych regionach kraju, był także dostęp do świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, mierzony wartością zakontraktowanych świadczeń przypadających na 10 tys. uprawnionych. Naruszało to zasadę, zapewnienia ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej[45], wyrażoną w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

Ustalenia kontroli wskazują również na niezakontraktowanie przez Fundusz części świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków własnych NFZ, w niektórych obszarach kraju. W 2013 r. dotyczyło to np. 10 spośród 21 powiatów województwa warmińsko-mazurskiego, zaś w 2014 r. 13 spośród 41 powiatów woj. mazowieckiego (program profilaktyki raka piersi, etap podstawowy)[46].

5. Skuteczność działań edukacyjno-informacyjnych była niewystarczająca, na co wskazuje utrzymywanie się na zbliżonym poziomie, w kolejnych latach, zgłaszalności osób na badania w ramach Programów profilaktycznych raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego.

---

44 Przykładowo, wartość kontraktów w Programie profilaktyki raka piersi (etap podstawowy) na 10 tys. mieszkańców wynosiła od 20,7 tys. zł w Mazowieckim OW NFZ do 36,8 tys. zł w Lubuskim OW NFZ.

45 Zgodnie z art. 65 pkt 2 tej ustawy, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych , którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69 b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

46 Wliczając miasta na prawach powiatu.

Odsetek osób objętych programem przesiewowym dla raka jelita grubego[47] wyniósł, w latach 2012–2015, od 16,7% do 17,8%[48] uprawnionych, w programie przesiewowym dla raka szyjki macicy od 21,01% do 23,21% [49], zaś w programie wczesnego wykrywania raka piersi odsetek uczestniczek był wyższy i osiągnął od 41,83% do 44,15%[50]. [str. 31]

W ocenie NIK zasadnym jest podjęcie przez Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ działań zmierzających do objęcia programami profilaktyki zdrowotnej jak największej liczby osób uprawnionych. Stwierdzono, że w grupie osób uczestniczących w Programach profilaktycznych, prawdopodobieństwo przeżycia co najmniej 3 lat od rozpoznania choroby było wyższe, niż u osób, które miały postawione rozpoznanie nowotworu w innym trybie (zwykle po zgłoszeniu pierwszych objawów choroby). W przypadku raka piersi, różnica na korzyść uczestników programów profilaktycznych wyniosła 19 punktów procentowych; dla raka jelita grubego było to 29,8 punktów procentowych, zaś w przypadku raka szyjki macicy – 31,2 punktu procentowego. [str. 39, 43, 45]

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że efektywność dotychczasowych metod zwiększenia odsetka osób uczestniczących w badaniach przesiewowych była bardzo mała. Dotyczy to zwłaszcza osób, które otrzymały imienne zaproszenia. Jedynie ok. 6,6% spośród uczestników badań przesiewowych zgłosiło się na nie w wyniku otrzymania zaproszenia[51].

6. Pomimo realizacji programów przesiewowych dla raka piersi oraz szyjki macicy, nie osiągnięto, w latach 2012–2015, celów wskazanych w *Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006–2015*, tj. zahamowania wzrostu zachorowań na te nowotwory złośliwe, osiągnięcia średnich europejskich wskaźników w zakresie ich wczesnego wykrywania oraz skuteczności leczenia.

W 2013 r. zachorowało na raka piersi o 56,0%[52] więcej kobiet, niż w roku 2005. Zmniejszyła się natomiast, w tym okresie, liczba zachorowań na raka szyjki macicy o 10,8%. Poprawiły się wartości wskaźników wykrywalności wczesnych postaci raka piersi i raka szyjki macicy. O ile w 2005 r. pacjentki z rozpoznanym zaawansowanym rakiem piersi i szyjki macicy stanowiły odpowiednio 36% i 44%, o tyle w 2013 r. było ich 30% i 34%. Nie odnotowano jednak poprawy wartości wskaźników przeżyć pięcioletnich[53]. Nadal odbiegały one od wartości osiąganych w wybranych krajach europejskich i były niższe o ok. 10 punktów procentowych w obu typach raka. [str. 38–43]

---

47 Tzw. system zapraszany.

48 W 2012 r. – 17,8%, w 2013 r. – 16,7%, w 2014 r. – 17,1%, w 2015 r. – 16,8%.

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

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

51 Patrz: Informacja o wynikach kontroli NIK „Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim" (Nr ewid. 149/2016/P/15/085/LLU). Jak wynika z ustaleń tej kontroli w wyniku prowadzonej przez WOK-i wysyłki imiennych zaproszeń na badania cytologiczne osiągnięto niewielkie efekty w zakresie zgłaszalności. W latach 2011–2015 wysłano w woj. lubelskim 909 tys. imiennych zaproszeń i wydatkowano na ten cel 1.192,6 tys. zł, a na badania zgłosiło się zaledwie 59,7 tys. kobiet, co oznacza średnią roczną zgłaszalność na poziomie 6,6% w stosunku do populacji objętej programem.

52 Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów. Ostatnie pełne dane pochodziły z 2013 r.

53 Dla rozpoznań z lat 2000–2009. Ostatnie dostępne dane pochodzą z tego okresu.

7. Nie osiągnięto również celów wskazanych w NPZChN w odniesieniu do zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów z powodu raka jelita grubego. W roku 2015 liczba nowych zachorowań na ten nowotwór w porównaniu z rokiem 2005 była większa o 24,8%. Odnotowano natomiast niewielką, poprawę w zakresie jego wczesnego wykrywania. O ile w 2005 r. chorzy z I i II stopniem zaawansowania choroby stanowili 38% pacjentów, to w 2014 r. ich odsetek zwiększył się do 46,5%. Wartości tego wskaźnika były jednak niższe o ok. 10–12 punktów procentowych w stosunku do krajów Europy Zachodniej. W ocenie NIK miało to negatywny wpływ na wartości wskaźnika przeżyć pięcioletnich[54]. Były one niższe, niż w wybranych krajach Europy Zachodniej o ok. 10–12 punktów procentowych. [str. 43–45]

8. Jedną z istotnych przyczyn nieosiągnięcia celów wskazanych w NPZChN, a także nieuzyskania zmniejszenia liczby zachorowań związanych z układem krążenia, był ograniczony zakres działań profilaktycznych podejmowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Badanie gruczołów piersiowych u kobiet lub instruktaż samobadania piersi, czy wynik badania mammograficznego odnotowano jedynie w 13,5% kart historii zdrowia i choroby pacjentek poddanych kontroli, zaś wynik badania cytologicznego – w 9,4% kart. Pomiar ciśnienia krwi wykazano podczas 40,1% wszystkich wizyt, których dotyczyła objęta analizą dokumentacja medyczna. [str. 34 i nast.] Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia udzielanie świadczeń profilaktycznych przez pozostałych świadczeniodawców w obszarach objętych kontrolą.

9. W latach 2012–2015 lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w ograniczonym zakresie udzielali świadczeń w ramach *Programu profilaktyki chorób układu krążenia* finansowanego ze środków NFZ. Badania przesiewowe wykonano jedynie u 280.668 osób, tj. 3,4% do których adresowano Program. Konsekwencją objęcia tymi badaniami niewielkiej części populacji docelowej może być mała efektywność podejmowanych działań profilaktycznych[55]. [str. 46]

10. W latach 2012–2015 jedynie jeden na pięciu pacjentów, którzy przebyli zawał serca, korzystał ze świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej. Tak niewielki odsetek pacjentów korzystających z tej formy leczenia utrudnia – w ocenie NIK – utrzymanie korzystnych wyników interwencji medycznych uzyskanych na wcześniejszych etapach procesu leczniczego, a także prowadzi do przedwczesnych zgonów. **W przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej, w okresie 30 dni od zawału serca, odsetek pacjentów żyjących po roku od dnia zakończenia hospitalizacji z powodu zawału serca był wyższy (95,79% pacjentów bez interwencji kardiochirurgicznej w przebiegu zawału serca i 98,44% w przypadku pacjentów po takiej interwencji), niż w przypadku pacjentów, którzy nie korzystali z rehabilitacji w związku z przebytym zawałem serca (59,68% w przypadku pacjentów bez interwencji kardiochirurgicznej w przebiegu zawału oraz 81,30% w przypadku pacjentów po takiej interwencji[56].** [str. 46–48]

11. Jednostki samorządu terytorialnego podejmowały działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, choć miały one często doraźny charakter i były uzależnione od wielkości środków posiadanych w kolejnych latach. Negatywnie należy ocenić brak analiz epidemiologicznych i potrzeb ludności w zakresie świadczeń profilaktycznych.

---

54 W 2014 r. odsetek pacjentów z rakiem jelita grubego w I i II stopniu zaawansowania choroby wynosił 46,5%, zaś w przypadku osób uczestniczących w badaniach przesiewowych 62,5% w odniesieniu do osób uczestniczących w ramach tzw. systemu zapraszanego i 76,5% w odniesieniu do systemu oportunistycznego.

55 Patrz: ustalenia z Informacji o wynikach kontroli realizacji zadań NFZ w 2014 r.

56 Analizą objęto wszystkich pacjentów, którzy przeszli w latach 2012–2014 zawał mięśnia sercowego i przeżyły rok od dnia wyjścia ze szpitala.

Jednym z zakładanych efektów *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015* było sporządzenie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ludności na własnym terenie. Ustalenia kontroli wskazują natomiast, że jedynie cztery spośród dziesięciu poddanych kontroli jednostek samorządu terytorialnego, sporządziły odrębny dokument strategiczny lub zawarły w innych dokumentach zagadnienia dotyczące analizy potrzeb zdrowotnych oraz warunków ich zaspokojenia. W ponad połowie JST objętych kontrolą nie dokonywano rzetelnej analizy demograficznej i epidemiologicznej na terenie gminy, nie oceniano też potrzeb zdrowotnych, a także nie analizowano danych o zasobach lokalnego systemu opieki zdrowotnej, co powinno być punktem wyjścia zarówno do planowania działań w zakresie ochrony zdrowia, jak też monitorowania ich efektów. Brak dokumentu strategicznego uniemożliwiał również rzetelną ocenę realizowanych działań.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak koordynacji działań, a w konsekwencji wydatkowania środków publicznych na podobne świadczenia profilaktyczne przez różne podmioty, co ogranicza możliwość oddziaływania na stan zdrowia ludności. [str. 51–52]

Monitorowanie i ewaluacja danych dotyczących zrealizowanych świadczeń profilaktycznych

12. Wiarygodność i kompletność danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów (KRN) budzi, w ocenie NIK, poważne wątpliwości. W Rejestrze tym, w przypadku ponad 21% pacjentów z rozpoznanym rakiem jelita grubego, w ciągu 3 lat od rozpoznania nowotworu, wciąż nie zamieszczono informacji o stopniu zaawansowania choroby. Analogiczna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do 19,8% kobiet z rozpoznanym rakiem piersi oraz 9,5% kobiet z rozpoznanym rakiem szyjki macicy. Jedynie 11,6% pacjentek z rozpoznanym, w latach 2010–2011 rakiem szyjki macicy, występowało w bazach danych NFZ oraz KRN. Pacjentek z rozpoznanym w tym okresie rakiem piersi, występujących w obu w/w bazach danych, było 42,2%, zaś pacjenci z rozpoznanym rakiem jelita grubego stanowili w obu bazach 38,9%. [str. 49–50]

2.3 Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli ustaliła szereg czynników o charakterze systemowym negatywnie wpływających na skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych, a w szczególności:

– mały odsetek osób objętych przesiewowymi badaniami profilaktycznymi,
– ograniczony dostęp do świadczeniodawców udzielających świadczeń profilaktycznych,
– nieuwzględnianie przez NFZ, w procesie planowania i zakupu świadczeń profilaktycznych, danych epidemiologicznych oraz potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych.

W ocenie NIK, w celu budowy sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej, niezbędne jest podjęcie działań zmierzających m. in. do:

1. określenia przez Ministra Zdrowia spójnej, kompleksowej i wieloletniej koncepcji działań profilaktycznych, ukierunkowanej na zachowanie zdrowego trybu życia i zapobieganie chorobom, z uwzględnieniem priorytetów i wskaźników epidemiologicznych;
2. egzekwowania przez NFZ od lekarzy POZ realizacji obowiązujących procedur w zakresie profilaktyki zdrowotnej, zwłaszcza w odniesieniu do chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;

3. zwiększenia odsetka pacjentów uczestniczących w programach profilaktyki zdrowotnej pozwalających, na wczesne wykrycie nowotworów poprzez skuteczne działania informacyjne i edukacyjne podejmowane przez Ministra Zdrowia oraz realizatorów poszczególnych Programów;
4. usprawnienia przez Ministra Zdrowia systemowych rozwiązań dotyczących zbierania danych o realizacji świadczeń profilaktycznych i losów pacjentów z rozpoznanymi w czasie badań profilaktycznych chorobami nowotworowymi, w tym zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, zawierających dane o pacjentach z rozpoznanym nowotworem;
5. ujednolicenia i uwiarygodnienia danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów m.in. poprzez skuteczne egzekwowanie od podmiotów leczniczych, przez Ministra Zdrowia, przekazywania Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego, w celu zapewnienia rzetelnych danych w Krajowym Rejestrze Nowotworów;
6. przeprowadzenia rzetelnych analiz efektywności realizowanych programów przez podmioty finansujące (Minister Zdrowia, NFZ, jednostki samorządu terytorialnego).

Nie bez znaczenia dla poprawy stanu zdrowia ludności jest koordynacja działań profilaktycznych przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, nie tylko w ramach systemu ochrony zdrowia, lecz także uwzględniająca inne czynniki oddziaływujące na otoczenie człowieka. Część chorób związana jest bowiem z oddziaływaniem zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego w miejscu zamieszkania (np. choroby układu oddechowego, nowotwory i inne choroby płuc, choroby układu krążenia, alergie) [57].

Do poprawy sytuacji zdrowotnej ludności może przyczynić się skuteczna realizacja przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym[58], która określiła zadania realizowane w ramach zdrowia publicznego, w tym w zakresie: edukacji zdrowotnej dostosowanej do potrzeb różnych grup społeczeństwa, promocji zdrowia, profilaktyki chorób, działań w celu rozpoznawania, analizy adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a także wskazała podmioty odpowiedzialne za realizację powyższych zadań.

Ustawa wprowadza także regulacje pozwalające na koordynację działań profilaktycznych. Od stycznia 2017 r. Fundusz będzie mógł bowiem dofinansować programy profilaktyczne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego pod warunkiem, że będą one zgodne z priorytetami polityki zdrowotnej w danym regionie, celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, i które uzyskały pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji[59].

---

57 Patrz: Informacja o wynikach kontroli NIK „Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami", grudzień 2014 r., Nr ewid.177/2014/P/14/086/LKR, za: http://www.euro.who.int, http://www.eea.europa.eu, http://www.krakow.pios.gov.pl: – *WHO Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide – Global update 2005, Summary of risk assessment,* WHO 2006, – *Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP Project,* WHO Regional Office for Europe, 2013, – *Health effects of particulate matter – Policy implications for countries in eastern Europe, Caucasus and central Asia,* WHO 2013, – *Air quality in Europe – 2013 report,* European Environment Agency, 2013, – *Raport o stanie środowiska w województwie małopolskim w 2011 r.*, WIOŚ w Krakowie 2012, Biblioteka Monitoringu Środowiska.

58 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1916, ze zm.).

59 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem; Dz. U. z 2017 r. poz. 9.

Istotne znaczenie przy ocenie wpływu przesiewowych programów profilaktycznych na stan zdrowia ludności ma analiza wskazująca, czy programy te pozwalają na wykrycie zmiany chorobowej na wcześniejszym etapie jej rozwoju, a w konsekwencji, czy koszty leczenia są niższe, zaś wartości wskaźników przeżywalności pacjentów wyższe.

Pomimo niekompletności i niespójności danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów oraz w systemach informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła taką analizę, z zastrzeżeniem, iż dotyczyła ona niewielkiego zbioru danych możliwych do porównania. **Uzyskane wyniki powinny – w ocenie NIK – stanowić bodziec do podjęcia działań zmierzających do poprawy jakości zbieranych danych i w konsekwencji dokonania kompleksowej oceny programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych.**

Porównanie zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, zawierających dane o pacjentach z rozpoznanym pierwszy raz w latach 2010–2012 rakiem piersi, szyjki macicy i jelita grubego wykazało, że w przypadku raka szyjki macicy jedynie 11,6% pacjentek występowało w obu bazach. W przypadku pacjentek z rozpoznanym w tym okresie rakiem piersi było to 42,2%, zaś w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego – 38,9%[60]. Pomimo ograniczonej liczby pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem szyjki macicy i rakiem piersi, które występowały równocześnie w obu tych bazach, wyniki tej analizy nie są jednoznaczne, co potwierdza potrzebę dokonania weryfikacji danych i pogłębionego badania efektywności programów przesiewowych (patrz Załącznik nr 2 do niniejszej Informacji o wynikach kontroli).

[60] Dane dotyczą wyłącznie raka jelita grubego za lata 2009–2012.

3 WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

W myśl postanowień art. 68 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r., każdy ma prawo do ochrony zdrowia[61]. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[62], określono warunki i zakres udzielania tych świadczeń.

Zgodnie z brzmieniem art.15 ust. 1 tej ustawy, świadczeniobiorcy, na zasadach w niej określonych, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest m.in. zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Z kolei art. 15 ust. 2 omawianej ustawy stanowi, że świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu, m.in.: podstawowej opieki zdrowotnej, rehabilitacji leczniczej, programów zdrowotnych.

Ponadto, zgodnie z brzmieniem art. 27 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują, m.in.: propagowanie zachowań prozdrowotnych profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych; profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania, wykonywanie szczepień ochronnych, wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież.
Z brzmienia art. 6–11 tej ustawy wynika także, że podmiotami odpowiedzialnymi za realizację zadań ochrony zdrowia, w tym programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, są:

1. Minister Zdrowia (m.in. określa zasady organizacji opieki zdrowotnej, opracowuje, finansuje oraz ocenia efekty programów polityki zdrowotnej, a także sprawuje nadzór nad ich realizacją – art. 11 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2015 r.)[63];
2. organy administracji rządowej na poziomie centralnym i wojewódzkim;
3. Narodowy Fundusz Zdrowia;
4. organy administracji samorządowej (wojewódzkiej, powiatowej i gminnej) pełniące funkcje właścicielskie wobec podmiotów działalności leczniczej i realizujące zadania w zakresie zdrowia publicznego.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

1. tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
2. analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;
3. promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
4. finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 ustawy o świadczeniach).

Na gruncie obowiązującego prawa Minister Zdrowia odpowiada za politykę zdrowotną państwa. Narzędziem realizacji zadań Ministra w zakresie profilaktyki zdrowotnej jest m.in. Narodowy Program Zdrowia na lata 2006–2015 (NPZ)[64]. Zgodnie z założeniami ma służyć zjednoczeniu

[61] Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm.

[62] Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

[63] W latach 2012–2014 art. 11 ust. 1., pkt 3 stanowił, do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją.

[64] Aktualnie obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492) wydane na podstawie art. 9 ust.2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej, aby zmniejszyć nierówności i poprawić stan zdrowia, a tym samym jakość życia Polaków. Podstawą Narodowego Programu Zdrowia jest koncepcja promocji zdrowia zgodna z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986 r.), definiującą promocję zdrowia jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu. Narodowy Program Zdrowia określa główne kierunki polityki zdrowotnej i wskazuje na potrzebę wspólnych działań organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli w zakresie zdrowia publicznego. W odniesieniu do zadań związanych z profilaktyką i leczeniem chorób nowotworowych, jego uszczegółowieniem jest Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych.
NPZChN, na lata 2006–2015, był realizowany przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 4 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego *NPZChN*[65].
W ramach *NPZChN* (art. 3 pkt 2, 5 i 9 ww. ustawy) podejmowane były działania dotyczące m.in.:

– wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy;
– uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
– poprawy działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów.

Nowelizacja ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach, dokonana ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[66] wprowadziła podział programów na programy zdrowotne realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz programy polityki zdrowotnej realizowane przez ministrów i jednostki samorządu terytorialnego. Zagadnienia programów realizowanych przez Ministra Zdrowia, NFZ oraz pozostałe podmioty zostało wyartykułowane w art. 48 ustawy oraz art. 48a, który dotyczy zasad opracowywania programów przez ministrów i jednostki samorządu terytorialnego oraz art. 48b, który dotyczy trybu wyboru realizatorów programu oraz zawarcia umowy.

Opinie w sprawie projektów programów polityki zdrowotnej opracowanych przez jednostki samorządu terytorialnego sporządza Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji[67] w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu, na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach (art. 48a ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach). Opinia AOTMiT, bez względu na to czy jest pozytywna czy negatywna, jest warunkiem koniecznym do uruchomienia programu. Zgodnie z art. 48 ust. 4 ww. ustawy: programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku, gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami, o których mowa w ust. 1, realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

---

65 Dz. U. Nr 143, poz. 1200, ze zm.

66 Dz. U. z 2014 r. poz. 1138.

67 Patrz: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Dz. U. z 2014 r. poz. 1862). Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania zmierzające w szczególności do powołania jednostki organizacyjnej mającej za zadanie dokonywanie oceny procedur medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem procedur medycznych będących przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Funkcjonuje ona jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Od 1 stycznia 2015 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych stała się z mocy prawa Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (art. 12 ust. 1 nowelizacji z dnia 22 lipca 2014 r.).

Ramy ustawodawcze dla organizacji systemu ochrony zdrowia oraz realizacji świadczeń zdrowotnych zostały określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[68], obowiązującej od 1 lipca 2011 r.

Przedmiotowa ustawa określa, m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej i funkcjonowania podmiotów wykonujących tę działalność; zasady prowadzenia rejestru tych podmiotów; normy czasu pracy pracowników i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Wskazuje również na obowiązek prowadzenia przez podmioty wykonujące działalność leczniczą dokumentacji medycznej.

Od 5 czerwca 2009 r. dokumentację medyczną udostępnia się na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[69]. Sposób jej prowadzenia określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania[70].

Ustawa o działalności leczniczej rozróżnia pojęcie zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej i zadań w zakresie promocji zdrowia. Oznacza to, że działania z zakresu promocji zdrowia nie muszą przybrać postaci programu zdrowotnego, jeżeli nie mieszczą się w definicji programu polityki zdrowotnej, zawartej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym[71] przesądza, że wszystkie sprawy pozostające w zakresie działania gminy należą do właściwości rady gminy. Wynika z tego, że kompetencje rady gminy obejmują również opracowanie programów zdrowotnych, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Formą działania rady gminy, jako organu kolegialnego, jest podejmowanie uchwał (art. 14 ustawy o samorządzie gminnym). Podjęcie zatem uchwały w sprawie samorządowego programu polityki zdrowotnej jest realizacją zadań wynikających z konkretnej normy ustawy o świadczeniach, w formie właściwej dla działania organu kolegialnego, jakim jest rada gminy.

W ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym[72] oraz w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa[73] nie przewidziano domniemania kompetencji na rzecz organu stanowiącego, co wskazuje, że podejmowanie realizacji programów zdrowotnych leży w kompetencji organu wykonawczego.
Jednakże w art. 12 pkt 4 ustawy o samorządzie powiatowym, przewidziano, że do wyłącznej właściwości rady powiatu należy stanowienie o kierunkach działania zarządu powiatu oraz rozpatrywanie sprawozdań z działalności zarządu, w tym z działalności finansowej. Natomiast do kompetencji sejmiku województwa należy uchwalanie strategii rozwoju województwa (art. 18 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa). Na podstawie tych aktów, organy stanowiące mogą mieć realny wpływ na kształt polityki zdrowotnej w powiecie i województwie.

68 Dz. U. z 2016 r. poz. 1638.

69 Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

70 Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm. Od dnia 23 grudnia 2015 r. obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

71 Dz. U. z 2016 r. poz. 446, ze zm. Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 tej ustawy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy ochrony zdrowia. Od 1 stycznia 2015 r. gmina opracowuje programy polityki zdrowotnej.

72 Dz. U. z 2016 r. poz. 814, ze zm. Zgodnie z art. 4 ust. 1, pkt 2 tej ustawy powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

73 Dz. U. z 2016 r. poz. 486. Zgodnie z art. 14 ust. 1, pkt 2 tej ustawy Samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Zasady planowania i finansowania wybranych działań profilaktycznych w obszarach: gastrologii, ginekologii i kardiologii przez Ministra Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia

1. Łączne wydatki poniesione z budżetu państwa w części 46 „Zdrowie", której dysponentem był Minister Zdrowia, wyniosły, w latach 2012–2015, 17.359.869,3 tys. zł[74].
Minister Zdrowia nie dysponował danymi o wielkości środków przeznaczanych na wszystkie zadania profilaktyczne finansowane w ramach części 46, której był dysponentem, lecz jedynie w odniesieniu do realizowanych wybranych działań.

Zadania w zakresie profilaktyki podejmowane przez Ministra Zdrowia w latach 2012–2015 w obszarach: gastrologii, ginekologii i kardiologii[75], realizowane były przede wszystkim, w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych"[76] oraz Programu „POLKARD"[77]. Wydatki na działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej realizowanej w ramach tych Programów wyniosły w tym okresie 201.019,28 tys. zł (w tym na realizację zadań w ramach *NPZChN* 196.969,39 tys. zł), co stanowiło 1,16% łącznych wydatków, w części 46, w latach 2012–2015.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niewielkie kwoty przeznaczane ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia na zagadnienia z zakresu profilaktyki. Jak wynika z dokumentów strategicznych, opracowanych w Ministerstwie Zdrowia, profilaktyka powinna stanowić jedno z głównych narzędzi poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Kwoty planowane na realizację poszczególnych zadań podejmowanych w ramach NPZChN były określane m.in. na podstawie opinii koordynatorów tych zadań, konsultantów i Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych, zaś w przypadku Programu „POLKARD" na podstawie prac zespołu ekspertów. Minister dokonywał analizy realizacji poszczególnych zadań, skorelowanej z wysokością środków budżetowych na dany rok, na podstawie zgłoszonych opinii i potrzeb.

Minister Zdrowia dysponował, w badanym okresie, informacjami dotyczącymi prowadzonych w kraju działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, m. in.:

- otrzymywał raporty i sprawozdania dotyczące zagadnień związanych z profilaktyką, przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, towarzystwa i instytuty naukowe oraz konsultantów krajowych[78];
- dysponował analizami Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych, będącej organem doradczym Ministra Zdrowia, opiniującym m.in. projekty rocznych *Sprawozdań z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych;*

---

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

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

76 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006–2015 (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, ze zm.), obowiązująca do dnia 31 grudnia 2015 r.

77 Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016 (podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych .

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

– uzyskiwał, m.in. od wojewodów, informacje o programach zdrowotnych, w tym z zakresu profilaktyki, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego; dane te były analizowane przez Departament Polityki Zdrowotnej, a także zespoły, w których uczestniczył Minister Zdrowia. Przykładowo Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia wskazał, w swoim sprawozdaniu za 2014 r., na niski poziom rzetelności i wiarygodności przekazywanych przez JST danych o realizacji programów zdrowotnych, co utrudniało przeprowadzanie rzetelnych analiz.

  Najwyższa Izba Kontroli również formułowała zastrzeżenia do rzetelności danych przekazywanych przez jednostki samorządu terytorialnego dotyczących realizowanych programów polityki zdrowotnej[79].

Na podstawie uzyskiwanych danych opracowano, w okresie objętym kontrolą, analizy dotyczące m.in. profilaktyki zdrowotnej, wraz z propozycjami zmian, w tym m.in.:

– *„Analizę najistotniejszych dla populacji polskiej problemów zdrowotnych w ramach pięciu grup chorób stanowiących istotną przyczynę dezaktywacji zawodowej”*[80];
– *„Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”.*

2. Również Narodowy Fundusz Zdrowia nie dysponował danymi o kosztach wszystkich działań profilaktycznych udzielanych w ramach kontraktowanych świadczeń, w szczególności podejmowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej[81]. W ocenie NIK, brak takich informacji utrudnia dokonanie pełnej oceny efektów podejmowanych działań.

W latach 2012–2015[82], Prezes NFZ[83] ustalał ogólnopolskie priorytety zdrowotne[84]. Nie dotyczyły one świadczeń profilaktycznych w zakresie gastrologii i ginekologii.

W 2014 r. jako priorytet ogólnopolski przyjęto zwiększenie dostępu do świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej[85]. Wskazano, że celem jest „wzrost udzielania świadczeń w ramach wczesnej rehabilitacji po ostrych zespołach wieńcowych”. Jako mierniki zaproponowano: analizę czasu oczekiwania na zabiegi w ramach wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, porównanie wartości zawartych umów na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej z wartością umów zawartych w roku poprzednim.

Priorytety regionalne[86] określane były przez poszczególnych dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Niektóre oddziały wskazywały profilaktykę zdrowotną, w przyjętych regionalnych priorytetach zdrowotnych, jako kluczowy rodzaj świadczeń:

---

79 Patrz: Informacja o wynikach kontroli pn. „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego” (Nr P/15/063).

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

81 W szczególności sprawozdawczość przekazywana przez lekarzy POZ do NFZ nie pozwalała na wyszczególnienie profilaktycznych badań diagnostycznych od badań związanych z diagnostyką choroby.

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

83 W okresie objętym kontrolą, w NFZ obowiązywała *Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń,* która określała m.in. zakres obowiązków Centrali NFZ i oddziałów wojewódzkich NFZ w postępowaniu związanym z określeniem priorytetów zdrowotnych. Ostatnia z wersji z 2015 r. – 2.0 z dnia 1 lipca 2015 r. (zastąpiona w 2016 Procedurą w wersji 3.0.).

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

85 Priorytet ten ponownie pojawił się w 2016 r.

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

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

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

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

W odniesieniu do programu profilaktyki raka szyjki macicy w Podlaskim OW NFZ zakontraktowano w 2013 r. świadczenia o wartości 1.293,6 tys. zł, podczas gdy w 2014 r. było to 974,2 tys. zł, tj. o 24,7% mniej.

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

Podziału środków pomiędzy poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń (w tym świadczeń profilaktycznych w zakresie gastrologii, ginekologii i kardiologii), dokonywali dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie analiz dostępu do tych świadczeń. Analizy uwzględniały m.in. dane dotyczące zmian liczby i wartości wykonywanych świadczeń w odniesieniu do roku poprzedniego, zmian liczby pacjentów uprawnionych do objęcia poszczególnymi programami profilaktycznymi, zgłaszalność pacjentów w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz wnioski konsultantów krajowych i wojewódzkich określonych dziedzin medycyny.

W 2013 r., w woj. małopolskim odnotowano najniższą zgłaszalność na badania profilaktyczne raka piersi – 36,65%, przy średniej krajowej – 44,31% oraz jeden z najwyższych współczynników umieralności z powodu raka piersi – 16,1/100 tys. populacji, przy średniej dla kraju 14,2. Pomimo tego, w 2013 r. wartość świadczeń zakontraktowanych na 10 tys. uprawnionych z tytułu *Programu profilaktyki raka piersi* przez ten oddział Funduszu wyniosła 21,9 tys. zł i była najniższa w Polsce (średnia dla kraju 28,6 tys. zł)[87].

Również w Pomorskim OW NFZ w 2013 r. odnotowano jeden z najniższych wskaźników zgłaszalności na badania profilaktyczne raka piersi – 38,60% oraz jeden z relatywnie najwyższych współczynników zachorowalności, w porównaniu do innych oddziałów wojewódzkich NFZ, który wyniósł 14,5/100 tys. populacji. Jednocześnie, w ramach Programu profilaktyki raka piersi, oddział zakontraktował świadczenia na kwotę 24,3 tys. zł w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych, tj. o 4,3 tys. zł mniej w niż średnia krajowa[88].

87 W etapach podstawowym i pogłębionej diagnostyki). Najwyższą wartość świadczeń odnotowano w Lubuskim OW NFZ (38,7 tys. zł). W latach 2014–2015 wartość świadczeń zakontraktowanych na 10 tys. uprawnionych w Małopolskim OW NFZ utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: 22,3 tys. zł i 22,7 tys. zł.

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

Powyższe ustalenia, wskazują na ujemną korelację kwot przeznaczanych na te świadczenia ze wskaźnikami epidemiologicznymi i wynikającymi z nich potrzebami zdrowotnymi ludności. Brak rozeznania w kwestiach epidemiologicznych i potrzebach zdrowotnych powoduje, że oddziały wojewódzkie NFZ, na terenie których występował wysoki wskaźnik zachorowalności, a niski zgłaszalności, otrzymywały mniej środków na badania profilaktyczne, niż oddziały o niskim wskaźniku zachorowalności i wysokiej zgłaszalności na 10 tys. mieszkańców.

Fundusz nie wykorzystywał informacji o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń do analizy zapotrzebowania na usługi medyczne udzielane w ramach programów profilaktycznych finansowanych ze środków własnych.

Fundusz nie uzyskiwał informacji na temat realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego własnych programów profilaktycznych, ponieważ, jak wyjaśniono, przepisy nie nakładają na Fundusz takiego obowiązku. Doraźnie monitorowane były treści programów zgłaszanych przez jst i publikowanych na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która je opiniowała.

W ocenie NIK, pomimo deklarowanej wagi i znaczenia działań profilaktycznych dla stanu zdrowia ludności, faktyczne jego znaczenie w systemie ochrony zdrowia było niewielkie.

Potwierdza to udział kosztów świadczeń z zakresu profilaktyki w kosztach ogółem w latach 2012–2015 wskazany w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1
Udział kosztów świadczeń profilaktycznych w kosztach świadczeń rozliczonych przez NFZ w latach 2012–2015

Wyszczególnienie	Udział kosztów świadczeń profilaktycznych (wykonanych) w kosztach świadczeń rozliczonych przez NFZ			
	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.
Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych NFZ	0,25%	0,25%	0,25%	0,24%

Źródło: Dane NFZ.

3.2.2. Realizacja działań profilaktycznych

3.2.2.1. Edukacja prozdrowotna

W latach 2012–2015 realizowano, w ramach środków określonych w *NPZChN*, działania z zakresu edukacji prozdrowotnej, a w szczególności organizowano kampanie edukacyjno-informacyjne na szczeblu regionalnym i ogólnopolskim, spotkania w szkołach, w jednostkach samorządu terytorialnego, konferencje w zakładach pracy, dokonywano emisji spotów w mediach.

W latach 2013–2014 Minister Zdrowia nawiązał współpracę z Ministrem Edukacji Narodowej w celu promowania w szkołach „Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem".

W 2014 r., na potrzeby monitoringu skuteczności *Programu prewencji pierwotnej nowotworów*[89], przeprowadzono badanie ankietowe. Większość respondentów (69,0% mężczyzn i 84,1% kobiet) twierdziła, że dba o stan zdrowia, lecz jedynie 21,3% mężczyzn i 33,6% kobiet odpowiedziało, że uczestniczy w badaniach profilaktycznych.

[89] Realizowany w ramach *NPZChN* na lata 2006–2015.

W ramach *NPZChN*, w 2014 r., nie zrealizowano czterech programów edukacyjnych, na które przewidziano 4.011,1 tys. zł, z powodu niespełnienia wymagań konkursowych przez oferentów. Nie zrealizowano m.in. szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z zakresu diagnostyki onkologicznej, zasad kierowania na leczenie i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. Konkurs ofert obejmował wybór realizatora szkoleń na terenie całej Polski dla nie mniej niż trzech tysięcy lekarzy POZ w 2014 r. i siedmiu tysięcy w 2015 r., ale ogłoszony został dopiero 12 września 2014 r. z terminem złożenia ofert do 13 października 2014 r. Złożone oferty nie spełniały jednak warunków formalnych. Nie spełniała ich również oferta Centrum Onkologii – Instytut im Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie. Pomimo tego Minister Zdrowia w dniu 31 października 2014 r. zawarł porozumienie z Centrum Onkologii, na podstawie którego bezpłatnie przeszkolono 982 lekarzy POZ w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów. Liczba przeszkolonych w 2014 r. lekarzy stanowiła zaledwie 33,1% planu[90].

NIK zauważa, że działania edukacyjno-informacyjne miały ograniczoną skuteczność, na co wskazuje utrzymywanie się na zbliżonym poziomie, w kolejnych latach, wskaźników zgłaszalności osób na badania udzielane w ramach programów profilaktycznych raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego.

W przypadku badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia raka jelita grubego odsetek osób objętych programem przesiewowym w 2012 r. wyniósł 17,8%, w 2013 r. – 16,7%, w 2014 r. – 17,1%, zaś w 2015 r. osiągnął 16,8%[91].

W badaniu prowadzonym w ramach *Programu profilaktyki raka szyjki macicy* uczestniczyło, w okresie objętym kontrolą, od 21,01% do 23,21% kobiet z grupy docelowej, zaś w *Programie profilaktyki raka piersi* odsetek uczestniczek był wyższy i osiągnął od 41,83% do 44,15%[92].

W ocenie ekspertów pozytywny efekt realizacji tego rodzaju programów osiągany jest przy objęciu co najmniej 70% osób z grup ryzyka[93]. W ocenie NIK, niska zgłaszalność na badania przesiewowe w ramach programów profilaktycznych, była jedną z ważniejszych przyczyn braku poprawy wskaźników umieralności z powodu nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi, a także wskaźnika pięcioletnich przeżyć, tak aby odpowiadały one średniemu poziomowi osiąganemu w krajach Unii Europejskiej. Było to głównym *celem „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych" na lata 2006–2015*[94].

Minister Zdrowia, wiedząc o takiej sytuacji, nie wykonał kompleksowych analiz oraz nie podjął działań zmierzających do zwiększenia zgłaszalności na badania profilaktyczne, choć w dokumentach strategicznych wskazano, że zmiany w programach powinny zmierzać m.in. do zwiększenia zgłaszalności

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

91 Tzw. system zapraszany.

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

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

94 Cele Programu określono w art. 2 Programu. Szybki wzrost zachorowań na nowotwory w naszym kraju oraz niezadowalające wyniki leczenia, wymagające podjęcia skoordynowanych działań o charakterze ogólnokrajowym, spowodowały, iż Sejm RP uchwalił ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych* (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, ze zm.). W dniu 3 listopada 2015 r. Rada Ministrów przyjęła Uchwałę Nr 208 w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą *Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych* (M.P. z 2015 r. poz. 1165, ze zm.).

na badania, a działania te wymagają „pełnej wiedzy o wskaźnikach dotyczących efektywności badań przesiewowych oraz głębokiego rozpoznania czynników odpowiedzialnych za niską zgłaszalność kobiet na zorganizowane badania profilaktyczne”[95]. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w umowach zawieranych przez Ministra Zdrowia z WOK-ami, jedynie zobowiązano realizatorów programów do podejmowania działań zmierzających do zwiększenia zgłaszalności pacjentek.

Centralny Ośrodek Koordynujący i WOK- i, w celu dokonania analizy przyczyn niskiej zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe, występowały do NFZ o dostęp do indywidualnych danych, w szczególności danych zawartych w ankietach wypełnianych przez zgłaszające się pacjentki. Mimo wielkokrotnych wniosków, postulat nie został spełniony.

Imienne zaproszenia kobiet do udziału w badaniach przesiewowych, przygotowywane i wysyłane były na podstawie bazy adresowej zawartej w programie SIMP (udostępnianej przez NFZ). Zaproszenia generowane były według wzoru opracowanego przez COK i zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia. Data rozpoczęcia przez WOK-i wysyłki zaproszeń oraz liczba wysłanych zaproszeń uwarunkowane były terminem zawarcia umowy z Ministrem Zdrowia, co miało zwykle miejsce, w okresie objętym kontrolą, w II kwartale i uniemożliwiało prowadzenie wysyłki zaproszeń na przestrzeni całego roku. Zaproszenia na bezpłatne badanie cytologiczne otrzymywały ubezpieczone kobiety w wieku 25–59 lat, które w przeciągu ostatnich trzech lat nie wykonały badania w ramach programu przesiewowego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Natomiast na badania mammograficzne były zapraszane kobiety pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, które nie wykonały badania w ramach programu w ostatnich dwóch latach.

3.2.2.2. Wydatki na profilaktykę

W latach 2006–2015, tj. całym okresie realizacji NPZChN zaplanowano wydatkowanie kwoty 3.000.000 tys. zł, z tego 251.000 tys. zł w 2012 r., 252.500 tys. zł w 2013 r., po 250.000 tys. zł w 2014 r. oraz 2015 r.[96].

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

W 2014 r. nie wykorzystano kwoty 59.637,1 tys. zł, tj. 23,9% planowanych wydatków na realizację *Programu*, z powodu późnego przekazania Radzie Ministrów harmonogramu działań przewidzianych do realizacji w ramach *NPZChN* w 2014 r.[98].

W latach 2012–2015 planowane nakłady na realizację działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, zgodnie z art. 7 ust. 3 ww. ustawy, stanowiły 10% ogólnej wartości środków przeznaczonych na Program (szczegóły przedstawiono w Tabeli nr 2). Działania te obejmowały:

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

95 „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”; Warszawa, lipiec 2015 r.

96 Zgodnie z art. 7 ostawy o ustanowieniu *NPZChN*, który określał nakłady finansowe *Programu*.

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

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

Tabela nr 2
Realizacja działań profilaktycznych w latach 2012–2015 (w tys. zł)

Zadanie	2012 r.		% wykonania planu	2013 r.		% wykonania planu	2014 r.		% wykonania planu	2015 r.		% wykonania planu
	Plan	Wykonanie		Plan	Wykonanie		Plan	Wykonanie		Plan	Wykonanie	
Prewencja pierwotna nowotworów[1]	2100,00	2034,53	96,9%	1800	1800	100,0%	5274,05	4910,04	93,1%	4038,53	3341,29	82,7%
Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi	22606,00	21793,88	96,4%	21268,98	20294,66	95,4%	27802,47	24437,16	87,9%	24203,98	20572,02	85,0%
Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego	16605,96	15331,6	92,3%	18237,6	17941,99	98,4%	19470,29	17432,06	89,5%	31888,45	29979,8	94,0%
Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe	7846,64	7290,17	92,9%	8942,6	8732,12	97,6%	11230,25	9931,08	88,4%	13743,93	12570,47	91,5%
Wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy	1063,22	918,60	86,4%	1090,15	1026,43	94,2%	1514,83	1343,65	88,7%	1752,08	1551,07	88,5%
Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach z rzadkimi zespołami dziedzicznej predyspozycji do nowotworów – siatkówczak, choroba von Hippel-Lindau (VHL)	198,54	151,85	76,5%	196,62	165,40	84,1%	179,89	161,63	89,8%	203,39	178,01	87,5%
Razem:	**50420,36**	**47520,63**	**94,3%**	**51535,95**	**49960,60**	**96,9%**	**65471,78**	**58251,62**	**88,9%**	**75830,36**	**68192,66**	**89,9%**

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

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z Ministerstwa Zdrowia.

W ramach edycji *Programu POLKARD* na lata 2010–2012 zaplanowano i wydatkowano 19.352,26 tys. zł. W latach 2013–2015 zaplanowano na realizację umów w ramach tego *Programu* środki w łącznej wysokości 40.746,2 tys. zł, z tego na wydatki majątkowe 28.589,9 tys. zł (70,2%).

3.2.2.3. Działania profilaktyczne podejmowane przez lekarzy POZ

Istotną rolę w profilaktyce chorób odgrywa lekarz POZ. Stanowi on pierwsze ogniwo systemu opieki zdrowotnej i najczęściej styka się z pacjentem, w związku z czym nałożono na niego szereg zadań związanych z wczesnym wykrywaniem chorób oraz ich prewencją[99].

Kontrola wykazała, że we wszystkich badanych placówkach POZ, lekarze udzielający świadczeń POZ, zadania profilaktyki zdrowotnej realizowali w ograniczonym stopniu.

Brak odpowiednich działań profilaktycznych lekarzy POZ był już dwukrotnie wskazywany przez NIK, a ustalenia tej kontroli pokazują, że w ostatnich 10 latach nie nastąpiła poprawa w tym zakresie[100].

Skontrolowano 363 karty historii zdrowia i choroby pacjentów w wieku 45–55 lat, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ przed 1 stycznia 2012 r. i korzystali ze świadczeń lekarza POZ w miesiącach czerwiec oraz listopad w 2014 r. oraz 2015 r. Badaniem objęto wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej za lata 2012–2015.

Kontrola dokumentacji medycznej pacjentów POZ wykazała, że we wszystkich placówkach objętych kontrolą, nieprawidłowości dotyczyły niezamieszczania w indywidualnej dokumentacji medycznej danych o stanie zdrowia pacjenta, m. in. w większości przypadków nie podawano informacji o obciążeniach dziedzicznych, przebytych poważnych chorobach. Brakowało informacji o szczepieniach i podanych surowicach oraz uczuleniach, informacji o badaniu gruczołu piersiowego u kobiet. Sporadycznie odnotowywano informacje o stanie uzębienia oraz masie ciała (BMI). Z dokumentacji poddanej kontroli wynika, że najczęstszym powodem wizyt pacjentów u lekarza POZ było powtórzenie zleconych leków.

Opis badania *per rectum* lub informację o odmowie pacjenta poddania się temu badaniu odnotowano w 14 kartach (3,9%) prowadzonych przez lekarzy w trzech z sześciu kontrolowanych poradni POZ.

- *W kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”[101] opis badania per rectum lub informację o odmowie pacjenta poddania się temu badaniu odnotowano w 57 kartach (8,9%) prowadzonych przez lekarzy w 4 z 23 poradni POZ (17,4%). Wskazuje to na brak poprawy w powyższym zakresie.*

---

99 Zgodnie z art. 5 pkt 27 ustawy o świadczeniach oraz z pkt 3, 4 i 5 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (obowiązującego do 16 czerwca 2016 r.; Dz. U. Nr 214, poz. 1816), działania lekarza POZ są ukierunkowane m.in. na działania profilaktyczne. W zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę oraz rozpoznanie chorób świadczeniobiorcy lekarz POZ prowadzi edukację zdrowotną, identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie, a także planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

100 Patrz Informacja o wynikach kontroli „Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)”, Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KZD oraz Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”, Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD.

101 Do badania w tej kontroli wybrano Karty historii zdrowia i choroby osób korzystających ze świadczeń lekarza POZ w miesiącu czerwcu 2014 r., które złożyły deklaracje wyboru lekarza POZ przed 1 stycznia 2012 r., były w wieku 45–55 lat.

Warto zaznaczyć, że jednym ze schorzeń, które można wcześniej wykryć w badaniu per rectum jest u mężczyzn rak prostaty. Nowotwory gruczołu krokowego są drugą co do częstości przyczyną choroby nowotworowej u mężczyzn stanowią 13% zachorowań[102]. W ostatnich dekadach liczba zachorowań na ten nowotwór wzrosła pięciokrotnie. Wczesne rozpoznanie nowotworu prostaty daje szanse na skuteczne leczenie i wydłużenie czasu życia. W Polsce, w ostatnich latach wskaźnik przeżywalności dla tego nowotworu znacznie się poprawił, ale jest ciągle gorszy od średniej dla krajów UE.

Badanie gruczołów piersiowych u kobiet lub instruktaż samobadania piersi, albo wynik badania mammograficznego odnotowano w 23 z 171 kart kobiet (13,5%) w 2 poradniach (25,0%), zaś wynik badania cytologicznego w 16 kartach kobiet (9,4%) w jednej poradni POZ (12,5%).

- *W kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych" opis badania gruczołów piersiowych u kobiet lub instruktaż samobadania piersi, albo wynik badania mammograficznego odnotowano w 58 z 385 kart kobiet (15,1%) w 6 poradniach (26,1%), zaś wynik badania cytologicznego w 26 kartach kobiet (6,8%) w 6 poradniach POZ.*

Informacje o masie ciała i wzroście (BMI) opisano jedynie w 8,8% zbadanych kart (32 karty). Tymczasem nadwaga i otyłość, występujące coraz częściej w całej populacji Polaków, są uznawane za czynniki sprzyjające występowaniu chorób cywilizacyjnych. W ocenie ekspertów WHO, otyłość „może stać się w niedalekiej przyszłości głównym czynnikiem ryzyka raka"[103].

- *W kontroli NIK „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych" opis badania o masie ciała i wzroście (BMI) opisano w 30,7% zbadanych kart.*

Oznaczenia poziomu glukozy we krwi w odnotowano w 67,8% kartach historii zdrowia i choroby, objętych badaniem, zaś wynik pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w 93,7% kartach historii zdrowia i choroby. Analiza wyżej wskazanych kart wykazała, że w latach 2012–2015 363 pacjentom udzielono łącznie 6.490 porad lekarskich. Jednak jedynie w przypadku 2604 wizyt (40,1%), dokonano pomiaru ciśnienia krwi. W SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie, w przypadku ośmiu pacjentów nie odnotowano w indywidualnej dokumentacji medycznej wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi nawet podczas realizacji świadczeń udzielonych w ramach badań profilaktycznych w celu wczesnego rozpoznania chorób układu krążenia.

- *W kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych" opis wyniku pomiaru ciśnienia tętniczego krwi odnotowano w 425 kartach (66,5%), a oznaczenie poziomu glukozy we krwi w 283 kartach (44,3%).*

Zgodnie z § 42 ust. 4 pkt 6 i ust. 5 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposoby jej przetwarzania, dane te powinny zostać zamieszczone w Karcie zdrowia i choroby pacjenta[104].

Wspomniane braki w dokumentacji medycznej mogą wskazywać na niewykonywanie istotnych badań diagnostycznych przez lekarzy POZ, co, w ocenie NIK, może świadczyć o braku realizacji świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania.

---

102 Por. „Rak stercza" red. Romuald Zdrojowy. Wydawnictwo Termedia 2014 r. ISBN : 978-83-7988-297-7.

103 Według raportu International Agency for Research on Cancer (IARC) „World Cancer Report 2014"

104 Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 23 grudnia 2015 r. Wymóg wskazywania ww. informacji w historii zdrowia i choroby został określony w § 41 ust. 4, pkt 6 i 7 i ust. 5 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposoby jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

Należy podkreślić, że takie postępowanie jest niezgodne z obowiązującymi przepisami[105] i stanowi jednocześnie odstępstwo od podstawowych celów i zadań medycyny rodzinnej sformułowanych już piętnaście lat temu w założeniach reformy systemu ochrony zdrowia[106].

Czynnikiem dodatkowo ograniczającym skuteczność działań lekarzy POZ w zakresie profilaktyki była niedostateczna koordynacja podejmowanych czynności z pozostałymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia. W 2013 r. Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej[107] zwrócił uwagę na nieefektywną współpracę podstawowej opieki zdrowotnej z innymi częściami systemu ochrony zdrowia. Również konsultant w dziedzinie kardiologii, w latach 2011–2013, wskazywał m.in. na brak koordynacji opieki nad pacjentami wypisywanymi ze szpitala, pomiędzy oddziałami kardiologicznymi a ambulatoryjną opieką kardiologiczną i podstawową opieką zdrowotną, ograniczony dostęp do rehabilitacji kardiologicznej oraz niewydolny system ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

3.2.2.4. Dostęp do świadczeń profilaktycznych

Dostęp do świadczeń profilaktycznych udzielanych w ramach programów przesiewowych raka jelita grubego, piersi oraz szyjki macicy był ograniczony i zróżnicowany terytorialnie.

Liczba ośrodków wykonujących badania przesiewowe w Polsce była niższa od zakładanej w dokumencie *„Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego, kontynuacja na lata 2012–2015 z uwzględnieniem planów na lata po 2015 roku”*[108] zakładano budowę sieci 130 ośrodków (1 na ok. 3 powiaty). W 2011 r. Program realizowany był w 44 z 380 (11,6%) powiatów, co zapewniało dostęp do badań dla 2.221.032 z 9.020.468 (24,6%) osób populacji docelowej, a niektóre regiony kraju (północne Mazowsze, Warmia i Mazury) pozbawione były całkowicie ośrodków wykonujących badania przesiewowe. W 2015 r. dostęp do badań przesiewowych poprawił się. Świadczenia realizowały 84 placówki, co zabezpieczało dostęp do świadczeń na terenie ok 130 powiatów.

W 2013 r. w 10 spośród 21 powiatów województwa warmińsko-mazurskiego, nie zabezpieczono dostępu do świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu[109].

W 2013 r. w województwie dolnośląskim nie zabezpieczono dostępu do świadczeń w części obszarów kontraktowych, w trzech zakresach świadczeń udzielanych w ramach powyższych profilaktycznych programów zdrowotnych, tj. w programie profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki – powiat głogowski, górowski, jaworski, legnicki, lubiński, polkowicki, złotoryjski, m. Legnica; w programie profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki – powiat bolesławiecki, jeleniogórski, lubański, lwówecki, zgorzelecki, m. Jelenia Góra[110].

---

105 Por. art. 15 ust. 1 oraz art. 27 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

106 „Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce”, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, listopad 1998 r. Między innymi określenie ram dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) uwzględniało priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, ciągłość opieki zdrowotnej i wszechstronną analizę wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta, a także odbiurokratyzowanie i podmiotowe traktowanie uprawnionych do świadczeń, co zapewnić miało „zbliżenie” lekarza do pacjenta i większą elastyczność reagowania systemu na potrzeby populacji.

107 O których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126, ze zm.), wykonują m.in. zadania opiniodawcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

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

109 Wliczając miasta na prawach powiatu.

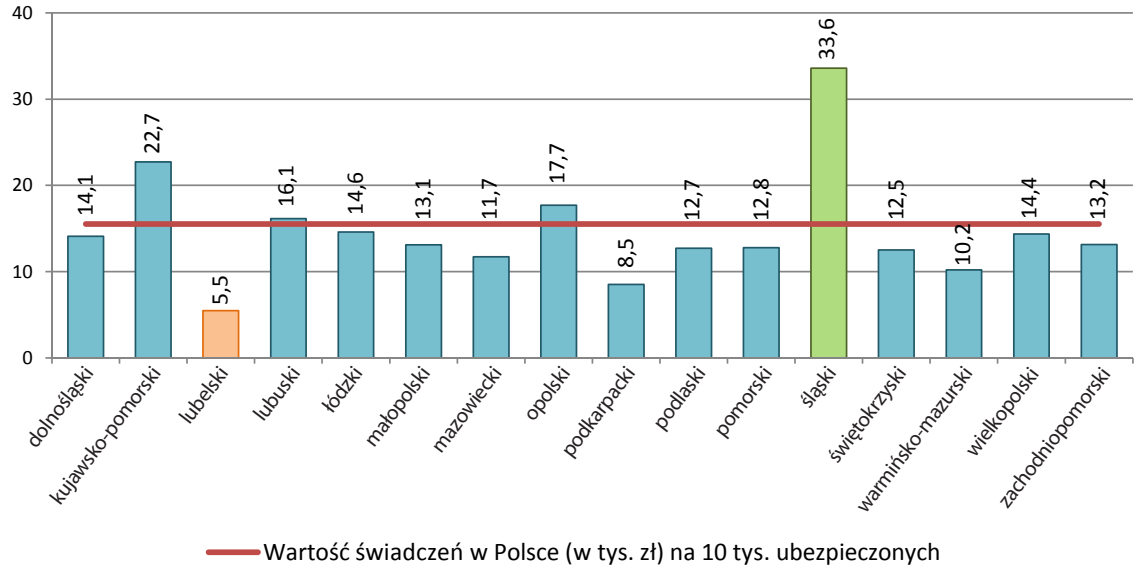
110 Patrz: Informacja o wynikach kontroli „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok” Nr P/14/060.

W 2014 r. w woj. mazowieckim, w 13 powiatach spośród 41, nie zakontraktowano m.in. świadczeń w zakresie programu profilaktyki raka piersi, etap podstawowy[111].

W 2015 r. wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń (patrz Rysunek Nr 2) w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, była różna w zależności od oddziału NFZ, mimo iż art. 65 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*[112] zobowiązywał Fundusz do zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych:

1. *Program profilaktyki raka piersi* (etap podstawowy); średnia wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przypadająca na jeden OW NFZ, zwiększyła się z 6,0 tys. zł (2012 r.) do 26,4 tys. zł (2015 r.); w 2015 r. wartość kontraktów na 10 tys. mieszkańców wynosiła od 20,7 tys. zł w Mazowieckim OW NFZ do 36,8 tys. zł w Lubuskim OW NFZ.
2. *Program profilaktyki raka piersi* (etap pogłębionej diagnostyki); średnia wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przypadająca na jeden OW NFZ, zwiększyła się z 1,4 tys. zł (2012 r.) do 1,6 tys. zł (2015 r.); w 2015 r. wartość kontraktów na 10 tys. mieszkańców wynosiła od 1,0 tys. zł w Podlaskim OW NFZ do 2,1 tys. zł w Świętokrzyskim OW NFZ.
3. *Program profilaktyki raka szyjki macicy* (etap podstawowy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, dalej: AOS); średnia wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przypadająca na jeden OW NFZ, zmniejszyła się z 6,0 tys. zł (2012 r.) do 3,8 tys. zł (2015 r.); w 2015 r. wartość kontraktów na 10 tys. mieszkańców wynosiła od 2,5 tys. zł w Wielkopolskim OW NFZ do 5,4 tys. zł w Śląskim OW NFZ.
4. *Program profilaktyki raka szyjki macicy* (etap diagnostyczny); średnia wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców, przypadająca na jeden OW NFZ, zmniejszyła się z 5,8 tys. zł (2012 r.) do 4,4 tys. zł (2015 r.)[113].

Wykres nr 2
Wartość zrealizowanych w 2015 r. świadczeń w programach profilaktycznych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

[111] Patrz: Informacja o wynikach kontroli „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku", Nr P/15/059.

[112] Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

[113] W 2015 r. od 2,3 tys. zł w Wielkopolskim OW NFZ do 5,7 tys. zł w Zachodniopomorskim OW NFZ.

Aby zwiększyć dostęp do świadczeń, od 1 stycznia 2014 r., położne podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) mogły rozliczać pobranie materiału do badania cytologicznego w cenie 16 zł, a po wejściu w życie kolejnego zarządzenia[114] stawkę podniesiono do 17 zł[115].

Ponadto, aby zwiększyć zgłaszalność kobiet do programów profilaktycznych raka piersi oraz raka szyjki macicy, Fundusz zamieszczał informacje o realizacji tych programów na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, a także o świadczeniodawcach udzielających tych świadczeń. Ponadto zamieszczano informacje i harmonogramy przejazdu mammobusów.

Dostęp do świadczeń profilaktycznych udzielanych w ramach *Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* ograniczało również późne wyłanianie realizatorów przez Ministra Zdrowia. Ogłoszenie o konkursie na ich wyłonienie :

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

W ocenie NIK podpisywanie umów z realizatorami *„Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego"* dopiero w II półroczu, negatywnie wpływało na liczbę przeprowadzonych badań profilaktycznych. Powodowało to zwiększone obciążenie personelu medycznego w II połowie roku oraz ograniczony dostęp uprawnionych do tych badań.

Podobne postulaty zgłaszali realizatorzy *„Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi"* oraz *„Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy"*. NIK również zwracała uwagę na ten problem w 2014 r. po kontroli pt. „Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych"[116].

NIK zwraca uwagę, że z końcem roku 2015 zakończył się *Program zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006–2015*. Kolejną edycję Programu podjęto z kilkumiesięcznym opóźnieniem. Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" weszła w życie 2 grudnia 2015 r., jednak dopiero w dniu 9 czerwca 2016 r. Minister Zdrowia upoważnił Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie do realizacji *NPZChN* na lata 2016–2024. Umowa na realizację tego Programu została zawarta w dniu 25 lipca 2016 r.

3.2.2.5. Profilaktyka raka piersi

W latach 2012–2015 do kobiet w wieku upoważniającym do udziału w *Programie profilaktyki raka piersi* wysłano 11.013.948 imiennych zaproszeń na badania mammograficzne[117]. Wyniki realizacji *Programu profilaktyki raka piersi* zaprezentowano w Tabeli nr 3.

[114] Zarządzenie Nr 86/2014/DSOZ z dnia 17 grudnia 2014 r.

[115] Na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2013 r. Nr 69/2013/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

[116] Kontrola NIK, Nr P/13/130.

[117] Jeżeli kobieta nie zgłosiła się na badanie, system mógł wygenerować kolejne zaproszenia po 3 i 6 miesiącu.

Tabela nr 3
Realizacja Programu profilaktyki raka piersi w latach 2012–2015

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Ministerstwa Zdrowia.

Nie zrealizowano wszystkich celów określonych w NPZChN dotyczących raka piersi, a w szczególności: zahamowania wzrostu zachorowań, osiągnięcia średnich europejskich wskaźników w zakresie jego wczesnego wykrywania oraz średnich europejskich wartości wskaźników skuteczności leczenia.

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

W latach 2005–2013 poprawiły się wartości wskaźników wykrywalności wczesnych postaci raka piersi. W 2005 r. pacjentki z zaawansowanym rakiem piersi stanowiły 36%, podczas gdy w 2013 r. było ich 30%.

Nie odnotowano poprawy wartości wskaźników przeżyć pięcioletnich. Nadal odbiegały one od wartości osiąganych w wybranych krajach europejskich[118].

Wartości wskaźników przeżyć pięcioletnich w Polsce i wybranych krajach europejskich zaprezentowano w Tabeli nr 4.

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

Wyszczególnienie	Rok rozpoznania	1-roczne			3-letnie			5-letnie		
		Polska	Norwegia	Czechy	Polska	Norwegia	Czechy	Polska	Norwegia	Czechy
Rak piersi	2000–2007	90,9	96,4	92,01	79,3	89,7	83,9	71,6	84,7	78,0
	2007–2009	90,9	94,8[1]		79,3	87,4[1]		71,6	81,8[1]	

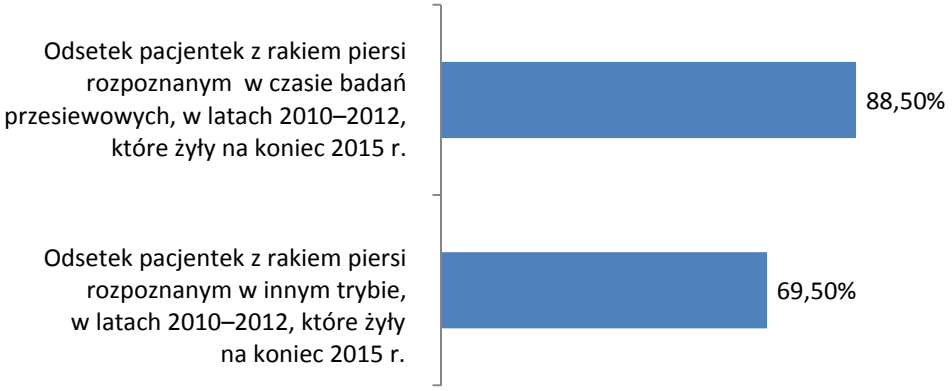
[1] Dane dla Europy.

Źródło: Opracowanie Krajowego rejestru Nowotworów.

Analiza danych z baz NFZ wykazała, że w grupie 49.154 pacjentek, które wzięły udział w badaniach profilaktycznych, u których rozpoznano raka piersi pierwszy raz w latach 2010–2012, na koniec 2015 r. żyło 88,5% pacjentek, zaś w grupie pozostałych pacjentek, które nie uczestniczyły w takim badaniu, żyło 69,5% kobiet, tj. o 19 punktów procentowych mniej. Szczegóły zaprezentowano na Wykresie nr 3.

[118] Dla rozpoznań z lat 2000–2009.

Wykres nr 3
Odsetek pacjentek, które przeżyły co najmniej 3 lata od rozpoznania raka piersi w zależności od trybu wykrycia złośliwej zmiany nowotworowej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

3.2.2.6. Profilaktyka raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest trzecim, pod względem częstości zachorowań, nowotworem u kobiet oraz czwartą na świecie przyczyną zgonów z powodu nowotworów. W Polsce rak szyjki macicy stanowił 3,7% wszystkich nowo zarejestrowanych przypadków nowotworów wśród kobiet, będąc zarazem siódmą przyczyną zgonów z powodu nowotworów w Polsce.

W latach 2012–2015 do kobiet w wieku upoważniającym do udziału w Programie profilaktyki raka szyjki macicy wysłano 13.287.569 imiennych zaproszeń na badania cytologiczne, przy czym liczba wysłanych zaproszeń zwiększyła się z 3.413.667 w 2012 r. do 3.432.764 w 2015 r.[119]. Szczegóły realizacji Programu zaprezentowano w Tabeli nr 5.

Tabela nr 5
Realizacja Programu profilaktyki raka szyjki macicy w latach 2012–2015

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Ministerstwa Zdrowia.

[119] Jeżeli kobieta nie zgłosiła się na badanie, system wygenerował kolejne zaproszenia po 3 i 6 miesiącu.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niską zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrycia raka szyjki macicy. Zgłaszalność do takich programów przesiewowych, w niektórych krajach Europy Północnej sięgała okresowo nawet powyżej 80%, (wynosi ok 60–80%). Niższe wskaźniki odnotowuje się w krajach Europy Południowej. Program brytyjski, holenderski, fiński charakteryzuje stosunkowo wysoki wskaźnik uczestnictwa. Przykładowo, w Finlandii zgłaszalność w zorganizowanym programie skriningowym wynosi ok. 70%, ale wśród kobiet w wieku 30–35 lat tylko 50–60%. Równolegle prowadzony jest skrining oportunistyczny. Ogółem badaniom poddaje się ok 93% kobiet[120].

Pomimo zmniejszenia w latach 2012–2015 liczby nowych pacjentek leczonych z powodu raka szyjki macicy, wzrastała liczba wszystkich pacjentek objętych leczeniem, co nie przełożyło się na wzrost wydatków na leczenie tej choroby ponoszonych przez NFZ[121]. Szczegóły zawiera Tabela nr 6.

Tabela nr 6
Liczba nowych pacjentek leczonych z powodu raka szyjki macicy w Polsce w latach 2005–2014

Rok	Liczba nowych leczonych	Współczynnik leczonych kobiet na 100 tys.	Liczba leczonych pacjentek[1]	Współczynnik leczonych pacjentek na 100 tys.	Koszty leczenia pacjentek z RSM (ujęcie memoriałowe) w tys. zł	Przeżycia 5-letnie w %
2005	3.480	17,66	14.381	72,99	65.334,93	55,55
2006	3.331	16,91	15.808	80,25	65.134,86	54,25
2007	3.508	17,80	17.095	86,76	73.452,21	57,07
2008	3.317	16,82	18.551	94,07	82.891,03	55,11
2009	3.014	15,27	19.786	100,24	98.982,34	55,47
2010	2.990	15,04	20.895	105,12	102.994,30	55,65
2011	2.995	15,06	22.198	111,64	103.419,22	
2012	2.804	14,10	23.081	116,08	96.292,44	
2013	2.813	14,16	23.961	120,61	97.068,81	
2014	2.640	13,29	24.726	124,51	83.892,05	

[1] Wszystkie pacjentki z rozpoznaniem raka szyjki macicy objęte opieką zdrowotną w danym roku, niezależnie od daty rozpoczęcia leczenia. Liczba obejmuje pacjentki będące w fazie diagnostycznej, zasadniczej terapii, jak również, te które zakończyły aktywną fazę leczenia i w danym roku objęte były leczeniem uzupełniającym, nadzorem terapeutycznym lub opieką paliatywną.

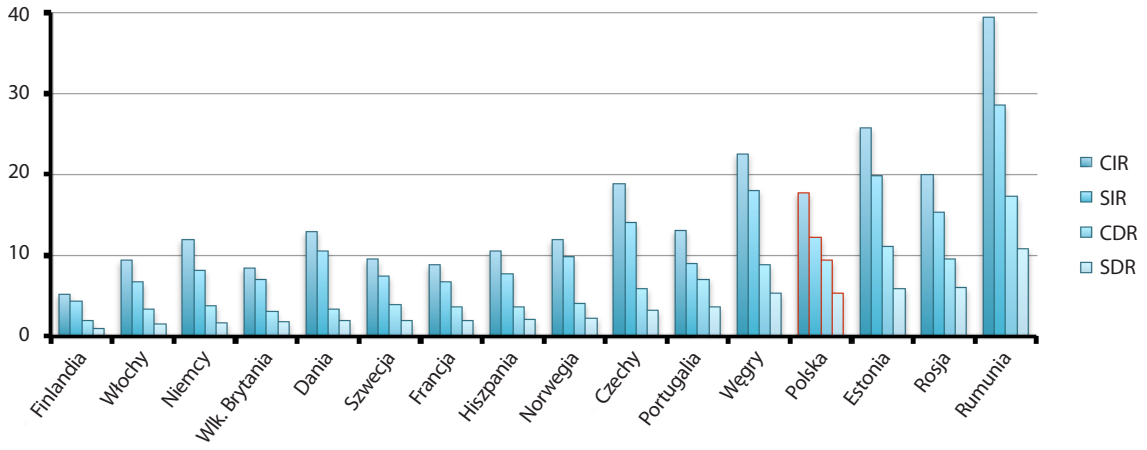
Źródło: Dane NFZ, KRN oraz http://dane-i-analizy.pl/strona/17/rak-szyjki-macicy.

W ocenie NIK zmniejszenie środków przeznaczanych per capita na leczenie pacjentek może mieć negatywny wpływ na wyniki leczenia. Polska należy bowiem do krajów o jednym z najwyższych wskaźników zgonów z powodu raka szyjki macicy w porównaniu do innych krajów europejskich. Szczegóły przedstawiono na Wykresie nr 4.

[120] „Profilaktyka pierwotna i wtórna w systemie zdrowotnym – aspekty metodyczne i organizacyjne", ekspertyza zewnętrzna, wrzesień 2016 r.

[121] Według prognozy KRN do 2025 r. liczba zachorowań na RSM zmniejszy się o ok 18%, zaś współczynnik zachorowań spadnie z 9,3/100 tys. kobiet w 2015 r. do 7,6/100 tys. kobiet w 2025 r. Analizy NFZ wskazują również na zmniejszanie się liczby leczonych kobiet do 2030 r., przy jednoczesnym wzroście kosztów ich leczenia w przeliczeniu na pacjentkę. Źródło: Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, „rak szyjki macicy – diagnoza systemu", Warszawa, Czerwiec 2016 r.

Wykres nr 4
Współczynniki zachorowań na raka szyjki macicy: surowe (CIR)[122] i standaryzowane (SIR)[123] oraz współczynniki zgonów na raka szyjki macicy: surowe (CDR) oraz standaryzowane (SDR)



Źródło: Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej.

Efektywne leczenie raka szyki macicy, zależy od stadium zaawansowania rozpoznanego nowotworu. We wczesnym stadium (I i II stopień zaawansowania) wyleczenie możliwe jest w przypadku 80% kobiet oraz do 60% w III stadium[124]. W Tabeli nr 7 zaprezentowano wartość wskaźników przeżyć pięcioletnich dla raka szyjki macicy.

Tabela nr 7
Standaryzowany wskaźnik przeżycia 5-letniego osób z rozpoznanym rakiem szyjki macicy w wybranych krajach

Kraj	Badanie Eurocare-5 (lata 2000–2005) w %	Badanie CONCORD-2 w %		
		Lata 1995–1999	2000–2004	2005–2009
Średnia europejska	62,36	Bd	Bd	bd
Polska	**53,63**	**50,0**	**51,7**	**53,0**
Norwegia	71,01	66,7	70,6	71,4
Włochy	67,51	64,4	67,1	68,3
Finlandia	67,27	66,2	68,1	65,3
Szwecja	66,77	65,0	66,6	67,8
Austria	66,14	62,3	65,4	66,0
Szwajcaria	63,91	63,5	63,8	65,4
Hiszpania	63,91	61,7	63,4	65,2
Niemcy	63,53	64,7	64,8	64,9
Wielka Brytania	59,59	58,0	59,1	60,2
Czechy	58,87	61,3	62,2	64,5
Irlandia	58,87	58,9	58,1	55,9

Źródło: http://dane-i-analizy.pl/strona/17/rak-szyjki-macicy.

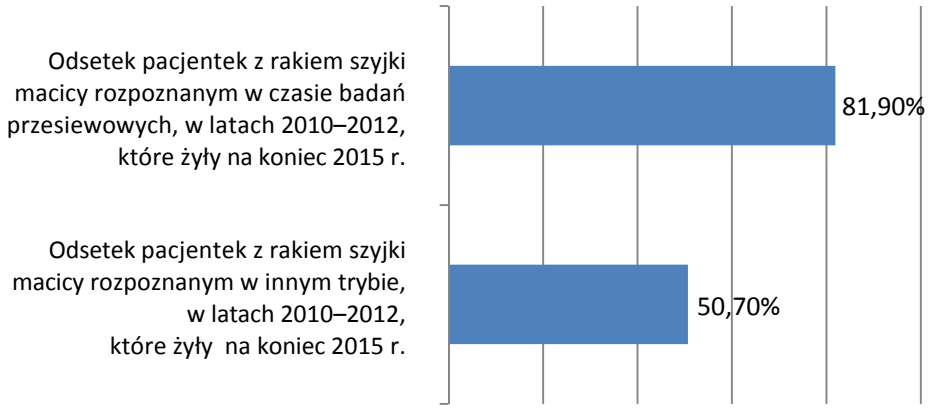
[122] Współczynnik surowy zachorowalności/umieralności określa liczbę zachorowań/zgonów na 100 tys. badanej populacji. Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku,* Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 2015 r.

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

[124] Leczenie raka szyjki macicy we wczesnym stadium polega na wykonaniu zabiegu chirurgicznego lub radioterapii. Chemioterapia jest metodą stosowaną w leczeniu bardziej zaawansowanych postaci tej choroby.

Porównanie danych z baz NFZ wykazało, że w grupie 9.123 pacjentek, które wzięły udział w badaniach profilaktycznych, u których raka szyjki macicy rozpoznano pierwszy raz w latach 2010–2012, na koniec 2015 r. żyło 81,9%, zaś w grupie pozostałych pacjentek, które nie uczestniczyły w takim badaniu żyło 50,7% (patrz Wykres nr 5).

Wykres nr 5
Odsetek pacjentek, które przeżyły co najmniej 3 lata od rozpoznania raka szyjki macicy w zależności od trybu wykrycia złośliwej zmiany nowotworowej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

3.2.2.7. Profilaktyka raka jelita grubego

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

Tabela nr 8
Realizacja Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w latach 2012–2015

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

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Ministerstwa Zdrowia.

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

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

Pomimo działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia zmierzających do zwiększenia zgłaszalności pacjentów na badania przesiewowe, liczba ośrodków wykonujących badania przesiewowe w Polsce, była mniejsza od zakładanej w dokumencie pt. *Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego, kontynuacja na lata 2012–2015 z uwzględnieniem planów na lata po 2015 roku*[125]. Zakładano bowiem budowę sieci 130 ośrodków (jeden na ok. trzy powiaty), podczas gdy w 2011 r. *Program* realizowany był w 44 z 379 (11,6%) powiatów, co zapewniało dostęp do badań dla 2.221.032 z 9.020.468 (24,6%) osób populacji docelowej, a niektóre regiony kraju (północne Mazowsze, Warmia i Mazury) pozbawione były całkowicie ośrodków wykonujących badania przesiewowe. W 2015 r. dostęp do badań przesiewowych poprawił się. Świadczenia realizowały 84 placówki, co zabezpieczało dostęp do świadczeń na terenie ok. 130 powiatów.

W opisie *Programu*, jako główne wady dotychczas realizowanego modelu badań wskazano m.in.: 1) nierówność w dostępie i objęcie *Programem* niewielkiej części populacji docelowej, 2) niewielki wpływ imiennego zaproszenia na zgłaszalność do udziału w badaniach 3) brak możliwości wiarygodnej oceny skuteczności *Programu*.
W zaleceniach dotyczących Programu wskazano w szczególności, że populacją docelową powinni zostać objęci: wszystkie kobiety i mężczyźni w wieku od 55 do 64 roku życia, którzy nie mieli wykonanego badania kolonoskopowego w ostatnich 10 latach oraz osoby z genetycznym obciążeniem rakiem jelita grubego. Zakładając zgłaszalność na poziomie 30–40% szacowano, że po 10 latach realizacji *Programu* nastąpi redukcja umieralności z powodu tego raka o 15–20% oraz redukcja zachorowalności o 10–18%.

Udział w *Programie* mogła wziąć udział każda osoba, która otrzymała zaproszenie na przesiewową kolonoskopię oraz osoby bez zaproszenia (w ramach tzw. systemu oportunistycznego), spełniające warunki kwalifikujące do *Programu*[126]:

– wszystkie osoby w wieku 50–65 lat bez objawów wskazujących na możliwość rozwoju raka;
– osoby w wieku 40–49 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego;
– osoby w wieku 20–65 lat z rodziny obciążonej genetycznie rodzinnym rakiem jelita grubego niezwiązanego z polipowatością (HNPCC).

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

[125] Dokument ten został opracowany przez koordynatora *Programu* i przekazany Ministerstwu Zdrowia.

[126] Zaproszenie kierowane było do osób w wieku 55–64 lata bez objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego lub osoby z objawami choroby, jeżeli otrzymały już zaproszenie. *Program* realizowany jest od 1 stycznia 2012 r.

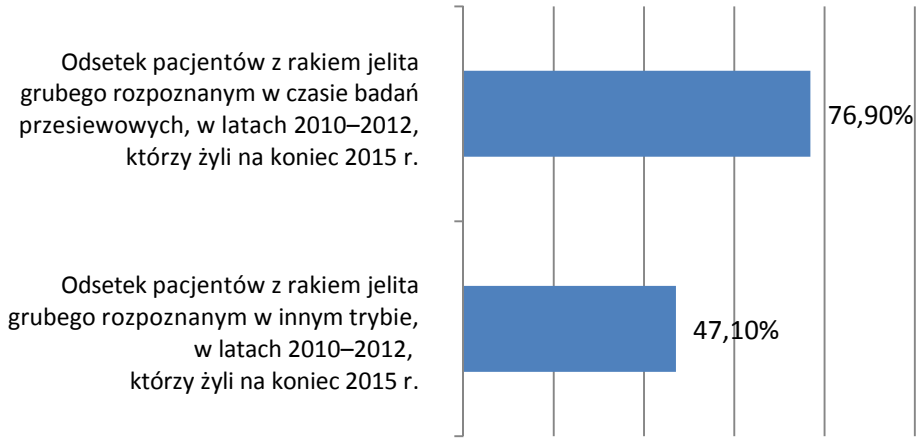
W okresie objętym kontrolą zachorowalność na raka jelita grubego zachowała zaobserwowaną w latach wcześniejszych tendencję wzrostową. W 2000 r. raka jelita grubego zdiagnozowano u 11.644 osób, w 2005 r. – 13.987, w 2010 r. – 15.800, zaś w 2015 r. było to 17.450 osób. Zwiększyły się również wartości współczynników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

W latach 2005–2013 odnotowano niewielką poprawę w zakresie wczesnego wykrywania raka jelita grubego[127]. O ile w 2005 r. u 38% pacjentów zdiagnozowano raka jelita grubego z I i II stopniem zaawansowania choroby, to w 2010 r. ten odsetek zwiększył się do 42%, zaś w 2014 r. do 46,5%. Liczba pacjentów z rozpoznaniem nowotworu jelita grubego, którzy nie przeszli badań przesiewowych, była istotnie mniejsza w porównaniu do pacjentów uczestniczących w takich badaniach. Kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej w Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Koordynator *Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego* podał w wyjaśnieniach, że „w latach 2012–2014, odsetek raków jelita grubego wykrytych w ramach programu przesiewowego w systemie oportunistycznym w stopniu I i II wynosił 62,5%, zaś w systemie zapraszanym 75,8%".

Nastąpiła poprawa wskaźnika przeżyć pięcioletnich. Oceniany w latach 2007–2009 wskaźnik przeżyć pięcioletnich dla osób z rozpoznanym w latach 2000–2002 nowotworem, w przypadku mężczyzn wzrósł z 43,3% do 44,91%, a w przypadku kobiet z 44,1% do 46,45%. Wartości tego wskaźnika były jednak niższe, niż jego średnia wartość w krajach europejskich objętych badaniem *Eurocare 5*[128], gdzie przeżycia pięcioletnie mężczyzn i kobiet, leczonych z powodu nowotworów w latach 2007–2009, wyniosły odpowiednio 55,8% – w roku 2007 i 57,66% – w roku 2009.

Analiza danych NFZ, z lat 2010–2012, dotyczących pacjentów z rozpoznanym w tym okresie rakiem jelita grubego wykazała, że na koniec 2015 r. żyło 76,9% pacjentów, u których rozpoznano raka jelita grubego podczas badań przesiewowych i jedynie 47,1% pacjentów, u których rozpoznanie nastąpiło w innym trybie (szczegóły przedstawiono na Wykresie nr 6).

Wykres nr 6
Porównanie odsetek pacjentów, którzy przeżyli minimum 3 lata od wykrycia raka jelita grubego w zależności od trybu wykrycia choroby



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

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

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

3.2.2.8. Profilaktyka kardiologiczna

NIK zwróciła uwagę na ograniczoną realizację świadczeń w zakresie **profilaktyki chorób układu krążenia** (ChUK) przez lekarzy POZ. Świadczenia te są gwarantowane w ramach umowy, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[129]. Schorzenia układu krążenia zostały wymienione na pierwszym miejscu wśród priorytetów zdrowotnych, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.[130]

Na świadczenia w zakresie profilaktyki chorób krążenia, w latach 2012–2015, wydatkowano łącznie 13.474,11 tys. zł, tego z 3.967,20 tys. zł, w 2012 r. 2.918,85 tys. zł w 2013 r., 3.162,78 tys. zł w 2014 r. oraz 3.425,28 tys. zł w 2015 r. Do objęcia programem profilaktycznym uprawnione były wszystkie osoby spełniające kryteria programu, zapisane do danego lekarza POZ.

Pomimo odrębnej wyceny świadczeń (poza stawką kapitacyjną) oraz wdrożenia systemu informatycznego monitorowania profilaktyki (SIMP), liczba osób przebadanych w latach 2012–2015 wyniosła jedynie 280.668 osób, tj. 3,4% osób z grupy spełniających kryteria do objęcia *Programem*.

Zdaniem Funduszu o niskim wykonaniu profilaktyki ChUK zadecydował brak zainteresowania programem ze strony świadczeniodawców ze względu na jego dużą pracochłonność, konieczność posiadania łącza internetowego oraz ograniczoną dyspozycyjność pacjentów. Podczas spotkań z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców Fundusz sygnalizował wielokrotnie niewielkie wykonanie tych świadczeń.

Objęcie tymi badaniami niewielkiej części populacji docelowej może skutkować ograniczoną efektywnością podejmowanych działań profilaktycznych[131]. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że świadczenia przewidziane w *Programie*, były świadczeniami gwarantowanymi w ramach obowiązków lekarzy POZ, co powodowało, że w praktyce wynagrodzenie za realizację Programu odnosiło się jedynie do finansowania kosztów poszerzonej sprawozdawczości, a więc czynności niezwiązanych z leczeniem pacjentów[132].

Rehabilitacja kardiologiczna

Choroby układu krążenia, mimo niewielkiej poprawy w ostatnich latach, stanowią główny problem zdrowotny w Polsce i są przyczyną prawie połowy zgonów. Współczynnik przedwczesnej umieralności z powodu chorób serca i naczyń jest w dalszym ciągu zbyt wysoki.

W latach 2012–2015 zawał serca rozpoznano u 319.456 pacjentów[133], spośród których 86.882 osób (14,07%) nie wymagało interwencji chirurgicznej w przebiegu zawału.

[129] Dz. U. z 2016 r. poz. 86.

[130] Dz. U Nr 137, poz. 1126.

[131] Patrz: ustalenia z Informacji o wynikach kontroli realizacji zadań NFZ w 2014 r.

[132] Patrz: Informacja o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku" (Nr P/15/059).

[133] Liczba osób z rozpoznaniem zawału serca malała z 85.055 w 2012 r. do 75.781 w 2015 r.

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

W okresie objętym kontrolą, odsetek pacjentów po zawale serca, korzystających z rehabilitacji kardiologicznej, systematycznie wzrastał: w przypadku pacjentów bez interwencji chirurgicznej w przebiegu zawału z 9,38% w 2012 r. do 18,40% w 2015 r., zaś w przypadku pacjentów wymagających takiej interwencji: z 18,84% w 2012 r. do 25,39% w 2015 r.
Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne, w latach 2012–2015, wzrosły z 207.447,47 tys. zł do 267.215,26 tys. zł i wyniosły w tym okresie łącznie 959.758,82 tys. zł.

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

Czas oczekiwania na rehabilitację kardiologiczną i leczenie uzdrowiskowe

W okresie objętym kontrolą, odsetek pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej związanej z zawałem serca, w terminie do 14 dni po zakończeniu hospitalizacji, utrzymywał się na podobnym poziomie i wynosił od 20,77% do 21,80%. Zmniejszał się natomiast udział procentowy pacjentów, którzy czekali na rehabilitację kardiologiczną ponad 3 miesiące i wyniósł: od 9,16% w 2012 r. do 6,37% w 2015 r.
Najwięcej pacjentów uzyskiwało świadczenia rehabilitacyjne po okresie oczekiwania od 14 dni do 3 miesięcy. W latach 2012–2015 odsetek tych pacjentów wynosił od 43,38% w 2012 r. do 46,67% w 2015 r.

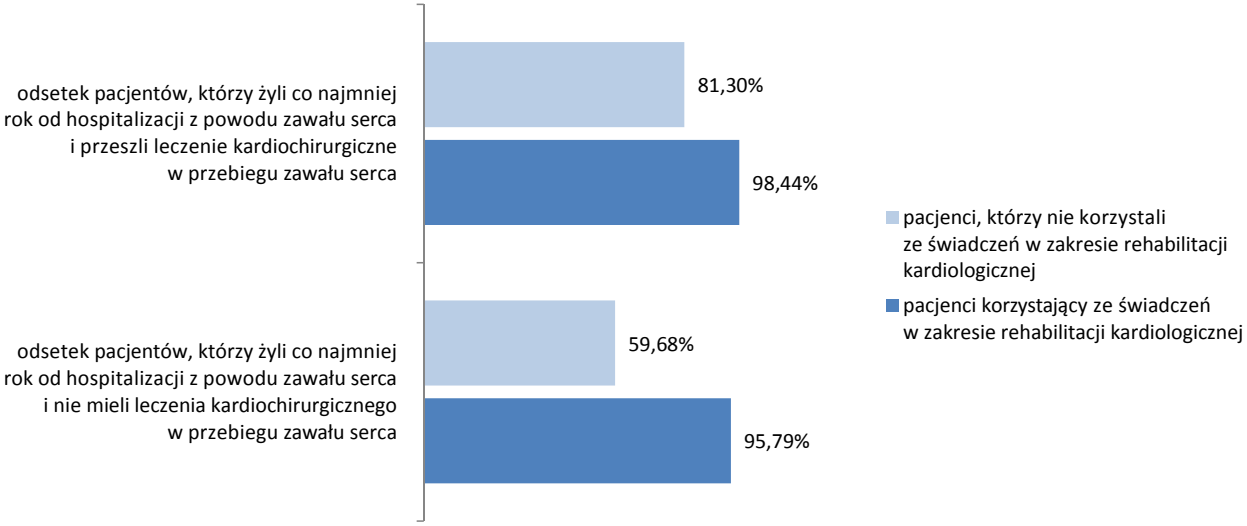
W przypadku pacjentów po zawale serca, korzystających w latach 2012–2015 z leczenia uzdrowiskowego, od 82,26% do 96,49% z nich uzyskało świadczenie po okresie oczekiwania wynoszącym ponad 3 miesiące.

Analiza danych z baz NFZ wykazała, że w przypadku pacjentów[134] korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w okresie do 30 dni od zawału serca, odsetek żyjących co najmniej rok od dnia zakończenia hospitalizacji z powodu zawału serca był wyższy (95,79% pacjentów bez interwencji kardiochirurgicznej w przebiegu zawału i 98,44% w przypadku pacjentów po takiej interwencji), niż w przypadku pacjentów, którzy nie korzystali z takich świadczeń po przebytym zawale serca (59,68% w przypadku pacjentów bez interwencji kardiochirurgicznej w przebiegu zawału serca oraz 81,30% w przypadku pacjentów po takiej interwencji).

Szczegóły przedstawiono na Wykresie nr 7.

[134] Analizą objęto wszystkich pacjentów, którzy przeszli zawał mięśnia sercowego w latach 2012–2014 i którzy przeżyli, co najmniej rok od daty zakończenia hospitalizacji w związku z przebytym zawałem.

Wykres nr 7
Porównanie odsetka przeżyć pacjentów, którzy w latach 2012–2014 przebyli zawał serca, w przypadku korzystania z rehabilitacji kardiologicznej lub jej braku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z dokumentu „Optymalny model kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji" wynika, że interwencja oparta (…) o fizjoterapię, w tym ćwiczenia fizyczne w grupie osób z chorobą niedokrwienną serca (ChNS) zmniejsza ryzyko zgonu z wszystkich przyczyn o 13%, ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych o 26% oraz ryzyko hospitalizacji o 31%[135]. Eksperci ocenili, że rehabilitacja po przebytym ostrym zespole wieńcowym jest efektywna kosztowo, gdyż poprawia rokowania, zmniejsza częstość ponownych hospitalizacji, a tym samym wydatki na opiekę zdrowotną, a także wydłuża życie. Na zasadność rozpowszechnienia rehabilitacji kardiologicznej wskazuje – w ocenie ekspertów – fakt, iż o ile śmiertelność wewnątrzszpitalna pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca w Polsce jest jedną z najniższych wśród krajów OECD, to śmiertelność jednoroczna tych pacjentów wynosi około 15%. Jedną z przyczyn tego stanu jest m.in. niedostateczna kontrola czynników ryzyka spowodowana brakiem dostępu do programów rehabilitacji kardiologicznej.

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

NIK zwracała już uwagę na ten problem po kontroli „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej"[136].

Pozytywnie należy natomiast ocenić działania Funduszu w okresie objętym kontrolą, zmierzające do poszerzenia dostępu do świadczeń rehabilitacji kardiologicznej, mimo że był on zróżnicowany w poszczególnych regionach kraju (patrz **Załącznik nr 3 oraz Załącznik nr 4** do niniejszej Informacji o wynikach kontroli).

[135] Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Naukowego, Warszawa, czerwiec 2013 r.
[136] Kontrola NIK Nr P/13/131.

3.2.3. Ewaluacja danych

Kluczowe znaczenie dla dokonywania ocen skuteczności programów profilaktycznych z zakresu onkologii mają dane zbierane w Krajowym Rejestrze Nowotworów.

Krajowy Rejestr Nowotworów (zwany dalej: „Rejestrem" lub ,,KRN") działał on na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów[137]. W związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2014 r.[138], utrata mocy obowiązującej art. 20 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, pociągnęła za sobą utratę mocy obowiązującej wydanego na jego podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów. Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw[139] poszerzono katalog przesłanek określających cele tworzenia rejestrów. Nowe rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów weszło w życie 30 sierpnia 2016 r.[140].

Zadania Krajowego Rejestru Nowotworów w latach 2013–2015 były finansowane ze środków *NPZChN*. Jak wynika z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ[141] „(...) partycypacja Ministra Zdrowia w kosztach związanych z działalnością Krajowego Rejestru Nowotworów w ramach *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* w poszczególnych latach, będzie odbywać się na podstawie corocznie przyjmowanego zestawienia zadań, według potrzeb Krajowego Rejestru Nowotworów, możliwych do sfinansowania w ramach Programu i zgodnego z treścią uchwały Rady Ministrów. W świetle powyższego, Departament Polityki Zdrowotnej nie jest w stanie przewidzieć ile będzie wynosić dofinansowanie działań KRN w przyszłych latach (...)".

Krajowy Rejestr Nowotworów, którego obsługę zapewniało Centrum Onkologii, m.in. gromadził i opracowywał dane dotyczące zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych[142].

Rejestr prowadzony jest z wykorzystaniem systemu informatycznego. Zgłoszenia do Rejestru przekazywane są za pośrednictwem Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (MZ-N1a) przez placówki publicznej i niepublicznej opieki zdrowotnej na terenie całego kraju.

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

COK wnioskował o poszerzenie dostępu do danych zamieszczanych w systemie informatycznym NFZ (SIMP) w celu lepszego monitorowania skuteczności ich realizacji[143].

---

137 Dz. U. z 2012 r. poz. 1497, ze zm.; uchylenie z dniem 12 grudnia 2015 r.

138 Sygn. Akt K33/13.

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

140 Dz. U. z 2016 r. poz. 1362.

141 Dwa pisma Departamentu Polityki Zdrowotnej, znak: IK 689679 z dnia 12.09.2016 r. oraz znak: PZO.0911.1.2016 z dnia 23 sierpnia 2016 r.

142 Zbieranie danych przez KRN stanowiło element programu badań statystyki publicznej, w ramach badania „zachorowania i leczeni na wybrane choroby". Patrz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 lipca 2015 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. z 2015 r. poz. 1304, ze zm.).

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

W dniu 5 sierpnia 2016 r., COK wystąpił do NFZ o udostępnienie danych dotyczących udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy[144]. Fundusz odmówił udostępnienia danych, uzasadniając decyzję przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych[145]. Zdaniem NFZ, szczegółowość wnioskowanych danych zdecydowanie wykraczała poza obszar zadań określonych w umowie zawartej z Ministrem Zdrowia na realizację NPZChN[146].

Porównanie zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, zawierających dane o pacjentach z rozpoznanym pierwszy raz w latach 2010–2012 rakiem piersi, szyjki macicy i jelita grubego wykazało, że w przypadku raka szyjki macicy jedynie 11,6% pacjentek występuje w obu bazach. W przypadku pacjentek z rozpoznanym w tym okresie rakiem piersi było to 42,2%, zaś w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego 38,9%[147].

Krajowy Rejestr Nowotworów nie zawierał również informacji o stopniu zaawansowania choroby w przypadku znacznej liczby pacjentów z ww. nowotworami, rozpoznanymi pierwszy raz w latach 2010–2012. W przypadku raka szyjki macicy, takich pacjentów było 9,5%, w przypadku raka piersi 19,8%, zaś w przypadku raka jelita grubego 21,7%[148].

Jedną z przyczyn przedstawionego stanu było nieprzekazywanie przez świadczeniodawców kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (MZ/N-1a), co było niezgodne z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów[149]. Przypadki takie stwierdzono w trzech, spośród 9 kontrolowanych szpitali udzielających świadczeń w ramach Programów profilaktyki raka piersi i szyjki macicy.

Powyższe ustalenia wskazują, że wiarygodność danych zawartych w KRN budzi poważne wątpliwości. Niekompletność i niewiarygodność danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów nie pozwala na przeprowadzanie rzetelnych analiz realizowanych programów profilaktycznych, w tym w zakresie ich efektywności i skuteczności. Utrudnia to ocenę ich wpływu na stan zdrowia ludności.

W konsekwencji oceny skuteczności działań prowadzonych w ramach programów raka piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego dokonywano w Ministerstwie Zdrowia w ograniczonym zakresie, głównie na podstawie poziomu zgłaszalności na badania profilaktyczne.

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

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

145 Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

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

147 Dane dotyczą wyłącznie raka jelita grubego za lata 2009–2012. Analiza dotyczyła zbiorów otrzymanych z NFZ i KRN. Wyszukano pacjentów, którzy są w obu zbiorach. Dane o stopniu zaawansowania nowotworu pochodzą z KRN. Informacja o pacjentach biorących udział w badaniach przesiewowych pochodzi z NFZ. Rok rozpoznania nowotworu oraz datę zgonu pacjenta otrzymano z NFZ.

148 J.w.

149 Dz. U. poz. 1497, ze zm.; obowiązującego do dnia 12 grudnia 2015 r.

3.2.4. Współpraca Ministra Zdrowia z innymi organami państwa w celu koordynacji działań profilaktycznych

Minister Zdrowia w ograniczonym zakresie współpracował z innymi organami państwa w celu przeciwdziałania powstawania chorób i ukierunkowania pacjentów na podejmowanie działań profilaktycznych[150]. W szczególności, w niewystarczającym stopniu wykorzystano możliwości współpracy z Ministrem Edukacji Narodowej na rzecz efektywnej realizacji kształcenia i budowania świadomości uczniów o osobistej odpowiedzialności za swoje zdrowie, zawarte w podstawie programowej kształcenia ogólnego[151]. Potwierdzeniem konieczności takich działań jest m.in. narastająca liczba dzieci z chorobami dietozależnymi, jak nadwaga i otyłość, na co wskazuje m.in. Instytut Żywności i Żywienia[152].

Minister Zdrowia nie wykorzystywał wiedzy o realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Analizy w tym zakresie prowadzono w Ministerstwie Zdrowia w ograniczonym zakresie, mimo, że do zadań Departamentu Polityki Zdrowotnej. należało m.in. prowadzenie spraw związanych z gromadzeniem informacji o programach zdrowotnych, przekazywanych przez wojewodów[153]. Wspomniane informacje były przekazywane przez wojewodów z opóźnieniem od jednego dnia do jednego miesiąca. Spośród zbadanych 64 sprawozdań tylko sześć wpłynęło do Ministerstwa Zdrowia w terminie. Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy, m.in. przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na dany rok.

3.2.5. Działania profilaktyczne podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego

Zgodnie z ustawą o świadczeniach do zadań własnych gmin, powiatów i województw w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, w tym dotyczących działań profilaktycznych, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

W dziewięciu, spośród 10, jednostkach samorządu terytorialnego objętych kontrolą w latach 2012–2015 realizowano 77 zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej[154], w tym 11 z zakresu gastrologii, ginekologii i kardiologii[155].

Tworzenie strategii i programów w zakresie profilaktyki zdrowotnej wymaga analizy sytuacji demograficzno – epidemiologicznej. W sześciu spośród 10 jednostek samorządowych poddanych kontroli, nie zostały sporządzone strategiczne dokumenty w zakresie polityki zdrowotnej. Nie dokonywano na ogół rzetelnej analizy demograficznej i epidemiologicznej na terenie gminy, nie oceniano też potrzeb zdrowotnych i nie planowano zmian w tym zakresie, nie analizowano danych o zasobach lokalnego systemu opieki zdrowotnej, co powinno być punktem wyjścia do planowania działań w zakresie ochrony zdrowia. Brak dokumentu strategicznego uniemożliwiał również ocenę realizowanych działań.

---

150 Patrz: informacja o wynikach kontroli pn. „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych", Nr P/14/063.

151 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2012 r. poz. 977, ze zm.).

152 Niepublikowane dane Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie z ewaluacji projektu KIK/34 realizowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

153 Od dnia 1 stycznia 2015 r. art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych odnosił przedmiotowe zadanie wojewody do programów polityki zdrowotnej.

154 W jednej z 10 kontrolowanych jednostek nie realizowano takich zadań

155 Pod pojęciem zadań należy rozumieć nie tylko realizację w poszczególnych latach programów profilaktycznych lecz również wsparcie organizacji pozarządowych realizujących działania na rzecz m.in. edukacji prozdrowotnej.

Jednym z zakładanych efektów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 miało być sporządzenie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych na swoim terenie.

Cztery jednostki samorządowe[156], z dziesięciu poddanych kontroli, sporządziły odrębny dokument strategiczny lub zawarły w innych dokumentach zagadnienia dotyczące analizy potrzeb zdrowotnych oraz warunków ich zaspokojenia. W dokumentach tych zawarto m. in. zagadnienia dotyczące równego dostępu do usług społecznych, w tym w szczególności w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, wsparcia infrastruktury opieki zdrowotnej, wsparcie rozwoju rynku świadczeń i usług dla seniorów, promocję i wsparcie rozwoju kultury fizycznej, ograniczenie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (np. otyłość nadwaga, palenie tytoniu).

W kontrolowanych podmiotach, w których przyjęto do realizacji programy polityki zdrowotnej, wybór realizatorów programów nastąpił w drodze konkursów ofert, stosownie do postanowień art. 48b ustawy o świadczeniach, z wyjątkiem dwóch podmiotów (Urząd Miasta Brzeg oraz Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego w Szczecinie), w których nie przeprowadzono procedury konkursowej.

Wydatki wszystkich JST na programy polityki zdrowotnej wyniosły w latach 2012–2015 273.188,2 tys. zł, co stanowiło od 0,033% do 0,042% ich wydatków ogółem. Z tego jedynie część środków przeznaczana była na działania profilaktyczne. Przyczyną tak małych wydatków była w szczególności trudna sytuacja finansowa wielu JST, z powodu której niewiele samorządów decydowało się na wydatkowanie środków finansowych na taki cel.

W 2015 r. realizowano 1.115 takich programów polityki zdrowotnej. Tematykę realizowanych własnych programów polityki zdrowotnej prezentuje Tabela nr 9.

Tabela nr 9
Tematyka realizowanych w 2015 r. własnych programów polityki zdrowotnej przez jst

Wyszczególnienie	Liczba	Odsetek
szczepienia – HPV	166	34,4%
szczepienia – grypa	94	19,5%
szczepienia – pneumokoki	74	15,4%
zdrowie psychiczne	76	15,8%
onkologia – rak piersi	81	16,8%
kardiologia	46	9,5%
rehabilitacja	57	11,8%
szczepienia – menigokoki	32	6,6%
próchnica zębów	61	12,7%
onkologia – gruczoł krokowy	41	8,5%
ortopedia – wady postawy	52	10,8%
Inna, z tego:	186	38,6%
– onkologia (nowotwory różnego rodzaju)	50	10,4%
– problemy alkoholowe, psychiczne i nikotynowe, narkomania	24	5,0%
– wirusowe zapalenie wątroby (WZW)	22	4,5%
– pozostałe problematyki w rodzaju inne	90	18,7%

Źródło: Informacja o wynikach kontroli „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego" (Nr P/15/063).

[156] Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, Urząd Miasta Lublina, Urząd Miasta Szczecina.

Ewaluacja danych

Żaden z kontrolowanych samorządów nie dokonywał oceny wpływu realizowanych programów na poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców. Ewaluacja informacji z ich realizacji dotyczyła głównie porównania liczby uczestników programu z założeniami w tym zakresie formułowanymi w programie[157].

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z załącznikiem nr 1 do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych[158], rekomendowano w części II w lit. B, w pkt 6 – aby cele i zadania jednostki sektora finansów publicznych określać jasno i w co najmniej rocznej perspektywie, a ich wykonanie monitorować za pomocą wyznaczonych mierników. W powyższych standardach zalecano również przeprowadzanie oceny realizacji celów i zdań uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności.

Koordynacja działań w zakresie programów profilaktycznych z innymi podmiotami

Jednostki samorządu terytorialnego, które dokonywały analiz sytuacji demograficznej oraz zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności najczęściej zwracały się do Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie danych statystycznych. Współpraca z innymi jednostkami samorządu terytorialnego miała ograniczony zakres. Tylko w przypadku jednego samorządu ustalono, że uczestniczył on w programie innej JST.

- *Trzy z pięciu programów polityki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa lubelskiego nie były konsultowane z gminami i powiatami tego województwa, choć art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach, stanowił, ze do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa, po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami.*
- *Urząd Marszałkowski Woj. Zachodniopomorskiego nie konsultował z właściwymi terytorialnie gminami powiatami realizowanych przez siebie programów polityki zdrowotnej, do czego zobowiązywał ww. art. 9 ust. 1 ustawy o świadczeniach.*

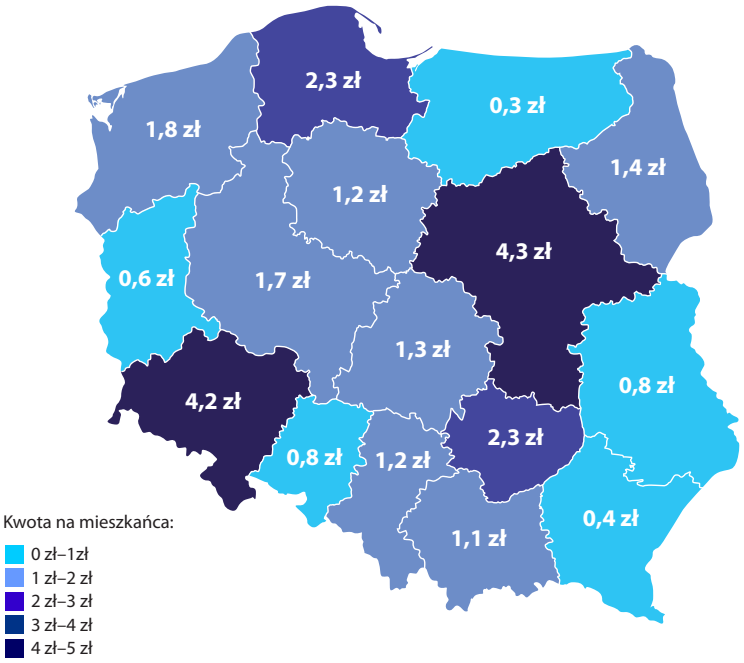
Realizacja przez JST zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w ramach programów polityki zdrowotnej, ze względu na ograniczony zakres i skalę tych działań, nie przyczynia się w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia Polaków (patrz Rysunek nr 7).

- *W **woj. lubelskim** osoby uczestniczące w programach polityki zdrowotnej stanowiły niewielki odsetek populacji, do której programy te były adresowane. W szczególności:*
  - *w programie profilaktyki chorób odstresowych na terenie województwa lubelskiego uczestniczyło w latach 2012–2015 467 osób, tj. 0,2% populacji do której był adresowanych;*
  - *w programie w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy uczestniczyło 2.360 osób (1,2%);*
  - *w programie profilaktyki raka płuc wzięło udział 450 osób (0,1%);*
  - *w programie profilaktyki raka skóry wzięło udział 3.457 osób (0,2%);*
  - *w programie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16–17 lat objęto 2.735 osób (3,1%).*

[157] W Urzędzie Miasta Lublin ocena efektywności programu szczepień przeciwko pneumokokom zaplanowana została w 2017 r., po zakończeniu realizacji programu, a badanie efektów programu szczepień (12-letnich dziewczynek) przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego będzie możliwe dopiero za kilkanaście lat.

[158] Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84.

Schemat nr 1
Wydatki samorządów na działania profilaktyczne w ramach programów polityki zdrowotnej *per capita*



Źródło: Opracowanie własne – dane Ministerstwa Finansów i Głównego Urzędu Statystycznego.

Obok niewielkich nakładów finansowych, istotne znaczenie mają uwarunkowania prawne i organizacyjne realizacji samorządowego programu polityki zdrowotnej, które obniżają skuteczność podejmowanych działań. Do najistotniejszych wad systemowych, zidentyfikowanych w wyniku kontroli NIK, należy zaliczyć[159]:

– różnice w dostępie do programów polityki zdrowotnej, z uwagi na fakt, że ich liczba i zakres są uzależnione od statusu materialnego danej JST. W konsekwencji dostępność programu jest uwarunkowana miejscem zamieszkania i ograniczona dla mieszkańców gmin o niskich dochodach;
– brak precyzyjnych wskazówek, w jaki sposób program powinien być opracowany, wdrażany, realizowany i monitorowany;
– niewystarczającą koordynację realizacji programów przez władze publiczne, co skutkuje prowadzeniem takich samych działań na danym obszarze;
– brak mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywania stosownych informacji o realizowanych programach pomiędzy szczeblami administracji samorządowej i rządowej.

3.2.6. Pozostałe działania profilaktyczne

Program wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej

Na pozytywną ocenę NIK zasłużyło uruchomienie przez Ministra Zdrowia „Programu wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej", realizowanego w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych".

[159] Patrz: Informacja o wynikach kontroli *„Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego"*, Warszawa, wrzesień 2016 r.

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. W latach 1963–2013 liczba zachorowań na nowotwory wzrosła czterokrotnie, tj. wśród mężczyzn liczba zachorowań wzrosła o ponad 61 tys., a wśród kobiet o ponad 57 tys. Wzrostowi zachorowań towarzyszył także wzrost liczby zgonów z powodu tej choroby (w analogicznym okresie o ponad 32,5 tys. wśród mężczyzn i ponad 22,5 tys. wśród kobiet). Większość zachorowań na nowotwory złośliwe płuca występuje po 50 roku życia (96% zachorowań u mężczyzn i 95% zachorowań u kobiet), przy czym około 50% zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 65 roku życia. W ostatniej dekadzie zmniejszył się odsetek palących papierosy, co przełożyło się na utrzymujący się od prawie piętnastu lat spadek częstości zachorowań i zgonów z powodu nowotworów płuc. Nadal jednak nowotwory złośliwe płuc są najczęstszymi nowotworami u mężczyzn, stanowiącymi ok. jedną piątą zachorowań i jedną trzecią zgonów z tego powodu. Udział procentowy mężczyzn z rozpoznaniem nowotworu złośliwego płuca w ogólnej liczbie leczonych na nowotwory złośliwe, wynosił: 21,4% w 2009 r., 21,2% w 2010 r., 20,3% w 2011 r., 19,9% w 2012 r., 18,67% w 2013 r.[160].

Minister Zdrowia , w latach 2012–2014, ze środków *NPZChN*, koszty realizacji „Programu wczesnego wykrywania raka płuca z wykorzystaniem tomografii komputerowej" na kwotę 4.806,2 tys. zł, z pominięciem procedury postępowania określonej w zarządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych. W powyższym okresie wykonano łącznie 12.430 badań przesiewowych, które objęły 0,09% osób z tzw. grupy ryzyka, tj. 4,5 mln nałogowych palaczy palących tytoń dłużej niż 20 lat. Minister Zdrowia nie wymagał od koordynatora Programu[161] przedstawienia w sprawozdaniach merytorycznych danych dotyczących: wytypowanych powiatów, w których badania zostały wykonane, wskaźnika operacyjności raka płuca i kryteriów wyboru świadczeniodawców. Wymieniono jedynie nazwy podmiotów leczniczych i liczbę wykonanych badań w danym roku.

NIK zauważa, że *Program* ten ma ograniczony zasięg i nie wystarczy do rozwiązania bardzo istotnego problemu, jakim jest wysoka umieralność na raka płuc.

Zasadność realizacji tego takiego programu profilaktycznego potwierdzają również wyniki realizacji programu *„Wczesnego wykrywania nowotworów płuc dla mieszkańców Gminy Miasto Szczecin"* realizowanego przez Szpital specjalistyczny im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie. Celem programu było zwiększenie wykrywalności odtytoniowych schorzeń płuc, zmniejszenia śmiertelności z powodu tych chorób. Do *Programu* kwalifikowali się mieszkańcy Szczecina, w wieku 55–65 lat, którzy co najmniej 20 lat wypalali min. 1 paczkę papierosów dziennie. W *Programie* udział wzięło 3.500 osób. Jego koszt w latach 2012–2013 wyniósł 740 tys. zł. Wykonano 3.500 badań krwi na oznaczenie poziomu selenu oraz 1.221 badań tomografii komputerowej klatki piersiowej. Wykryto 379 przypadków nieprawidłowych wyników badań (10,8% przebadanych osób).

[160] Na nowotwór złośliwy płuca zachorowało 14.735 mężczyzn w 2009 r., 14.845 w 2010 r., 14.573 w 2011 r., 15.196 w 2012 r., 14.609 mężczyzn w 2013 r.

[161] Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Program profilaktyki Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP)[162]

Realizowany przez NFZ program w zakresie profilaktyki POChP przynosił niewielkie efekty, bowiem w latach 2012–2015 (I półrocze) objęto nim tylko 43 tys. osób, przy szacowanej na 2 miliony liczbie chorych. Wczesne wykrycie POChP pozwala zapobiec ciężkiej postaci tej choroby, wymagającej kosztownego leczenia i częstej hospitalizacji.

Odnotowany w podstawowej opiece zdrowotnej spadek liczby porad profilaktycznych w zakresie gruźlicy o 14,5% oraz chorób odtytoniowych o 23,4% wskazuje na utrudniony dostęp do świadczeń z zakresu chorób płuc w całym systemie opieki zdrowotnej[163].

Program obejmował dwa etapy – podstawowy (poradnictwo antynikotynowe dla osób powyżej 18 roku życia) oraz poradnictwo antynikotynowe z diagnostyką (z wykonaniem spirometrii) i profilaktyką POChP – etap specjalistyczny obejmujący osoby powyżej 18. roku życia, uzależnione od tytoniu (ICD-10: F17), skierowane z etapu podstawowego programu lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszające się bez skierowania. W 2012 r. program realizowało 163 świadczeniodawców POZ (2,66% ogółu świadczeniodawców POZ), w 2013 r. – 128 świadczeniodawców (2,10%), w 2014 r. 93 świadczeniodawców (1,5%). Przyczyną małego zainteresowania świadczeniodawców POZ realizacją Programu było przekonanie, iż program profilaktyczny stanowi działania uzupełniające, mające na celu uświadomienie świadczeniobiorcom, że uzależnienie od tytoniu jest chorobą. Ponadto od realizatorów wymaga się posiadania dodatkowych kwalifikacji (kurs leczenia uzależnienia od tytoniu), a także posiadania specjalistycznego sprzętu (spirometru). Niewielu świadczeniodawców decyduje się na poniesienie dodatkowych wydatków wobec niepewności co do liczby pacjentów, którzy zgłoszą się do *Programu*.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że lekarze w POZ realizujący program nie wykonywali wszystkich zakontraktowanych świadczeń. Na 2012 r., na oba etapy programu, zawarto umowy o łącznej wartości 794,94 tys. zł, z czego zrealizowano świadczenia za 236,98 tys. zł, co stanowiło 31,60% wartości zakontraktowanych świadczeń. Na 2013 r. zawarto umowy na kwotę 615,24 tys. zł, które zrealizowano w wysokości 182,38 tys. zł (29,64 %). W 2012 r. udzielono łącznie w obu etapach 11.074 porady, a w 2013 r. – 8.487 porad (o 23,36% mniej).

---

162 POChP to zespół kliniczny, w którym współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc, różnie nasilone u poszczególnych chorych. Głównym wyróżnikiem POChP jest ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, będące wynikiem rozlanego zwężenia oskrzeli lub utraty sprężystości płuc. POChP jest chorobą, której można zapobiegać i którą można leczyć, cechującą się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to zazwyczaj postępuje i jest związane z nieprawidłową reakcją zapalną płuc na szkodliwe gazy i pyły (najczęściej dym tytoniowy). POChP przez wiele lat rozwija się bezobjawowo. Pierwszym objawem jest lekceważony przez pacjentów kaszel. W Polsce na POChP choruje co dziesiąta osoba powyżej 30 roku życia. Liczba chorych sięga 2 mln osób (około 5% kobiet i 10% mężczyzn w ogólnej populacji). Ocenia się, że tylko około 1/3 spośród tej liczby chorych jest zdiagnozowana. Obecnie z powodu POChP umiera w Polsce około 15 tys. osób rocznie. Choroba ta stanowi ogromne obciążenie społeczne, ponieważ co roku przyznaje się około 20 tys. rent inwalidzkich, przy czym większość otrzymują osoby w wieku produkcyjnym, między 50 a 60 rokiem życia. POChP występuje u blisko 30–40% chorych na raka płuc. Dlatego też, zgodnie z polskimi rekomendacjami dotyczącymi profilaktyki POChP, badanie spirometryczne zalecane jest wśród osób, u których występują określone czynniki ryzyka, jak np.: palenie tytoniu, przewlekły kaszel, odkrztuszanie plwociny, etc.

163 Patrz: Informacja o wynikach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych", Warszawa, listopad 2015 r.

4 INFORMACJE DODATKOWE

4.1 Przygotowanie kontroli

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK i ujęta w planie pracy na 2016 r. na podstawie ryzyka horyzontalnego „Niska jakość usług publicznych" (R1), zidentyfikowanego przez NIK jako istotnie wpływające na realizację celów państwa.

Kontrola miała przede wszystkim na celu ustalenie, na podstawie badania działań administracji publicznej i świadczeniodawców, czy w latach 2012–2015 w systemie ochrony zdrowia w Polsce funkcjonował system profilaktyki zdrowotnej, biorąc pod uwagę, iż głównym wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania danego systemu ochrony zdrowia, a zarazem jego racją bytu jest zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji[164].

Do przygotowania programu kontroli wykorzystano informacje z wcześniej prowadzonych kontroli, teksty i opracowania naukowe i publicystyczne dotyczące problemów zdrowotnych oraz świadczeń udzielanych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w obszarach ginekologii, kardiologii i gastrologii. Wspomagano się również informacjami zawartymi w ekspertyzie przygotowanej przez biegłego powołanego przez NIK.

Departament Zdrowia przeprowadził również dwie doraźne kontrole rozpoznawcze: w jednostce samorządu terytorialnego oraz w placówce świadczącej opiekę medyczną[165].

Przed rozpoczęciem kontroli zorganizowana została także narada przedkontrolna, w czasie której omówione zostały główne założenia związane z kontrolą oraz najważniejsze elementy, na które należało zwrócić szczególną uwagę w trakcie kontroli.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 25 maja do 31 października 2016 r. W wystąpieniach pokontrolnych sformułowano łącznie 38 wniosków pokontrolnych, z czego 28 wniosków zostało zrealizowanych, trzy są w trakcie realizacji, a siedem nie zostało zrealizowanych[166]. Wnioski pokontrolne adresowane do Ministra Zdrowia dotyczyły m.in.:

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

Wnioski pokontrolne adresowane do Prezesa NFZ dotyczyły m.in.:

1. zintensyfikowania działań zmierzających do poprawy dostępności do programów profilaktycznych oraz zmniejszenia różnic w dostępie do świadczeń udzielanych w poszczególnych regionach kraju w ramach programów profilaktyki zdrowotnej;
2. uwzględniania priorytetów i wskaźników epidemiologicznych w planach zakupu świadczeń przyjmowanych przez Centralę NFZ oraz oddziały wojewódzkie Funduszu.

[164] „The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance", WHO 2000, s. xi.

[165] Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr W. Biegańskiego w Grudziądzu (R/15/003), Urząd Miasta Grudziądza (R/15/004)

[166] Według stanu na dzień 10 lutego 2017 r.

Wnioski pokontrolne adresowane do świadczeniodawców dotyczyły m.in.:

1. odnotowywania przez lekarzy POZ w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, istotnych informacji o stanie ich zdrowia;
2. aktualizowania danych o potencjale świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji świadczeń w ramach umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ.
3. wykonywania zdjęć mammograficznych przez osoby posiadające aktualne certyfikaty wymagane do ich realizacji;
4. przekazywania wszystkich kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, w wymaganych terminach, do Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów.

Wnioski pokontrolne adresowane do jednostek samorządu terytorialnego dotyczyły m.in. podawania informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej zgodnie ze stanem faktycznym.

Zastrzeżenia zostały złożone do wystąpień pokontrolnych skierowanych do trzech spośród 27 kontrolowanych jednostek. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione w przypadku dwóch jednostek, w jednej zostały oddalone.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości w wymiarze finansowym stanowiły ogółem 552.341,14 zł.

Kwota obejmowała:

– kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa – 296.607,20 zł;
– kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami – 250.498,50 zł;
– uszczuplenia środków lub aktywów – 5.235,44 zł.

Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej tematyki

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
3. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz.1870, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2016 r. poz. 1047).
9. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
10. Ustawa z dnia 8 marca 1990 o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 814, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2016 poz. 486).
13. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016 r. poz. 1943, ze zm.).
14. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.).
15. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487, ze zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1743, ze zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 1943, ze zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126).

Analiza efektywności programu profilaktyki raka piersi i szyjki macicy.

Z uwagi na fakt, że porównanie zbiorów pochodzących z NFZ oraz KRN, zawierających dane o pacjentkach z rozpoznanym pierwszy raz w latach 2010–2012 rakiem piersi oraz szyjki macicy wykazało, że w przypadku raka szyjki macicy jedynie 11,6% pacjentek występuje w obu bazach, zaś w przypadku pacjentek z rozpoznanym w tym okresie rakiem piersi 42,2%, dokonano dwóch rodzajów analiz.

W I wariancie starano się jedynie zbadać, czy wykrycie choroby w trakcie badań przesiewowych skutkuje niższymi kosztami leczenia, w porównaniu do pozostałych pacjentek, u których złośliwe zmiany nowotworowe wykryto w innym trybie. Dane dotyczące kosztów przeliczono na 1 rok leczenia dla osób, u których pierwszy raz wykryto raka w latach 2010–2012.

W II wariancie starano się rozszerzyć analizę o ustalenie udziału pacjentek z określonym stopniem zaawansowania raka w momencie jego wykrycia w populacji pacjentek żyjących 5 lat od wykrycia raka, w zależności od trybu wykrycia zmiany, tj. w podziale na pacjentki, u których choroba została wykryta w wyniku badań przesiewowych oraz w innym trybie. W tym celu dokonano porównania baz danych NFZ i KRN. Dalszych analiz dokonywano na zbiorze wspólnym. Przedstawiono łączne koszty leczenia osoby, u której wykryto raka pierwszy raz w 2010 od dnia wykrycia zmiany chorobowej do końca 2015 r.

Rak szyjki macicy

I Wariant

Rak szyjki macicy został pierwszy raz wykryty w latach 2010–2012. Obliczono koszt leczenia pacjentki (z nowotworem wykrytym w ww. okresie), według stanu na koniec 2015 r., przez jeden rok (koszty rzeczywiste poniesione przez NFZ przez okres przeżycia w latach). Do analizy wykorzystano jedynie dane z NFZ.

Wyniki:

Wyszczególnienie	Koszty (w zł) 1 roku leczenia pacjentek z rakiem szyjki macicy	
	Pacjentki z wykrytym w latach 2010–2012 nowotworem w wyniku badań przesiewowych	Pacjentki z wykrytym w latach 2010–2012 nowotworem w innym trybie, niż w wyniku badań przesiewowych
Liczba pacjentek	1.586	7.749
Min. kosztów	89,0	176,0
Max. kosztów	81.948,2	111.914,1
Mediana kosztów	4.835,9	10.151,5

II Wariant

Rak szyjki macicy został wykryty pierwszy raz w 2010 r. Uwzględniono koszty całkowite leczenia pacjentek w związku z tym nowotworem, jakie zostały poniesione przez NFZ do końca 2015 r. Dane o kosztach oraz zgonie pacjentek pochodziły z NFZ, zaś dane o stopniu zaawansowania nowotworu z KRN, gdyż NFZ nie dysponował takimi danymi. Analizy dokonano po połączeniu obu zbiorów i wytypowaniu pacjentek występujących w obu bazach.

Wyniki:

Stopień zaawansowania nowotworu	Liczba i odsetek (%) pacjentek żyjących 5 lat od wykrycia raka				Mediana kosztów całkowitych leczenia pacjentek (w zł)	
	Pacjentki, u których nowotwór został wykryty w trakcie badań przesiewowych		Pacjentki, u których nowotwór został wykryty w innym trybie niż trakcie badań przesiewowych		Pacjentki, u których nowotwór został wykryty w trakcie badań przesiewowych	Pacjentki, u których nowotwór został wykryty w innym trybie, niż trakcie badań przesiewowych
Brak danych w KRN o stopniu zaawansowania nowotworu	8	33%	18	17%	23.366,25	34.740,59
I stopień	24	26%	45	21%	15.680,25	29.764,58
II stopień	19	26%	61	21%	8.286,70	32.322,00
III stopień	14	34%	31	20%	16.813,86	34.282,28
IV stopień	2	12%	9	15%	26.150,12	33.261,80

Rak piersi

I Wariant

Rak piersi został pierwszy raz wykryty w latach 2010–2012. Obliczono koszt leczenia, według stanu na koniec 2015 r., przez jeden rok (koszty rzeczywiste poniesione przez NFZ przez okres przeżycia w latach). Do analizy wykorzystano jedynie dane z NFZ.

Wyniki:

Wyszczególnienie	Koszty (w zł) 1 roku leczenia pacjentek z rakiem szyjki macicy	
	Pacjentki z wykrytym w latach 2010–2012 nowotworem w wyniku badań przesiewowych	Pacjentki z wykrytym w latach 2010–2012 nowotworem w innym trybie, niż w wyniku badań przesiewowych
Liczba pacjentek	9.335	31.627
Min. kosztów	176,0	-
Max. kosztów	111.913,0	205.881,1
Mediana kosztów	9.273.3	6.490,1

II Wariant

Rak piersi został wykryty pierwszy raz w 2010 r. Uwzględniono koszty całkowite leczenia pacjentek w związku z tym nowotworem, jakie zostały poniesione przez NFZ do końca 2015 r. Dane o kosztach oraz zgonie pacjentek pochodziły z NFZ, zaś dane o stopniu zaawansowania nowotworu z KRN. Analizy dokonano po połączeniu obu zbiorów i wytypowaniu pacjentek występujących w obu bazach.

Wyniki:

Stopień zaawansowania Nowotworu	Liczba i odsetek (%) pacjentek żyjących 5 lat od wykrycia raka				Mediana kosztów całkowitych leczenia pacjentek (w zł)	
	Pacjentki, u których nowotwór został wykryty w trakcie badań przesiewowych		Pacjentki, u których nowotwór został wykryty w innym trybie niż trakcie badań przesiewowych		Pacjentki, u których nowotwór został wykryty w trakcie badań przesiewowych	Pacjentki, u których nowotwór został wykryty w innym trybie, niż trakcie badań przesiewowych
Brak danych w KRN o stopniu zaawansowania nowotworu	414	26,81%	599	24,05%	21.713,15	29.894,76
I stopień	-	-	-	-	-	-
II stopień	941	24,07%	-	-	24.916,92	-
III stopień	510	24,37%	905	23,54%	23.297,50	28.867,00
IV stopień	119	24,24%	209	22,74%	25.781,00	28.793,30

Zwracają uwagę wyższe koszty leczenia pacjentek z nowotworem wykrytym w trakcie badań przesiewowych niż w innym trybie. W ostatnich latach zorganizowany skrining mammograficzny został poddany krytyce. Wśród licznych wątpliwości podnoszona jest kwestia przediagnozowania/nadrozpoznawalności. Skrining prowadzi bowiem do wykrycia przypadków chorobowych, które bez tych badań zostałyby zdiagnozowane później albo w ogóle nie zostałyby wykryte za życia pacjentki. Zazwyczaj diagnoza stawiana w wyniku badania przesiewowego następuje we wcześniejszym stadium choroby, niż w przypadku diagnozy po pojawieniu się pierwszych objawów. W ten sposób do czasu przeżycia dodaje się tzw. „czas prowadzenia". Nie oznacza to, że chorzy żyją rzeczywiście dłużej – żyją dłużej ze świadomością choroby i jej skutkami.

Innym wytłumaczeniem może być jednak tak wysoki stopień zaawansowania nowotworu wykrytego poza badaniami przesiewowymi, że wdrażane jest jedynie leczenie paliatywne, a nie jest podejmowana próba wyleczenia pacjentki. W połączeniu z wyżej opisanym zjawiskiem „doliczania czasu prowadzenia" powoduje to, że koszty leczenia kobiet z rakiem piersi wykrytym w trakcie badań przesiewowych są wyższe, niż koszty leczenia pacjentek z rakiem wykrytym w innym trybie, choć przeżycia 5-letnie są dłuższe w tym pierwszym przypadku.

Wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju rehabilitacja, w zakresie rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych

Oddział wojewódzki NFZ	Wartości bezwzględne						Liczba jednostek					Wartości bezwzględne/ 10 000 ubezpieczonych	Średnia cena
	PLAN 2015 WSTĘPNY	PLAN 2015 OSTATECZNY	Umowy 2015 (wg stanu na wrzesień 2015)	Umowy 2015 (wg stanu na grudzień 2015)	Umowy 2015 (wg stanu na czerwiec 2016)	Wykonanie 2015 (wg stanu na czerwiec 2016)	PLAN 2015 WSTĘPNY	PLAN 2015 OSTATECZNY	Umowy 2015 (wg stanu na czerwiec 2016)	Umowy 2015 (wg stanu na grudzień 2015)	Wykonanie 2015 (wg stanu na czerwiec 2016)	Umowy 2015 (wg stanu na grudzień 2015)	Umowy 2015 (wg stanu na grudzień 2015)
DOLNOŚLĄSKI	6 037 678	6 190 760	6 602 265	7 399 629	6 954 674	6 880 145	5 222 802	5 350 370	6 025 030	6 413 204	5 960 980	28 658	1,15
KUJAWSKO-POMORSKI	4 804 796	4 454 776	3 784 774	3 784 774	3 613 590	3 659 530	4 490 464	4 118 351	3 320 690	3 478 601	3 388 150	19 983	1,09
LUBELSKI	7 585 617	7 460 042	7 144 198	7 390 690	6 858 867	6 725 048	7 370 460	7 236 870	6 634 277	7 146 502	6 492 405	37 599	1,03
LUBUSKI	3 482 916	3 482 916	3 390 306	3 605 428	4 072 116	4 068 084	2 902 430	2 902 430	3 393 430	3 004 523	3 390 070	39 832	1,20
ŁÓDZKI	5 415 578	5 448 403	4 836 965	4 804 135	4 951 496	5 124 974	5 234 048	5 289 711	4 823 917	4 680 485	4 998 060	20 716	1,03
MAŁOPOLSKI	9 811 200	8 255 372	8 385 072	8 385 072	8 367 152	8 363 432	9 811 200	8 255 372	8 427 505	8 427 120	8 423 785	27 421	0,99
MAZOWIECKI	5 104 561	7 812 721	5 104 561	4 982 240	4 988 200	5 201 065	3 926 585	6 009 785	3 837 077	3 832 492	4 076 515	9 932	1,30
OPOLSKI	8 441 306	8 694 765	8 441 306	8 441 306	8 681 804	8 639 852	7 340 266	7 560 665	7 549 395	7 340 266	7 512 915	100 297	1,15
PODKARPACKI	9 842 669	9 842 669	9 513 389	9 520 468	9 581 568	9 581 568	8 202 224	8 202 224	7 984 640	7 933 723	7 984 640	49 968	1,20
PODLASKI	3 830 774	3 830 774	3 830 774	3 830 774	4 224 769	4 223 256	3 192 312	3 192 312	3 520 641	3 192 312	3 519 380	36 260	1,20
POMORSKI	6 335 256	6 335 256	6 413 570	6 401 661	6 465 994	6 446 493	6 668 690	6 668 690	6 849 105	6 779 376	6 828 505	30 966	0,94
ŚLĄSKI	25 197 646	27 197 646	22 045 474	25 781 014	30 063 099	30 062 459	25 301 051	27 309 259	30 146 260	25 868 043	30 145 620	62 076	1,00
ŚWIĘTOKRZYSKI	3 033 230	3 033 230	3 271 026	3 271 026	3 447 631	3 446 465	2 888 790	2 888 790	3 283 458	3 115 263	3 282 348	28 546	1,05
WARMIŃSKO-MAZURSKI	5 005 854	5 005 854	4 974 804	4 819 233	4 699 000	4 795 985	4 004 683	4 004 683	3 759 200	3 855 386	3 878 935	37 772	1,25
WIELKOPOLSKI	9 393 614	10 327 430	9 219 440	9 219 440	9 381 561	9 360 124	7 225 857	7 944 177	7 216 585	7 091 877	7 200 095	28 424	1,30
ZACHODNIOPOMORSKI	4 445 796	4 445 796	4 610 939	4 677 030	5 045 376	5 044 440	3 704 830	3 704 830	4 204 480	3 897 525	4 203 700	31 114	1,20
RAZEM	**117 768 490**	**121 818 408**	**111 568 863**	**116 313 919**	**121 396 898**	**121 622 919**	**107 486 692**	**110 638 519**	**110 975 690**	**106 056 698**	**111 286 103**	**33 297**	**1,09**

Wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju rehabilitacja, w zakresie rehabilitacja kardiologiczna w oddziale/ośrodku dziennym

Oddział wojewódzki NFZ	Wartości bezwzględne						Liczba jednostek					Wartości bezwzględne/ 10 000 ubezpieczonych	Średnia cena
	PLAN 2015 WSTĘPNY	PLAN 2015 OSTATECZNY	Umowy 2015 (wg stanu na wrzesień 2015)	Umowy 2015 (wg stanu na grudzień 2015)	Umowy 2015 (wg stanu na czerwiec 2016)	Wykonanie 2015 (wg stanu na czerwiec 2016)	PLAN 2015 WSTĘPNY	PLAN 2015 OSTATECZNY	Umowy 2015 (wg stanu na czerwiec 2016)	Umowy 2015 (wg stanu na grudzień 2015)	Wykonanie 2015 (wg stanu na czerwiec 2016)	Umowy 2015 (wg stanu na grudzień 2015)	Umowy 2015 (wg stanu na grudzień 2015)
DOLNOŚLĄSKI	1 016 916	1 016 916	1 016 916	1 090 290	1 146 777	1 147 143	962 166	962 166	1 082 994	1 028 673	1 083 320	4 223	1,06
KUJAWSKO-POMORSKI	1 153 317	1 195 977	740 422	740 422	695 020	694 947	1 188 987	1 223 491	713 795	760 335	713 720	3 909	0,97
LUBELSKI	1 580 486	1 580 486	1 504 472	1 481 730	1 091 294	1 091 276	1 670 611	1 670 611	1 163 280	1 575 898	1 163 260	7 538	0,94
LUBUSKI	465 696	465 696	151 866	173 239	200 354	187 110	423 360	423 360	182 140	157 490	170 100	1 914	1,10
ŁÓDZKI	579 802	1 670 152	575 916	710 087	687 469	686 272	553 160	1 658 784	665 140	693 444	663 810	3 062	1,03
MAŁOPOLSKI	1 903 320	1 776 321	1 490 915	1 490 915	1 508 574	1 511 580	1 847 174	1 802 207	1 547 907	1 516 325	1 550 920	4 876	0,97
MAZOWIECKI	1 002 655	1 002 655	1 002 655	939 010	920 833	920 710	1 002 655	1 002 655	920 833	939 010	920 710	1 872	1,00
OPOLSKI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PODKARPACKI	699 382	699 382	642 404	532 062	482 961	482 821	663 948	663 948	456 820	506 830	456 680	2 793	1,06
PODLASKI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POMORSKI	644 973	644 973	644 052	692 381	727 636	728 499	671 847	671 847	757 540	720 273	758 450	3 349	0,96
ŚLĄSKI	2 670 213	2 820 213	2 834 923	3 140 663	3 075 005	3 077 899	3 205 033	3 385 077	3 679 970	3 766 347	3 683 540	7 562	0,84
ŚWIĘTOKRZYSKI	717 660	717 660	439 711	439 711	484 572	484 474	782 100	782 100	524 683	475 533	524 580	3 837	0,92
WARMIŃSKO-MAZURSKI	281 138	281 138	292 526	359 489	347 655	347 787	267 750	267 750	331 100	342 370	331 380	2 818	1,05
WIELKOPOLSKI	464 118	464 118	464 118	464 118	480 969	480 165	468 374	468 374	485 484	468 374	484 680	1 431	0,99
ZACHODNIOPOMORSKI	107 378	107 378	107 378	107 378	68 544	68 544	111 852	111 852	71 400	111 852	71 400	714	0,96
RAZEM	**13 287 053**	**14 443 064**	**11 908 273**	**12 361 494**	**11 917 662**	**11 909 226**	**13 819 017**	**15 094 222**	**12 583 086**	**13 062 753**	**12 576 550**	**3 539**	**0,95**

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	1. Ministerstwo Zdrowia 2. Narodowy Fundusz Zdrowia 3. Urząd Miejski w Elblągu
2.	Delegatura NIK w Szczecinie	1. Urząd Miasta Szczecin 2. Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego w Szczecinie 3. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje" w Szczecinie 4. Specjalistyczny Szpital im. A. Sokołowskiego w Szczecinie 5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW w Koszalinie
3.	Delegatura NIK w Opolu	1. Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle 2. Urząd Miasta w Brzegu 3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Trzy Kotwice" A. Szpak, E. Tuła-Granat, P. Bednarz Spółka Cywilna w Brzegu 4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej , ul. Licealna 18, Opole 5. SPZOZ Kędzierzyn-Koźle
4.	Delegatura NIK w Lublinie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego 2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie 3. Centrum Medyczne „Internus" Sp. z o.o. w Puławach 4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie 5. Urząd Miasta Lublin
5.	Delegatura NIK w Olsztynie	1. Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie 2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie 3. Wojewódzki Szpital Zespolony Elbląg 4. Szpital Giżycki Sp. z o.o. w Giżycku
6.	Delegatura NIK w Krakowie	1. Mościckie Centrum Medyczne Sp. z o.o., Tarnów 2. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku 3. Szpital Powiatowy w Chrzanowie 4. Urząd Miejski Brzesko 5. Urząd Miasta Chrzanów

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
11. Minister Finansów
12. Minister Zdrowia
13. Rzecznik Praw Obywatelskich
14. Rzecznik Praw Pacjentów
15. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia