



KZD-4101-03/2013

Nr ewid. 16/2014/P/13/130/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ „NARODOWEGO PROGRAMU ZWALCZANIA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH”

MISJA

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

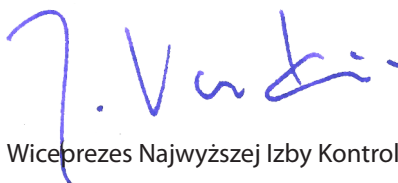
WIZJA

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

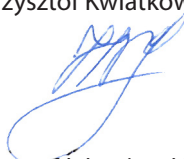


Akceptuję:
Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dnia 12. 06. 2014 r.

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

www.nik.gov.pl

Spis treści

WPROWADZENIE	7
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	8
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	10
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności.....	10
2.2. Synteza wyników kontroli	10
2.2.1. Skuteczność działań Ministra Zdrowia w zakresie przygotowania i realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”	10
2.2.2. Realizacja zadań NPZChN przez oddziały wojewódzkie NFZ	13
2.2.3. Realizacja zadań NPZChN przez podmioty lecznicze	14
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	16
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	18
3.1. Skuteczność działań Ministra Zdrowia w zakresie przygotowania i realizacji Programu	18
3.2. Realizacja zadań NPZChN przez oddziały wojewódzkie NFZ	35
3.2.1. Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi	35
3.2.2. Zawieranie i realizacja umów ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane z zastosowaniem metody tomografii pozytonowej emisyjnej w zakresie schorzeń onkologicznych	39
3.3. Realizacja NPZChN przez podmioty lecznicze	41
3.3.1. Realizacja zadań NPZChN przez Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.....	41
3.3.1.1. Realizacja zadań NPZChN przez Centralne Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi	42
3.3.1.2. Realizacja zadań NPZChN przez Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi	44
3.3.2. Realizacja umów zawartych z OW NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi oraz w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tomografii pozytonowej emisyjnej.....	51
3.3.2.1. Realizacja świadczeń programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka piersi.....	51
3.3.2.2. Realizacja umów o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej.....	55
3.3.3. Zakup aparatury medycznej do radioterapii w ramach NPZChN i jej wykorzystanie	57
3.3.4. Realizacja zadania „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach”	60
4. INFORMACJE DODATKOWE	62
4.1. Przygotowanie kontroli	62
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	62
4.3. Finansowe rezultaty kontroli.....	64
5. ZAŁĄCZNIKI	65

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

Badanie cytologiczne (potocznie cytologia) – technika diagnostyczna w ginekologii, polegająca na pobraniu rozmazów z pochwowej części szyjki macicy. Ocena stanu zdrowia pacjentki dokonywana jest na podstawie obecności w rozmazie komórek patologicznych. Badanie cytologiczne dorosła kobieta powinna wykonywać co rok. Ma ono istotne znaczenie w wykrywaniu raka szyjki macicy. Badania są wykonywane w trybie ambulatoryjnym oraz w szpitalach.

Badanie mammograficzne (radiomammografia) – prześwietlenie sutka promieniami rentgenowskimi.

Mammograf – aparat do badania radiologicznego gruczołu piersiowego, a w szczególności do wykonywania: mammografii klasycznej (obrazowe badanie gruczołu piersiowego - sutka, z użyciem promieni rentgenowskich), kseromammografii - opartej na innym rodzaju detektora promieniowania rentgenowskiego, pneumocystomammografii (połączonej z punkcją torbieli), galaktografii (mammografii kontrastowej).

Metody leczenia nowotworów złośliwych:

a) leczenie chirurgiczne jest najstarszą metodą leczenia nowotworów. Już w starożytności opisywano próby leczenia nowotworów tą metodą; dopiero jednak ostatnie ponad stuletnie doświadczenia, a głównie poznanie mechanizmów powstawania i rozwoju nowotworów, umożliwiły skuteczne działania chirurgii w tej dziedzinie;

b) radioterapia, czyli leczenie promieniowaniem jonizującym (promienie rentgenowskie, gamma, radu, kobaltu-60), jest stosunkowo nową metodą, znaną od ok. 80 lat. Doskonalenie wiedzy o promieniowaniu jonizującym i aparatach je wytwarzających spowodowało, że radioterapia stała się drugą (obok chirurgii) pod względem skuteczności metodą leczenia nowotworów złośliwych; brachyterapia (curieterapia) nazywana też terapią kontaktową jest jedną z technik leczenia w radioterapii. Metoda ta polega na bezpośrednim napromienianiu zmian chorobowych poprzez umieszczenie źródła promieniowania w guzie lub w jego sąsiedztwie;

c) chemioterapia, czyli leczenie środkami chemicznymi, zapoczątkowane zastosowaniem iperytu azotowego, jest metodą leczenia nowotworów znaną od kilkudziesięciu lat, która obecnie przeżywa rozkwit. Wieloletnie doświadczenia doprowadziły do sformułowania precyzyjnych programów leczenia, uwzględniających optymalne leki i ich dawki w leczeniu danego nowotworu.

Poza wspomnianymi metodami stosuje się jeszcze inne sposoby leczenia nowotworów, np. immunoterapię, czyli leczenie środkami zmieniającymi odporność organizmu, hormonoterapię polegającą na podawaniu niektórych hormonów w nowotworach tzw. hormonozależnych, działanie promieni lasera, zamrażanie (kriochirurgia), elektrokoagulację oraz inne rzadkie metody leczenia.

Nowotwór – nazwa ta używana jest zarówno na określenie nowotworów łagodnych, jak i złośliwych. Główną cechą wspólną, łączącą te dwie grupy chorób, jest „nowotworzenie” tkanki, czyli tworzenie guza. Nowotwory łagodne nie stanowią zwykle zagrożenia dla życia, ponieważ powolnie wzrastają, nie dają przerzutów oraz stosunkowo łatwo je leczyć. Nowotwory złośliwe rosną szybko i powodują powstawanie przerzutów. Inną częstą ich cechą są nawroty choroby po leczeniu. Najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce i w większości krajów na świecie jest rak, czyli nowotwór złośliwy wywodzący się z tkanki nabłonkowej (90% wszystkich nowotworów w Polsce). Pozostałe nowotwory złośliwe to mięsaki, wywodzące się z innych tkanek niż nabłonkowa oraz inne choroby nowotworowe (np.: ziarnica złośliwa, białaczki).

Onkologia jest nauką o etiologii, patologii, epidemiologii, zapobieganiu, rozpoznawaniu, wielospecjalistycznym leczeniu chorych na nowotwory i ich dalszej kontroli, opiece nad nieuleczalnie chorymi oraz o organizowaniu społecznej walki z tymi chorobami¹.

¹ Według prof. T. Koszarowskiego.

Profilaktyka raka piersi² – populacja objęta programem: kobiety w wieku 50 – 69 lat pod warunkiem, że nie miały wykonywanych takich badań w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub 12 miesięcy ze wskazań lekarskich. Program obejmuje dwa etapy:

- **etap podstawowy** – zakres świadczeń w ramach porady profilaktycznej obejmuje:
 - ♦ zarejestrowanie w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP), z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia programem kobiet, które zgłosiły się do programu,
 - ♦ przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety w systemie informatycznym,
 - ♦ wykonanie badania mammograficznego: 2 x 2 zdjęcia mammograficzne, wraz z opisem dokonany przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - ♦ decyzję dotyczącą dalszego postępowania w zależności od wyniku badania,
 - ♦ kobiety z nieprawidłowym wynikiem badania kierowane są w ramach programu do świadczeniodawcy realizującego etap pogłębionej diagnostyki.
- **etap pogłębionej diagnostyki** obejmuje:
 - ♦ poradę lekarską – badanie fizykalne oraz skierowanie na niezbędne badania w ramach programu, ocenę wyników przeprowadzonych badań i postawienie rozpoznania;
 - ♦ ewentualne wykonanie mammografii uzupełniającej lub wykonanie USG piersi,
 - ♦ biopsję cienkoigłową albo gruboigłową;
 - ♦ prowadzenie bazy danych badanych kobiet i wyników ich badań w systemie informatycznym udostępnionym przez NFZ;
 - ♦ zgłaszanie wykrytego nowotworu piersi do wojewódzkich biur rejestracji nowotworów na karcie zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a.

Kobiety, u których rozpoznano raka piersi lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego, zostają skierowane (poza programem) na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie w ramach kontraktu z NFZ.

Profilaktyka raka szyjki macicy – populacja objęta programem: kobiety w wieku 25–59 lat. Badania przeprowadzane są raz na 3 lata. Program obejmuje trzy etapy:

- **etap podstawowy** realizują poradnie ginekologiczne; porada obejmuje:
 - ♦ zarejestrowanie w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) udostępnionym przez NFZ, z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia programem kobiet, które zgłosiły się do programu,
 - ♦ przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety,
 - ♦ edukację w zakresie prewencji nowotworu raka szyjki macicy,
 - ♦ pobranie materiału do badania,
 - ♦ wysłanie pobranego materiału, wraz z wypełnioną ankietą, do pracowni diagnostycznej,
 - ♦ wręczenie pacjentce wyniku badań z zaleceniami lub skierowanie do odpowiedniej placówki;
- **etap diagnostyczny**, realizowany przez zakłady lub pracownie wykonujące badania cytologiczne, obejmuje:
 - ♦ wykonanie oceny mikroskopowej materiału cytologicznego przesłanego przez placówkę realizującą etap podstawowy,
 - ♦ przesłanie wyniku do poradni, która pobrała materiał,
 - ♦ prowadzenie bazy danych, archiwizację wyników i zgłaszanie wyników dodatnich do wojewódzkich biur rejestracji nowotworów.
- **etap pogłębionej diagnostyki** obejmuje badanie kolposkopowe, z ewentualnym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego oraz wydanie decyzji, co do dalszego postępowania i leczenia w ramach kontraktu z NFZ.

² „Zasady realizacji program profilaktyki raka piersi” określone w załączniku Nr 3 do zarządzenia Nr 98/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne; poprzednio ww. zasady zdefiniowano w załączniku Nr 3 do zarządzenia Nr 81/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Radiofarmaceutyk – to substancja wykorzystywana podczas badania PET, składająca się z dwóch składników: radioizotopu i ligandu. W metodzie tej używa się izotopów fluoru, węgla, tlenu i azotu, a więc podstawowych pierwiastków występujących w organizmie człowieka. Obecnie stosuje się ok. 200 różnych związków znakowanych izotopami promieniotwórczymi, dobieranych w zależności od tego jaki narząd będzie badany i pod jakim kątem, np. w badaniu układu kostnego stosuje się związki fosforanowe.

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 publicznych³, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

Tomografia Pozytonowa (PET – Positron Emission Tomography) jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną, wykorzystującą techniki radioizotopowe w ocenie procesów metabolicznych w organizmie. Metoda pozwala na badanie i obrazowanie zmian chorobowych poprzez elektroniczną detekcję rozkładu radiofarmaceutyków, znakowanych krótkożyciowymi emiterami pozytonów. W onkologii diagnostyka PET ma istotne znaczenie w wyborze optymalnej metody leczenia. Doświadczenia ośrodków zagranicznych wskazują, że liczba onkologicznych zabiegów operacyjnych po wprowadzeniu metody PET ulega redukcji nawet o ok. 20–30% (część zmian uważanych za nowotworowe, na podstawie badania, zostaje określonych jako łagodne; u części chorych dopiero badanie wykazuje znacznie większe zaawansowanie choroby niż dotychczasowe metody diagnostyczne).

Ultrasonografia (USG) – badanie tkanek m.in. sutka przy użyciu ultradźwięków.

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

JST – jednostki samorządu terytorialnego.

KRN – Krajowy Rejestr Nowotworów działający w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów przy Centrum Onkologii Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia (Fundusz).

OW NFZ – Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

POZ – podstawowa opieka zdrowotna.

Program profilaktyki raka szyjki macicy – Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Program profilaktyki raka piersi – Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi.

³ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

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”, zwaną dalej „ustawą o ustanowieniu NPZChN”⁴. Doświadczenia innych krajów wskazywały, że skuteczność działań w tym zakresie można osiągnąć zapewniając im odpowiednie gwarancje prawne oraz stabilne i wieloletnie źródło finansowania. Ustawą określono zatem zakres zadań podejmowanych na rzecz zwalczania chorób nowotworowych, źródła finansowania, sposób realizacji oraz monitorowania ich skuteczności.

Głównym celem Programu jest zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory oraz osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności ich leczenia.

Najwyższa Izba Kontroli, z własnej inicjatywy, w związku z sugestiami Komisji Zdrowia Sejmu i Senatu RP, przeprowadziła kontrolę realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, zwanego dalej „NPZChN” lub „Programem”.

⁴ Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.

Cel główny kontroli

Celem głównym kontroli była ocena realizacji NPZChN w latach 2009–2013.

Cele szczegółowe

Cele szczegółowe kontroli w Ministerstwie Zdrowia obejmowały ocenę:

- procesu planowania i wykorzystania środków z budżetu państwa na realizację zadań NPZChN,
- działań Ministra Zdrowia w zakresie przygotowania realizacji wybranych zadań NPZChN, a w szczególności ustalania celów, wyboru realizatorów oraz systemu monitorowania osiągniętych rezultatów w zakresie: profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, radioterapii, budowy sieci ośrodków PET i uruchomienia produkcji radiofarmaceutyków FDG w Polsce oraz programu „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach”,
- efektów osiągniętych w wyniku realizacji wybranych zadań NPZChN.

Cele szczegółowe kontroli w oddziałach wojewódzkich NFZ dotyczyły oceny zawierania ze świadczeniodawcami umów o udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi oraz świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tomografii pozytonowej emisyjnej.

Celami szczegółowymi kontroli w podmiotach leczniczych była ocena:

- realizacji zadań przewidzianych dla centralnego (COK) i wojewódzkich ośrodków koordynujących (WOK) programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi,
- wykonania umów zawartych z OW NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi oraz w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tomografii pozytonowej emisyjnej,
- zakupu aparatury medycznej do radioterapii w ramach NPZChN i jej wykorzystania,
- działań na rzecz zapewnienia prawidłowego systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach prowadzonych przez Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN) oraz wojewódzkie biura rejestracji nowotworów.

Okres objęty kontrolą

Badaniami kontrolnymi, które przeprowadzono w okresie od 15 maja do 21 listopada 2013 r., objęto okres od 1 stycznia 2009 r. do czasu zakończenia czynności kontrolnych. W kontroli uczestniczyło siedem delegatur NIK⁵ i Departament Zdrowia.

Kontrolą objęto łącznie 26 jednostek, w tym:

- Ministerstwo Zdrowia,
- siedem oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia⁶,
- 18 podmiotów leczniczych, w tym:
 - 11 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego (JST);
 - jeden podmiot leczniczy działający w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, której właścicielem jest JST,

⁵ W Bydgoszczy, Katowicach, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu.

⁶ Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ we Wrocławiu, Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Bydgoszczy, Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ w Łodzi, Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ w Warszawie, Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach, Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu, Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Szczecinie.

- trzy SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym są państwowe uczelnie medyczne,
- dwa instytuty badawcze, utworzone przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia,
- jeden podmiot leczniczy, utworzony przez Ministra Obrony Narodowej.

Kontrola w Ministerstwie Zdrowia, w oddziałach wojewódzkich NFZ, w podmiotach leczniczych utworzonych przez Radę Ministrów, Ministra Obrony Narodowej i państwowe uczelnie medyczne przeprowadzona została pod względem legalności, celowości, gospodarności i rzetelności⁷, a w SPZOZ utworzonych przez JST oraz w spółce z o.o., której jedynym wspólnikiem jest JST – pod względem legalności, gospodarności i rzetelności⁸.

Departament Zdrowia, w ramach przygotowań do kontroli planowej, koordynowanej, przeprowadził również kontrolę rozpoznawczą (Nr R/13/001) w Centrum Onkologii Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w zakresie realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, której wyniki uwzględniono w tej informacji.

Wykaz jednostek objętych kontrolą i lista osób będących kierownikami jednostek kontrolowanych stanowią załączniki odpowiednio nr 3 i nr 4 do informacji.

⁷ Por. art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r. poz. 82 ze zm.), zwanej dalej również „ustawą o NIK”.

⁸ Por. art. 5 ust. 2 ustawy o NIK.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie⁹ ocenia skuteczność realizacji przez Ministra Zdrowia w latach 2009–2013 „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. Nie zostały osiągnięte cele Programu określone ustawą o ustanowieniu NPZChN. Wartości wskaźników wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia nadal znacznie odbiegają od średnich europejskich.

Minister Zdrowia, ustawowo zobowiązany do wykonania Programu, nie zapewnił warunków dla skutecznego osiągnięcia założonych celów. Minister nie dysponował wystarczającymi informacjami o działaniach podejmowanych przez różne podmioty zajmujące się profilaktyką i leczeniem nowotworów, a także nie stworzył efektywnego systemu współpracy i wymiany danych pomiędzy nimi. W działaniach Ministra Zdrowia stwierdzono nieprawidłowości, wpływające na skuteczność osiągnięcia celów Programu, polegające m.in. na:

- nieokreśleniu wskaźników docelowych, istotnych dla oceny efektów realizacji każdego z badanych zadań,
- przedstawianiu Radzie Ministrów projektów uchwał dotyczących harmonogramu zadań na kolejny rok budżetowy z opóźnieniem w stosunku do terminu ustawowego,
- prowadzeniu postępowań konkursowych i zawieraniu umów w drugim i trzecim kwartale roku, co znacznie utrudniało realizację zadań,
- niedokonywaniu analiz efektywności działań edukacyjno-informacyjnych, mających na celu zwiększenie udziału kobiet w badaniach profilaktycznych,
- dofinansowaniu zakupu sprzętu do radioterapii bez analizy rynku dostawców i oferowanych cen.

Oddziały NFZ oraz świadczeniodawcy prawidłowo realizowali postanowienia zbadanych umów o udzielanie świadczeń w ramach programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi oraz świadczeń w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej. W działaniach części wspomnianych podmiotów stwierdzono pewne nieprawidłowości, mogące wpływać na stwierdzoną niską skuteczność w osiąganiu celów Programu.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Skuteczność działań Ministra Zdrowia w zakresie przygotowania i realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”

1. Na realizację Programu, w latach 2009–2013 (do 30 czerwca), Ministerstwo Zdrowia wydatkowało 1.031.790,3 tys. zł, co stanowiło 79,1% planu po zmianach (1.300.877,0 tys. zł). NIK oceniła w każdym roku realizację sześciu zadań NPZChN o łącznej wartości 671.905,7 tys. zł¹⁰, spośród 17 w 2009 r., 14 w 2010 r. i 12 zadań w latach 2011–2013. (str. 18-19)

2. Od początku finansowania Programu liczba zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła z 126.019 w 2006 r. do 144.336 w 2011 r., a liczba zgonów w tym okresie z 91.632 do 92.198¹¹. Wskaźnik pięcioletnich przeżyć chorych, u których zdiagnozowano chorobę

⁹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

¹⁰ Tj. 96,2% wartości podpisanych umów – 698.867,6 tys. zł.

¹¹ Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku – Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Witold Zatoński – Krajowy Rejestr Nowotworów; Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Warszawa 2013.

nowotworową, w latach 2000–2002 był niższy niż średnia europejska o 10 punktów procentowych. Wskaźniki 5-letnich przeżyć dla kobiet, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy szyjki macicy i piersi, wynosiły odpowiednio 51,5% i 70%, natomiast w krajach europejskich średnio 65,2% i 82,2%¹².

W ocenie NIK na skuteczność realizacji Programu miały wpływ nieprawidłowości polegające m.in. na: nieokreśleniu wskaźników docelowych istotnych dla oceny efektów realizacji każdego z badanych zadań NPZChN, przedstawianiu Radzie Ministrów projektów uchwał z opóźnieniem w stosunku do terminu ustawowego oraz zawieraniu umów z realizatorami Programu w terminach, które utrudniały ich realizację. (str. 19-21)

3. NIK zwraca uwagę na wysokie koszty administracyjno-logistyczne programów profilaktyki, przy niskiej zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne. Na zadania realizowane przez Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w latach 2006–2013 (do 30 czerwca) Ministerstwo Zdrowia wydatkowało 159.381,4 tys. zł. W kontrolowanym okresie koszty administracyjno-logistyczne wynosiły 83.370,1 tys. zł, w tym koszty wysyłki imiennych zaproszeń na badania przesiewowe 30.169,9 tys. zł (36,2%), natomiast w odpowiedzi na zaproszenia badaniom poddało się niespełna 18% kobiet.

Faktyczny udział w badaniach mammograficznych wynosił od 36,0% w 2009 r. do 42,9% w 2012 r. (w I półroczu 2013 r. – 19,0%), a w badaniach cytologicznych od 26,7% w 2009 r. do 23,4% w 2012 r. kobiet (w I półroczu 2013 r. – 10,4%)¹³. Zgodnie z zaleceniem WHO i ekspertów Komisji Europejskiej¹⁴, warunkiem skuteczności badań przesiewowych jest wysoka zgłaszalność, wynosząca przynajmniej od 70% do 75% populacji docelowej. Efekty badań przesiewowych widoczne są po wielu latach w postaci zmniejszenia umieralności na nowotwory złośliwe.

Niska skuteczność programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi wynika z nierównomiernego dostępu do badań profilaktycznych na terenie poszczególnych województw, niskiej zgłaszalności kobiet zaproszonych na badania, a także z faktu, że od 1 lipca 2011 r. badanie cytologiczne wykonane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zostało wycenione przez NFZ wyżej niż w programie przesiewowym i od decyzji lekarza ginekologa zależy sposób rozliczenia badania.

Minister Zdrowia nie podjął działań w celu zweryfikowania skuteczności działań administracyjno-logistycznych programów profilaktyki¹⁵ oraz nie dokonał analizy innych metod i form organizacyjnych, które mogłyby zwiększyć liczbę kobiet uczestniczących w programach profilaktycznych. (str. 41-48)

¹² Źródło: Wskaźniki przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w Polsce zdiagnozowanych w latach 2000–2002; Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Witold Zatoński; Krajowy Rejestr Nowotworów; Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie; Warszawa 2009. Wskaźnik 5-letnich przeżyć względnych oszacowany dla chorych zdiagnozowanych w Polsce w latach 2003–2005 wynosił 45,5%. Wskaźnik ten, dla kobiet chorych na raka szyjki macicy wynosił 54,4%, a na raka piersi 77,2%. Wskaźniki dla Polski nie zostały porównane ze wskaźnikami europejskimi, ponieważ nie zostały one jeszcze opublikowane przez EURO CARE-5 źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku – Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Witold Zatoński – Krajowy Rejestr Nowotworów; Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; Warszawa 2013.

¹³ Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia.

¹⁴ Według rekomendacji grupy ekspertów Komisji Europejskiej (European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Biuro oficjalnych publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2008).

¹⁵ Wniosek pokontrolny NIK, sformułowany po kontroli realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006–2008; Nr kontroli P/08/098 (znak akt 147/2009/P/08/098/KPZ).

4. Minister Zdrowia podejmował decyzje o przyznaniu dofinansowania na zakup nowej aparatury do radioterapii onkologicznej oraz modernizację już posiadanej bez rozeznania rynku dostawców aparatury medycznej do radioterapii i oferowanych cen. Nie dysponował również opinią niezależnych specjalistów w zakresie stosowania urządzeń różnych producentów w tworzeniu zintegrowanych linii radioterapeutycznych. Nie osiągnięto planowanego wskaźnika wyposażenia w aparaty megawoltowe na poziomie 250 tys. osób na jeden aparat, pomimo że od 2006 r. wydatkowano na program radioterapii 993.782,0 tys. zł, (tj. 55,7% wydatków poniesionych na NPZChN). Nie wyeliminowano również różnic regionalnych w dostępie do radioterapii. Na koniec 2012 r. jeden aparat megawoltowy przypadał na 321.154 tys. osób. W Polsce nadal zbyt długo oczekuje się na rozpoczęcie leczenia napromieniowaniem, co zmniejsza szanse pacjentów na ich wyleczenie¹⁶. (str. 25-26)

5. Program Tomografii Pozytonowej (PET) na lata 2006–2008 zakładał, że jeden ośrodek PET powinien przypadać na 10 mln mieszkańców. Zgodnie z założeniami programu na 2009 r., docelowo każdy aparat powinien wykonywać co najmniej 2.000 badań rocznie¹⁷. Na koniec grudnia 2012 r. w publicznych podmiotach leczniczych było zainstalowanych siedem PET-CT zakupionych w ramach NPZChN, jednakże aż cztery z nich realizowały mniej niż dwa tysiące badań rocznie¹⁸, nie osiągając tym samym założonego w programie wskaźnika docelowego. (str. 30-31)

6. W planowanym terminie, tj. do końca 2011 r., nie uruchomiono produkcji radiofarmaceutyku FDG¹⁹ na potrzeby krajowe, mimo że Ministerstwo Zdrowia sukcesywnie, już od 2007 r., finansowało zakup sprzętu specjalistycznego dla wybranych w tym celu trzech podmiotów²⁰. Dwa z nich produkowały radiofarmaceutyk wyłącznie na potrzeby własne, po koszcie znacznie przekraczającym ceny oferowane przez dostawców zagranicznych, a trzeci – Środowiskowe Laboratorium Ciężkich Jonów Uniwersytetu Warszawskiego był w trakcie przygotowywania dokumentacji związanej z uzyskaniem pozwolenia na wytwarzanie radiofarmaceutyku w Polsce. (str. 32-33)

7. Komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych, powołane przez Ministra Zdrowia, nie przeprowadzały audytu klinicznego zewnętrznego, wymaganego od 1 maja 2004 r. zgodnie z art. 33g ust. 14 ustawy Prawo atomowe²¹. (str. 22)

Minister Zdrowia nie opublikował również wykazu wzorcowych procedur radiologicznych dla uzasadnionych ekspozycji medycznych uznanych za standardowe w zakresie radioterapii

¹⁶ Zgodnie ze Sprawozdaniem z realizacji NPZChN w 2012 r.

¹⁷ W dokumencie pn. „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych – Tomografia pozytonowa (PET) – Budowa sieci ośrodków PET – I etap” z 2005 r. przyjęto, że jeden ośrodek PET może wykonać 2.500 badań rocznie.

¹⁸ Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie – 31,8% (636 badań), Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu – 46,8% (935 badań), Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – 48,9% (977 badań), Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie – 71,1% (1.421 badań). Źródło: dane przekazane przez Ministerstwo Zdrowia.

¹⁹ Substancji chemicznej wykorzystywanej w diagnostyce medycznej metodą obrazowania PET.

²⁰ W latach 2007–2008, w ramach NPZChN Ministerstwo Zdrowia przekazało środki finansowe następującym podmiotom: Centrum Onkologii w Bydgoszczy w 2008 r. – 15.001,8 tys. zł z przeznaczeniem na zakup skanera PET-CT oraz rozbudowę laboratorium produkcji FDG, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach w latach 2007–2008 – 21.660,0 tys. zł na zakup skanera PET, cyklotronu i przygotowanie infrastruktury; Środowiskowe Laboratorium Ciężkich Jonów Uniwersytetu Warszawskiego w 2007 r. – 2.000 tys. zł na zakup syntezy i zestaw kontroli jakości radiofarmaceutyku FDG.

²¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 264 ze zm. Przywołany przepis stanowi, że Komisje przeprowadzają nie rzadziej, niż co 4 lata audyt kliniczny zewnętrzny obejmujący przegląd poprawności stosowanych procedur w zakresie udzielanych świadczeń oraz kwalifikacje personelu, szkolenia z ochrony radiologicznej pacjenta, wyposażenie w aparaturę, warunki lokalowe i system zarządzania jakością.

onkologicznej oraz radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej, mimo że od wejścia w życie art. 33g ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe upłynęło ponad 9 lat²². Brak takich procedur uniemożliwiał jednostkom ochrony zdrowia, wykorzystującym promieniowanie jonizujące, opracowanie roboczych procedur postępowania wymaganych przez system zarządzania jakością. (str. 22-23)

8. Minister Zdrowia nie zrealizował w pełni czterech z sześciu wniosków pokontrolnych NIK, sformułowanych po kontroli realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006–2008.

Minister Zdrowia m.in. nie wyegzekwował od konsultantów krajowych w dziedzinach związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym sporządzania opinii o zasobach i potrzebach kadrowych, mimo że obowiązek ich sporządzenia wynikał z art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia²³. Nie został również zrealizowany wniosek pokontrolny NIK dotyczący przeszkolenia lekarzy POZ w ramach programów: „Szkolenie lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne” i „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” we wszystkich województwach. (str. 23-24)

2.2.2. Realizacja zadań NPZChN przez oddziały wojewódzkie NFZ

1. Narodowy Fundusz Zdrowia, w ramach NPZChN, sfinansował koszty świadczeń programów profilaktycznych na kwotę 568.133,0 tys. zł, w tym: programu profilaktyki raka szyjki macicy na kwotę 180.292,8 tys. zł i programu profilaktyki raka piersi²⁴ na kwotę 387.839,2 tys. zł. Świadczenia te były nielimitowane, przy czym ich rozliczenie do wysokości kwoty zobowiązania określonej przez NFZ następowało comiesięcznie, a świadczenia wykonane ponad wartość zakontraktowaną rozliczano raz na kwartał. (str. 35-37)

Kontrola siedmiu z 16 oddziałów wojewódzkich NFZ (43,8%) wykazała, iż na ogół prawidłowo realizowały one zadania wynikające z Programu. Stwierdzone nieprawidłowości polegały m.in. na:

- nierozwiązaniu przez Dolnośląski OW NFZ umów z trzema świadczeniodawcami, mimo że jakość realizowanych przez nie badań mammograficznych została negatywnie oceniona przez WOK ze względu na wady aparatu, mogące powodować nieujawnienie zmian nowotworowych na wczesnym ich etapie; ponadto jeden z tych świadczeniodawców uzyskał negatywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych (str. 38),
- nieprzestrzeganiu przez Wielkopolski OW NFZ obowiązujących procedur i wytycznych Prezesa NFZ dotyczących realizacji zapłaty za tzw. „nadwykonania”, a także niezapewnieniu równego traktowania świadczeniodawców wykonujących badania PET. O nierównym traktowaniu podmiotów świadczy fakt, że za świadczenia PET, wykonane ponad wartość zakontraktowaną, Oddział zapłacił Centrum Onkologii w Poznaniu po cenie odpowiadającej 80% ceny określonej w umowie, podczas gdy Centrum Medycznemu w Poznaniu po cenie 100% ceny kontraktowej. Ponadto, zapłaty za świadczenia PET wykonane ponad limit określony w umowach w latach 2009 i 2010, Oddział dokonał w sytuacji nieopłacenia świadczeń „nielimitowanych” oraz świadczeń ratujących życie, co było działaniem niezgodnym z wytycznymi Prezesa NFZ. (str. 40)

²² Od 1 maja 2004 r.

²³ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.

²⁴ Informacja przekazana przez Centralę NFZ w dniu 1 października 2013 r. na wniosek NIK. Dane dotyczące kosztów świadczeń zostały wygenerowane 23 września 2013 r.

2. Dwa OW NFZ²⁵, z siedmiu badanych, nie przeprowadziły kontroli świadczeniodawców w zakresie prawidłowości realizacji zarówno programu profilaktyki raka szyjki macicy, jak i programu profilaktyki raka piersi, natomiast jeden²⁶ w zakresie realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy. (str. 38-39)

3. Dane o liczbie kobiet, u których wykonano badania cytologiczne i mammograficzne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)²⁷, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), leczenia szpitalnego i NPZChN, gromadzone są w różnych systemach informatycznych NFZ. Z powodu ich rozproszenia nie są w pełni wykorzystywane do oceny efektywności NPZChN. (str. 48)

2.2.3. Realizacja zadań NPZChN przez podmioty lecznicze

Realizacja zadań NPZChN przez Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi

1. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Centralnych Ośrodków Koordynujących (COK) – Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie²⁸ oraz Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu²⁹.

Stwierdzono jedynie, iż Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, nie sporządził rocznego Raportu z wyników realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy w 2010 r., mimo że zgodnie z umową zawartą z Ministrem Zdrowia zobowiązany był do jego sporządzenia w terminie do 15 stycznia 2011 r. COK dysponował wyłącznie danymi za okres od 1 stycznia 2010 r. do 23 września 2010 r., które zostały zawarte w dokumencie „Podsumowanie realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w ramach NPZChN lata 2007–2010 (wrzesień)”. (str. 42-44)

2. Kontrolą objęto 12 podmiotów leczniczych³⁰, którym Minister Zdrowia zlecił realizację zadań WOK³¹ na kwotę 72.344,4 tys. zł. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania kontrolowanych WOK w zakresie wykonywania powierzonych zadań oraz rzetelne rozliczenie środków wydatkowanych na ich realizację. (str. 44-51)

3. W trzech z 12 kontrolowanych WOK zadania programu były realizowane przez pracowników podmiotów leczniczych na podstawie umów zlecenia, w czasie przeznaczonym na realizację obowiązków wynikających z umowy o pracę. (str. 49)

²⁵ Kujawsko-Pomorski OW NFZ i Dolnośląski OW NFZ.

²⁶ Zachodniopomorski OW NFZ.

²⁷ Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego przez położną POZ.

²⁸ Ocena pozytywna w zakresie realizacji zadań COK dla programu profilaktyki raka szyjki macicy w latach 2011–2013 i programu profilaktyki raka piersi w latach 2009–2013.

²⁹ Ocena pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie realizacji zadań COK dla programu profilaktyki raka szyjki macicy w latach 2009–2010.

³⁰ W tym jeden podmiot – Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie – w ramach kontroli rozpoznawczej.

³¹ Funkcjonujących na terenie ośmiu województw.

Realizacja umów o udzielanie świadczeń programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi oraz badań diagnostycznych PET przez podmioty lecznicze.

1. Siedmiu z 19 świadczeniodawców (36,8%) przedstawiło w ofertach i/lub w umowach z NFZ nierzetelne informacje o spełnianiu wymagań określonych w programach profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. Dwóch świadczeniodawców realizujących program profilaktyki raka piersi nie zatrudniało lekarzy o wymaganych kwalifikacjach. (str. 51–54)
2. W dziewięciu podmiotach leczniczych (47,4%) nierzetelnie wywiązywano się z obowiązku wypełniania i przekazywania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a Krajowemu Rejestrowi Nowotworów i wojewódzkim biurom rejestracji nowotworów, w ramach badań statystyki publicznej. W niektórych podmiotach nie przysyłano kart MZ/N-1a w ogóle lub z opóźnieniem wynoszącym nawet ponad 3 lata. Zaniechanie to zmniejsza wiarygodność rejestru nowotworów, a w konsekwencji ocenę efektywności NPZChN. (str. 54)
3. Trzy ośrodki PET, z sześciu badanych, realizowały mniej niż dwa tysiące badań rocznie, nie osiągając wskaźnika docelowego założonego w NPZChN. (str. 55–56)
4. Wzrost liczby ośrodków onkologicznych, wyposażonych w urządzenia PET-CT, nie doprowadził do zmniejszenia kolejek osób oczekujących. W połowie skontrolowanych ośrodków PET wzrosła liczba oczekujących na to badanie. (str. 56)

Zakup i wykorzystanie aparatury do radioterapii przez podmioty lecznicze

1. W dwóch z 10 badanych ośrodków radioterapii wydatkowano środki finansowe na zadania nieprzewidziane w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia o realizację programu radioterapii³². (str. 57)
2. W czterech ośrodkach stwierdzono nieprawidłowości polegające na finansowaniu szkoleń, które nie miały bezpośredniego związku z użytkowaniem nowo zakupionej aparatury, nierzetelnym ich dokumentowaniem oraz niewyegzekwowaniu od dostawcy aparatury przeprowadzenia wszystkich szkoleń określonych w zawartych umowach. (str. 58–59)
3. W dwóch ośrodkach radioterapii wyboru dostawcy aparatury o wartości 9.007,6 tys. zł, a w jednym ośrodku wykonawcy usług o wartości 1.542,6 tys. zł, dokonano z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych³³, zwanej dalej również „Pzp”, (str. 57–58)

Realizacja zadania „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach”

W czterech wojewódzkich biurach rejestracji nowotworów, z ośmiu objętych kontrolą, odnotowano poprawę jakości danych i kompletności ich rejestracji. (str. 60–61)

³² Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, niezgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia wykorzystało 2.822,2 tys. zł, w tym środki budżetu państwa – 2.417,6 tys. zł (85% wartości zadań) na sfinansowanie m.in. adaptacji pomieszczeń niezbędnej do instalacji zakupionej aparatury: akceleratorów i tomografu komputerowego. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach w ramach przekazanych środków finansowych z NPZChN w 2009 r. w wysokości 10.445,6 tys. zł na zakup sprzętu do radioterapii sfinansowało dodatkowo usługi takie jak: wykonanie prac związanych z adaptacją pomieszczeń pod zakupiony sprzęt, demontaż i utylizację starego sprzętu podlegającego wymianie i szkolenia zagraniczne, mimo że zakres przedmiotowy umowy zobowiązywał jedynie do zakupu akceleratora. W przypadku Świętokrzyskiego Centrum Onkologii NIK nie była w stanie ustalić wysokości kwoty wydatkowanej niezgodnie z zawartą umową, gdyż nie zawierała ona wyodrębnionej wartości wspomnianych usług.

³³ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

W Polsce następuje stały wzrost zachorowań na choroby nowotworowe. Zmiany w strukturze ludności, polegające na zwiększeniu liczby osób w wieku podeszłym, będą sprzyjać temu zjawisku. Stanowi to istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia i polityki państwa w tym zakresie.

„Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” ma charakter interwencyjny, wspierający działania w zakresie onkologii. Jednak zarówno sam Program, jak i rozwiązania organizacyjne przyjęte w leczeniu onkologicznym, powinny tworzyć spójny system, zapewniający pacjentowi odpowiednią informację, szybkie podjęcie leczenia i sprawne skoordynowanie poszczególnych jego etapów.

Zagwarantowanie badań diagnostycznych nie zapewnia jeszcze szybkiego dostępu do terapii, co jest kluczowe dla skuteczności leczenia. Ponadto należy podkreślić, iż poziom zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne nie uległ istotnej poprawie, mimo wydatkowania 83.370,1 tys. zł na funkcjonowanie Centralnych i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.

W związku z powyższym, Najwyższa Izba Kontroli ponawia wnioski o zweryfikowanie przez Ministra Zdrowia działań administracyjno-logistycznych podejmowanych w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, co NIK postulowała już w 2009 r. oraz rozważenie wprowadzenia nowych metod i form organizacyjnych, które pozwoliłyby zwiększyć liczbę kobiet uczestniczących w badaniach przesiewowych oraz umożliwić szybki dostęp do leczenia. Podjęcie działań w tym zakresie jest szczególnie istotne, w związku ze zbliżającym się terminem zakończenia realizacji Programu i ewentualną jego kontynuacją w przyszłości w nowej formule organizacyjnej.

Ustalenia kontroli upoważniają ponadto do przedstawienia Ministrowi Zdrowia wniosków o:

- ponowne rozważenie koncepcji organizacji wspólnych zakupów sprzętu i aparatury medycznej do radioterapii za pośrednictwem Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia. Włączenie w system wspólnych zakupów większej liczby podmiotów leczniczych mogłoby pozwolić na uzyskanie oszczędności. Do osiągnięcia tego celu niezbędne jest m.in. rozeznanie rynku dostawców aparatury do radioterapii i oferowanych cen tych urządzeń oraz dysponowanie opinią niezależnych specjalistów o możliwości stosowania urządzeń różnych producentów w tworzeniu zintegrowanych linii radioterapeutycznych;
- dokonanie analizy wykorzystania linii technologicznych do wytwarzania radiofarmaceutyku FDG na potrzeby krajowe w podmiotach, które otrzymały dofinansowanie w ramach NPZChN i efektywności jego wytwarzania;
- podjęcie działań w celu poprawy jakości danych:
 - statystycznych o aparaturze medycznej, gromadzonych przez Głównego Inspektora Sanitarnego i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia;
 - epidemiologicznych w KRN i w wojewódzkich biurach rejestrów nowotworów, które stanowią podstawowe źródło informacji o zachorowaniach, umieralności i wskaźnikach 5-letnich przeżyć w Polsce i powinny być wykorzystane do oceny efektów zdrowotnych NPZChN.

Ustalenia kontroli upoważniają NIK do przedstawienia Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia wniosków o:

- wprowadzenie w systemach informatycznych zmian umożliwiających gromadzenie i sprawną analizę informacji o wszystkich wykonanych badaniach cytologicznych i mammograficznych w ramach POZ, AOS, leczenia szpitalnego i w ramach NPZChN. Zdaniem NIK, dane epidemiologiczne gromadzone i przetwarzane przez Fundusz, z powodu ich rozproszenia, nie są wykorzystywane w stopniu pozwalającym na rzetelną ocenę efektywności NPZChN;
- nawiązanie współpracy przez OW NFZ z JST w celu koordynacji działań w zakresie programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, a także monitorowania potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych i dostępu do tych świadczeń w ramach POZ i AOS, stosownie do art. 107 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej;
- uwzględnianie w planowanych kontrolach świadczeniodawców POZ problematyki dotyczącej wykonywania badań profilaktycznych;
- zintensyfikowanie współpracy OW NFZ z właściwymi konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w celu zapewnienia prawidłowej realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi oraz monitorowania jakości tych badań przesiewowych.

3.1 Skuteczność działań Ministra Zdrowia w zakresie przygotowania i realizacji Programu

3.1.1. Na podstawie art. 7 ust. 1–2 ustawy o ustanowieniu NPZChN, Program jest finansowany z budżetu państwa i środków pozabudżetowych, a łączne nakłady na jego realizację w latach 2006–2015 wyniosły 3.000.000 tys. zł, z tym, że planowane nakłady z budżetu państwa nie mogą być niższe w poszczególnych latach niż 250.000 tys. zł.

Na realizację Programu w latach 2009–2013 (do 30 czerwca) Ministerstwo Zdrowia wydatkowało 1.031.790,3 tys. zł, tj. 79,3% planu po zmianach (1.300.877,0 tys. zł). W okresie od 1 stycznia 2006 r. do 30 czerwca 2013 r. wydatki na NPZChN wyniosły łącznie 1.784.927,6 tys. zł, w tym 753.137,3 tys. zł w latach 2006–2008.

Tabela nr 1

Plan i wykonanie wydatków budżetowych na realizację NPZChN w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Wyszczególnienie			2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.*	Razem lata 2009–2013
Plan w tys. zł	wydatki ogółem:		250.000,0	250.000,0	250.000,0	250.000,0	250.000,0	1.250.000,0
	w tym wydatki:	Bieżące	60.000,0	70.000,0	60.000,0	60.000,0	60.000,0	310.000,0
		Majątkowe	190.000,0	180.000,0	190.000,0	190.000,0	190.000,0	940.000,0
Plan po zmianach w tys. zł	wydatki ogółem:		250.000,0	286.000,0	263.877,0	251.000,0	250.000,0	1.300.877,0
	w tym wydatki:	Bieżące	66.554,0	60.302,0	60.203,0	61.000,0	60.000,0	308.059,0
		Majątkowe	183.446,0	225.698,0	203.674,0	190.000,0	190.000,0	992.818,0
Wykonanie w tys. zł	wydatki ogółem:		244.620,2	275.261,2	259.232,7	245.411,3	7.264,9	1.031.790,3
	w tym wydatki:	Bieżące	62.709,9	54.053,4	58.014,6	57.047,7	7.264,9	239.090,5
		Majątkowe	181.910,3	221.207,8	201.218,1	188.363,6	0,00	792.699,8
Wykonanie/plan po zmianach w %	wydatki ogółem:		97,8	96,2	98,2	97,8	2,9	79,3
	w tym wydatki:	Bieżące	94,2	89,6	96,4	93,5	12,1	77,6
		Majątkowe	99,2	98,0	98,8	99,1	0,0	79,8

* na dzień 30 czerwca 2013 r.

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia

Do zadań wczesnego wykrywania chorób nowotworowych należały: prewencja pierwotna nowotworów, program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka piersi, program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe oraz zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów.

Zgodnie z art. 7 ust. 3 ww. ustawy o ustanowieniu NPZChN planowane nakłady na realizację zadań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych miały stanowić rocznie nie mniej niż 10% wydatków na program. Na działania te, w poszczególnych latach z okresu 2009–2013, zaplanowano odpowiednio: 20,7%, 26,6%, 28,6%, 35,8%, 38,1% wydatków planowanych na realizację NPZChN, tj. powyżej wymaganych 10%.

Tabela nr 2

Plan i wykonanie wydatków na zadania z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych w latach 2009–2013 (do 30 czerwca).

Wyszczególnienie		2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.*	Razem lata 2009–2013
Plan po zmianach w mln zł	wydatki na NPZChN ogółem:	250,0	286,0	263,9	251,0	250,0	1.300,9
	wydatki na zadania wczesnego wykrywania nowotworów:	51,7	76,1	75,4	89,8	95,2	388,2
	% wydatków na wczesne wykrywanie nowotworów w wydatkach ogółem:	20,7	26,6	28,6	35,8	38,1	29,8
Wykonanie w mln zł	wydatki na NPZChN ogółem:	244,6	275,3	259,2	245,4	7,3	1.031,8
	wydatki na zadania wczesnego wykrywania nowotworów	48,6	72,6	73,5	86,8	-	281,5
	% wydatków na wczesne wykrywanie nowotworów w wydatkach ogółem:	19,9	26,4	28,4	35,4	-	27,3

* na dzień 30 czerwca 2013 r.

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia

NIK oceniła realizację, w każdym roku, sześciu zadań NPZChN spośród 17 w 2009 r., 14 w 2010 r. i 12 zadań w latach 2011–2013. Na zadania objęte kontrolą wydatkowano 671.905,7 tys. zł, co stanowiło 96,2% wartości zawartych umów (698.867,6 tys. zł), w tym:

- program profilaktyki raka szyjki macicy i program profilaktyki raka piersi – 83.370,1 tys. zł, co stanowiło 77,4% wartości zawartych umów,
- program radioterapii – 562.926,7 tys. zł, tj. 99,7% wartości zawartych umów,
- programy: budowy sieci ośrodków PET i uruchomienia produkcji FDG – 18.690,4 tys. zł, tj. 97,5% wartości zawartych umów,
- program „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” – 6.918,5 tys. zł, tj. 93,9% wartości zawartych umów.

3.1.2. Szczegółowe zasady realizacji zadań Programu Minister Zdrowia określił w zarządzeniach z dnia 9 marca 2009 r. oraz 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy NPZChN³⁴.

Minister Zdrowia nie określił mierników dla badanych zadań, a także wskaźników docelowych, istotnych dla oceny stopnia realizacji ustawowych celów Programu. Każde zadanie, w celu przyjęcia do realizacji, było przedkładane Ministrowi Zdrowia za pośrednictwem właściwej komórki Ministerstwa Zdrowia. Było ono opracowywane według schematu zadania NPZChN, stanowiącego załącznik nr 1 do ww. zarządzeń Ministra Zdrowia, a zgodę na jego przyjęcie do realizacji, ze środków ujętych w części 46 – Zdrowie, wyrażał Minister Zdrowia po zapoznaniu się z wnioskiem i opinią Kolegium Ministra Zdrowia lub Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

³⁴ Dz. Urz. MZ z 2009 r. Nr 2, poz. 10 – obowiązywało w okresie od 10 marca 2009 r. do 12 marca 2010 r. i Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 4, poz. 33 – obowiązuje od 12 marca 2010 r.

Projekty „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” na rok 2009, 2010 i 2011 były opiniowane przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia natomiast projekty Programu na rok 2012 i 2013 przez Kolegium Ministra Zdrowia.

Dokumenty opisujące badane zadania NPZChN nie zawierały analizy efektywności ekonomicznej i szczegółowego harmonogramu działań, mimo że obowiązek ich opracowania wynikał z ww. zarządzeń Ministra Zdrowia³⁵.

3.1.3. Zgodnie z art. 4 pkt 4 i art. 8 ust. 2 ustawy o ustanowieniu NPZChN, wyboru realizatorów działań, wynikających z Programu, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia w trybie konkursu ofert.

Postępowania konkursowe na realizację poszczególnych zadań ogłaszane były w terminach określonych w „Harmonogramie realizacji zadań wykonywanych w ramach NPZChN” (dalej zwany „Harmonogramem”) na poszczególne lata 2009–2013³⁶.

Minister Zdrowia przedstawiał Komitetowi Rady Ministrów projekty uchwał dotyczące harmonogramu zadań na dany rok, dopiero w trakcie realizacji budżetu. Wspomniane uchwały były przyjmowane przez Radę Ministrów dopiero w pierwszym kwartale roku budżetowego, co było niezgodne z art. 5 ust. 1 i 2 ustawy o ustanowieniu NPZChN. Stosownie do postanowień art. 9 ustawy o ustanowieniu NPZChN, harmonogram przyjęty przez Radę Ministrów na dany rok, powinien być przedstawiony Sejmowi przez Ministra Zdrowia najpóźniej do 31 maja roku poprzedzającego. Z uzasadnienia do projektu wspomnianej ustawy wynika, że takie rozwiązanie miało pozwolić na przeprowadzenie dodatkowej debaty w tym zakresie.

W harmonogramach realizacji badanych zadań w ramach NPZChN, w latach 2009–2013, określano późne terminy ogłoszenia postępowań konkursowych na wybór realizatorów zadań NPZChN (od I do II kwartału roku)³⁷ i późne terminy podpisania umów na ich realizację (od I do III kwartału tj. w okresie do dziewięciu miesięcy danego roku)³⁸. Umowy na realizację programu radioterapii były podpisywane: w 2009 r. – od 31 lipca do 23 września, w 2010 r. – od 23 lipca do 2 sierpnia, w 2011 r. – od 13 stycznia do 18 kwietnia, w 2012 r. – w dniu 29 czerwca, w 2013 r. – od 20 maja do 29 lipca. Zdaniem NIK, przyjęcie w harmonogramach takich terminów skróciło okres realizacji badanych zadań praktycznie do kilku miesięcy danego roku i utrudniało zleceniobiorcom pełną i efektywną ich realizację.

3.1.4. Na realizację zadań Programu w latach 2009–2013 (do 30 czerwca) Minister Zdrowia zawarł umowy na łączną kwotę 1.155.859,8 tys. zł. Wydatki z tego tytułu wyniosły 1.031.790,3 tys. zł, tj. 89,3% wartości umów.

³⁵ W załącznikach Nr 1 do zarządzeń Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2009 r. i z dnia 11 marca 2010 r. określono schemat dokumentów zadań NPZChN.

³⁶ Realizatorzy programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi na lata 2005–2010 zostali wybrani w ramach przeprowadzonej procedury konkursowej w 2005 r., a na lata 2011–2015 – w 2011 r. Realizatorzy programu radioterapii – byli wybierani na okres dwóch lat realizacji zadania tj. w 2010 r. na lata 2010–2011 i w 2012 r. na lata 2012–2013.

³⁷ Np. programy: budowa sieci ośrodków PET i uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków FDG w Polsce na lata 2009–2010 w okresie od I do II kwartału danego roku, tj. do sześciu miesięcy, program radioterapii na lata 2009–2010 w okresie od I do II kwartału tj. do sześciu miesięcy.

³⁸ Programy: budowa sieci ośrodków PET” i uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków FDG w Polsce” na lata 2009–2010 w okresie od I do III kwartału, tj. do dziewięciu miesięcy, program radioterapii na lata 2009–2011, w okresie od I do III kwartału danego roku, tj. do dziewięciu miesięcy, na lata 2012–2013 w okresie od I do II kwartału danego roku, tj. do sześciu miesięcy.

Spośród 45 zbadanych umów na realizację programu „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” oraz programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w latach 2009–2012, dwie umowy Minister Zdrowia podpisał z opóźnieniem w stosunku do harmonogramu przyjętego uchwałą Rady Ministrów.

- Umowa z **Centrum Onkologii Instytutem im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach**³⁹ na realizację programu „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” została podpisana 9 października 2009 r., tj. z 9-dniowym opóźnieniem w stosunku do harmonogramu określonego uchwałą Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2009 r.⁴⁰, w którym termin podpisywania umów ustalono do końca III kwartału 2009 r.

Umowy na realizację zadań programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, zawierane były w II półroczu, co powodowało, że COK i WOK nie realizowały swoich zadań w sposób ciągły. Brak informacji na temat wysokości środków przeznaczonych na działania edukacyjne i promocyjne, uniemożliwiał rzetelne ich planowanie w ciągu roku. Rzeczywista realizacja zadań przez COK i WOK, w zbadanym zakresie, miała miejsce głównie w drugiej połowie roku.

3.1.5. Sposób i terminy przekazywania przez Ministra Zdrowia środków na realizację zadań, w ramach NPZChN, zostały określone w umowach zawartych z realizatorami Programu. Środki finansowe miały być przekazywane kwartalnie, w terminie 14 dni od daty zatwierdzenia przez Zleceniodawcę pod względem merytorycznym i finansowym faktur, za każdy kolejny kwartał.

Ministerstwo Zdrowia nie egzekwowało terminowego przekazywania rozliczeń i sprawozdań przez realizatorów zadań. NIK stwierdziła 45 przypadków przesłania sprawozdań kwartalnych, stanowiących podstawę przekazania środków, z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 52 dni⁴¹ oraz sześć przypadków opóźnień w przekazywaniu końcowych rozliczeń merytoryczno-finansowych z realizacji umowy, które wynosiły od jednego do siedmiu dni⁴². Ponadto, sprawozdania merytoryczne z realizacji umów nie zawierały wszystkich wymaganych informacji⁴³.

W sprawozdaniach z realizacji NPZChN, w latach 2009–2012, w przypadku zadań objętych kontrolą NIK, nie dokonywano oceny stopnia realizacji ustawowych celów.

Ocena efektywności realizacji badanych zadań była dokonywana przez Departament Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia, na podstawie opinii przedstawianych przez koordynatorów tych zadań oraz Konsultantów Krajowych. Departament występował także do ośrodków onkologicznych w Polsce o ocenę efektywności i zasadności kontynuacji zadań NPZChN oraz o propozycje ewentualnych zmian Programu, które mogłyby przyczynić się do poprawy jego funkcjonowania.

3.1.6. Ministerstwo Zdrowia nie wykorzystywało wiedzy o realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) programach profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Nie prowadzono bieżących analiz w tym zakresie, mimo że do zadań Departamentu Polityki Zdrowotnej

³⁹ Umowa Nr 1/17/10/2009/27/950.

⁴⁰ Uchwała Nr 197/2009. Zmieniła ona uchwałę Nr 19/2009 z 10.02.2009, m.in. z powodu braku możliwości dotrzymania terminu zawierania umów określonego pierwotnie na I–II kw. 2009 r.

⁴¹ Opóźnienia od 1 do 46 dni dotyczyły programów profilaktyki raka piersi i raka macicy, a opóźnienia od 1 do 52 dni – programu „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach”.

⁴² Tj. 10% z 60 objętych kontrolą sprawozdań realizatorów programu radioterapii w latach 2009–2012.

⁴³ Tj. w 20 sprawozdaniach z 60 skontrolowanych (tj. 33,3%) w zakresie programu radioterapii Informacji o miejscu lub dacie zainstalowania zakupionego sprzętu brakowało w 18 sprawozdaniach (w nielicznych przypadkach podawano jedynie przewidywany termin instalacji zakupionego sprzętu), natomiast w 3 sprawozdaniach (Białostockie Centrum Onkologii w 2009 r., 2010 r. i 2011 r.) nie podano zastosowanego trybu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

należało m.in. prowadzenie spraw związanych z gromadzeniem informacji o programach zdrowotnych, przekazywanych przez wojewodów. Wspomniane informacje były przekazywane przez wojewodów z opóźnieniem wynoszącym 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.

W latach 2009–2012 JST dofinansowały świadczenia programów zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka szyjki i raka piersi na łączną kwotę 9.982,6 tys. zł⁴⁴, obejmując badaniami 4.240.384 kobiet.

3.1.7. Z ponad 16 miesięcznym opóźnieniem Minister Zdrowia wykonał dyspozycję zawartą w art. 23a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego zostało wydane w kwietniu 2013 r.⁴⁵, pomimo że przywołany przepis wszedł w życie 1 stycznia 2012 r. Utrudniało to świadczeniodawcom realizację usług, o których mowa w art. 23a ust. 1 i 2 tej ustawy, od 1 stycznia 2013 r. Opóźnienie było spowodowane m.in. wydłużającym się procesem legislacyjnym związanym z uzupełnianiem projektu o postanowienia zapewniające systemom odpowiedni poziom bezpieczeństwa.

3.1.8. W latach 2009–2012 Departament Nadzoru Kontroli i Skarg, właściwy merytorycznie do przeprowadzania kontroli u realizatorów NPZChN, przeprowadził tylko 14 kontroli w zakresie zakupu sprzętu i aparatury medycznej w ramach Programu (w tym trzy dotyczące programu radioterapii, pomimo podpisania na jego realizację 110 umów o łącznej wartości 689.786,2 tys. zł). Przyczyną przeprowadzenia tak małej liczby kontroli były liczne kontrole doraźne, zlecane przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia oraz ograniczone zasoby kadrowe.

3.1.9. Zgodnie z art. 33g ust. 14 ustawy Prawo atomowe komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych zobowiązane były do przeprowadzania nie rzadziej, niż co 4 lata audytu klinicznego zewnętrznego obejmującego przegląd poprawności stosowanych procedur w zakresie udzielanych świadczeń oraz kwalifikacji personelu, szkoleń z ochrony radiologicznej pacjenta, wyposażenia w aparaturę, warunków lokalowych i system zarządzania jakością. Powołane przez Ministra Zdrowia ww. komisje w zakresie radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej oraz radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej, nie realizowały tego obowiązku od 1 maja 2004 r.

Minister Zdrowia nie opublikował również wykazu wzorcowych procedur radiologicznych dla uzasadnionych ekspozycji medycznych uznanych za standardowe, do czego obligowały go od 1 maja 2004 r. przepisy art. 33g ust. 7 ustawy Prawo atomowe. Skutkiem tego jednostki ochrony zdrowia nie miały podstaw do stworzenia roboczych procedur postępowania, wymaganych przez system zarządzania jakością mimo, że obowiązek ich tworzenia wynika z art. 33g ust. 6

⁴⁴ Całkowity koszt realizacji świadczeń wyniósł 23.788,2 tys. zł, w tym udział środków finansowych JST – 9.982,6 tys. zł.

⁴⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 516.

ww. ustawy. Przedmiotowy wykaz przygotować miały powołane przez Ministra ww. komisje. Do czasu opublikowania wzorcowych procedur radiologicznych, ale nie później niż do 31 grudnia 2014 r., podmioty lecznicze przeprowadzają badania, zabiegi i procedury na podstawie § 58 ust. 2–9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁴⁶.

3.1.10. Minister Zdrowia nie zrealizował w pełni czterech z sześciu wniosków pokontrolnych, sformułowanych po kontroli realizacji wybranych zadań NPZChN w latach 2006–2008 i dotyczących:

- wydania rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej, w odniesieniu do lekarzy, stosownie do art. 10 ust. 4 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- wyegzekwowania od konsultantów krajowych, w dziedzinach związanych z diagnostyką i lecnictwem onkologicznym, realizacji zadań wynikających z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich, w tym m.in. sporządzania opinii o potrzebach kadrowych;
- przeprowadzania kontroli prawidłowości wykorzystania środków finansowych na realizację NPZChN, odpowiednio do wymagań ustawy o finansach publicznych;
- przeszkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach programów: „Szkolenie lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne” oraz „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” we wszystkich województwach.

Minister Zdrowia nie wyegzekwował od konsultantów krajowych w dziedzinach: radiologii i diagnostyki obrazowej, medycyny nuklearnej, ginekologii onkologicznej, położnictwa i ginekologii, medycyny rodzinnej, chirurgii onkologicznej, sporządzania opinii o zasobach i potrzebach kadrowych, mimo że obowiązek ich sporządzenia wynikał również z art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia⁴⁷. Zdaniem NIK sprawozdania z działalności konsultantów nie stanowiły wiarygodnej podstawy do planowania liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach związanych z diagnostyką i lecnictwem onkologicznym, gdyż nie zawierały kompletnych danych o potrzebach kadrowych, zarówno w skali kraju, jak i w poszczególnych województwach. Konsultanci sporządzali roczne raporty dokumentując realizację zadań w latach 2009–2012, niezgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 7 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, ponieważ sporządzone były do 21 listopada i nie obejmowały całego roku kalendarzowego. Nie zawierały one również informacji o kontrolach przeprowadzonych w podmiotach leczniczych w zakresie realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, dostępności świadczeń zdrowotnych i wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej w aparaturę i sprzęt medyczny. Obowiązek przeprowadzania takich kontroli wynikał z art. 10 ust. 1 pkt 1–3 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia. Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że nie są znane przesłanki podjętych decyzji w tym zakresie. Ustalenia te zostały podjęte ustnie w wyniku licznych interwencji i wniosków zgłaszanych przez konsultantów podczas roboczych spotkań w Ministerstwie.

Nie w pełni został zrealizowany wniosek pokontrolny NIK dotyczący przeszkolenia lekarzy POZ w ramach programów: „Szkolenie lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne” i „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” we wszystkich województwach.

⁴⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 1015 ze zm.

⁴⁷ Por. przypis 23.

W celu zapewnienia przeszkolenia lekarzy POZ i lekarzy rodzinnych w zakresie minimum onkologicznego oraz wczesnej diagnostyki nowotworów, Ministerstwo Zdrowia ustaliło jednolite kryteria i wymagania dla potencjalnych realizatorów szkoleń, które zostały opracowane wspólnie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Podmioty uprawnione do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy określono zgodnie z art. 19 ust. 1, 2, 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁴⁸. Natomiast w celu zagwarantowania profesjonalnej oceny merytorycznej podmiotów szkoleniowych zgłaszających się do konkursu, przy wyborze realizatorów zadania w komisjach konkursowych ekspertami byli przedstawiciele m.in. Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W celu optymalizacji kosztów realizacji zadań doprecyzowano również w 2009 r. koszty wynagrodzeń dla wykładowców w kwocie nie wyższej, niż 300 zł za godzinę wykładu.

W ramach pierwszego programu szkoleń, w 2009 r. przeszkolono tylko 83 lekarzy na 300 planowanych, (tj. 27,7%) z powodu niskiej zgłaszalności. Wydatki na realizację programu wyniosły 30,9 tys. zł, co stanowiło 49% zaplanowanej kwoty (62,9 tys. zł). W 2010 r. zadanie to nie zostało realizowane w związku z brakiem zainteresowania oferentów prowadzeniem szkoleń. Program „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” również nie było zrealizowane z powodu braku zgłoszeń ofertowych na rozpisany konkurs ofert. Uchwałą nr 197 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2009 r. zmieniającą uchwałę w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego NPZChN w 2009 r. zrezygnowano z realizacji tych szkoleń, a środki finansowe zostały przesunięte na realizację innych zadań NPZChN⁴⁹. Od 2010 r. zrezygnowano z realizacji tego programu z uwagi na brak zainteresowania oferentów prowadzeniem szkoleń.

W zestawieniu zadań zaplanowanych do realizacji w 2010 r. ujęte zostało „Szkolenie lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej z zakresu diagnostyki nowotworów, postępowania terapeutycznego oraz opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym”. Jednak w 2010 r. zrezygnowano z realizacji tego zadania⁵⁰ z powodu unieważnienia postępowań konkursowych przeznaczając kwotę zaplanowaną w budżecie (1.347,0 tys. zł) na realizację innych zadań NPZChN. Pomimo dwukrotnie powtórzonej procedury konkursowej na wybór realizatora przedmiotowego zadania nie udało się wybrać najkorzystniejszej oferty, spełniającej wymagania finansowe i merytoryczne. Faktyczna realizacja zadania rozpoczęła się dopiero w 2011 r. W ramach realizacji programu w latach 2011 – 2012 przeszkolono łącznie 521 lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej z zakresu diagnostyki nowotworów⁵¹.

3.1.11. W opinii Konsultantów Krajowych w dziedzinach związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym, w Polsce brakuje 288 specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, 100 specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej oraz 46 specjalistów w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. W celu zlikwidowania niedoboru lekarzy specjalistów, Ministerstwo

⁴⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.

⁴⁹ Na realizację programu „Ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości” i wydatkowane na zakup specjalistycznych endoprotez dla dzieci dotkniętych chorobą nowotworową.

⁵⁰ Uchwałą Nr 191/2010 Rady Ministrów z dnia 23 listopada 2010 r. zmieniającą uchwałę w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2010 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2011 i 2012.

⁵¹ W tym, w 2011 r. 441 lekarzy (wydatki wyniosły 599.849,00 zł, tj. 100% planu), a w 2012 r. 80 lekarzy (wydatki wyniosły 131.324,92 zł, tj. 25,3% planu).

Zdrowia zwiększyło liczbę jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego z 86 w 2008 r. do 117 w 2013 r., a liczbę miejsc szkoleniowych z 613 w 2008 r. do 940 w 2013 r., tj. o 53,3%. Ponadto, za priorytetowe dziedziny medycyny⁵², uznano onkologię kliniczną oraz radioterapię onkologiczną, co w ocenie Ministerstwa Zdrowia, powinno przyczynić się do wzrostu zainteresowania lekarzy podejmowaniem szkolenia specjalizacyjnego w tych dziedzinach, m.in. ze względu na możliwość ustalenia wyższego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza rezydenta odbywającego szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach.

3.1.12. Realizacja programu radioterapii

3.1.12.1. W latach 2009–2013 (do 30 czerwca) na realizację programu radioterapii, w ramach NPZChN, wydatkowano z budżetu państwa – 562.926,7 tys. zł, tj. 99,7% wartości zawartych umów. Od 1 stycznia 2006 r. do 30 czerwca 2013 r. na program radioterapii wydatkowano łącznie 993.782,0 tys. zł, tj. 55,7% wydatków poniesionych na NPZChN w tym okresie (1.784.927,6 tys. zł).

Celem programu radioterapii było obniżenie poziomu umieralności z powodu schorzeń onkologicznych poprzez poprawę dostępności (skrócenie czasu oczekiwania na radioterapię) i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie nowoczesnej radioterapii oraz osiągnięcie wskaźników WHO i Unii Europejskiej w zakresie wyposażenia w aparaturę radioterapeutyczną.

W wyniku realizacji programu liczba akceleratorów wzrosła z 70 w 2005 r. do 123 w 2012 r. oraz zwiększyła się liczba chorych leczonych metodą radioterapii z ok. 40 tys. w 1999 r. do 80 tys. w 2012 r.⁵³

Najwyższa Izba Kontroli podziela opinię Krajowego Konsultanta w dziedzinie radioterapii onkologicznej, iż podstawowym problemem polskiej radioterapii jest nadal niepełna dostępność oraz zbyt długi okres oczekiwania chorych na rozpoczęcie leczenia napromieniowaniem, mimo poprawy wyposażenia ośrodków w aparaturę do radioterapii i skrócenia czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia⁵⁴.

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami WHO i Unii Europejskiej od 2012 r. przyjmuje się, że jeden aparat megawoltowy winien przypadać na 250 tys. mieszkańców (w latach 2009–2011 – na jeden aparat megawoltowy 300 tys. mieszkańców). W Polsce nie osiągnięto jednak tego wskaźnika, pomimo finansowania zakupu tych aparatów od 2006 r.

Na koniec 2012 r., jeden aparat megawoltowy przypadał średnio na 321.154 osób, a w poszczególnych województwach od 242.099 do 425.737 osób. Zgodnie z „Raportem na temat stanu radioterapii w Polsce w 2012 r.”, sporządzonym przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, najmniejszą dostępność odnotowano w województwie podkarpackim (425.737) i łódzkim (422.280). Tylko w dwóch województwach: warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim osiągnięto wskaźnik założony w Programie na poziomie odpowiednio

⁵² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. Nr 84, poz. 709) – uchylone z dniem 1 stycznia 2013 r. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz. U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7) – uchylonego z dniem 19.06.2009 r. – jedynie specjalizacja w dziedzinie onkologii klinicznej została uznana za dziedzinę priorytetową, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1489) – obowiązuje od dnia 1 stycznia 2013 r.

⁵³ Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2012.

⁵⁴ Czas oczekiwania na leczenie metodą radioterapii skrócił się z 8–10 tygodni w 1998 r. do 4–5 tygodni w 2012 r. – źródło: Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2012.

242.099 i 246.106 mieszkańców na jeden aparat megawoltowy, natomiast w województwie śląskim wskaźnik był zbliżony do normy WHO (257.020 na jeden aparat). W pozostałych 13 województwach wskaźnik ten wynosił od 299.767 do 425.737 mieszkańców na jeden aparat megawoltowy⁵⁵. Przyczyną nieosiągnięcia do chwili obecnej wskaźników europejskich i WHO w zakresie wyposażenia w aparaty megawoltowe było sukcesywne wycofywanie zużytego sprzętu w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w leczeniu radioterapeutycznym.

3.1.12.2. Minister Zdrowia podejmował decyzje o przyznaniu dofinansowania na zakup aparatury do radioterapii, nie mając rozeznania rynku dostawców aparatury i oferowanych cen tych urządzeń oraz nie dysponował kompleksową ekspertyzą wskazującą na wady i korzyści stosowania konkretnych rozwiązań przy tworzeniu otwartych bądź zintegrowanych linii radioterapeutycznych. Niepodjęcie tych działań, zdaniem NIK, nie zapewniało optymalnego wykorzystania środków publicznych na zakup aparatury do radioterapii. Rynek sprzedaży tej aparatury w Polsce jest od lat zdominowany przez trzy podmioty: Candela Sp. z o.o. – przedstawiciel firmy Varian Medical Systems, RTA Sp. z o.o. – przedstawiciel firmy Elekta Limited oraz Siemens Sp. z o.o. – przedstawiciel firmy Siemens AG. Firmy te oferowały aparaturę po cenach określonych przez świadczeniodawców we wnioskach o przyznanie dofinansowania z NPZChN.

Przy ocenie potrzeb w zakresie zakupu sprzętu do radioterapii, w poszczególnych województwach korzystano z „Raportu na temat stanu radioterapii onkologicznej w Polsce” corocznie, opracowywanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej. Raporty nie zawierały informacji o cenach zakupionego sprzętu i jego wykorzystaniu.

Przy podejmowaniu decyzji o przyznaniu środków na zakup aparatury do radioterapii (np. akceleratorów), Komisja konkursowa uwzględniała przygotowanie jednostki do zainstalowania urządzenia, tj. posiadaną kadrę specjalistów oraz infrastrukturę. Komisja decydowała o wyborze sprzętu zgłoszonego jako najpilniejszy do zakupu (pierwsze pozycje planu rzeczowo-finansowego z ofert). Priorytetem była wymiana przestarzałych akceleratorów (powyżej 10 lat) oraz zakup nowych, pod warunkiem posiadania infrastruktury do instalacji urządzeń (m.in. wolnych bunkrów). W przyznawanych kwotach uwzględniano co najmniej 15% udział własny oferenta i/lub organu założycielskiego.

W celu potwierdzenia prawidłowości postępowania w zakresie wydatkowania środków finansowych, dopiero w marcu 2013 r. Ministerstwo zleciło dokonanie wstecznej analizy i porównania cen sprzętu medycznego do radioterapii zakupionego przez jednostki w latach 2011–2012 oraz planowanego do zakupu w 2013 r. Analiza przeprowadzona została przez Dyrektora Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia, przy współpracy Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, dla czterech typów urządzeń: akceleratorów, tomografów komputerowych, symulatorów i linii terapeutycznej do brachyterapii. Z dokumentu wynika, że kwoty przeznaczone na zakupy w latach 2011–2012 były racjonalne, a wysokość planowanych środków na zakup aparatów w 2013 r. uzasadniona⁵⁶.

Zebrany w trakcie kontroli NIK materiał, nie daje jednoznacznej odpowiedzi na temat kompatybilności urządzeń pochodzących od różnych producentów w ramach funkcjonującej linii radioterapeutycznej. Zgodnie z raportem „Stan polskiej radioterapii perspektywy i program rozwoju

⁵⁵ Raport na temat radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2012 r. sporządzony przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej Prof. M. Reinfussa.

⁵⁶ Opinia z dnia 12 marca 2013 r.

w latach 2002–2010”, linia terapeutyczna składająca się z elementów pochodzących od różnych producentów jest trudna do pełnej integracji. Ponadto linia terapeutyczna jednego producenta stwarza możliwość ciągłości pracy zakładu radioterapii i minimalizowania przerw w leczeniu, które obniżają jego skuteczność.

Zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, wymienne stosowanie urządzeń tego samego typu⁵⁷ w ramach linii terapeutycznej nie jest stosowane ze względu na odmienne wymagania komunikacji z systemem planowania leczenia i chęć zapewnienia pełnego bezpieczeństwa pacjentom. Stosowanie akceleratorów różnych producentów, które służą do realizacji innego zakresu procedur (np. teleradioterapia konwencjonalna i stereotaktyczna) jest możliwa, wymaga natomiast odrębnych systemów planowania leczenia.

Odmienne stanowisko w tej sprawie, odpowiadając na pytanie Ministerstwa Zdrowia, przedstawił Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych który stwierdził m.in. cyt. „Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów leczonych onkologicznie z wykorzystaniem ww. linii radioterapeutycznej jest możliwe poprzez dobranie poszczególnych elementów linii o odpowiednich parametrach technicznych, na podstawie specyfikacji zamieszczonych w instrukcjach używania urządzeń. Co więcej, większość urządzeń składających się na linie radioterapeutyczną nie jest ze sobą fizycznie połączona. Urządzenia komunikują się ze sobą za pomocą znormalizowanych standardów teleinformatycznych przyjętych w medycynie” (...). „Ponadto, w ocenie Prezesa Urzędu nad bezpieczeństwem pacjentów czuwa wykwalifikowany personel szpitalny obsługujący poszczególne urządzenia wchodzące w skład linii radioterapeutycznej. Personel ten na bieżąco monitoruje ustawienie urządzeń, ich parametry działania oraz prawidłowy przebieg wszystkich procesów”⁵⁸.

Z analizy zakupów sprzętu do radioterapii w latach 2008–2012, sporządzonej w kwietniu 2013 r. przez Dyrektora Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia przy współpracy z Konsultantem Krajowym ds. radioterapii onkologicznej wynika, że „na podstawie porównań cen poszczególnych grup sprzętu oraz liczby zastosowania trybu zakupu z wolnej ręki można wyciągnąć wnioski o konieczności ograniczenia do minimum realizacji zakupów w tym trybie”. Aby umożliwić większą kontrolę wydawanych w ramach programu środków, autorzy analizy sformułowali m.in. zalecenie, aby zamówienia były realizowane jako przetargi nieograniczone, a odstępstwa od tej reguły wymagały zgody Ministra Zdrowia.

Dopiero w maju 2013 r., Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia zwrócił się do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych (UZP) z prośbą o zbadanie przeprowadzanych przez szpitale onkologiczne postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu do radioterapii. Minister Zdrowia nie wskazał jednak listy biegłych lub instytucji, które mogłyby sporządzać opinie w zakresie sprzętu medycznego, o które występował Prezes UZP⁵⁹. Powodem był brak

⁵⁷ Np. akceleratorów różnych producentów o podobnej technologii generowania wiązek dedykowanych do procedur z zakresu teleradioterapii.

⁵⁸ Pismo Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych znak: UR.DNB.070.0012.2014.AS.1 z dnia 3 lutego 2014 r. stanowiące załącznik do informacji Ministra Zdrowia o sposobie wykorzystania ocen, uwag i wniosków przedstawionych w wystąpieniu pokontrolnym po kontroli przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia w zakresie realizacji zadań Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych (Wystąpienie pokontrolne nr: KZD-4101-03-01/2013 P/13/130, z dnia 21 listopada 2013 r.).

⁵⁹ Prezes UZP zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia pismem z dnia 27 maja 2013 r. sygn. UZP/DKD/WKZ/422/480(2)/13/KS, o wskazanie listy biegłych lub instytucji, które mogłyby sporządzać opinie w zakresie sprzętu medycznego z powodu trudności w uzyskiwaniu specjalistycznej wiedzy.

niezależnych specjalistów (fizyków i inżynierów) niezwiązanych z realizatorami zadań oraz firmami produkującymi i sprzedającymi aparaturę medyczną. Grono ekspertów w dziedzinie aparatury do radioterapii jest znacznie zawężone. Ministerstwo Zdrowia, w sprawach merytorycznych w odniesieniu do kompatybilności sprzętu do radioterapii i określenia potrzeb zdrowotnych w Polsce w zakresie wyposażenia, korzystało jedynie z opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej oraz Dyrektora Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia.

NIK zauważa potrzebę przeprowadzenia kompleksowej ekspertyzy przez niezależnych specjalistów, wskazującej na wady i korzyści stosowania konkretnych rozwiązań przy tworzeniu otwartych bądź zintegrowanych linii radioterapeutycznych oraz przedstawienia jednoznacznej opinii w sprawie możliwości łączenia urządzeń różnych producentów w ramach jednej linii terapeutycznej. Wyniki takiej ekspertyzy pozwoliłyby również ocenić, czy stosowany przez podmioty lecznicze przy tego rodzaju zakupach tryb udzielania zamówienia publicznego z wolnej ręki jest prawidłowy.

3.1.12.3. Umowy dotyczące programu radioterapii były podpisywane z jego realizatorami nawet w trzecim kwartale danego roku⁶⁰. W konsekwencji zawierano aneksy do umów zmieniające terminy rozliczenia i złożenia sprawozdań merytorycznych.

Na podstawie badania 60 umów o wartości 463.640,2 tys. zł (tj. 82,1% wartości umów zawartych w latach 2009–2012) stwierdzono, że zakupiono 192 urządzenia do radioterapii, w tym 20 akceleratorów⁶¹ (62,5%) w trybie z wolnej ręki o całkowitej wartości 192.561,5 tys. zł i dofinansowaniu ze środków NPZChN – 161.347,7 tys. zł. Najwięcej akceleratorów – 13 zakupiono w trybie z wolnej ręki od firmy Candela Sp. z o.o., a jednostkowe ceny brutto kształtowały się od 8.300,0 tys. zł do 18.500,0 tys. zł, natomiast dofinansowanie z NPZChN wynosiło od 6.662,0 zł do 14.526,5 tys. zł. Różnice w wartości urządzeń wynikały z zastosowanych opcji technicznych, funkcjonalności i wyposażenia.

Od początku realizacji NPZChN, tj. od 2006 r., sprzęt w ramach zadań inwestycyjnych nabywany był bezpośrednio przez realizatorów zadania, w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych⁶².

W 2011 r. do dokumentu pn. „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych – Zestawienie zadań na 2012 r.” Ministerstwo Zdrowia dodało postanowienie zobowiązujące realizatorów zadań inwestycyjnych do dokonywania zakupów sprzętu za pośrednictwem Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia. Zaproponowana nowa forma realizacji zakupów sprzętu została uzasadniona możliwością uzyskania niższych cen przy zakupie większej liczby urządzeń od tego samego producenta. Jednakże, w wyniku narad z udziałem Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, Dyrektora Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia i przedstawicieli Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia oraz wewnętrznych konsultacji w Ministerstwie Zdrowia uznano, że nie jest wskazane organizowanie jednego przetargu centralnego na zakup sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby

⁶⁰ Tj.: na 2009 r. w okresie od 31 lipca do 23 września 2009 r., na 2010 r. od 23 lipca do 2 sierpnia 2010 r., na 2013 r. w okresie od 20 maja do 29 lipca 2013 r. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. do 30 września 2013 r. nie została podpisana umowa na realizację zadania pn. „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” w ramach NPZChN w 2013 r. z Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, który został wybrany w przeprowadzonym w 2012 r. konkursie ofert (trwały uzgodnienia).

⁶¹ W latach 2009 – 2012 zakupiono łącznie 34 akceleratory (przyspieszacze liniowe). Sprawozdania merytoryczne Białostockiego Centrum Onkologii w 2009 r. i 2011 r. nie zawierały informacji o trybie udzielenia zamówienia.

⁶² Por. przypis 33.

realizacji NPZChN, z uwagi na różne parametry sprzętu wykorzystywanego przez szpitale i brak niezależnych (niezwiązanych z firmami produkującymi aparaturę medyczną) specjalistów w zakresie fizyki nuklearnej. Oceniono, iż niemożliwe było opracowanie jednej, wspólnej specyfikacji istotnych warunków zamówienia publicznego i dokonanie zakupu kilku urządzeń w jednym postępowaniu przetargowym za pośrednictwem Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia. Organizowanie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego pozostawiono w kompetencji kierowników podmiotów leczniczych.

Minister Zdrowia, wiedząc o potrzebach sprzętowych nowo powstającego Zakładu Radioterapii w Szpitalu Specjalistycznym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu i wymaganiach wynikających z obowiązujących przepisów prawa, nieefektywnie wydatkował środki na zakup sprzętu o wartości 10.709,1 tys. zł, który nie był wykorzystywany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na wybór realizatorów programu radioterapii na lata 2012–2013 Minister Zdrowia przyznał temu Szpitalowi środki finansowe na zakup aparatury do radioterapii w łącznej kwocie 16.823 tys. zł⁶³, w tym na zakup jednego akceleratora. Zdaniem NIK decyzja ta była niecelowa i niegospodarna, gdyż zakupiony w grudniu 2012 r.⁶⁴ sprzęt do radioterapii, o wartości 10.709,1 tys. zł, nie był wykorzystywany do czasu zakończenia kontroli (tj. 30 września 2013 r.).

Szpital, będący nowym ośrodkiem radioterapii onkologicznej, wnioskował o zakup dwóch akceleratorów, koniecznych do rozpoczęcia działalności przez Zakład Radioterapii (jednego w 2012 r. i drugiego w 2013 r.)⁶⁵. Na zakup drugiego przyspieszacza (akceleratora) wieloenergetycznego Szpital nie otrzymał środków, mimo że Komisja konkursowa zdecydowała o ich przyznaniu, co zostało potwierdzone w protokole końcowym Komisji. Odwołanie złożone przez Szpital w tej sprawie nie zostało uwzględnione przez Ministra Zdrowia z powodu ograniczonych możliwości finansowych.

Wskutek tego, z powodu niespełnienia przez Szpital warunków § 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej, Małopolski OW NFZ nie zawarł umowy o udzielenie świadczeń, a Szpital nie rozpoczął działalności leczniczej w zakresie radioterapii onkologicznej⁶⁶. Zgodnie z ww. rozporządzeniem, minimalne wyposażenie podmiotu leczniczego, który prowadzi radykalne i paliatywne leczenie onkologiczne, obejmuje dwa megawoltowe aparaty terapeutyczne, w tym jeden akcelerator liniowy generujący, co najmniej jedną wiązkę fotonową o energii 6 megaelektronowoltów (MeV) i wiązkę elektronową o energii minimalnej 12 MeV.

⁶³ W 2012 r. komisja konkursowa przyznała kwotę 14.323,0 tys. zł (z czego wydatkowano 10.709,1 tys. zł, na 2013 r. przyznano kwotę 2.500 tys. zł).

⁶⁴ Dostawa sprzętu nastąpiła w listopadzie 2012 r. (protokoły zdawczo odbiorcze).

⁶⁵ W dniu 10 grudnia 2009 r. Decyzją Zarządu Województwa Małopolskiego Szpital otrzymał dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej w ramach Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego – Działanie 6.3. Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców, w tym socjalnego i zdrowotnego Schemat A: „Ochrona zdrowia” na realizację projektu pn. „Ośrodek Onkologiczny Szpitala Specjalistycznego w Nowym Sączu wraz z przebudową pomieszczeń oraz zakupem wyposażenia dla potrzeb bloku operacyjnego”.

⁶⁶ Dz. U. z 2013 r. poz. 874.

3.1.12.4. Ministerstwo Zdrowia nie miało wiedzy, czy zakupiony w 2009 r. sprzęt do radioterapii⁶⁷ został uruchomiony, oddany do użytku i wpisany do ewidencji środków trwałych. W Ministerstwie nie przeprowadzano analiz dotyczących stopnia wykorzystania aparatury do radioterapii (np. akceleratorów, których wymiana była priorytetem programu). Raporty Konsultanta Krajowego na temat stanu radioterapii w Polsce, które były wykorzystywane w pracach Departamentu Polityki Zdrowotnej, nie określały również stopnia wykorzystania nowo zakupionej aparatury. Zawierały wyłącznie dane dotyczące dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i ogólnej liczby pacjentów leczonych w danym ośrodku (w poszczególnych rodzajach i zakresach) oraz roku produkcji i rozpoczęcia eksploatacji posiadanego sprzętu.

W latach 2010–2013 wprowadzono do umów zawartych z realizatorami programu radioterapii, postanowienia zobowiązujące ich do uruchomienia aparatury w ciągu sześciu miesięcy od daty zakupu i złożenia stosownego oświadczenia. Natomiast obowiązek poinformowania Ministerstwa Zdrowia o stopniu wykorzystania zakupionego sprzętu wprowadzono dopiero w 2012 r.

W 18 sprawozdaniach merytorycznych z realizacji umów (na 60 zbadanych) nie zawarto informacji m.in. o miejscu, dacie zainstalowania zakupionego sprzętu (w nielicznych przypadkach podawano jedynie przewidywany termin instalacji zakupionego sprzętu).

3.1.12.5. Stwierdzono jeden przypadek wykorzystania dofinansowania na zakup aparatury do radioterapii na inne zadania, których umowa zawarta z Ministrem Zdrowia nie przewidywała.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii, które otrzymało dofinansowanie w 2009 r. w wysokości 10.445,6 tys. zł na zakup sprzętu do radioterapii⁶⁸, sfinansowało dodatkowo inne usługi, których nie przewidywała umowa zawarta z Ministrem Zdrowia. Środki wydatkowano na prace związane z adaptacją pomieszczeń pod zakupiony sprzęt, demontaż i utylizację starego sprzętu podlegającego wymianie oraz szkolenia zagraniczne, mimo że zakres przedmiotowy umowy zobowiązywał Centrum wyłącznie do zakupu specjalistycznej aparatury (tj. akceleratora). Departament Polityki Zdrowotnej w MZ, jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora, nie miał podstaw do kwestionowania prawidłowości przeznaczenia środków finansowych na zakup sprzętu, ponieważ podmiot leczniczy przeprowadzając postępowanie przetargowe mógł wynegocjować dodatkowe korzystne warunki zakupu sprzętu do radioterapii, m.in. szkolenie pracowników jednostki w miejscu instalacji aparatury, dostawę i instalację sprzętu.

Zdaniem NIK, ze względu na ograniczone środki finansowe przewidziane na program radioterapii i potrzeby wielu ośrodków onkologicznych w kraju, istotne jest ścisłe przestrzeganie postanowień umów na podstawie, których przekazywane są środki z budżetu państwa. Zdaniem NIK, Ministerstwo Zdrowia powinno egzekwować warunki tych umów.

3.1.13. Program Tomografii Pozytonowej (PET-CT) – budowa sieci ośrodków PET-CT

„Program Tomografii Pozytonowej (PET-CT) – budowa sieci ośrodków PET-CT” na lata 2006–2008, przyjęty 18 września 2006 r. przez Ministra Zdrowia zakładał, że jeden ośrodek PET powinien przypadać na 10 mln mieszkańców, tj. istnieje potrzeba utworzenia w Polsce 4–5 ośrodków. Zgodnie

⁶⁷ W 2009 r. roku wydatki z tytułu realizacji umów wyniosły 118.758.847,97 zł.

⁶⁸ W ramach umowy na realizację zadania pn. „Utworzenie systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” przewidziany był zakup akceleratora z kolimatorem 160 listkowym, opcją IMRT i IGRT. Faktura została wystawiona jedynie na aparaturę o wartości brutto 12.288.950,00 zł, nie wyodrębniono w niej zrealizowanych innych usług i ich wartości.

z założeniami programu na 2009 r., docelowo każdy aparat powinien wykonywać, co najmniej 2.000 badań rocznie. Na realizację tego programu, Ministerstwo Zdrowia wydatkowało łącznie 90.640,7 tys. zł, w tym w latach 2006–2008 – 82.324,4 tys. zł, a w 2009–2013 (do 30 czerwca) – 8.316,3 tys. zł.

Do końca 2008 r., w ramach NPZChN, utworzono sześć ośrodków PET, w tym: dwa w Warszawie i po jednym: w Kielcach, w Gliwicach, w Poznaniu, w Bydgoszczy⁶⁹.

W 2009 r. do grona realizatorów programu został włączony Gdański Uniwersytet Medyczny (GUMed), który na zakup skanera PET-CT otrzymał dofinansowanie 8.316,3 tys. zł, (tj. 97,8% kwoty wnioskowanej – 8.500 tys. zł). Głównym celem dofinansowania zakupu siódmego urządzenia było zwiększenie dostępu do badań PET w Polsce Północnej. W 2009 r. zakończono etap tworzenia sieci ośrodków PET w ramach NPZChN.

W 2012 r. stopień wykorzystania specjalistycznej aparatury w ośrodkach PET wynosił od 31,8% w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie do 114,7% w Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy. Aż cztery z siedmiu dofinansowanych ośrodków⁷⁰ realizowały mniej niż dwa tys. badań rocznie, nie osiągając tym samym założonego w programie wskaźnika docelowego. Spowodowane było to niskimi wartościami kontraktów z NFZ oraz wykonywaniem świadczeń również przez inne placówki, także prywatne, które mają zwarte umowy z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie.

W celu realizacji wniosku NIK, po kontroli realizacji wybranych zadań NPZChN w latach 2006–2008, Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej oraz NFZ o opinię w sprawie określenia optymalnej liczby ośrodków PET-CT, które miałyby funkcjonować w Polsce w kontekście rzeczywistych potrzeb i możliwości finansowania ze środków publicznych świadczeń tomografii pozytonowej. Z opinii tych wynika, że liczba skanerów w Polsce zakupionych w ramach NPZChN jest wystarczająca, a podstawowy dostęp do badań jest zaspokojony. Kolejne inwestycje w zakresie skanerów PET-CT ze środków publicznych byłyby nieuzasadnione, z uwagi na ograniczone środki finansowe NFZ.

Zgodnie z danymi Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) na dzień 30 czerwca 2013 r. w Polsce funkcjonowało 17 urządzeń PET, w tym 13 w publicznych podmiotach leczniczych. NIK stwierdziła rozbieżności pomiędzy danymi GIS, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) i ustaleniami kontroli NIK. Przykładowo, w województwie łódzkim, według GIS nie funkcjonowało żadne urządzenie PET, według CSIOZ – cztery urządzenia PET, podczas, gdy faktycznie funkcjonowało jedno⁷¹. Zdaniem NIK, różnice te wynikają z nierzetelnego wywiązywania się podmiotów leczniczych z ustawowych obowiązków wynikających z ustawy o statystyce publicznej. Dane dotyczące urządzeń PET przedstawia załącznik nr 8 do informacji.

3.2.14. Tomografia Pozytonowa (PET) – uruchomienie produkcji radiofarmaceutyku FDG w Polsce

⁶⁹ Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Centralny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Warszawie, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach, Akademia Medyczna w Poznaniu z Wielkopolskim Centrum Onkologii, Centrum Onkologii w Bydgoszczy, które w 2008 r. otrzymało z budżetu państwa 10 mln zł na zakup drugiego urządzenia PET-CT.

⁷⁰ Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie – 31,8% (636 badań), Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu – 46,8% (935 badań), Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – 48,9% (977 badań), Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie – 71,1% (1.421 badań). Źródło: dane przekazane przez Ministerstwo Zdrowia.

⁷¹ W Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medyczne Centra Diagnostyczne Voxel w Łodzi.

Celem tego zadania było uruchomienie do końca 2011 r. krajowej produkcji radiofarmaceutyku FDG dla ośrodków PET utworzonych w ramach NPZChN, po cenie niższej, niż cena preparatu sprowadzanego z zagranicy. W opinii Krajowego Konsultanta w dziedzinie medycyny nuklearnej z 2009 r. koszt wyprodukowania jednej porcji preparatu określono na ok. 350 euro, a przy założeniu wykonania w Polsce ok. 10 tys. badań PET rocznie, oszczędności szacowano na 1.500 tys. zł do 2.000 tys. zł.

Do zakończenia kontroli NIK, tj. 30 września 2013 r. cel programu nie został zrealizowany, ponieważ żaden z trzech wybranych realizatorów programu nie uzyskał pozwolenia na dopuszczenie do obrotu radiofarmaceutyku FDG.

W 2010 r. w ramach konkursu ofert na realizatora programu uruchomienia produkcji FDG wpłynęły trzy oferty o wartości 17.261,2 tys. zł. Komisja konkursowa dokonała wyboru trzech realizatorów zadania: Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach i Środowiskowe Laboratorium Ciężkich Jonów Uniwersytetu Warszawskiego.

W programie zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w ramach NPZChN wskazano na potrzebę uruchomienia dwóch ośrodków produkcji FDG. Komisja konkursowa jednak uznała, że zasadnym będzie uruchomienie produkcji w trzech ośrodkach w Polsce, co zostało poparte pozytywną opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej.

Ostatecznie podpisano umowę z dwoma ośrodkami PET na uruchomienie produkcji FDG (w Gliwicach i Bydgoszczy). Nie została natomiast podpisana umowa z Uniwersytetem Warszawskim, pomimo że w 2007 r. Uniwersytet otrzymał 2.000 tys. zł na zakup syntezy i zestaw kontroli jakości radiofarmaceutyku FDG. Uniwersytet odmówił zawarcia umowy, ze względu na późny termin przewidziany na jej podpisanie (sierpień 2010 r.), co uniemożliwiłoby jej rzetelną realizację⁷². Na wydłużenie terminu realizacji inwestycji do 2011 r. Minister Zdrowia nie wyraził zgody.

W 2010 r. Ministerstwo Zdrowia sfinansowało zakup sprzętu specjalistycznego dla potrzeb uruchomienia produkcji radiofarmaceutyku FGD w Centrum Onkologii w Gliwicach w kwocie 5.850,1 tys. zł oraz w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w kwocie 4.524,1 tys. zł. Planowany termin uruchomienia produkcji określono na koniec 2011 r. Miało to pozwolić na zabezpieczenie potrzeb ośrodków PET w radiofarmaceutyki i uzyskanie ceny niższej, niż cena izotopu sprowadzanego z zagranicy.

Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, w okresie objętym kontrolą, nie złożyło wniosku do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego zawierającego FDG. W Ośrodku przeprowadzano walidację procesu produkcji.

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach uzyskało 3 września 2012 r. zezwolenie Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego na wytwarzanie radiofarmaceutyku FDG, a 4 czerwca 2012 r. wystąpiło do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów

Medycznych i Produktów Biobójczych z wnioskiem o dopuszczenie do obrotu w Polsce produktu

⁷² W 2010 r. Uniwersytet wnioskował o przyznanie dofinansowania na zakup sprzętu o wartości 2.150 tys. zł. Minister Zdrowia przyznał Uniwersytetowi kwotę 1.827,5 tys. zł i przekazał projekt umowy do podpisania dopiero w sierpniu 2010 r.

lecniczego „FDGtomosil 550 MBq roztwór do wstrzykiwań”⁷³. Do dnia zakończenia kontroli proces rejestracji był w toku⁷⁴.

Ponadto, Centrum Onkologii w Gliwicach sprowadza radiofarmaceutyk FDG z zagranicy⁷⁵, pomimo że produkuje go na potrzeby własne od 2009 r. W latach 2009–2012 Centrum zakupiło łącznie 2.645 dawek preparatu FDG⁷⁶ o wartości 4.811,4 tys. zł⁷⁷.

Koszty zakupu jednej dawki izotopu FDG za granicą potrzebnej do wykonania badania PET wynosiły od 1.821,26 zł do 1.813,60 zł w latach 2010–2011 r. i 1.830,60 zł w 2012 r. Natomiast koszty wyprodukowania jednej dawki izotopu FDG przez Centrum Onkologii w Gliwicach były znacznie wyższe od ceny preparatu sprowadzanego z zagranicy i wynosiły od 2.449,60 zł do 3.245,80 zł w latach 2009–2011 r. i 3.218,90 zł w 2012 r.

Dysproporcja pomiędzy kosztami wyprodukowania radiofarmaceutyku w Centrum Onkologii w Gliwicach, a kosztami jego sprowadzenia z zagranicy, zgodnie z wyjaśnieniem Zastępcy Dyrektora DPZ w Ministerstwie Zdrowia, wynikała z uwzględnienia w kosztach m.in. amortyzacji cyklotronu, laboratoriów do produkcji leków, sprzętu do kontroli jakości produkowanych leków oraz budynku. Środowiskowe Laboratorium Ciężkich Jonów Uniwersytetu Warszawskiego, które w 2007 r. otrzymało dofinansowanie w ramach NPZChN w kwocie 2.000 tys. zł było w trakcie przygotowywania dokumentacji związanej z uzyskaniem pozwolenia na wytwarzanie radiofarmaceutyku FDG w Polsce.

3.3.15. Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach

Źródłem informacji o zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe⁷⁸ oraz wskaźnikach 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory⁷⁹ jest Krajowy Rejestr Nowotworów (zwany dalej „KRN”), współpracujący do 31 grudnia 2012 r. z 16 regionalnymi rejestrami onkologicznymi⁸⁰, a od 1 stycznia 2013 r. z 16 wojewódzkimi biurami rejestracji nowotworów⁸¹.

Zgodnie z § 4 ust 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów⁸², od 1 stycznia 2013 r. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie prowadzi KRN w wersji elektronicznej i jest odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego do jego obsługi. Zadania te wykonuje przy pomocy Krajowego Biura Rejestracji Nowotworów, będącego komórką organizacyjną Centrum wyznaczoną do tych zadań. W § 5 ww. rozporządzenia określono podmioty lecznicze uprawnione

⁷³ Po otrzymaniu w marcu 2013 r. informacji o konieczności uzupełnienia dokumentacji Centrum Onkologii przesłało do Urzędu Rejestracji wymagane informacje 5 sierpnia 2013 r. Urząd Rejestracji zobowiązał Centrum Onkologii do wyjaśnienia wątpliwości dot. informacji od dostawców zewnętrznych półproduktów.

⁷⁴ Wniosek został zarejestrowany pod Nr UR.DRL.RLN.4000.0047.2012.

⁷⁵ Nazwa producenta: Eckert & Ziegler Radiopharma GmbH.

⁷⁶ Tj. w 2009 r. – 1.766, w 2010 r. – 343, w 2011 r. 485, w 2012 r. – 51.

⁷⁷ Koszty dostarczenia FDG w poszczególnych latach: w 2009 r. – 3.216.345,16 zł, w 2010 r. – 622.064,80 zł, w 2011 r. 879.596,00 zł, w 2012 r. 93.360,60 zł.

⁷⁸ M.in. według płci, wieku, umiejscowienia nowotworu, miejsca zamieszkania.

⁷⁹ Ostatnie zgromadzone dane dotyczą 2010 r.

⁸⁰ W latach 2009–2012 zasady funkcjonowania KRN i regionalnych rejestrów onkologicznych regulowało rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na poszczególne lata 2009–2013, wydane na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 591 ze zm.).

⁸¹ Od 1 stycznia 2013 r. zasady funkcjonowania KRN i wojewódzkich biur rejestracji nowotworów reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. z 2012 r., poz. 1497).

⁸² Wydany na podstawie art. 20 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 ze zm.).

do gromadzenia i przetwarzania danych o rozpoznaniach i podejrzeniach występowania nowotworów złośliwych na terenie poszczególnych województw.

Z ustaleń kontroli NIK wynika, że Centrum Onkologii jest dopiero w trakcie tworzenia systemu teleinformatycznego służącego do elektronicznej rejestracji nowotworów. W opinii Centrum w rozporządzeniu nie uwzględniono okresu przejściowego, w którym zgłoszenia nowotworów będą jak dotychczas opierać się na zgłoszeniach w formie papierowej, na karcie MZ/N1-a, a ponadto, placówki ochrony zdrowia nie są w pełni przygotowane do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, która będzie wymagana od 1 sierpnia 2014 r.⁸³.

Celem zadania „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” było utrzymanie wysokiej jakości i kompletności rejestracji tych danych. Minister Zdrowia nie określił jednak wskaźników oceny rejestrowanych danych. Za podstawę oceny realizacji tego zadania mogłyby służyć wskaźniki przyjęte przez KRN, tj. wskaźnik kompletności mierzony ilorazem liczby nowo zarejestrowanych zachorowań ogółem i liczby zgonów nowotworowych w tym samym okresie oraz wskaźnik jakości, liczony jako odsetek zarejestrowanych nowotworów złośliwych potwierdzonych histopatologicznie.

Ministerstwo Zdrowia w ramach NPZChN finansowało działania ww. rejestrów polegające na m.in.: weryfikacji i aktualizacji danych przechowywanych w bazach rejestrów⁸⁴, publikacji biuletynów prezentujących dane o zachorowaniach i zgonach w Polsce i w województwach, organizowaniu szkoleń pracowników rejestrów i ich uczestnictwie w kursach i konferencjach krajowych i zagranicznych.

W latach 2009–2012, w czterech postępowaniach konkursowych oferenci złożyli oferty o łącznej wartości 9.167,6 tys. zł. Wszystkie zbadane oferty (13 ofert z 65, tj. 20%) spełniały wymagania formalne i zawierały komplet dokumentów określonych w ogłoszeniu o postępowaniu⁸⁵.

Na realizatorów zadania „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” w latach 2009–2011 wybrano 15 podmiotów, w latach 2012–2013 r. – 16 podmiotów⁸⁶. W latach 2009–2012 r. Minister Zdrowia zawarł łącznie 79 umów na kwotę 7.368,6 tys. zł. Do końca 2012 r. Ministerstwo Zdrowia wydatkowało 6.918,5 tys. zł, tj. 93,9% wartości podpisanych umów. W latach objętych kontrolą, umowy na realizację ww. zadania zawierane były odpowiednio: w październiku 2009 r., w sierpniu 2010 r., w czerwcu 2011 r. i 2012 r. oraz we wrześniu 2013 r.

- Umowy z **Centrum Onkologii w Warszawie** zawierano w okresie od czerwca do sierpnia danego roku, co powodowało niewykorzystanie przyznanych środków, m.in. w 2010 – 116,4 tys. zł i w 2012 r. – 21,8 tys. zł.

W sprawozdaniach merytorycznych z realizacji zadania „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach”, za efekty często były uznawane same działania (przeprowadzenie analiz, przygotowanie druku, przygotowanie szkoleń, zakup danych z GUS, itp.), podczas, gdy celem programu było utrzymanie wysokiej jakości i kompletności rejestracji w KRN i 16 wojewódzkich rejestrach.

⁸³ Na podstawie art. 11 o systemie informacji w ochronie zdrowia.

⁸⁴ Weryfikacja danych obejmowała uzupełnienie wyniku badania histopatologicznego, stopnia zaawansowania nowotworu, uzupełnienie statusu życiowego zarejestrowanych osób w rejestrze.

⁸⁵ M.in. ofertę realizacji zadania wraz z planem rzeczowo-finansowym, informację o prowadzonej działalności, pozytywną opinię konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej w sprawie spełniania wymagań stawianych oferentom.

⁸⁶ Konkurs ofert na realizację zadania w 2013 r. rozstrzygnięto 1 sierpnia 2013 r.

Zgodnie z wyjaśnieniem Zastępcy Dyrektora DPZ w Ministerstwie Zdrowia, podstawowym, wymiernym efektem realizacji tego zadania, jest kompletność danych dotyczących zachorowań i zgonów na nowotwory w Polsce.

Jednakże w ocenie ekspertów, nadal utrzymuje się niska jakość danych znajdujących się w rejestrach⁸⁷ choć poziom kompletności danych gromadzonych przez Krajowy i wojewódzkie rejestry wynosił w 2012 r. 91%.

3.2 Realizacja zadań NPZChN przez oddziały wojewódzkie NFZ

3.2.1. Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ a świadczeniodawcą wybranym w postępowaniu konkursowym lub w trybie rokowań⁸⁸.

W badanym okresie, koszty świadczeń udzielonych w ramach programów przesiewowych wyniosły ogółem 568.133,0 tys. zł⁸⁹, w tym koszty programu profilaktyki raka szyjki macicy – 180.292,8 tys. zł⁹⁰ i programu profilaktyki raka piersi – 387.839,2 tys. zł⁹¹. W ramach umów z NFZ wykonano 3.403.883 badania cytologiczne i 4.573.443 badania mammograficzne. Badania przesiewowe były nielimitowane⁹², a świadczeniodawcy realizowali je bezpośrednio po zgłoszeniu się kobiet na badanie lub po uprzednim zarejestrowaniu się w wyznaczonym terminie.

Średni czas, jaki upłynął od zarejestrowania pacjentki do wykonania badania w ramach programu profilaktyki raka piersi w etapie podstawowym (mammografii) w poszczególnych latach 2011–2013 wynosił 13 dni⁹³. Średni czas, jaki upłynął od otrzymania wyniku badania mammograficznego do wykonania badania uzupełniającego (mammografii/USG), wynosił od 35 dni w 2011 r. do 32 dni w 2013 r.⁹⁴. Średni czas oczekiwania na wykonanie biopsji w ramach etapu pogłębionej diagnostyki w poszczególnych latach 2011–2013 wynosił 48 dni⁹⁵. Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia po zdiagnozowaniu nowotworu złośliwego piersi wynosił: 169 dni w 2011 r., 128 dni w 2012 r. i 78 dni w 2013 r.⁹⁶.

⁸⁷ Kwestię tę podnosił m.in. prof. Marek Nowacki, Zastępca Przewodniczącego Zespołu, Członek Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych, m.in. w protokole z III posiedzenia Zespołu przygotowującego kierunek zmian w obrębie działań związanych z onkologią, które odbyło się w dniu 30 sierpnia 2011 r., a także w piśmie z dnia 18 września 2012 r. do Podsekretarza Stanu w MZ Igora Radziejewicza-Winnickiego w sprawie propozycji zmian w NPZChN.

⁸⁸ Art. 132 ust. 1 i 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁸⁹ Informacja Centrali NFZ dla NIK z 1 października 2013 r. Dane przedstawiają koszty świadczeń, które zostały wygenerowane 23 września 2013 r.

⁹⁰ W tym koszty świadczeń – etapu podstawowego – 87.956,5 tys. zł, diagnostyki – 89.619,5 tys. zł, pogłębionej diagnostyki – 2.716,8 tys. zł.

⁹¹ W tym koszty świadczeń – etapu podstawowego – 369.456,0 tys. zł i pogłębionej diagnostyki – 18.384,2 tys. zł.

⁹² Od 1 stycznia 2007 r.

⁹³ Źródło: dane Centrali NFZ wygenerowane 23 września 2013 r.

⁹⁴ Od 21 dni w Wielkopolskim OW NFZ do 46 w Świętokrzyskim OW NFZ w 2011 r.; od 23 dni w Wielkopolskim OW NFZ do 48 dni w Opolskim OW NFZ w 2012 r.; od 17 dni w Wielkopolskim OW NFZ do 51 dni w Zachodniopomorskim OW NFZ w 2013 r.

⁹⁵ Od 27 dni w Pomorskim OW NFZ do 90 dni w Łódzkim OW NFZ w 2011 r.; od 6 dni w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ do 64 w Opolskim OW NFZ w 2012 r.; od 22 dni w Podkarpackim OW NFZ do 73 w Pomorskim OW NFZ w 2013 r.

⁹⁶ Od 123 dni w Świętokrzyskim OW NFZ do 206 dni w Podlaskim OW NFZ w 2011 r., od 87 dni w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ do 144 dni w Wielkopolskim OW NFZ w 2012 r., od 57 dni w Świętokrzyskim OW NFZ do 96 dni w Zachodniopomorskim OW NFZ w 2013 r.

Średni czas realizacji badania cytologicznego w badanym okresie wynosił 23 dni.

Kontrolą objęto siedem z 16 oddziałów wojewódzkich NFZ (43,8%) w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi oraz w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tomografii pozytonowej emisyjnej. Sześć OW NFZ NIK ocenia pozytywnie natomiast jeden – Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Analiza zbadanych 460 ofert złożonych przez świadczeniodawców wykazała, że spełniały one wymogi określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. i 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁹⁷ oraz w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. i 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁹⁸, a także zarządzeń Prezesa NFZ⁹⁹.

W latach 2009–2013 (do 30 czerwca) koszty udzielonych świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi wyniosły 312.863,0 tys. zł, tj. 88% wartości zakontraktowanej (355.360,9 tys. zł). Realizacja świadczeń w zakresie programu raka szyjki macicy wynosiła od 82,5% w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ do 94,7% w Śląskim OW NFZ, a w zakresie programu raka piersi od 79,4% w Zachodniopomorskim OW NFZ do 95,5% w Śląskim OW NFZ.

Wartość świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w zakresie programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w latach 2009–2013 (I półrocze) została wykonana odpowiednio w 87,5% i w 88,2%. Dane te wskazują, że już na etapie planowania tych programów założono niską zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe.

⁹⁷ Dz. U. Nr 140, poz. 1148 ze zm. – uchylone z dniem 1 lipca 2012 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1422) – obowiązywało w okresie od 1 lipca 2012 r. do 26 grudnia 2012 r. Od 26 grudnia 2013 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2013 r., 1505).

⁹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 139, poz. 1142 ze zm.) – obowiązywało do 30 maja 2011 r.; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653 ze zm.) – obowiązywało w okresie od 31 maja 2011 r. do 21 listopada 2013 r. Od 17 grudnia 2013 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413).

⁹⁹ Nr 81/2008/DSOZ z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, i Nr 86/2008/DSOZ z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (w pierwszym okresie ofertowym) oraz Nr 57/2009/DSOZ z dnia 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne i Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (w drugim okresie ofertowym).

Tabela nr 3

Realizacja świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w siedmiu OW NFZ w latach 2009–2013
(do 30 czerwca)

Lp.	OW NFZ	Program profilaktyki raka szyjki macicy			Program profilaktyki raka piersi		
		Wartość świadczeń zakontraktowana przez NFZ (w tys. zł)	Wartość świadczeń wykonanych (w tys. zł)	Kol. 4 : kol. 3 (w %)	Wartość świadczeń zakontraktowana przez NFZ (w tys. zł)	Wartość świadczeń wykonanych (w tys. zł)	Kol. 7 : kol. 6 (w %)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Dolnośląski	17.942,1	16.252,7	90,6	42.165,0	37.064,7	87,9
2.	Kujawsko-Pomorski	6.877,6	5.673,9	82,5	24.438,8	19.796,5	81,0
3.	Łódzki	6.357,0	6.080,0	95,6	28.872,0	27.636,0	95,7
4.	Mazowiecki	27.366,4	22.221,5	81,2	51.587,5	41.429,6	80,3
5.	Śląski	12.469,2	11.810,0	94,7	51.739,6	49.401,6	95,5
6.	Wielkopolski	10.836,1	9.585,5	88,5	42.472,1	39.894,6	93,9
7.	Zachodniopomorski	5.694,0	4.936,2	86,7	26.553,7	21.080,2	79,4
Razem:		87.542,4	76.559,8	87,5	267.828,7	236.303,2	88,2

Źródło: dane przedstawione przez OW NFZ w trakcie kontroli NIK

- **Wielkopolski OW NFZ**, w latach 2009–2013, nie zakontraktował świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka piersi w 23 powiatach, w tym: w 18 przez cały ten okres, a w pięciu, w latach 2009–2011, z powodu niespełnienia przez oferentów wymaganych warunków w zakresie kwalifikacji personelu medycznego. Przykładowo, w powiecie grodziskim województwa wielkopolskiego w 2009 r. i w 2011 r. nie było realizatorów świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy, mimo że w wyniku konkursu wybrano oferty dwóch świadczeniodawców na realizację podstawowego etapu programu (pobranie materiału do cytologii). Świadczeniodawcy nie byli zainteresowani przystąpieniem do jego realizacji. W końcowych rozliczeniach świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (AOS) uwzględniano świadczenia niewykonane w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy o wartości: 453,06 zł w 2009 r., 75,51 zł w 2010 r., 50,34 zł w 2011 r.

Świadczenia programu profilaktyki raka piersi były zakontraktowane przez OW NFZ zarówno w trybie stacjonarnym, jak i w trybie mobilnym (mammobusy).

- **Śląski OW NFZ** w latach 2009–2013 zakontraktował świadczenia w zakresie programu profilaktyki raka piersi na obszarze wszystkich powiatów w trybie stacjonarnym¹⁰⁰ i mobilnym. W przypadku programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny i etap pogłębionej diagnostyki) świadczenia były zakontraktowane w 17 powiatach, natomiast świadczenia etapu podstawowego we wszystkich powiatach województwa śląskiego. Należy jednak dodać, że o 5,7% zmniejszyła się też wartość zrealizowanych świadczeń etapu pogłębionego i diagnostycznego z 2.857,7 tys. zł w 2009 r. do 2.693,5 tys. zł w 2012 r. Podobna sytuacja wystąpiła w zakresie etapu podstawowego, gdzie zmniejszyła się wartość świadczeń zakontraktowanych o 10,7%, a zrealizowanych o 7,1%.
- W **Zachodniopomorskim OW NFZ** świadczenia programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi (etap podstawowy) zapewniono na terenie wszystkich 20 powiatów. Badania mammograficzne zostały zakontraktowane w poradniach stacjonarnych w ośmiu powiatach w 2009 r., w siedmiu w latach 2010–2011, w dziewięciu w latach 2012–2013, a w pozostałych powiatach, świadczenia były realizowane przez pracownię mobilne (tj. dwóch świadczeniodawców w latach 2009–2010, dziewięciu w 2011 r. i ośmiu w latach 2012–2013).

¹⁰⁰ W tym, w trybie stacjonarnym w 29 powiatach.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹⁰¹, od 1 lipca 2011 r. wprowadzono wymóg uzyskania przez świadczeniodawców realizujących program profilaktyki raka piersi pozytywnego audytu klinicznego zdjęć mammograficznych i pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych. Niezaliczenie audytu klinicznego zdjęć mammograficznych mogło stanowić podstawę prawną do wypowiedzenia umowy o udzielanie świadczeń w tym zakresie. W przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań, obowiązkiem świadczeniodawcy było dostarczenie do WOK protokołu serwisu o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości, a do OW NFZ dokumentów potwierdzających prawidłowe działanie sprzętu.

- **Dolnośląski OW NFZ** w 2012 r. nie rozwiązał umów z trzema świadczeniodawcami, mimo że uzyskali negatywny wynik kontroli jakości badań mammograficznych. Głównymi nieprawidłowościami była zła jakość obrazu oraz kompensacja zmian grubości fantomu i wysokiego napięcia. Dodatkowo jeden ze świadczeniodawców nie posiadał aktualnych testów specjalistycznych, jak również otrzymał negatywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych. Od ujawnienia nieprawidłowości do czasu ich usunięcia, świadczeniodawcy wykonywali świadczenia programu profilaktyki raka piersi, za które Oddział zapłacił 68,3 tys. zł. Brak potwierdzenia przez WOK usunięcia nieprawidłowości w obecnym stanie prawnym skutkuje niemożnością ubiegania się o realizację tych świadczeń. W ocenie NIK ujawnione przez WOK nieprawidłowości mogły stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentek.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 2 – 4 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, do zadań konsultantów krajowych oraz konsultantów wojewódzkich należy m. in. przeprowadzenie kontroli w podmiotach leczniczych w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny i informowanie m.in. oddziałów wojewódzkich NFZ o stwierdzonych uchybieniach.

Z ustaleń kontroli NIK wynika, że w latach 2009–2013 konsultanci krajowi i wojewódzcy w dziedzinach: ginekologii i położnictwa, onkologii klinicznej i chirurgii onkologicznej nie wywiązywali się z obowiązku informowania OW NFZ o nieprawidłowościach stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonych w podmiotach leczniczych w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

- W trakcie kontroli NIK **Konsultanci województwa dolnośląskiego ds. ginekologii i położnictwa, chirurgii onkologicznej oraz onkologii klinicznej** potwierdzili brak współpracy z Oddziałem.
- **Wielkopolski OW NFZ** nie otrzymywał informacji od konsultantów krajowych i wojewódzkich o wynikach ich kontroli. Oddział nie występował do konsultantów w sprawie realizacji programów, uznając regulacje prawne dotyczące profilaktyki za jednoznaczne. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu wyjaśniła, że działania konsultantów stanowią źródło danych i informacji w dziedzinach wymagających wyspecjalizowanej wiedzy medycznej np. w zakresie radiologii w odniesieniu do mammografii, a pozostają natomiast bez wpływu na liczbę kontraktowanych świadczeń.
- W **Łódzkim OW NFZ** Konsultant Krajowy, jak i konsultanci wojewódzcy w dziedzinie ginekologii i położnictwa nie przeprowadzali kontroli świadczeniodawców w zakresie dostępności świadczeń, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

W latach 2009–2013 dwa OW NFZ¹⁰² z siedmiu badanych nie przeprowadzały kontroli u świadczeniodawców, w zakresie prawidłowości realizacji zarówno programu profilaktyki raka szyjki macicy, jak i programu profilaktyki raka piersi, a jeden OW NFZ¹⁰³ w zakresie realizacji programu profilaktyki raka szyjki.

¹⁰¹ Dz. U. z 2011 r. Nr 52, poz. 271 – stosowane do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2011 r.

¹⁰² Kujawsko-Pomorski OW NFZ i Dolnośląski OW NFZ.

¹⁰³ Zachodniopomorski OW NFZ.

- W **Dolnośląskim OW NFZ**, przyczyną nieprzeprowadzenia kontroli u świadczeniodawców, z którymi zawarta została umowa na realizację ww. świadczeń było niewskazanie przez komórki organizacyjne Oddziału przedmiotowych umów jako obszaru zagrożenia.

Skontrolowane OW NFZ przeprowadziły łącznie 62 kontrole u świadczeniodawców w zakresie prawidłowości realizacji programów profilaktyki stwierdzając nieprawidłowości, polegające m.in. na udzielaniu świadczeń przez osoby nieposiadające wymaganych kwalifikacji, prowadzeniu dokumentacji niezgodnie z wymogami, nieprzestrzeganiu wymogu pisemnej zgody pacjentki na przetwarzanie danych osobowych stosownie do przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹⁰⁴, wykonanie mammografii w ramach programu przed upływem 24 miesięcy od poprzedniego badania, przeprowadzaniu badań przy użyciu aparatu mammograficznego, który był niesprawny technicznie, niezamieszczeniu informacji o godzinach udzielania świadczeń, wykazywaniu realizacji świadczeń niezgodnie z dokumentacją medyczną. W wyniku kontroli, OW NFZ zakwestionowały środki finansowe w wysokości 3,3 tys. zł, a świadczeniodawcom naliczono kary umowne w ogólnej wysokości 28,3 tys. zł.

Kujawsko-Pomorski OW NFZ nie zrealizował dwóch wniosków pokontrolnych NIK z trzech sformułowanych po kontroli realizacji wybranych zadań NPZChN w latach 2006–2008. Dotyczyły one nawiązania współpracy z właściwymi konsultantami wojewódzkimi oraz WOK w Bydgoszczy w celu zapewnienia optymalnych warunków udzielania świadczeń i objęcia planem kontroli świadczeniodawców realizujących profilaktyczne programy zdrowotne raka szyjki macicy i raka piersi. W ocenie Oddziału z uwagi na fakt, że konsultanci są jednocześnie zatrudniani przez świadczeniodawców realizujących profilaktykę raka piersi i raka szyjki macicy, współpraca z nimi, musi być ograniczona.

3.2.2. Zawieranie i realizacja umów ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane z zastosowaniem metody tomografii pozytonowej emisyjnej w zakresie schorzeń onkologicznych

W latach 2009–2013 (do 30 czerwca) OW NFZ finansowały, na podstawie umów zawartych ze świadczeniodawcami badania diagnostyczne z zastosowaniem metody tomografii pozytonowej emisyjnej, zwane dalej „świadczeniami PET”¹⁰⁵.

W badanym okresie świadczeniodawcy zrealizowali świadczenia PET o wartości 413.003,9 tys. zł, tj. 86,7% wartości zakontraktowanej (476.534,9 tys. zł). Świadczenia PET wykonano u 94.653 pacjentów.

¹⁰⁴ Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.; kontrola nr WSOZ-I-091-56-wd/09.

¹⁰⁵ W rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej.

Tabela nr 4

Realizacja umów z NFZ w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Rok	Realizacja umów z NFZ w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej				
	Liczba świadczeniodawców	Wartość świadczeń zakontraktowanych (w tys. zł)	Wartość świadczeń wykonanych (w tys. zł)	Kol. 4 : kol. 3 (w %)	Liczba przebadanych pacjentów
1	2	3	4	5	6
2009	9	78.686,1	72.827,1	92,6	14.860
2010	10	78.659,1	78.096,6	99,3	15.302
2011	14	90.648,9	90.365,4	99,7	21.617
2012	18	110.194,3	109.788,4	99,6	26.103
2013	17	118.346,5	61.926,4	52,3	16.771
Razem:		476.534,9	413.003,9	86,7	94.653

Źródło: dane Centrali NFZ

Kontrolą objęto sześć OW NFZ¹⁰⁶, które zawierały z podmiotami leczniczymi umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej. Najwyższa Izba Kontroli oceniła działania pięciu OW NFZ pozytywnie w badanym zakresie, natomiast jeden – Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ – pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Przy planowaniu środków na zakup świadczeń tomografii pozytonowej, OW NFZ kierowały się danymi o realizacji świadczeń z lat poprzednich przy uwzględnieniu aktualnych możliwości finansowych.

W latach 2009–2013 koszty realizacji świadczeń PET w sześciu badanych OW NFZ wyniosły 337.367 tys. zł, tj. 87,0 % planu (387.621 tys. zł). Wykonanie świadczeń PET wynosiło od 82,3% w Łódzkim OW NFZ do 91,2% w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ. W publicznych ośrodkach PET wykonanie świadczeń wynosiło od 83,5% w Wielkopolskim OW NFZ do 91,2% w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ. Dane dotyczące realizacji świadczeń PET przedstawia załącznik nr 7 do informacji.

Cena jednostkowa zakupu świadczeń wynosiła od 4.500,0 zł do 4.780 zł¹⁰⁷ w latach 2009–2011, a od 2012 r. została obniżona do 4.100 zł i była taka sama dla wszystkich świadczeniodawców.

Wykonanie świadczeń PET przekraczające wartość świadczeń zakontraktowanych odnotowano w trzech z sześciu kontrolowanych OW NFZ. W pozostałych OW NFZ¹⁰⁸ poniesione koszty realizacji świadczeń PET w latach 2009–2012 były równe wartościom zakontraktowanym.

- W **Wielkopolskim OW NFZ** wartość zrealizowanych świadczeń w latach 2009–2012 wyniosła 52.534,8 tys. zł i była wyższa od wartości zakontraktowanej o 17.387,2 tys. zł. Na 2013 r. Oddział zawarł kontrakty na świadczenia PET w łącznej wysokości 12.767,4 tys. zł. Do dnia 30 czerwca 2013 r. zrealizowano i rozliczono świadczenia PET na kwotę 8.249,2 tys. zł, tj. 64,6% wartości zakontraktowanej.

W Oddziale nie powołano zespołu ds. opracowania propozycji w zakresie zasad realizacji zapłaty za tzw. „nadwykonania”, mimo że wytyczne Prezesa NFZ z dnia 26 stycznia 2010 r. zobowiązywały Dyrektora Oddziału do wydania zarządzenia w tej sprawie. Była Dyrektorka Oddziału zeznała, że zespół nie został formalnie powołany, ale działał. W jego skład wchodziła Dyrekcja Oddziału Funduszu oraz dodatkowo: kierownicy Wydziałów:

¹⁰⁶ W Zachodniopomorskim OW NFZ nie było zakontraktowanych świadczeń PET, gdyż na terenie województwa nie jest zlokalizowany żaden ośrodek PET.

¹⁰⁷ W Śląskim OW NFZ cena zakupu świadczenia PET wynosiła 4.780 zł i była najwyższa spośród stosowanych w innych OW NFZ.

¹⁰⁸ Mazowieckim OW NFZ, Śląskim OW NFZ, Kujawsko-Pomorskim OW NFZ.

świadczeń opieki zdrowotnej i ekonomiczno-finansowego. W pracy tego zespołu byli włączani kierownicy innych działów np. informatycy. Zdaniem NIK brak powołania w sposób formalny przedmiotowego zespołu było działaniem nierzetelnym.

Zawarcie umowy z Centrum Medycznym w dniu 27 lipca 2011 r. za świadczenia PET wykonane ponad wartość zakontraktowaną w 2010 r. nastąpiło przed wprowadzeniem zasad realizacji zapłaty za tzw. „nadwykonania”. Wprowadzono je dopiero 28 lutego 2012 r. z mocą obowiązywania od 24 lutego 2012 r. Naruszono w ten sposób pkt 4 wytycznych Prezesa NFZ z 26 stycznia 2011 r., stanowiący, że proces zawierania umów winien być poprzedzony wydaniem zarządzenia w sprawie zasad realizacji tego procesu.

W 2009 r. Centrum Medyczne w Poznaniu wykonało więcej świadczeń PET (o 954 pkt), niż określono w kontrakcie. Fundusz 5 października 2010 r., zawarł z Centrum umowę, w której zobowiązał się zapłacić za tzw. „nadwykonania” po cenie wynikającej z kontraktu, co było niezgodne z zasadami określonymi przez Dyrektora Oddziału zarządzeniem nr 222/2010 z dnia 27 sierpnia 2010 r. Zgodnie z pkt III przedmiotowych zasad, zapłata za tzw. „nadwykonania” w zakresie PET mogła nastąpić po cenie wynoszącej 80% ceny ustalonej w kontrakcie, tj. 3,6 tys. zł za jedno świadczenie PET. Wartość umowy wyniosła 4.293,0 tys. zł (954 świadczeń x 4,5 tys. zł). Przy zastosowaniu ceny zgodnie z obowiązującą zasadą, Oddział NFZ zapłaciłby za wykonane świadczenia ponad kontrakt – 3.434,4 tys. zł, tj. o 858,6 tys. zł mniej niż wynikało z umowy zawartej w dniu 5 października 2010 r. Tymczasem Centrum Onkologii w Poznaniu zapłacono za wykonane świadczenia PET ponad kontrakt w 2009 r. po cenie 3,6 tys. zł, odpowiadającej 80% ceny kontraktowej (umowa zawarta w dniu 4 lutego 2011 r.). Ówczesna Dyrektorka Oddziału zeznała, że stawka dla Centrum Medycznego została ustalona przez nią na poziomie 100% w wyniku prowadzonych negocjacji oraz na podstawie polecenia Prezesa NFZ.

3.3 Realizacja NPZChN przez podmioty lecznicze

3.3.1. Realizacja zadań NPZChN przez Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi

W ramach NPZChN, Minister Zdrowia finansował część administracyjno-logistyczną programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, (tj. zadania Centralnych i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących programy przesiewowe), natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczenia zdrowotne w ramach tych programów.

Na realizację programów profilaktyki w badanym okresie wydatkowano łącznie 651.502,1 tys. zł, w tym: na zadania COK i WOK – 83.370,1 tys. zł¹⁰⁹, na świadczenia finansowane przez NFZ – 568.132,0 tys. zł. Świadczenia programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi były realizowane przez podmioty lecznicze wybierane przez NFZ w ramach procedury konkursowej.

Średni jednostkowy koszt wykonania badania cytologicznego wynosił 53 zł (od 52,5 zł w 2009 r. do 53,7 zł w 2013 r.), a badania mammograficznego 84,8 zł (od 85,6 zł w 2009 r. do 84,1 zł w 2013 r.).

¹⁰⁹ W tym: w 2009 r. – 15.729,5 tys. zł (96,8% planu), w 2010 r. – 23.193,9 tys. zł (94% planu), w 2011 r. – 21.430,4 tys. zł (96,5% planu), w 2012 r. – 21.793,9 tys. zł (96,4% planu), w I półroczu 2013 r. – 1.222,4 tys. zł (95,6% planu). Źródło: Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji i Departament Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia.

Tabela nr 5

Wydatki poniesione przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp.	Rok	Kwota wydatkowana przez MZ (tys. zł)	Kwota wydatkowana przez NFZ na świadczenia profilaktyczne w ramach NPZChN (w tys. zł)			Wydatki poniesione przez MZ i NFZ (tys. zł)	Liczba badań wykonanych w etapie podstawowym w ramach NPZChN		Średni koszt jednego badania w etapie podstawowym (zł)		
			Ogółem (tys. zł)	Rak szyjki macicy (tys. zł)	Rak piersi (tys. zł)		Rak szyjki macicy	Rak piersi	Kol. 5 / 8	Kol. 6 / 9	Kol. 7 / (8 + 9)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	2009	15.729,5	119.867,6	43.941,5	75.926,1	135.597,1	837.338	887.399	52,5	85,6	78,6
2.	2010	23.193,9	123.981,1	40.282,5	83.698,6	147.175,0	770.248	982.007	52,3	85,2	84,0
3.	2011	21.430,4	134.145,5	40.169,6	93.975,9	155.575,9	755.939	1.108.760	53,1	84,8	83,4
4.	2012	21.793,9	133.311,8	39.565,1	93.746,7	155.105,7	736.043	1.113.580	53,8	84,2	83,9
5.	2013	1.222,4	56.826,0	16.334,1	40.491,9	58.048,4	304.315	481.697	53,7	84,1	73,9
Razem		83.370,1	568.132,0	180.292,8	387.839,2	651.502,1	3.403.883	4.573.443	53,0	84,8	81,7

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia w zakresie wydatków poniesionych na programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi i dane przekazane przez Centralę NFZ w dniu 1 października 2013 r. w zakresie kosztów świadczeń

3.3.1.1. Realizacja zadań NPZChN przez Centralne Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi

W latach 2009–2010 zadania Centralnego Ośrodka Koordynującego (zwane dalej „COK”) były realizowane przez dwa ośrodki onkologiczne, tj. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy¹¹⁰ i Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w zakresie programu profilaktyki raka piersi.

W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert w 2010 r. na realizatora zadań COK obu programów na lata 2011–2015 wybrano Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie¹¹¹.

Do zadań COK należało m.in.: koordynacja i nadzór nad całością programu, nadzór nad kontrolą jakości badań przesiewowych i audytem klinicznym zdjęć mammograficznych, organizacja szkoleń oraz centralnych egzaminów dla realizatorów programów, prowadzenie działań na rzecz zgłaszalności na poziomie ogólnopolskim.

W okresie od 1 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2013 r., na funkcjonowanie COK wydatkowano z budżetu państwa 11.025,7 tys. zł¹¹², co stanowiło 13,2% kwoty wydatkowanej na działania administracyjno-logistyczne (83.370,1 tys. zł)¹¹³.

¹¹⁰ Dla potrzeb programów przesiewowych w 2005 r., na lata 2005–2010, wybrano w trybie konkursu ofert Centralny Ośrodek Koordynujący dla każdego programu i po 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących – po jednym dla każdego programu i województwa.

¹¹¹ Funkcję COK dla programu przesiewowego raka szyjki macicy w latach 2005–2010 pełnił Ginekologiczno-Położniczy Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu.

¹¹² Źródło: Dane Centralnego Ośrodka Koordynującego programy profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi, udostępnione NIK w trakcie kontroli.

¹¹³ Źródło: dane Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na realizację zadań COK programu profilaktyki raka szyjki w latach 2009–2010 wykorzystał 4.103,7 tys. zł, tj. 99,1% wartości podpisanych umów¹¹⁴. W trakcie kontroli NIK, COK nie przedstawił danych dotyczących zgłaszalności kobiet na badania oraz efektów realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce w 2010 r., mimo że Szpital zgodnie z załącznikiem nr 5 do umowy¹¹⁵ z 28 kwietnia 2010 r. zobowiązany był do sporządzenia rocznego Raportu z wyników realizacji programu, w terminie do 15 stycznia 2011 r. COK dysponował jedynie danymi za okres od 1 stycznia 2010 r. do 23 września 2010 r., które zostały zawarte w dokumencie „Podsumowanie realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w ramach NPZChN lata 2007–2010 (wrzesień)”. Z wyjaśnień złożonych w toku kontroli wynika, że sprawozdanie za 2010 r. nie mogło zostać przygotowane, ponieważ w dniach od 24 do 31 grudnia 2010 r. miała miejsce przerwa świąteczna, a z dniem 1 stycznia 2011 r. COK utracił dostęp do SIMP z powodu wygaśnięcia umowy z Ministrem Zdrowia. Jednakże z informacji przekazanej NIK przez Departament Informatyki Centrali NFZ, wynika, że utrata przez pracowników COK uprawnień do systemu SIMP nastąpiła 3 lutego 2011 r. Zdaniem NIK przywołane wyjaśnienia nie mogą usprawiedliwiać nierealizowania postanowień umowy zawartej z Ministrem Zdrowia

COK po terminie określonym w § 2 ust. 5, 14 i 15 umowy zawartej z Ministrem Zdrowia złożył: końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe za 2010 r. (21 marca 2011 r.) oraz sprawozdanie merytoryczne za 2010 r. (21 marca 2011 r.).

W latach 2009–2012 Instytut Onkologii w Warszawie zawarł z Ministrem Zdrowia cztery umowy na realizację zadań COK programy wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy na łączną kwotę 6.992,6 tys. zł¹¹⁶, natomiast wykorzystał środki w wysokości 6.793,5 tys. zł, tj. 97,2%. Na 2013 r. podpisano umowę na kwotę 2.179,3 tys. zł¹¹⁷, z tego do 30 czerwca 2013 r. wydatkowano 187,7 tys. zł, tj. 8,6%.

Najwyższe wydatki poniesiono na działalność dotyczącą zwiększenia zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne, które w latach 2009–2013 (I półrocze) wyniosły 2.904,8 tys. zł, tj. 43,13% kwoty wydatków. Przykładowo, w 2012 r. na produkcję spotów reklamowych przeznaczono 597,7 tys. zł, a na kampanię reklamową w I i III programie Polskiego Radia oraz sieci Radia Planeta – 1.005,6 tys. zł.

Na koordynację programów przeznaczono 1.495,1 tys. zł (22,2%), na przeprowadzenie audytu zdjęć mammograficznych – 1.032,2 tys. zł (15,33%), na kontrolę jakości badań przesiewowych raka piersi – 490,1 tys. zł (7,28%), na szkolenia i egzaminy – 173,3 tys. zł (2,57%), kontrolę jakości badań przesiewowych raka szyjki macicy – 133,8 tys. zł (1,99%) oraz zakup sprzętu – 61,7 tys. zł (0,92%).

¹¹⁴ Umowa nr 1/2//1/2009/73/233 z 8 maja 2009 r. na kwotę 2.317.600 zł, o realizację w 2009 r. zadań Centralnego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka szyjki macicy; umowa nr 1/2/17/2010/73/365 z 28 kwietnia 2010 r. na kwotę 1.821.600 zł, o realizację w 2010 r. zadań Centralnego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka szyjki macicy.

¹¹⁵ Nr 1/2/17/2010/73/365.

¹¹⁶ Umowa nr 1/3/1/2009/97/250 z 24 kwietnia 2009 r. na realizację programu zdrowotnego „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” o wartości 698.400 zł; umowa nr 1/3/1/2010/97/323 z 7 kwietnia 2010 r. na realizację programu zdrowotnego „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” o wartości 458.000 zł; umowa nr 1/2-3/1/2011/97/298 z 2 marca 2011 r. dot. realizacji programów: „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” oraz „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” o wartości 2.301.282,50 zł; umowa nr 1/2-3/1/2012/97/113 z 12 marca 2012 r. dot. realizacji programów: „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” oraz „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” o wartości 2.884.880,00 zł.

¹¹⁷ Umowa nr 1/2-3/1/2013/97/143 z dnia 17 kwietnia 2013 r. w sprawie jw. o wartości 2.179,3 tys. zł.

Minister Zdrowia od 2011 r. zapewnił, zgodnie z wnioskiem COK, środki finansowe na przeprowadzanie kontroli jakości audytu klinicznego u wszystkich świadczeniodawców, a od 2012 r. środki finansowe w wysokości umożliwiającej wysyłanie imiennych zaproszeń do wszystkich kobiet objętych programami.

Nie zostały natomiast zrealizowane przez Ministra Zdrowia postulaty COK dotyczące m.in. zapewnienia środków finansowych umożliwiających prowadzenie systematycznej działalności przez WOK od 1 stycznia danego roku¹¹⁸; wprowadzenia obligatoryjnego kontraktowania przez oddziały wojewódzkie NFZ usług wykonywanych przez mammobusy na terenie całego województwa, a nie tylko na poszczególne powiaty¹¹⁹; zmiany systemu kontraktowania badań mammograficznych poprzez rozdzielenie badania na dwa etapy: wykonanie (etap pierwszy), co umożliwiłoby z czasem wyłonienie dużych ośrodków, zatrudniających lekarzy oceniających, co najmniej 5 tys. badań mammograficznych rocznie, zgodnie ze standardami europejskimi i co przyczyniłoby się do poprawy jakości badań¹²⁰; stworzenia sieci ośrodków terapeutycznych obejmujących opieką kobiety z podejrzeniem zmian nowotworowych (Breast Unit). Obecnie kobiety z etapu podstawowego z wynikiem dodatnim kierowane są do etapu pogłębionej diagnostyki, natomiast do zadań WOK należy śledzenie losu tych kobiet i w przypadku nie zgłoszenia się na badania pogłębionej diagnostyki wysyłane są listy monitujące. Kobiety z etapu pogłębionej diagnostyki, z podejrzeniem raka, kierowane są do pionu leczenia poza programem i od tego momentu wojewódzkie ośrodki koordynujące nie są w stanie prześledzić losu tych kobiet. NIK podziela opinię COK, iż rozwiązaniem byłoby stworzenie ośrodka szybkiej diagnostyki i leczenia powiązanego z etapem pogłębionej diagnostyki, do którego kobiety trafiałyby metodą „szybkiej ścieżki”, z pominięciem długotrwałych oczekiwań. Obecnie brak danych z etapu leczniczego powoduje, że nie można m.in. określić wielkości guza czy stopnia zaawansowania, w jakim został nowotwór wykryty.

3.3.1.2. Realizacja zadań NPZChN przez Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi

W latach 2009–2010 funkcjonowały 32 Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy przesiewowe – po jednym dla każdego programu i województwa (zwane dalej „WOK”)¹²¹ wybrane w trybie konkursu ofert spośród ośrodków o największym doświadczeniu w leczeniu chorób nowotworowych. Od 2011 r. realizację zadań WOK powierzono 23 podmiotom funkcjonującym na terenie 16 województw. W 9 województwach ośrodki koordynujące znajdują się w tej samej jednostce w województwie i są wspólne dla obu programów¹²² natomiast w siedmiu – WOK znajdują się w odrębnych jednostkach w województwie i są odrębne dla każdego z programów¹²³.

¹¹⁸ Umowy z Ministerstwem Zdrowia zawierane są corocznie w marcu lub kwietniu, wniosek powtarzany corocznie.

¹¹⁹ Wniosek uzasadniano tym, że zmiana zasad kontraktowania w województwie śląskim z powiatu na teren całego województwa spowodowała wzrost odsetka populacji objętej badaniem z 31,53% w 2010 r. do 51,31 % w 2011 r. Natomiast zmiana kontraktacji tych świadczeń z całego województwa na powiaty w Pomorskim OW NFZ spowodowała spadek z 55,23% w 2010 r. do 37,18% w 2011 r.

¹²⁰ Wniosek powtarzany corocznie.

¹²¹ W tym: w 7 województwach: lubelskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim (łącznie 14 WOK), w pozostałych 9 województwach po dwa WOK w jednym ośrodku, lecz finansowanych na podstawie odrębnych umów zawartych z Ministrem Zdrowia dla każdego z programów (w 9 ośrodkach utworzono 18 WOK).

¹²² Dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim.

¹²³ Lubelskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim.

Na zadania WOK wydatkowano z budżetu państwa 72.344,4 tys. zł¹²⁴ (tj. 86,8% kwoty wydatkowanej na działania administracyjno-logistyczne w badanym okresie – 83.370,1 tys. zł).

Do zadań Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego ww. programy należało m.in.: koordynacja programów na poziomie województwa, przygotowanie i wysyłka imiennych zaproszeń do kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne, działania na rzecz wysokiej zgłaszalności, organizacja szkoleń specjalistycznych¹²⁵, audyt kliniczny zdjęć mammograficznych i kontrola jakości badań przesiewowych realizowanych przez wszystkich świadczeniodawców etapu diagnostyki podstawowej, współpraca z COK oraz z wojewódzkimi i Krajowym Rejestrem Nowotworów.

Zgłaszalność na badania mammograficzne i cytologiczne w ramach programów profilaktycznych

Koszty wysyłki zaproszeń na badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi w latach 2009–2013 (I półrocze) wyniosły łącznie 30.170 tys. zł, co stanowiło 41,4% kosztów poniesionych na działania administracyjno-logistyczne.

Tabela nr 6

Koszty wysyłki imiennych zaproszeń i liczba kobiet zaproszonych na badania mammograficzne i cytologiczne w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp.	Rok	Koszty wysyłki zaproszeń (w tys. zł)	Liczba kobiet zaproszonych na badania:		Średni koszt jednego zaproszenia (w zł)
			mammograficzne	Cytologiczne	
1.	2009	3.491,8	1.130.206	1.595.302	1,28
2.	2010	8.396,4	2.419.464	3.202.915	1,49
3.	2011	8.472,6	2.536.771	3.357.111	1,44
4.	2012	8.692,5	2.690.028	3.202.915	1,48
5.	2013	1.116,7	404.416	334.598	1,51
Razem		30.170,0	9.180.885	11.692.841	1,44

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia

Imienne zaproszenia kobiet do udziału w badaniach przesiewowych, wysyłane były na podstawie bazy adresowej zawartej w programie SIMP (udostępnionej przez NFZ). Zaproszenia generowane były według wzoru opracowanego przez COK i zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia. Termin rozpoczęcia przez WOK realizacji wysyłki zaproszeń oraz liczba wysyłanych zaproszeń uwarunkowane były terminem zawarcia umowy z Ministrem Zdrowia.

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 lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS)¹²⁶. Natomiast na badania mammograficzne były zapraszane kobiety między 50 a 69 rokiem życia, które nie wykonały badania w ramach programu w ostatnich dwóch latach.

¹²⁴ Obliczone przez odjęcie kwoty wydatkowanej przez COK w wysokości 11.025,7 od kwoty wydatkowanej na działania administracyjno-logistyczne przez Ministra Zdrowia w wysokości 83.370,1 tys. zł.

¹²⁵ M.in. dla radiologów, techników elektroradiologii, cytodiagnostów, pielęgniarek, położnych, ginekologów.

¹²⁶ Populacja kobiet objętych badaniami cytologicznymi w ramach AOS jest przekazywana z danych Centrali Funduszu od 2012 r.

W latach 2009–2013 (do 30 czerwca), w odpowiedzi na zaproszenia badaniom poddało się łącznie 3.754.360 kobiet, co w stosunku do liczby wysłanych zaproszeń (20.873.726) stanowiło niespełna 18%. W poszczególnych latach dla programu profilaktyki raka szyjki macicy odsetek ten wynosił: w 2009 – 11,9%, w 2010 – 11,6%, w 2011 – 12,6%, w 2012 – 10,2% (średnio w latach 2009–2013 (I półrocze) – 11,4%), a dla programu profilaktyki raka piersi: w 2009 – 26,5%, w 2010 – 26,3%, w 2011 – 29,4%, w 2012 – 25,1% (średnio w latach 2009 – I półrocze 2013 – 26,4%)¹²⁷. W ocenie NIK tak niski poziom zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe jest niesatysfakcjonujący i podważa skuteczność realizacji NPZChN. Z tego powodu konieczne jest zmodyfikowanie dotychczasowych działań służących zwiększeniu liczby osób korzystających z badań przesiewowych.

Kontrola NIK wykazała, że występują różnice pomiędzy danymi o liczbie kobiet poddanych badaniom przesiewowym przekazywanych przez Ministerstwo Zdrowia, a danymi COK. Według danych COK wysłano zaproszenia do 21.040.425 kobiet, a po ich otrzymaniu na badania zgłosiło się 3.754.360 kobiet, tj. 17,8%.

Tabela nr 7

Zgłaszalność kobiet na badania mammograficzne i efekty realizacji programu profilaktyki raka piersi w Polsce w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp.	Wyszczególnienie	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r. (I półr.)	Kol. 3-7
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Liczba kobiet w populacji określonej programem profilaktyki raka piersi (kobiety w wieku 50–69 lat)	2.477.619	2.522.421	2.560.625	2.599.698	2.636.174	-
2.	Liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia	1.130.206	2.419.464	2.536.771	2.690.028	561.156	9.337.625
3.	Liczba kobiet, które zgłosiły się na badania mammograficzne po otrzymaniu zaproszenia	299.676	637.390	746.831	674.576	65.480	2.423.953
4.	Odsetek kobiet, które zgłosiły się na badania po otrzymaniu zaproszenia (%)	26,5	26,3	29,4	25,1	11,7	26,0
5.	Liczba kobiet, u których wykonano badanie mammograficzne	891.276	985.393	1.120.016	1.115.936	501.227	4.613.848
6.	Wskaźnik zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne (%)	36,0	39,1	43,7	42,9	19,0	-
7.	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania mammograficznego	624.456	697.210	768.124	732.445	332.805	3.155.040
8.	Liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki	42.542	42.496	47.097	46.582	20.009	198.726
9.	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka piersi	6.265	6.369	6.894	6.205	1.089	26.822
10.	Odsetek kobiet, u których rozpoznano raka piersi	0,70	0,65	0,62	0,56	0,22	0,58

Źródło: dane Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, pełniące funkcję Centralnego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka piersi w latach 2009–2013

¹²⁷ Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia.

Tabela nr 8

Zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne i efekty realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp.	Wyszczególnienie	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r. (I półr.)	Razem kol. 3-7
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Liczba kobiet w populacji określonej programem profilaktyki raka szyjki macicy (kobiety w wieku 25-59)	3.274.036	3.289.805	3.293.187	3.293.976	3.290.725	-
2.	Liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia	1.595.302	3.202.915	3.357.111	3.202.915	344.557	11.702.800
3.	Liczba kobiet, które zgłosiły się na badania cytologiczne po otrzymaniu zaproszenia	190.757	371.446	422.378	326.996	18.830	1.330.407
4.	Odsetek kobiet, które zgłosiły się na badania po otrzymaniu zaproszenia (%)	12,0	11,6	12,6	10,2	5,5	11,4
5.	Liczba kobiet, o których wykonano badanie cytologiczne	875.102	796.446	804.555	765.301	343.495	3.584.899
6.	Wskaźnik zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne (%)	26,7	24,2	24,4	23,2	10,4	-
7.	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania cytologicznego	845.637	770.137	778.298	740.405	308.978	3.443.455
8.	Liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki	11.884	9.132	8.901	8.019	3.663	41.599
9.	Liczba kobiet, u których stwierdzono zmiany łagodne i podejrzenia raka	24.488	21.780	21.369	19.819	8.494	95.950
10.	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka szyjki macicy	212	145	165	152	76	750
11.	Odsetek kobiet, u których rozpoznano zmiany łagodne (w %)	2,8	2,7	2,7	2,6	2,5	2,7
12.	Odsetek kobiet, u których rozpoznano raka szyjki macicy (w %)	0,024	0,018	0,021	0,020	0,022	0,021

Źródło: dane Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie pełniącego funkcję Centralnego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka szyjki macicy.

Zgodnie z rekomendacją WHO i ekspertów Komisji Europejskiej¹²⁸ warunkiem skuteczności badań przesiewowych jest ich masowość, długoterminowość i wysoka jakość. Zdrowotne efekty badań przesiewowych widoczne są po wielu latach, co przekłada się na zmniejszenie poziomu umieralności na nowotwory złośliwe. Dopiero wysoka zgłaszalność gwarantuje opłacalność prowadzenia badań przesiewowych.

¹²⁸ European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2008.

Tymczasem, pomimo prowadzenia akcji mających na celu wzrost zgłaszalności pacjentek na badania profilaktyczne, odsetek ten nie uległ znacznej poprawie, a nawet w niektórych województwach zmniejszył się. Odsetek objęcia badaniami w 2011 r. w stosunku do 2010 r. w przypadku badań cytologicznych spadł w sześciu województwach¹²⁹, a w przypadku badań mammograficznych – w pięciu województwach¹³⁰.

Różnice pomiędzy zgłaszalnością w poszczególnych województwach wynikają w dużej mierze ze specyfiki regionów, utrudnionego dostępu do świadczeń na terenach wiejskich, a także z faktu, że część badań cytologicznych wykonywana jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej opłacanych przez NFZ po wyższej cenie (w ramach porady specjalistycznej).

Dane o liczbie kobiet, u których wykonano badania cytologiczne i mammograficzne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i NPZChN, z powodu ich rozproszenia w różnych systemach informatycznych, nie są wykorzystywane w stopniu pozwalającym na rzetelną ocenę efektywności NPZChN. W SIMP, stanowiącym bazę do ustalania populacji kobiet kwalifikujących się do badań przesiewowych NPZChN, wykorzystywanym przez WOK, nie podlegały rejestracji kobiety, które wykonały badania cytologiczne i mammograficzne w ramach POZ, AOS i leczenia szpitalnego, programów finansowanych przez JST oraz prywatnie. W konsekwencji brak jest syntetycznych danych o liczbie zbadanych i kwalifikujących się do udziału w programach przesiewowych kobiet, dlatego celowym jest, w ocenie NIK, wprowadzenie zmian systemów informatycznych, umożliwiających gromadzenie i analizowanie informacji o wszystkich wykonanych badaniach cytologicznych i mammograficznych. Kontrolą objęto 12 podmiotów leczniczych¹³¹, które realizowały zadania WOK programu profilaktyki raka szyjki macicy i/lub raka piersi. W sześciu skontrolowanych jednostkach powierzono zadania WOK dla obu programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi¹³², natomiast w sześciu jednostkach WOK były odrębnie dla każdego programu¹³³.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania skontrolowanych WOK, ze względu na prawidłowe wykonywanie zleconych przez Ministra Zdrowia zadań oraz rzetelne rozliczanie środków na ich realizację.

W badanym okresie koszty zadań zleconych WOK wyniosły 43.294,8 tys. zł, w tym koszty wysyłki imiennych zaproszeń na badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi – 20.342,5 tys. zł, tj. 47% kosztów badanych WOK. Koszty funkcjonowania kontrolowanych WOK w podziale na zadania w latach 2009 – 2013 (do 30 czerwca) przedstawia załącznik nr 9 do informacji.

W umowach zawartych z Ministrem Zdrowia, poczynwszy od 2010 r. w załączniku ustalającym szczegółowe warunki realizacji zadań WOK, określono czas pracy każdej z zatrudnionych osób w wymiarze odpowiadającym równoważnikowi jednego etatu obowiązującego czasu pracy wskazanego w art. 32 g ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹³⁴ (w umowie na rok 2012 i 2013 w art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³⁵), a czas pracy kierownika – w wymiarze nie mniejszym niż 6 godzin dziennie.

¹²⁹ W województwach: warmińsko-mazurskim o 4,32%, opolskim o 4,05%, mazowieckim o 1,38%, pomorskim o 1,85%, dolnośląskim o 1,31%, wielkopolskim o 0,76%.

¹³⁰ Pomorskim o 18,05%, lubelskim o 3,07%, zachodniopomorskim o 2,72%, wielkopolskim o 0,73%, podlaskim o 0,08%.

¹³¹ W tym Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie w ramach kontroli rozpoznawczej.

¹³² Województwo dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, mazowieckie, pomorskie, śląskie, świętokrzyskie.

¹³³ Województwo łódzkie, wielkopolskie, zachodniopomorskie.

¹³⁴ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz.89 ze zm. – uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.

¹³⁵ Dz. U. z 2013 poz.217 ze zm.

W czterech WOK¹³⁶ z 12 objętych kontrolą, stwierdzono, że zadania były realizowane, na podstawie umów zlecenia, przez pracowników podmiotów leczniczych w czasie przeznaczonym na realizację obowiązków wynikających z umowy o pracę.

- W **Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach (ŚCO)** zadania WOK programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi były realizowane, na podstawie umów zlecenia, przez pracowników Centrum w czasie przeznaczonym na realizację obowiązków wynikających z umowy o pracę. Kierownik WOK i jego zastępca zatrudnieni w Centrum na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy, realizowali jednocześnie część zadań WOK w ramach umowy zlecenia w czasie przeznaczonym na realizację zadań Centrum. Jednocześnie ŚCO nie podjęło działań w celu zmniejszenia wynagrodzenia z powodu ich nieobecności w pracy lub niewykonywania przez nich zadań w ramach umów o pracę. Prowadziło to do naruszenia art. 80 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy stanowiącego, że wynagrodzenie przysługuje za pracę wykonaną. Za czas niewykonywania pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia, tylko wówczas, gdy przepisy prawa pracy tak stanowią. Ponadto, umowa zlecenia jest umową cywilnoprawną uregulowaną w Kodeksie cywilnym. Z uwagi na fakt, że do tej umowy nie mają zastosowania przepisy Kodeksu pracy, osobie wykonującej zlecenie przysługują tylko takie prawa, jakie bezpośrednio wynikają z treści umowy.

W toku kontroli ustalono, iż znaczna liczba wyjazdów związanych z działalnością WOK była realizowana w czasie godzin pracy w Centrum. Z analizy poleceń wyjazdu służbowego kierownika WOK wynika bowiem, że w 83 przypadkach ze 131 zbadanych (63,4%)¹³⁷, wyjazdy dotyczyły działalności WOK. Natomiast z analizy poleceń wyjazdu służbowego zastępcy kierownika WOK wynika, że 63 przypadki z 94 zbadanych (62,5%) dotyczyły realizacji zadań WOK¹³⁸. Przebywając na wyjazdach służbowych, jako pracownicy ŚCO, nie realizowali zleconych zadań ustalonych dla kierownika WOK i jego zastępcy.

- W **Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy** lekarze zatrudnieni na podstawie kontraktów, realizowali zadania objęte umowami cywilnoprawnymi (wykłady, szkolenia, kontrole), w dniach i godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów Centrum, stosownie do umów zawartych z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w latach 2009-2013. Powyższa sytuacja dotyczyła 25 umów na łączną kwotę wynagrodzenia 85,7 tys. zł.

WOK nie miały wiedzy o programach realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST), których zakres pokrywałyby się ze świadczeniami finansowanymi przez NFZ w ramach programów przesiewowych. Badania wykonywane w ramach programów finansowanych przez JST, nie podlegały rejestracji w SIMP, stanowiącym bazę do ustalania populacji kobiet kwalifikujących się do badań przesiewowych w ramach programów profilaktycznych. Wykonane badania w programach sfinansowanych przez JST, nie były uwzględniane w określaniu grupy kobiet spełniających kryteria programu. W SIMP nie były również uwzględniane badania wykonane przez kobiety w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego oraz w ramach badań wykonywanych prywatnie.

- W **województwie łódzkim** w latach 2011–2012 w ramach programu finansowanego przez Samorząd Województwa Łódzkiego w działaniu pn. „Zdrowa kobieta – profilaktyka raka piersi”, badaniami przesiewowymi objęto populację kobiet w wieku 25–44 lata. Mammografię wykonano u 634 kobiet w 2011 r. i 450 w 2012 r. Ponadto, Urząd Miasta Łodzi, finansował program, którego celem było obniżenie umieralności kobiet z powodu nowotworów złośliwych piersi poprzez wykrywanie choroby we wczesnym stadium rozwoju. W ramach tego programu badaniami objęto populację kobiet w wieku 40-49 lat zamieszkałych na terenie Łodzi, które w okresie ostatnich dwóch lat nie miały wykonanego badania mammograficznego. Badania realizowane były na podstawie skierowań dystrybuowanych przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Łodzi. W okresie funkcjonowania programu 2009–2011 badaniami objęto 1.301 kobiet¹³⁹.

¹³⁶ W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Mikołaja Kopernika w Łodzi, Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy.

¹³⁷ Polecenia wyjazdów służbowych obejmowały m.in. uczestnictwo w krajowych konferencjach, wyjazdach szkoleniowych, naradach, m.in. w COK, MZ, w naradach z jednostkami samorządu terytorialnego, w promocji i organizacji programu profilaktyki raka piersi i szyjki macicy w województwie świętokrzyskim, jak również prowadzenia kontroli jakości programu profilaktyki raka szyjki macicy.

¹³⁸ Polecenia wyjazdów służbowych obejmowały głównie uczestnictwo w promocji i organizacji programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi w województwie, narady i szkolenia w COK i MZ, prowadzenie ustaleń z JST.

¹³⁹ W tym: w 2009 r. – 336, w 2010 r. – 250, w 2011 r. – 386 i w 2012 r. 329 kobiet.

Audyt kliniczny zdjęć mammograficznych i kontrola jakości badań mammograficznych

Audyt kliniczny polegał na ocenie klinicznej zdjęć mammograficznych, w ośrodkach realizujących mammografię, w ramach programu profilaktyki raka piersi. Obsługa audytu odbywała się według zasad opracowanych przez COK, zatwierdzonych przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz Ministra Zdrowia. Ocena zdjęć mammograficznych prowadzona była przez ekspertów wytypowanych przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Instytut Onkologii w Warszawie pełniący funkcję COK zawierał umowę o dzieło z audytorami, którzy oceniali od 58 do 85 kompletów zdjęć. WOK uczestniczyły w obsłudze audytu pośrednicząc w przekazywaniu zdjęć pomiędzy świadczeniodawcą, a audytorem zgodnie z zakresem zadań określonym w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia.

W latach 2010–2012 przeprowadzono audyt kliniczny zdjęć mammograficznych w 906 ośrodkach, przy czym w poszczególnych latach audytu nie zaliczyło odpowiednio 18, 20 i 7 ośrodków (w 2009 r. umowa zawarta z Ministrem Zdrowia nie przewidywała tego zadania).

Tabela nr 9

Wyniki audytu klinicznego zdjęć mammograficznych w latach 2010–2012

Rok	Liczba ośrodków poddanych audytowi	Wyniki audytu klinicznego					
		Poziom pożądaný	Kol. 5 : kol. 2 (%)	Poziom akceptowany	Kol. 5 : kol. 2 (%)	Audyt niezaliczony	Kol. 7 : kol. 2 (%)
1	2	3	4	5	6	7	8
2010	285	172	60,4	95	33,3	18	6,3
2011	311	191	61,4	100	32,2	20	6,4
2012	310	211	68,1	92	29,7	7	2,3
Razem	906	574	63,4	287	31,7	45	5,0

Źródło: dane Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie pełniącego funkcję Centralnego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka piersi.

W latach 2009–2011 (30 czerwca) wyniki audytu i kontroli jakości przedstawiały dla NFZ jedynie wartość informacyjną. Brak było podstawy prawnej do wypowiedzenia przez NFZ umowy o udzielanie świadczeń z powodu uzyskania przez świadczeniodawcę negatywnej oceny audytu czy kontroli jakości. Dopiero od 1 lipca 2011 r., zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹⁴⁰, jednym z warunków koniecznych do udzielania świadczeń programu profilaktyki raka piersi było uzyskanie pozytywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, przeprowadzanego co roku przez niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do wojewódzkiego ośrodka koordynującego oraz pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych, przeprowadzanej co roku przez wojewódzki ośrodek koordynujący. Wymóg ten został podtrzymany w kolejnych rozporządzeniach Ministra Zdrowia w tej sprawie. W odniesieniu do kontroli jakości, ustawodawca dopuszcza przy nieprawidłowym wyniku możliwość naprawienia uchybień i dostarczenia do oddziału Funduszu dokumentów potwierdzających prawidłowe działanie sprzętu (m.in. mammografu), tj. protokołów

¹⁴⁰ Dz. U. Nr. 52, poz. 271.

serwisu potwierdzających usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. Niezastosowanie się do zaleceń pokontrolnych WOK skutkowało rozwiązaniem przez NFZ umowy o realizację badań mammograficznych.

Z uwagi na termin wprowadzenia tego wymogu, był on uwzględniony przez NFZ w postępowaniach konkursowych od 2011 r. i dotyczył udzielania świadczeń od 1 stycznia 2012 r. Niezaliczenie audytu klinicznego zdjęć mammograficznych przez świadczeniodawcę od 1 lipca 2011 r. mogło stanowić podstawę prawną do wypowiedzenia umowy o udzielanie świadczeń w tym zakresie.

- **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi**, w latach 2010–2012 informował wszystkich świadczeniodawców uczestniczących w programie o zasadach i terminach audytu, zbierał, przygotowywał do oceny i przekazywał do COK, zdjęcia otrzymane od świadczeniodawców. W 2010 r. z 13 pracowni ocenę na poziomie pożądanym uzyskały cztery pracownice. Pozostałe pracownice ocenione zostały na poziomie akceptowanym. W 2011 r. audytowi podlegało 14 pracowni. Ocenę pożądaną uzyskały 4 pracownice, a ocenę akceptowaną – dziewięć pracowni. Wymagań audytu nie spełniła jedna pracownia wyposażona w mammograf cyfrowy. W 2012 r. z 13 pracowni sześć uzyskało wynik na poziomie pożądanym, a siedem na poziomie akceptowanym. O wynikach audytu klinicznego WOK poinformował świadczeniodawców, ŁOW NFZ i Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

W latach 2010–2012 skontrolowano ogółem 1.069 aparatów mammograficznych (w 2013 r. zadanie będzie realizowane w II półroczu). Liczba aparatów, które nie spełniały warunków, w poszczególnych latach, wynosiła odpowiednio 73, 59 i 35. W latach 2011 i 2012 badaniami objęto 100% aparatów.

O wynikach kontroli, WOK informowały dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, właściwego terytorialnie Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Wyniki kontroli jakości pracowni mammograficznych przeprowadzonych przez COK i WOK w latach 2011–2012 wskazują na poprawę stanu aparatury i jakości badań przesiewowych w porównaniu do lat ubiegłych. Coraz lepsze wyniki uzyskiwane przez świadczeniodawców w zakresie jakości mammografii są skutkiem m.in. wprowadzenia obowiązku corocznej kontroli jakości każdej pracowni mammograficznej, realizującej program profilaktyki raka piersi na poziomie podstawowym.

3.3.2. Realizacja umów zawartych z OW NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi oraz w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tomografii pozytonowej emisyjnej

3.3.2.1. Realizacja świadczeń programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka piersi

NIK skontrolowała 19 podmiotów leczniczych¹⁴¹, które w badanym okresie zrealizowały świadczenia w ramach programów profilaktyki o łącznej wartości 57.956,9 tys. zł (87,7% wartości zakontraktowanej przez NFZ – 66.121 tys. zł), w tym: świadczenia programu profilaktyki raka szyjki macicy o wartości 23.553,8 tys. zł (87,7% wartości zakontraktowanej – 26.927,4 tys. zł) i programu profilaktyki raka piersi o wartości 33.879,9 tys. zł (86,4% wartości zakontraktowanej – 39.194,7 tys. zł).

Szczegółowe dane dotyczące realizacji ww. świadczeń przez badane podmioty lecznicze zawiera załącznik nr 5 do informacji.

¹⁴¹ W tym 18 podmiotów w ramach kontroli planowej i jeden podmiot – Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w ramach kontroli rozpoznawczej.

NIK oceniła działalność siedmiu podmiotów leczniczych pozytywnie w badanym zakresie (36,8%)¹⁴², natomiast 12 pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości (63,2%)¹⁴³.

Siedem podmiotów (36,8%) wykazało nierzetelne dane dotyczące wykorzystywanych zasobów do realizacji programów profilaktyki w ramach umów podpisanych z NFZ, w tym: cztery podmioty zarówno w zakresie zatrudnienia personelu medycznego jak i wyposażenia w aparaturę medyczną (21%)¹⁴⁴, dwa w zakresie zatrudnienia personelu medycznego (10,5%)¹⁴⁵, a jeden podmiot w zakresie wyposażenia w aparaturę medyczną (5,3%)¹⁴⁶.

- **Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu**, w ofertach i w umowach o udzielanie świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi podał nierzetelne dane dotyczące sprzętu medycznego, wykorzystywanego do ich udzielania. Szpital posiadał dwa mammografy do 31 marca 2012 r. a od dnia 1 kwietnia 2013 r. jeden mammograf. Natomiast w ofertach i w umowach na lata 2009–2013 wykazał odpowiednio: 3, 4, 5, 6 i 4 takie urządzenia. Przyczyną wykazania większej liczby mammografów był błąd techniczny polegający na nie zamknięciu po kolejnym roku „dostępności do sprzętu” w systemie informatycznym, co skutkowało automatycznym zaimportowaniem wszystkich danych do profilu szablonu wersji papierowej umowy z NFZ. Rozbieżności zostały usunięte w kwietniu 2013 r.¹⁴⁷

W Szpitalu świadczenia były realizowane przez personel (siedem osób) niewymieniony w załączniku nr 2 do umowy zawartej z Oddziałem NFZ, co było niezgodne z § 9 ust. 1 zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne¹⁴⁸. W załączniku nr 2 do umów z NFZ nie ujęto pięciu lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej i technika elektroradiologii realizujących świadczenia programu profilaktyki raka piersi oraz diagnosty laboratoryjnego realizującego świadczenia programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny. Natomiast wśród lekarzy udzielających świadczeń wykazano specjalistę w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, który zaprzestał ich udzielania od 1 lutego 2013 r. W trakcie kontroli NIK, Szpital dokonał aktualizacji danych dotyczących personelu medycznego.

- **Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach** zarówno w ofertach¹⁴⁹, jak i w załącznikach do umów o realizację świadczeń programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, w latach 2009–2013, wykazało sprzęt medyczny niezgodnie ze stanem faktycznym, pod względem liczby, numeru seryjnego, rodzaju sprzętu. Ponadto, Centrum nie zgłaszało do NFZ zmian dotyczących personelu medycznego, w terminie wymaganym § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz § 2 ust. 9 umów zawartych z NFZ. Stwierdzono, że w ramach realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny: lekarz, wykazany w załącznikach do umów z NFZ jako udzielający świadczeń w latach 2009–2010, faktycznie był

¹⁴² Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. T. Sokołowskiego Pomorskiego UM w Szczecinie, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

¹⁴³ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr W. Biegańskiego w Grudziądzu, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie, Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Centrum Onkologii Instytut M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej Curie w Poznaniu, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SP ZOZ w Warszawie, Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska, SPZOZ w Warszawie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

¹⁴⁴ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

¹⁴⁵ Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie.

¹⁴⁶ Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

¹⁴⁷ Aneks nr 13 z dnia 19 kwietnia 2013 r. do umowy nr 11-13/T0006/PRO.

¹⁴⁸ Nr 57/2009/DSOZ z dnia 29 października 2009 r. (ze zm.) i Nr 98/2012/DSOZ z dnia 21 grudnia 2012 r.

¹⁴⁹ Złożonych w ramach konkursu ofert przeprowadzonego w 2010 r.

zatrudniony do sierpnia 2009 r.; technik analityki medycznej, wykazany w załączniku do umowy jako udzielający świadczeń od stycznia do grudnia 2010 r., faktycznie był zatrudniony do czerwca 2010 r.; technik analityki medycznej, wykazany w załączniku do umowy jako udzielający świadczeń od stycznia do grudnia 2012 r., faktycznie był zatrudniony do grudnia 2011 r. W przypadku lekarza, wykazanego w umowie jako udzielającego świadczeń od stycznia do grudnia 2011 r., informację o zakończeniu pracy w Centrum przekazano do NFZ z opóźnieniem ponad 2-miesięcznym. Powyższe nieprawidłowości spowodowane były niedopatrzeniem pracownika Działu Zatrudnienia i Analiz Kadrowych.

W ocenie NIK zmiany zachodzące w składzie personelu realizującego kontrakt z NFZ nie pozostają bez wpływu na jakość i dostępność oferowanych świadczeń zdrowotnych. Rozwiązanie umowy o pracę np. z lekarzem, zmienia potencjał wykorzystywany przez świadczeniodawcę podczas realizacji umowy, stąd wynika konieczność należytego wywiązywania się świadczeniodawcy z obowiązku bieżącego aktualizowania danych o zatrudnieniu personelu medycznego.

Oferty złożone przez dwóch świadczeniodawców (10,5%) nie spełniały wymagań określonych w programie profilaktyki raka piersi w zakresie kwalifikacji personelu medycznego.

- **Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku** zgłosiło cztery osoby do udzielania świadczeń, które nie posiadały certyfikatu potwierdzającego zdanie egzaminu i ukończenie szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta, co stanowiło naruszenie przepisów art. 33c ust. 5 ustawy Prawo atomowe. Ponadto, przepisy §56 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej zobowiązywały do uzyskania ww. certyfikatu do 31 grudnia 2008 r. Brak ważnego certyfikatu uniemożliwia wykonywanie pracy. Zdaniem NIK nieprawidłowości w tym zakresie mogły stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.
- **Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu** – realizujący programy profilaktyki raka piersi nie zapewnił personelu medycznego o wymaganym doświadczeniu zawodowym. Warunki realizacji świadczeń w zakresie wymagań dotyczących doświadczenia personelu medycznego określił Prezes NFZ w zarządzeniach z dnia 29 października 2009 r. i z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne. Dwóch lekarzy z czterech opisujących zdjęcia mammografii nie opisywało wymaganych 500 mammografii rocznie, a pięciu z siedmiu techników elektroradiologii nie wykonywało 1.000 mammografii rocznie. Maksymalna liczba wykonanych mammografii w roku (analizą objęto lata 2010-2012) przez pięciu techników elektroradiologii nie przekroczyła 481 (czterech techników elektroradiologii wykonało od 390 do 481, a jeden od 17 do 216 mammografii). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że liczba badań mammograficznych zakontraktowanych w ramach programów profilaktycznych uniemożliwia spełnienie wymogu doświadczenia w postaci 1.000 badań przeprowadzonych przez każdego z techników elektroradiologii i 500 opisów zdjęć mammografii przez lekarzy, mimo że posiadają doświadczenie i umiejętności zawodowe.
- **Centrum Onkologii w Bydgoszczy** nie poinformowało NFZ o zaprzestaniu udzielania świadczeń programu profilaktyki raka piersi, mimo obowiązku wynikającego z zawartej umowy. Oddział NFZ o zaistnieniu tej sytuacji dowiedział się dopiero podczas wizytacji Centrum w kwietniu 2013 r., i nałożył karę umowną w wysokości 10,8 tys. zł, stanowiącą 2% wartości umowy. Niedotrzymanie warunków umowy, naraziło Centrum na nieuzasadnione straty w wysokości zapłaconej kary umownej. Działanie takie NIK ocenia jako niegospodarne.

Zgodnie z art. 7 ustawy o statystyce publicznej oraz załącznikami do rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej, określonymi na poszczególne lata 2009–2013, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych mają obowiązek przekazywania regionalnemu rejestrowi nowotworów raz w miesiącu (do 15 dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby) karty zgłoszenia nowotworu złośliwego o symbolu MZ/N-1a, w formie elektronicznej lub papierowej.

W dziewięciu podmiotach leczniczych z 19 skontrolowanych (47,4%)¹⁵⁰ nierzetelnie wywiązywano się z obowiązku wypełniania i przekazywania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a Krajowemu Rejestrowi Nowotworów i wojewódzkim biuram rejestracji nowotworów, w ramach badań statystyki publicznej¹⁵¹.

- **Centrum Medycznym „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie**, w okresie objętym kontrolą, przekazało 136 spośród 265 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego (sprawozdania MZ/N-1a) z opóźnieniem wynoszącym od jednego dnia do trzech i pół roku. Prezes Zarządu wyjaśnił, że podjęte zostały działania zapobiegawcze – pracownicy Centrum, w szczególności lekarze, zostaną zobowiązani do ponownego zapoznania się ze stosownymi przepisami oraz zostaną przeszkoleni w zakresie prawidłowego wypełniania kart.
- **Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska, SPZOZ, w Warszawie** nie sporządziła i nie przekazała do rejestru 39 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego w latach 2012–2013 (I półrocze).

W 4 podmiotach¹⁵² z 19 kontrolowanych (21,1%) odnotowano niepełną realizację zakontraktowanych świadczeń programu profilaktyki raka szyjki i raka piersi.

- **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu**, w 2009 r. wykonał świadczenia programu profilaktyki raka piersi (etap podstawowy) o wartości 68.940 zł, co stanowiło 32,8% wartości zakontraktowanej. Przyczyną niezrealizowania świadczeń zakontraktowanych było niezgłaszanie się pacjentek na badania.
- **Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie (ZCO)** w 2010 r. wykonało świadczenia programu profilaktyki raka piersi o wartości 777,4 tys. zł, tj. 77,5% wartości zakontraktowanej. Przyczyną niższego wykonania świadczeń w stosunku do planu było zwiększenie liczby ośrodków realizujących program profilaktyczny w ramach umowy z OW NFZ, a także zaprzestanie badań w trybie mobilnym (mammobusie) w okresie 16 sierpnia – 12 grudnia 2010 r. z uwagi na wymianę aparatu mammograficznego i jego modernizację.

W ośmiu podmiotach¹⁵³ (42,1%) nie funkcjonował system umożliwiający pacjentkom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, mimo że przepisy art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, weszły w życie od 1 stycznia 2013 r.

- W **Centrum Medycznym „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie** uruchomiony od dnia 4 września 2013 r. (w trakcie kontroli NIK) tymczasowy system e-rejestracji polegał na elektronicznym przekazaniu danych kontaktowych przez pacjentkę. Na wizyty umawiano się telefonicznie.
- W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Mikołaja Kopernika w Łodzi** nie było możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Szpital jest beneficjentem projektu, pn. „Regionalny System Informacji Medycznej”, który realizuje Samorząd Województwa. W ramach tego projektu przewidziano utworzenie systemu elektronicznej rejestracji pacjentów we wszystkich podległych Urzędowi Marszałkowskiemu placówkach w województwie łódzkim. Rozpoczęcie etapu realizacji utworzenia platformy medycznej a w niej elektronicznej rejestracji pacjentów, zintegrowanej z systemem szpitalnym planowane jest do końca 2013 r.

¹⁵⁰ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska, SPZOZ, w Warszawie, Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SP ZOZ w Warszawie, Centrum Medycznym „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie, Centrum Onkologii Instytut Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

¹⁵¹ Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej, określonymi na poszczególne lata 2009–2013, wydane na podstawie art. 18 ustawy o statystyce publicznej.

¹⁵² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

¹⁵³ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika w Łodzi, Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SP ZOZ w Warszawie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

3.3.2.2. Realizacja umów o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej

Kontrolą objęto sześć z siedmiu publicznych ośrodków tomografii pozytonowej, utworzonych w ramach programu budowy ośrodków PET. Kontrolowane ośrodki PET zostały ocenione pozytywnie.

W latach 2009–2013 (do 30 czerwca) wartość wykonanych świadczeń w badanych ośrodkach PET wynosiła łącznie 239.577,1 tys. zł, tj. 100,8% wartości zakontraktowanej (237.610,7 tys. zł). W tym okresie wykonano łącznie 54.835 badań. Realizacja świadczeń w poszczególnych ośrodkach PET wynosiła od 95,7% w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku do 114,2 % w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu.

Tabela nr 10

Liczba urządzeń PET i realizacja umów z NFZ o udzielanie świadczeń z zastosowaniem PET w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba urządzeń PET	Świadczenia w latach 2009–2013 (do 30.06)		Kol. 5 : Kol. 4 (w %)	Liczba wykonanych badań
			zkontraktowane (w tys. zł)	wykonane (w tys. zł)		
1	2	3	4	5	6	7
1.	Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy	2	85.657,4	88.442,5	103,3	20.168
2.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii	1	44.629,5	41.456,4	92,9	9.532
3	Centrum Onkologii Instytut M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach	2	55.324,8	56.198,1	101,6	12.799
4	Centrum Onkologii Instytut M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie	1	22.713,0	22.332,9	98,3	5.096
5.	Wielkopolskie Centrum Onkologii	1	16.849,7	19.247,6	114,2	4.437
6.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	1	12.436,3	11.899,6	95,7	2.803
	Razem	8	237.610,7	239.577,1	100,8	54.835

Źródło: dane przedstawione przez podmioty lecznicze w trakcie kontroli NIK

Liczba badań wykonanych przez ośrodki PET uzależniona była od wielkości kontraktu z NFZ, liczby skierowań oraz wartości świadczeń realizowanych również przez inne placówki, w tym prywatne. Trzy ośrodki PET, z sześciu badanych¹⁵⁴, realizowały mniej niż dwa tys. badań rocznie, nie osiągając założonego w programie wskaźnika docelowego.

- W **Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku** w latach 2010–2013 (do 30 czerwca) wykonano łącznie 2.803 badania diagnostyczne w tym: 423 w 2010 r., 594 w 2011 r., 977 w 2012 r. i 809 w I połowie 2013 r.

¹⁵⁴ Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

- W **Wielkopolskim Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Poznaniu** w latach 2009–2013 wykonano łącznie 4.437 badań diagnostycznych, w tym: 503 w 2009 r., 1.021 w 2010 r., 1.127 w 2011 r., 1.208 w 2012 r. i 578 badań w 2013 r. (do 30 czerwca). Wartość wykonanych świadczeń tomografii przekroczyła wartość umowy w 2009 r. o 18 tys. zł, a w 2010 r. o 2.794,5 tys. zł. Świadczenia zostały zapłacone przez NFZ na podstawie zawartych uгод. Natomiast świadczenia wykonane ponad wartość zakontraktowaną w 2011 r. o 3.222,0 tys. zł i w 2012 r. o 1.119,3 tys. zł, do dnia zakończenia kontroli NIK, nie zostały zapłacone. Przekroczenia rocznych limitów spowodowane były, wg wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, koniecznością ustalenia właściwego postępowania terapeutycznego wobec leczonych pacjentów onkologicznych. Bez wykonania tego typu badań niemożliwe było planowanie i dalsze prawidłowe leczenie pacjentów.

Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach nie poinformowało ŚOW NFZ o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń tomografii pozytonowej, czym naruszyło § 9 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów oraz § 2 ust. 2 umowy zawartej z NFZ na rok 2009. W okresie lipiec – wrzesień 2009 r. Centrum wykonało tylko 52 świadczenia, tj. o 576 mniej od liczby zakontraktowanej. Liczba badań określona w umowie w tych miesiącach wynosiła odpowiednio 210, 209 i 209, natomiast wykonanie odpowiednio: 29, 0 i 23 badania. Przyczyną niezgodnienia z NFZ przerwy w udzielaniu świadczeń było niedopełnienie tego obowiązku przez pracownika Centrum.

Ponadto, w Centrum Onkologii w Gliwicach stwierdzono nieprawidłowości polegające niewyegzekwowaniu od dostawcy urządzeń terminowego zrealizowania wszystkich szkoleń pracowników, wynikających z zawartej umowy z Siemens Sp. z o.o. na dostawę, montaż wraz z adaptacją pomieszczeń oraz uruchomienie urządzenia PET/CT¹⁵⁵ i nierzetelnym dokumentowaniu uczestnictwa w szkoleniach. Według przedstawionych w toku kontroli zestawień z 80 osobodni szkoleń przewidzianych w umowie wykorzystano 67. Niewykorzystane jeszcze szkolenia, jak wyjaśnił Kierownik Zakładu Planowania Radioterapii i Brachyterapii, będą realizowane w następnym roku, pozwoli to na zapoznanie się z nowymi możliwościami stosowanej aparatury.

Zwiększenie liczby ośrodków onkologicznych wyposażonych w urządzenia PET nie doprowadziło do zmniejszenia kolejki osób oczekujących. W trzech skontrolowanych ośrodkach PET wzrosła liczba oczekujących na badanie.

- W **Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie** liczba osób oczekujących na badanie PET wzrosła z 48 na koniec 2009 r. do 104 na 30 czerwca 2013 r., średni rzeczywisty czas oczekiwania wydłużył się z 14 dni do 28 dni.
- W **Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu** liczba oczekujących wzrosła z 28 w 2009 r. do 80 w 2013 r., a średni rzeczywisty czas oczekiwania z 16 dni w 2009 r. do 23 w 2013 r.
- W **Świętokrzyskim Centrum Onkologii**, w latach 2009–2013 liczba oczekujących wzrosła z 75 osób na koniec 2009 r. do 118 na 30 czerwca 2013 r., a średni czas oczekiwania wydłużył się z 13 dni do 14 dni.

Zmniejszenie liczby oczekujących i skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia PET odnotowano w dwóch ośrodkach¹⁵⁶.

- W **Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku** liczba oczekujących do pracowni PET zmniejszyła się z 94 osób w 2010 r. do 67 osób w 2013 r., a średni czas oczekiwania skrócił się z 49 dni do 20 dni.
- W **Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy** liczba osób oczekujących w kategorii pilnej zmniejszyła się z 490 w 2009 r. do 6 w 2013 r. W latach 2009–2011 nie było osób oczekujących w kategorii stabilnej natomiast w latach 2012–2013 liczba tych osób wzrosła z 142 do 208; średni rzeczywisty czas oczekiwania na badanie wynosił: w przypadku pilnym odpowiednio 35, 21, 14, 5 i 3 dni, a w przypadku stabilnym odpowiednio: 0, 0, 0, 10 i 15 dni.

¹⁵⁵ Umowa nr DA/DZ-382-257/10 zawarta w dniu 8 września 2010 r.

¹⁵⁶ Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy.

3.3.3. Zakup aparatury medycznej do radioterapii w ramach NPZChN i jej wykorzystanie

W Polsce radioterapia jest realizowana w 37 ośrodkach onkologicznych, w tym w 30 ośrodkach publicznych (23 pełnoprofilowe i siedem wykonujących wybrane formy radioterapii) oraz w siedmiu niepublicznych ośrodkach radioterapii, wykonujących podstawowe i wysokospecjalistyczne procedury radioterapii¹⁵⁷.

Kontrolą objęto 10 publicznych ośrodków radioterapii (33,3%), które otrzymały dofinansowanie z budżetu państwa na zakup aparatury radioterapeutycznej, modernizację posiadanej oraz modyfikację i rozbudowę oprogramowania wykorzystywanego do radioterapii, na łączną kwotę 329.845,0 tys. zł, tj. 58,6% wydatków na program radioterapii w badanym okresie (562.926,7 tys. zł). Ośrodki radioterapii objęte kontrolą, zakupiły m.in. 17 akceleratorów wraz z wyposażeniem o wartości całkowitej 186.375,4 tys. zł, w tym dofinansowanie z budżetu państwa – 142.872,2 tys. zł (76,7%).

Wydatki poniesione z budżetu państwa na zakup aparatury do radioterapii przez skontrolowane ośrodki radioterapii przedstawia załącznik nr 6 do informacji.

NIK pozytywnie ocenia zakup i wykorzystanie aparatury do radioterapii przez cztery ośrodki onkologiczne natomiast pozostałe – pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

W dwóch z 10 badanych ośrodkach radioterapii¹⁵⁸ wydatkowano środki finansowe na zadania nieprzewidziane w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia o realizację programu radioterapii.

- **Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie**, niezgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia wykorzystało 2.822,2 tys. zł, w tym środki budżetu państwa – 2.417,6 tys. zł (85% wartości zadań) na sfinansowanie m.in. adaptacji pomieszczeń niezbędnej do instalacji zakupionej aparatury: akceleratorów i tomografu komputerowego¹⁵⁹, demontażu akceleratorów wycofanych z eksploatacji: akceleratora wysokoenergetycznego Clinac 2300CD S/N oraz akceleratora Mevatron i dodatkowych komponentów wykonanych w ramach umowy nr 700/1, szkoleń pracowników poza miejscem instalacji aparatów (krajowych i zagranicznych).

W dwóch ośrodkach radioterapii¹⁶⁰ wyboru dostawcy aparatury, a w jednym wykonawcy adaptacji pomieszczeń¹⁶¹, dokonano z naruszeniem przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych (Pzp)¹⁶².

- **Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie** w opisie przedmiotu zamówienia na dostawę akceleratora liniowego z wyposażeniem, w treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wskazało producenta kolimatora, stanowiącego wyposażenie akceleratora o wartości 9.007,6 tys. zł, czym naruszyło art. 29 ust. 2 Pzp, stanowiący, że przedmiotu zamówienia nie można opisywać w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję. Powyższe działanie stanowiło naruszenie art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁶³.
- W **Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie** udzielono zamówienia w trybie z wolnej ręki na adaptację pomieszczeń (bunkrów) o wartości 1.542,6 tys. zł, co było sprzeczne z art. 67 ust 1 pkt. 1a Pzp. Wybrane podmioty (Candela Sp. z o.o. oraz RTA Sp. z o.o.) nie były jedynymi wykonawcami tych prac i mogła je wykonać inna specjalistyczna firma, tym bardziej, że w przypadku umowy nr 709/2009 wykonanie tych prac zlecono podwykonawcy. Ponadto, nierzetelnie sporządzono wyceny wartości szacunkowej trzech badanych zamówień publicznych, udzielonych w trybie z wolnej ręki (art. 67 ust 1 pkt 1a Pzp), nie zawierały one,

¹⁵⁷ Suplement do Sprawozdania z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2012 – opracowany przez Ministerstwo Zdrowia na wniosek Komisji Zdrowia.

¹⁵⁸ Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Świętokrzyskie Centrum Onkologii.

¹⁵⁹ Akceleratorów: umowy nr 709/09 i 700/10, tomografu komputerowego: umowa nr 816/2010.

¹⁶⁰ Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu.

¹⁶¹ Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

¹⁶² Por. przypis 33.

¹⁶³ Dz. U. z 2013 r., poz. 168.

bowiem wyodrębnionych wartości poszczególnych dostaw, będących przedmiotem zamówienia, tj. wartości akceleratorów, adaptacji pomieszczeń do ich instalacji, demontażu zużytych akceleratorów oraz szkoleń pracowników (w miejscu i poza miejscem instalacji akceleratorów). Podstawą wycen były oferty wstępne firm, którym następnie udzielono zamówienia z wolnej ręki:

- oferta z dnia 17 sierpnia 2009 r. o wartości 9.750 tys. zł zawierała: wartość zakupu akceleratora, koszty adaptacji pomieszczeń niezbędnych do jego instalacji oraz szkoleń pracowników. Adaptacja pomieszczeń polegała na wykonaniu robót budowlano-instalacyjnych bunkra, w celu dostosowania pomieszczeń do wymogów bezpieczeństwa radiologicznego. Instytut dysponował dokumentacją w tym zakresie, jednak nie posiadał dokumentacji technicznej i kosztorysu,
- oferta z dnia 13 września 2010 r. zawierała cenę akceleratora, cenę modernizacji sprzętowej systemu zarządzania i modernizacji sprzętowej dwóch akceleratorów. Natomiast w umowie nr 700/10, o wartości 13.719,3 tys. zł, w przedmiocie umowy wymieniono ponadto adaptację pomieszczeń do jego instalacji oraz szkolenia pracowników poza miejscem instalacji (krajowe i zagraniczne), bez określenia ich wartości.
- oferta z dnia 25 lipca 2011 r. o wartości 21.320,0 tys. zł brutto zawierała wartość oprogramowania oraz akceleratora Clinac2300CD. W opisie przedmiotu zamówienia w umowie nr 670/2011 (o wartości 17.290,0 tys. zł brutto) wymieniono ponadto demontaż zużytego akceleratora wysokoenergetycznego, modernizację systemu interfonie oraz przeinstalowanie interfejsu systemu RapidArc z jednego akceleratora na drugi, oraz szkolenie pracowników poza miejscem instalacji akceleratora, bez określenia ich wartości.

Instytut nie miał informacji o rynkowych cenach aparatów, adaptacji pomieszczeń oraz szkoleń pracowników. Zaniechanie działań związanych z pełnym rozpoznaniem rynku oraz ustaleniem wszystkich wartości składowych zamówienia, zdaniem NIK, naruszyło zasadę dokonywania wydatków publicznych w sposób oszczędny, przy jednoczesnym uzyskaniu jak najlepszych efektów z danych nakładów, do czego zobowiązywał art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹⁶⁴.

W dokumentach o wszczęciu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego¹⁶⁵ na zakup akceleratorów, oprogramowania i modernizację wartości szacunkowe podano w kwotach brutto (54.080,0 tys. zł), co było niezgodnie z art. 32 Pzp. Natomiast w zawiadomieniach do Prezesa UZP, o wszczęciu postępowania w trybie z wolnej ręki (art. 67 ust 2 Pzp), podano je w kwotach netto. W ogłoszeniach o dobrowolnej przejrzystości wartości zamówienia przedstawiano niejednolicie: w ogłoszeniu z dnia 14 października 2010 r. (umowa nr 700/10) nie podano tej wartości, z dnia 28 stycznia 2011 r. (umowa nr 110/2011) podano je w kwocie netto, z dnia 13 września 2011 r. (umowa nr 670/11) podano w kwocie brutto.

- **Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu** nie dopełniło obowiązku wynikającego z art. 95 ust. 2 Pzp, nie przekazując do publikacji Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszenia o udzieleniu zamówienia. Nieprawidłowość ta dotyczyła dokonanego w 2011 r. zakupu tomografu komputerowego w trybie przetargu nieograniczonego za kwotę brutto 3.003,3 tys. zł. Ogłoszenie o udzieleniu zamówienia zostało przekazane do publikacji po upływie 15 miesięcy od dnia zawarcia umowy z dostawcą. Ponadto w postępowaniu przeprowadzonym w 2011 r. w trybie z wolnej ręki, dotyczącym rozbudowy zintegrowanej linii radioterapeutycznej o wartości brutto 9.342,0 tys. zł, kierownik zamawiającego, nie złożył oświadczenia wymaganego art. 17 ust. 2 Pzp.

W czterech ośrodkach onkologicznych¹⁶⁶ stwierdzono nieprawidłowości polegające na finansowaniu szkoleń, które nie miały bezpośredniego związku z użytkowaniem zakupionej aparatury, nierzetelnym dokumentowaniu uczestnictwa w szkoleniach i nie wyegzekwowaniu od dostawcy urządzeń terminowego zrealizowania wszystkich szkoleń pracowników wynikających z zawartych umów.

- **W Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach** wydatkowano środki przekazane przez Ministra Zdrowia w ramach programu radioterapii na szkolenia i kursy zrealizowane na podstawie czterech umów z dostawcami aparatury medycznej¹⁶⁷. Zdaniem NIK, niezgodne z postanowieniami wspomnianej umowy było dofinansowanie kursów, niemających bezpośredniego związku z użytkowaniem nowo zakupionej aparatury medycznej, a służących poszerzeniu wiedzy medycznej pracowników Centrum. Umowy z dostawcami aparatury oraz faktury nie zawierały kosztów elementów wymienionych w tych umowach, w tym m.in. kosztów kursów i szkoleń.

¹⁶⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

¹⁶⁵ Dotyczących umów nr 709/2009, 670/2011, 700/10, 110/2011.

¹⁶⁶ Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach.

¹⁶⁷ 255/68/11, EZP 207/50/09, 336/99/10, 335/99/10.

- **W Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie** nierzetelnie rozliczano niektóre umowy zawarte z wykonawcami na dostawę aparatury do radioterapii¹⁶⁸, tj.: w ramach umowy nr 816/2010 nie zrealizowano zaplanowanych szkoleń pracowników¹⁶⁹, mimo opłacenia pełnej kwoty za przedmiot umowy¹⁷⁰. W umowach nie określono wartości tych szkoleń. Z informacji uzyskanej od wykonawcy umowy, w trybie art. 29 ust 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, wynikało, iż z uwagi na fakt, że Zamawiający nie złożył wniosku o przeprowadzenie szkoleń, Siemens Sp. z o.o. jeszcze ich nie zorganizowała. Na szkolenia Spółka Siemens przewidziała środki w wysokości 44,6 tys. zł, do 23 sierpnia 2013 r. wykorzystano 4,5 tys. zł. Niezrealizowanie planowych szkoleń pracowniczych mimo poniesienia kosztów na kwotę 40,1 tys. zł, zdaniem NIK, było działaniem niegospodarnym. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych wyjaśniła m.in., iż: „nieznane są przyczyny braku pełnej realizacji postanowień dotyczących szkoleń w ramach umowy 816/2010. W związku z tą sytuacją Kierownik Zakładu Radioterapii został zobowiązany zwrócić się do firmy Siemens z wnioskiem o przedłużenie możliwości odbycia szkoleń w br.”.

W Centrum Onkologii w Warszawie nie udokumentowano uczestnictwa pracowników Instytutu w szkoleniach przewidzianych w umowach podpisanych z firmą Candela Sp. z o.o. na dostawę aparatury, tj.:

- w przypadku umowy 670/2011 nie udokumentowano udziału 10 pracowników w pięciodniowych szkoleniach w zakresie zastosowania współczesnych technik radioterapii¹⁷¹. W przekazanym Instytutowi przez firmę Candela Sp. z o.o., imiennym wykazie 10 osób biorących udział w szkoleniach zagranicznych nie podano daty szkolenia, co uniemożliwiało porównanie tych danych z listą certyfikatów. Z imiennego wykazu 10 pracowników Instytutu przekazanego przez firmę Candela wynikało, iż trzech pracowników miało brać udział w szkoleniu w ramach Estro Barcelona 2012, dwóch pracowników – Estro Gdańsk 2012, czterech – Estro Lucerna 2012 r., jeden – Estro Bruksela 2012 r. i jeden AAO-HNS Waszyngton 2012. Wykaz ten nie zawierał daty szkolenia. Z dokumentacji kadrowej wynikało, iż jedna osoba z wykazu nie ubiegała się w 2012 r. o wyrażenie zgody przez Dyrektora Instytutu na płatną usprawiedliwioną nieobecność w pracy z tytułu udziału w szkoleniu, druga osoba została zwolniona z pracy w dniu 15 października 2004 r. i nie mogła uczestniczyć w szkoleniu w Waszyngtonie w 2012 r.
- do umowy nr 700/10 przekazano wykaz tematów kursów i szkoleń na terenie Polski oraz liczbę uczestników tych kursów. W wykazie nie przedstawiono nazwisk uczestników kursów, miejsca szkolenia, daty szkolenia oraz nazwy instytucji szkolącej. Ponadto nie udokumentowano udziału sześciu pracowników w kursach zagranicznych¹⁷². Pełniący obowiązki Kierownika Pracowni Przygotowania Planowania i Leczenia Napromieniowaniem – Zakładu Teleterapii przy ul. Wawelskiej 15 wyjaśnił, iż: nie jest w stanie dokładnie określić miejsca szkoleń i osób w nich uczestniczących. Decyzję o szkoleniach podejmowała osobiście pani profesor, która obecnie jest na emeryturze.

Skontrolowane podmioty lecznicze, po wygaśnięciu okresu gwarancyjnego wynikającego z umowy na dostawę aparatury do radioterapii onkologicznej zawierały z jej dostawcami umowy na usługi serwisowe i konserwację. Zgodnie z art. 90 ust 4 ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych¹⁷³ usługi serwisowe powinny być świadczone przez podmiot autoryzowany przez producenta. Umowy zawierano głównie w trybie niekonkurencyjnym – zamówienia z wolnej ręki. Koszty serwisu i konserwacji aparatury w kontrolowanych podmiotach, w latach 2009–2013, wyniosły 192.058,6 tys. zł, przy czym ich wysokość była zróżnicowana i wynosiła od 5.863,2 tys. zł w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku do 43.839,9 tys. zł. w Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach.

- **Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach** zawarło siedem umów z firmą Candela Sp. z o. o., wybraną w trybie zamówień publicznych z wolnej ręki oraz trzy umowy z firmą TMS Sp. z o. o., wybraną w trybie przetargu nieograniczonego na serwis, naprawę i konserwację sprzętu do radioterapii. Koszty wykonania tych usług wyniosły 43.839,9 tys. zł.

¹⁶⁸ Umowy nr 816/2010, 700/10, 670/2011.

¹⁶⁹ Wymienionych w załączniku nr 1, w pkt. 91 i 92.

¹⁷⁰ Szkolenia dla lekarzy, udział w kongresach – 20 osobodni, fizyków – 20 osobodni.

¹⁷¹ Pkt. 2 załącznika nr 5 do umowy.

¹⁷² Pkt 2 załącznika nr 2 do umowy 700/10.

¹⁷³ Dz. U. Nr 107, poz. 679.

- **Beskidzkie Centrum Onkologii im. Jana Pawła II w Bielsku Białej**, w latach 2009–2013 zawarło cztery umowy wieloletnie z firmą Candela Sp. z o.o. z – realizatorem serwisu poszczególnych aparatów i sprzętu do radioterapii. Wykonawcę serwisu aparatury wybrano w trybie zamówienia z wolnej ręki. Koszty serwisu wyniosły 7.835,7 tys. zł.
- W **Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie** serwis aparatury do radioterapii wykonywany był na podstawie umów zawartych w trybie z wolnej ręki, (z wyjątkiem RTA sp. z o.o.). W uzasadnieniu wyboru trybu zastosowania wolnej ręki ZCO wskazywał, że usługobiorca był wyłącznym i autoryzowanym przedstawicielem handlowym i serwisowym producenta, posiadanych przez niego akceleratorów (art. 67 ust. 1 pkt 1 a ustawy Pzp). Koszty wykonania tych usług wyniosły 17.697,5 tys. zł.

W badanym okresie liczba pacjentów leczonych promieniowaniem jonizującym w 10 ośrodkach radioterapii zwiększyła się z 40.674 w 2009 r. do 46.203 w 2012 r., tj. o 13,6%. W I połowie 2013 r. leczono 21.855 pacjentów. Liczba pacjentów oczekujących na leczenie promieniowaniem jonizującym w kontrolowanych ośrodkach radioterapii wynosiła: 1.716 w 2009 r., 1.604 w 2010 r., 1.721 w 2011 r., 1.112 w 2012 r. i 1.345 w 2013 r. (do 30 czerwca).

W 20% skontrolowanych ośrodków radioterapii czas oczekiwania na udzielenie świadczenia był dłuższy niż 4 tygodnie, a w niektórych zakładach wynosił nawet 79 dni (około 2,5 miesiąca). W przypadku chorób nowotworowych tak długi czas oczekiwania zmniejsza szanse wyleczenia.

- W **Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy** średni czas oczekiwania wydłużył się z 63 dni w 2009 r. do 79 dni w 2013 r., a liczba oczekujących w latach 2009–2011 wzrosła z 227 do 303 osób, natomiast w latach 2012–2013 zmniejszyła się z 263 do 222 osób.
- W **Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie** średni czas oczekiwania wydłużył się z 21 dni w 2009 r. do 69 w 2013 r.; liczba oczekujących natomiast zmniejszyła się z 401 osób w 2009 r. do 89 osób w 2013 r.
- W **Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu**, średni czas oczekiwania wydłużył się z 12 dni w 2009 r. do 22 dni w 2012 r., a w 2013 r. wyniósł 13 dni. Natomiast w latach 2009–2013 liczba oczekujących wzrosła z 196 do 235 osób.

3.3.4. Realizacja zadania „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach”

Kontrolą objęto 8 podmiotów leczniczych, w których utworzono KRN¹⁷⁴ i osiem wojewódzkich biur rejestracji nowotworów¹⁷⁵. Najwyższa Izba Kontroli oceniła działalność KRN i siedmiu wojewódzkich rejestrów¹⁷⁶ pozytywnie, natomiast – Zachodniopomorskie Biuro Rejestracji Nowotworów w Szczecinie – pozytywnie pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Na realizację ww. zadania kontrolowane podmioty, w latach 2009–2013, wykorzystały 2.667,7 tys. zł, tj. 90,8% wartości podpisanych umów (2.939,4 tys. zł).

- W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi** przyznane dofinansowanie wykorzystano tylko w 65,5%, z powodu niższych od planowanych kosztów przetwarzania i weryfikacji danych z otrzymanych kart zgłoszenia nowotworów złośliwych¹⁷⁷, oszczędności uzyskanych przy wyborze wydawcy

¹⁷⁴ KRN utworzono w Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Do zadań KRN należy gromadzenie, przetwarzanie i analiza danych dotyczących zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych na terenie Polski.

¹⁷⁵ W tym: siedem regionalnych rejestrów onkologicznych w ramach kontroli koordynowanej, a KRN i Mazowiecki Rejestr Onkologiczny w ramach kontroli rozpoznawczej (Nr R/13/001).

¹⁷⁶ Wojewódzkich Biur Rejestracji Nowotworów działających w: Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi, w Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie Oddział w Gliwicach, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie w Warszawie, Wielkopolskim Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Poznaniu, Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie.

¹⁷⁷ W latach 2009–2012 stanowiły: 74,1%, 68,8%, 88,5% i 97,2% dostępnych środków.

biuletynu¹⁷⁸ i nierealizowania szkoleń w latach 2009–2012¹⁷⁹. Zdaniem NIK nastąpiło przeszacowanie kosztów realizacji tego zadania. W umowach z Ministrem Zdrowia uwzględnione były środki na szkolenia, mimo że nie ponoszono żadnych kosztów na ich realizację w poszczególnych latach.

W czterech wojewódzkich biurach rejestracji nowotworów, z ośmiu objętych kontrolą, odnotowano poprawę jakości danych i kompletności ich rejestracji.

- W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi** wskaźnik zachorowania/zgony, stanowiący kryterium oceny kompletności rejestracji nowotworów złośliwych wzrósł z 1,24 w 2007 r. do 1,49 w 2010 r. Szacowana – na podstawie tego wskaźnika – kompletność rejestracji w województwie łódzkim w 2010 r. wyniosła 88%. Poprawie uległy parametry w zakresie ściągalności danych dotyczących wprowadzania nowych rekordów oraz weryfikowania zachorowań na nowotwory złośliwe z lat poprzednich i okresów bieżących. W kontrolowanym okresie zwiększała się liczba kart przekazywanych rocznie przez świadczeniodawców z 18.192 w 2009 r. do 38.774 w 2012 r.¹⁸⁰ oraz liczba kart zarejestrowanych w systemie z 17.027 w 2009 r. do 38.774 w 2012 r.¹⁸¹.

¹⁷⁸ W latach 2009–2012 stanowiły: 46,8%, 69,5%, 89,6% oraz 22,2% planu.

¹⁷⁹ W latach 2009–2011 niewykorzystanie planowanych środków wynikało z nieodpłatnych szkoleń dla pracowników biur realizowanych przez KRN, a także z braku zgłoszeń zapotrzebowania przez podmioty lecznicze na szkolenia w zakresie dotyczących ewidencjonowania i statystyki zachorowań na nowotwór złośliwy. W 2012 r. wykorzystanie środków zaplanowanych na szkolenia wyniosło 0,5%.

¹⁸⁰ Tj. 18.192 – w 2009 r., 19.735 – w 2010 r., 21.351 – w 2011 r. i 38.774 – w 2012 r.

¹⁸¹ Liczba kart zarejestrowanych wynosiła: 17.027 w 2009 r., 19.735 w 2010 r., 21.351 w 2011 r. i 38.774 w 2012 r.

4.1 Przygotowanie kontroli

Program kontroli opracowany został w oparciu o wyniki kontroli „Realizacja wybranych zadań Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, przeprowadzonej od 10 lipca 2008 r. do 4 lutego 2009 r. przez 14 delegatur NIK oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia¹⁸² oraz na podstawie informacji przekazanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, skarg pacjentów na działania podmiotów leczniczych, materiałów prasowych dotyczących przedmiotu kontroli.

Do badania kontrolnego wybrano jednostki odpowiedzialne za realizację Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, tj. Ministerstwo Zdrowia i oddziały wojewódzkie NFZ oraz świadczeniodawców realizujących i koordynujących zadania Programu. Wyboru świadczeniodawców dokonano kierując się wysokością przyznanego dofinansowania z budżetu państwa na realizację Programu oraz wysokością kontraktów zawartych z NFZ o realizację kontrolowanych świadczeń.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Postępowanie kontrolne rozpoczęto 15 maja 2013 r., a zakończono 21 listopada 2013 r. W trakcie postępowania kontrolnego w ośmiu jednostkach nieobjętych kontrolą zasięgano dodatkowe informacje w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Łącznie skierowano 26 wystąpień pokontrolnych do kierowników jednostek kontrolowanych. Minister Zdrowia zgłosił zastrzeżenia do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych. Łącznie złożono 10 zastrzeżeń, z których cztery oddalono i sześć uwzględniono w całości.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia wnioskowano o:

- udoskonalenie metodologii realizacji programu w zakresie mierników i wskaźników docelowych realizowanych zadań;
- przedstawianie Radzie Ministrów projektów uchwał wraz z harmonogramem zadań wykonywanych w ramach programu na kolejny rok budżetowy w roku poprzedzającym realizację zadań;
- przyjmowanie w harmonogramach realizacji zadań terminów ogłoszeń postępowań konkursowych i podpisywania umów umożliwiających realizatorom efektywne wykonywanie zadań przewidzianych w danym roku budżetowym;
- weryfikację działań administracyjno-logistycznych w celu obniżenia kosztów i zwiększenia ich efektywności, w szczególności rozważenie dokonania zmian organizacji badań przesiewowych;
- opublikowanie wykazu wzorcowych procedur radiologicznych dla uzasadnionych ekspozycji medycznych uznanych za standardowe;
- podjęcie działań umożliwiających przeprowadzanie audytu klinicznego zewnętrznego przez Komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych w zakresie radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej oraz radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej;
- wyegzekwowanie od konsultantów krajowych, w dziedzinach związanych z diagnostyką i lecnictwem onkologicznym, realizacji zadań wynikających z art. 10 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, w tym m.in. sporządzania opinii o zasobach i potrzebach kadrowych;

¹⁸² Kontrole przeprowadzono w 66 jednostkach, w tym: w Ministerstwie Zdrowia, Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich NFZ, i 48 SPZOZ specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu nowotworów złośliwych, w tym: 12 SPZOZ utworzonych przez ministra lub publiczne uczelnie medyczne i w 36 SPZOZ utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego.

- egzekwowanie postanowień umów zawartych z realizatorami programu, w tym dotyczących terminowego przekazywania rozliczeń i sprawozdań stanowiących podstawę przekazania środków oraz końcowych rozliczeń merytoryczno-finansowych i sprawozdań merytorycznych przez realizatorów programu;
- zapewnienie efektywnej współpracy poszczególnych realizatorów NPZChN;
- dokonanie rzetelnej ekspertyzy wskazującej na wady i korzyści stosowania konkretnych rozwiązań przy tworzeniu otwartych bądź zintegrowanych linii radioterapeutycznych.

Wnioski pokontrolne kierowane do oddziałów wojewódzkich NFZ dotyczyły m.in.:

- uwzględnienia w planach kontroli świadczeniodawców realizujących profilaktyczne programy zdrowotne raka piersi i raka szyjki macicy;
- nawiązania współpracy z właściwymi konsultantami wojewódzkimi i krajowymi w celu optymalizacji warunków udzielania świadczeń profilaktycznych;
- wstrzymania realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń programu profilaktyki raka piersi w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych oraz/i audytu klinicznego zdjęć mammograficznych do czasu usunięcia nieprawidłowości;
- podjęcia działań w celu uzyskania od WOK potwierdzenia usunięcia przez świadczeniodawcę nieprawidłowości, które zostały wykazane w protokołach kontroli jakości badań mammograficznych;
- stosowania wytycznych Prezesa NFZ w zakresie sposobu i trybu regulowania zobowiązań wobec świadczeniodawców z tytułu świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach.

Wnioski pokontrolne skierowane do podmiotów leczniczych dotyczyły m.in.:

- przedstawianie w ofertach składanych do MOW NFZ rzetelnych danych dotyczących sprzętu medycznego oraz personelu medycznego udzielającego świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne;
- terminowego przekazywania oddziałowi NFZ dokumentów rozliczeniowych z umów profilaktyczne programy zdrowotne;
- zapewnienia realizacji świadczeń w ramach umów profilaktyczne programy zdrowotne przez personel o wymaganym doświadczeniu, stosownie do zarządzeń Prezesa NFZ¹⁸³;
- wyeliminowanie realizacji umów cywilnoprawnych przez lekarzy zatrudnionych w Centrum, w czasie przeznaczonym na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów;
- informowanie oddziału wojewódzkiego NFZ o każdym przypadku zaprzestania udzielania świadczeń w ramach podpisanych umów z NFZ przez komórkę organizacyjną Centrum;
- zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną;
- podjęcie działań w celu terminowego przesyłania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego do regionalnego rejestru onkologicznego;
- podjęcie działań organizacyjnych skutkujących prawidłowym przetwarzaniem, sporządzaniem oraz przechowywaniem dokumentacji medycznej znajdującej się w Szpitalu;
- terminowe i rzetelne wprowadzanie przez pracowników danych do systemu SIMP o udzielonych świadczeniach w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy;

¹⁸³ Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne Nr 57/2009/DSOZ z dnia 29 października 2009 r. (ze zm.) oraz zarządzenie Nr 98/2012/DSOZ z dnia 21 grudnia 2012 r.

- realizację świadczeń profilaktycznych zgodnie z umowami zawartymi z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia;
- zapewnienie przestrzegania postanowień umów zawartych z Ministrem Zdrowia na dofinansowanie zakupu aparatury do radioterapii;
- wyegzekwowanie od dostawcy aparatury przeprowadzenia wszystkich szkoleń zgodnie z postanowieniami umów;
- realizację warunków ustalonych w umowach z Ministrem Zdrowia, dotyczących sposobu zatrudniania i czasu pracy osób wykonujących zadania Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego dla Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi, będącego elementem Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych;
- rzetelne szacowanie kosztów realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego pn. „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” w zakresie „Działanie Krajowego i Wojewódzkich Rejestrów Nowotworów”;
- prowadzenie ewidencji wykonywania świadczeń w ramach Programu przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, pozwalającej zweryfikować czasokres wykonywanych usług według harmonogramów zawartych w umowach z OW NFZ;
- stosowanie właściwego trybu przy udzielaniu zamówień publicznych na dostawę aparatury medycznej do radioterapii onkologicznej, finansowanej ze środków publicznych;
- podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia rzetelnego: określania wartości szacunkowych zamówień na dostawę aparatury do radioterapii onkologicznej i rozliczania umów zawartych z Ministrem Zdrowia na dofinansowanie zakupu aparatury do radioterapii oraz z dostawcami aparatury medycznej.

Z odpowiedzi udzielonych przez kontrolowane jednostki¹⁸⁴ wynika, że z ogólnej liczby 55 wniosków pokontrolnych 27 zrealizowano, 13 pozostawało w fazie realizacji, 15 wniosków nie zrealizowano.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości w wymiarze finansowym wyniosły ogółem 12.034,7 tys. zł¹⁸⁵, w tym:

- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa – 11.829,8 tys. zł,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami – 125,8 tys. zł,
- kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa – 79,1 tys. zł.

W finansowych rezultatach kontroli uwzględniono kwotę nieprawidłowości – 2.862,3 tys. zł (w tym kwota wydana z naruszeniem prawa 2.822,2 tys. zł oraz kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami 40,1 tys. zł), ustaloną w wyniku kontroli rozpoznawczej R13/001/KZD, przeprowadzonej w Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

¹⁸⁴ Na dzień 3 lutego 2014 r.

¹⁸⁵ Punkt 3.3.3. Zakup aparatury medycznej do radioterapii w ramach NPZChN i jej wykorzystanie – kwota 11.869,9 tys. zł (str. 57–58); pkt. 3.3.2.1. „Realizacja świadczeń programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka piersi” – kwota 10,8 tys. zł (str. 53); pkt. 3.2.1. „Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi” – kwota 68,3 tys. zł (str. 38); pkt. 3.3.1.2. „Realizacja zadań NPZChN przez Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi” – kwota 85,7 tys. zł (str. 49).

Charakterystyka stanu prawnego

1. „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” na lata 2006 – 2015 (NPZChN), jest realizowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 4 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego NPZChN¹⁸⁶.

Celem NPZChN, zgodnie z art. 2 pkt 1–5 ww. ustawy, jest:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów;
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia;
- stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;
- utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych jego regionach.

W ramach Programu podejmowane są działania dotyczące m.in.:

- wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, raka piersi;
- zwiększenia dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenia procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
- uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
- poprawy działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów (art. 3 pkt 2, 3, 5, 9 ww. ustawy).

Program wykonuje minister właściwy do spraw zdrowia, który m.in.:

- określa wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w kolejnych trzech latach (art. 4 pkt 1);
- opracowuje projekt harmonogramu zadań na kolejny rok budżetowy i kierunki realizacji zadań na następne dwa lata (art. 4 pkt 2);
- koordynuje współpracę między wszystkimi podmiotami realizującymi poszczególne działania wynikające z Programu (art. 4 pkt 3);
- dokonuje wyboru realizatorów Programu (art. 4 pkt 4);
- kontroluje jakość świadczeń finansowanych w ramach Programu (art. 4 pkt 5);
- opracowuje roczne sprawozdania z realizacji Programu (art. 4 pkt 6);
- zapewnia obsługę administracyjną realizacji Programu (art. 4 pkt 7).

Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 maja, roczne sprawozdanie z realizacji Programu za poprzedni rok kalendarzowy, harmonogram zadań planowanych w ramach Programu na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji Programu na następne dwa lata (art. 9).

Jako organ opiniodawczo-doradczy ministra właściwego do spraw zdrowia, utworzono Radę do Spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych, zwaną dalej „Radą”. Do zadań Rady, zgodnie z art. 6 ust. 4 ww. ustawy, należy m.in.:

¹⁸⁶ Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.

- opiniowanie wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu, projektu harmonogramu i sprawozdania z realizacji Programu; działań podejmowanych przez realizatorów Programu; dokumentacji dotyczącej wymagań związanych z konkursami ofert;
- opracowanie zakresu działań niezbędnych do realizacji Programu oraz corocznej analizy realizacji Programu.

Rada Ministrów przyjmuje, w drodze uchwały, harmonogram zadań NPZChN na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji zadań na następne dwa lata (art. 5 ust. 2 ww. ustawy).

Zgodnie z art. 7 ust. 1–3 ww. ustawy, NPZChN jest finansowany z budżetu państwa i środków pozabudżetowych, a łączne nakłady na jego realizację w całym okresie wyniosą 3.000.000 tys. zł z tym, że planowane nakłady z budżetu państwa nie mogą być w poszczególnych latach niższe niż 250.000 tys. zł, a planowane nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych muszą stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na Program.

Realizatorami działań wynikających z Programu, finansowanych z budżetu państwa (art. 8 ust. 1) mogą być wszystkie podmioty prawa funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia.

Wyboru realizatorów działań, wynikających z Programu, finansowanych z budżetu państwa, dokonuje się w trybie konkursu ofert przeprowadzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 8 ust. 2 ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego NPZChN).

Informację o konkursie ofert, minister do spraw zdrowia ogłasza w swojej siedzibie i na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, co najmniej 30 dni przed wyznaczonym upływem terminu składania ofert, określając w nim w szczególności: przedmiot konkursu ofert, wymagania stawiane oferentom, termin i miejsce złożenia ofert (art. 8 ust. 3 i 4 ww. ustawy).

Rozpatrzenia ofert i wyłonienia najkorzystniejszej oferty lub ofert na realizację lub koordynację programów dokonują Komisje Konkursowe, powoływane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Prace Komisji odbywają się na zasadach określonych w Regulaminie Pracy Komisji Konkursowej. W zakresie nieuregulowanym w ww. ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu, stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu. Do wyboru realizatora działań wynikających z Programu, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 8 ust. 5 i 6 ustawy).

Zadania NPZCh realizowane są na zasadach określonych w zarządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2009 r. i z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy NPZChN¹⁸⁷. Zgodę na przyjęcie programu (zadania) do realizacji ze środków finansowych ujętych w części 46 Zdrowie, wyraża minister właściwy do spraw zdrowia, po zapoznaniu się z wnioskiem komórki właściwej i opinią Kolegium Ministra Zdrowia lub kierownictwa Ministerstwa Zdrowia (§ 1 ust. 4). Wniosek komórki właściwej wymaga akceptacji stałego członka kierownictwa Ministerstwa Zdrowia nadzorującego prace komórki właściwej (§ 1 ust. 5).

¹⁸⁷ Dz. Urz. MZ z 2009 r. Nr 2, poz. 10 – obowiązywało w okresie od 10 marca 2009 r. do 12 marca 2010 r. i Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 4, poz. 33 – obowiązuje od 12 marca 2010 r.

Wykaz aktów prawnych dot. kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (Dz. U. z 2005 Nr 143, poz. 1200 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) – uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.
5. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 591 ze zm.).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2014 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień, co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2013 (Dz. U. z 2014 r., poz. 415).
10. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.).
11. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.).
12. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2012 r., poz. 264 ze zm.).
13. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).
14. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2014 r., poz. 121).
15. Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.).
16. 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).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. z 2012 r., poz. 1497.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).

- 22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 ze zm.) – uchylone z dniem 1 lipca 2012 r.
- 23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1422) – uchylone z dniem 26 grudnia 2013 r.
- 24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1505) – obowiązuje od 26 grudnia 2013 r.

Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Zakres kontroli	Adres jednostki kontrolowanej
1	2	3	4	5
1.	Delegatura NIK w Bydgoszcy	1. Kujawsko-Pomorski OW NFZ	1. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 2. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ.	Bydgoszcz Al. Mickiewicza 15
		2. Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszcy	1. WOK profilaktyczne programy raka szyjki macicy i raka piersi – działalność WOK finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy i piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 3. Zakup i unowocześnienie sprzętu do radioterapii onkologicznej. 4. Zakup aparatów tomografii pozytonowej (PET) – uruchomienie farmaceutyki FDG w Polsce. 5. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ. 6. Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach – wojewódzki rejestr onkologiczny.	Bydgoszcz ul. dr. I. Romanowskiej 2
		3. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	1. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ.	Grudziądz ul. Szpitalna 6
2.	Delegatura NIK w Katowicach	1. Śląski OW w Katowicach	1. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 2. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) świadczenia finansowane przez NFZ.	Katowice ul. Kossutha 13
		2. Centrum Onkologii Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach	1. WOK profilaktyczne programy raka szyjki macicy i raka piersi – działalność finansowana z budżetu państwa. 3. Zakup i unowocześnienie sprzętu do radioterapii onkologicznej. 4. Zakup aparatów tomografii pozytonowej (PET) – uruchomienie farmaceutyki FDG w Polsce. 5. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ. 6. Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach – wojewódzki rejestr onkologiczny.	Gliwice ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15
		3. Beskidzkie Centrum Onkologii im. Jana Pawła II	1. Zakup i unowocześnienie sprzętu do radioterapii onkologicznej. 2. Profilaktyczny program zdrowotny raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ.	Bielsko-Biała ul. Wyzolenia 18
3.	Delegatura NIK w Łodzi	1. Łódzki OW NFZ	1. Profilaktyczne programy: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 2. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ.	Łódź ul. Kopcińskiego 58
		2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	1. WOK profilaktyczny program raka piersi – działalność finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy – świadczenia finansowane przez NFZ. 3. Zakup i unowocześnienie sprzętu do radioterapii onkologicznej. 4. Regionalny Rejestr Onkologiczny. 5. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ. 6. Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach – wojewódzki rejestr onkologiczny.	Łódź ul. Pabianicka 62
		3. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi	1. WOK profilaktyczny program raka szyjki macicy – działalność finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy i piersi – świadczenia finansowane przez NFZ.	Łódź ul. Rzgowska 281/289

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Zakres kontroli	Adres jednostki kontrolowanej
1	2	3	4	5
4.	Delegatura NIK w Poznaniu	1. Wielkopolski OW NFZ	1. Profilaktyczne programy: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 2. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ.	Poznań ul. Piekary 14/15
		2. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu	1. COK i WOK profilaktyczny program raka szyjki macicy – do 31.12.2010 r. Od 01.01.2011 r. WOK profilaktyczny program raka szyjki macicy – działalność COK i WOK finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy, piersi – świadczenia finansowane przez NFZ.	Poznań ul. Polna 33
		3. Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu	1. WOK profilaktyczny program raka piersi – działalność finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy i piersi – świadczenia finansowane przez NFZ 3. Zakup i unowocześnienie sprzętu radioterapii onkologicznej. 4. Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach – wojewódzki rejestr onkologiczny.	Poznań ul. Gabary 15
5.	Delegatura NIK w Szczecinie	1. Zachodniopomorski OW NFZ	1. Profilaktyczne programy: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 2. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ.	Szczecin ul. Arkońska 45
		2. Regionalny Szpital Onkologiczny – Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	1. WOK profilaktyczny program raka piersi – działalność finansowana z budżetu państwa 2. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy, piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 3. Zakup i unowocześnienie sprzętu radioterapii onkologicznej. 4. Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach – wojewódzki rejestr onkologiczny.	Szczecin ul. Strzałkowska 22
		3. SP Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. T. Sokołowskiego w Szczecinie	1. WOK profilaktyczny program raka szyjki macicy – działalność finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy, piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 3. Realizacja innych, objętych kontrolą, zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” finansowanych z budżetu państwa.	Szczecin ul. Unii Lubelskiej 1
6.	Delegatura NIK w Warszawie	1. Mazowiecki OW NFZ	1. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 2. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ.	Warszawa ul. Chałubińskiego 8
		2. Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o. ul. Żelazna w Warszawie – do 14.12.2012 r.: Szpital Specjalistyczny Św. Zofii w Warszawie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	1. Profilaktyczne programy zdrowotne – raka piersi i szyjki macicy – świadczenia finansowane przez NFZ.	Warszawa ul. Żelazna 90
		3. Samodzielny Publiczny ZOZ Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim	1. Profilaktyczne programy zdrowotne raka piersi i szyjki macicy – świadczenia finansowane przez NFZ.	Grodzisk Mazowiecki ul. Daleka 11

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Zakres kontroli	Adres jednostki kontrolowanej
1	2	3	4	5
7.	Delegatura NIK we Wrocławiu	1. Dolnośląski OW NFZ	1. Profilaktyczne programy: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 2. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ.	Wrocław ul. Joańców 6
		2. Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	1. WOK profilaktyczne programy raka szyjki macicy i raka piersi – działalność finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy zdrowotne: raka szyjki macicy i piersi – świadczenia finansowane przez NFZ. 3. Zakup i unowocześnienie sprzętu do radioterapii onkologicznej. 4. Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach – Wojewódzki Rejestr Nowotworów. 5. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – świadczenia finansowane przez NFZ.	Wrocław Plac Hirszfelda 12
		3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	1. Program profilaktyki raka piersi. 2. Realizacja innych, objętych kontrolą, zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” finansowanych z budżetu państwa i/lub środków NFZ.	Wrocław ul. Kamieńskiego 73A
		1. Ministerstwo Zdrowia	Realizacja wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”	Warszawa ul. Miodowa 15
		2. Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska Warszawa	Profilaktyczne programy: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ.	Warszawa ul. Nowowiejska 31
8.	Departament Zdrowia	3. Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Profilaktyczne programy: raka szyjki macicy i raka piersi – świadczenia finansowane przez NFZ.	Warszawa ul. Madalińskiego 25
		4. Świętokrzyskie Centrum Onkologiczne	1. WOK profilaktyczne programy raka szyjki macicy i raka piersi – działalność finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy: raka szyjki macicy, piersi, – realizacja świadczeń. 3. Zakup i unowocześnienie sprzętu do radioterapii onkologicznej. 4. Regionalny Rejestr Onkologiczny. 5. Realizacja innych, objętych kontrolą, zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” finansowanych z budżetu państwa i/lub środków NFZ.	Kielce ul. Artwińskiego 3
		5. Uniwersyteckie Centrum Onkologii w Gdańsku	1. WOK profilaktyczny program raka szyjki macicy i raka piersi – działalność finansowana z budżetu państwa. 2. Profilaktyczne programy: raka szyjki macicy, piersi – realizacja świadczeń. 3. Zakup i unowocześnienie sprzętu do radioterapii onkologicznej. 4. Regionalny Rejestr Onkologiczny. 5. Realizacja innych, objętych kontrolą, zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” finansowanych z budżetu państwa i/lub środków NFZ.	Gdańsk ul. Dębinki 7

Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska, odpowiedzialnych za kontrolowaną działalność w latach 2009–2013

Lp.	Województwo	Nazwa jednostki kontrolowanej	Pełniona funkcja	Kierownik jednostki kontrolowanej	Okres pełnienia funkcji kierowniczej	
					Od	Do
1	2	3	5	6	7	8
1.	Dolnośląskie	1. Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ we Wrocławiu	Dyrektor	Krzysztof Dworak	10.03.2008 r.	23.07.2009 r.
			P.o. dyrektora	Wioletta Niemiec	24.07.2009 r.	16.09.2011 r.
			P.o. dyrektora	Genowefa Ulman	15.09.2011 r.	4.03.2012 r.
			P.o. dyrektora	Wioletta Niemiec	5.03.2012 r.	30.08.2013 r.
			P.o. dyrektora	Tadeusz Pławiak	31.08.2013 r.	Nadal
2.	Kujawsko-Pomorskie	2. Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu 3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu ul. Kamińskiego 73A	Dyrektor	Andrzej Tatuśko	02.02.2009 r.	Nadal
			Dyrektor	Wojciech Witkiewicz	21.08.1990 r.	Nadal
			Dyrektor	Tomasz Pieczka	08.12.2011 r.	Nadal
			Dyrektor	Zbigniew Pawłowicz	10.03.2001 r.	Nadal
			Dyrektor	Marek Nowak	31.01.2003 r.	Nadal
3.	Łódzkie	1. Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ w Łodzi 2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika w Łodzi, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62 3. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi	Dyrektor	Jolanta Kręcka	27.12.2012 r.	Nadal
				Katarzyna Wyrzykowska-Rabe	12.09.2012 r.	27.12.2012 r.
				Małgorzata Olewczyńska	17.09.2012 r.	23.09.2012 r.
				Wojciech Bieńkiewicz	15.11.2010 r.	01.10.2012 r.
				Wojciech Szrajber	4.11.2007 r.	Nadal
4.	Mazowieckie	1. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ w Warszawie 2. Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie (do 14 grudnia 2012 r. Szpital Specjalistyczny Św. Zofii w Warszawie SPZOZ) 3. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim	Dyrektor	Jan Wilczyński	7.02.2013 r.	Nadal
			Dyrektor	Przemysław Oszukowski	15.10.2008 r.	7.02.2013 r.
			Dyrektor	Adam Twardowski	29.10.2012 r.	Nadal
			Dyrektor	Barbara Misieńska	12.02.2009 r.	27.08.2012 r.
			Prezes Zarządu	Wojciech Puzyra	16.01.1992 r.	13.12.2012 r.
			Dyrektor	Wojciech Puzyra	14.12.2012 r.	Nadal
			Dyrektor	Krystyna Plukis	1.10.2003 r.	Nadal

Lp.	Województwo	Nazwa jednostki kontrolowanej	Pełniona funkcja	Kierownik jednostki kontrolowanej	Okres pełnienia funkcji kierowniczej	
					Od	Do
1	2	3	5	6	7	8
5.	Śląskie	1. Śląski OW NFZ w Katowicach	Dyrektor	Zygmunt Kłosa	4.03.2008 r.	17.07.2012 r.
			P.o. dyrektora	Marcin Pakulski	18.07.2012 r.	16.09.2012 r.
			P.o. dyrektora	Dorota Suchy	17.09.2012 r.	23.09.2012 r.
		2. Centrum Onkologii Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach	Dyrektor	Grzegorz Nowak	24.09.2012 r.	8.02.2014 r.
			Dyrektor	Bogusław Maciejewski	30.06.2011 r.	Nadal
			Dyrektor	Piotr Zdunek	1.05.2006 r.	1.03.2012 r.
		3. Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej	Dyrektor	Rafał Muchacki	1.03.2012 r.	Nadal
			P.o. dyrektora	Filip Nowak	26.08.2013 r.	Nadal
			P.o. dyrektora	Elżbieta Wąsik	08.06.2013 r.	26.08.2013 r.
6.	Wielkopolskie	1. Wielkopolski OW NFZ	Dyrektor	Karol Chojnacki	24.10.2011 r.	14.06.2013 r.
			P.o. dyrektora	Elżbieta Wąsik	12.05.2011 r.	24.10.2011 r.
			Dyrektor	Zbigniewa Nowodworska	01.06.2008 r.	12.05.2011 r.
		2. Ginekologiczno – Położniczy Szpital Kliniczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu	Dyrektor	Tomasz Opala	16.03.2003 r.	Nadal
			Dyrektor	Julian Malicki	01.10.1995 r.	Nadal
			Dyrektor	Julita Jaśkiewicz	8.07.2008 r.	Nadal
7.	Zachodniopomorskie	1. Zachodniopomorski OW NFZ	Dyrektor	Krystyna Pleczyńska	01.09.2000 r.	Nadal
			Dyrektor	Maria Ilnicka-Mądry	1.02.1998 r.	Nadal
			Dyrektor	Bartosz Arłukowicz	18.11.2011 r.	Nadal
		2. Regionalny Szpital Onkologiczny – Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	Minister Zdrowia	Ewa Kopacz	16.11.2007 r.	7.11.2011 r.
			Dyrektor	Jarosław Cieślak	16.07.1999 r.	Nadal
			Dyrektor	Bogdan Chazan	20.02.2006 r.	Nadal
8.	Departament Zdrowia	3. Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, ul. Małolińskiego	Dyrektor	Stanisław Góźdź	15.11.2001 r.	Nadal
			Dyrektor	Ewa Książek-Bator	1.06.2009 r.	Nadal
			Dyrektor	Jacek Domejko	15.07.2008 r.	31.05.2009 r.

Realizacja umów o udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne przez kontrolowane podmioty lecznicze w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)

Lp.	Jednostka kontrolowana	Program profilaktyki raka piersi			Program profilaktyki raka szyjki macicy			Razem programy profilaktyczne		
		Umowa	Wykonanie	%	Umowa	Wykonanie	%	Umowa	Wykonanie	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	4 001,5	3 550,4	88,7	2 260,7	1 993,1	88,2	6 261,2	5 543,5	88,5
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	395,6	252,5	63,8	162,6	145,4	89,4	558,3	397,9	71,3
3.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	1 467,0	1 248,5	85,1	679,9	579,9	85,3	2 146,9	1 828,5	85,2
4.	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	7 328,5	5 722,4	78,1	2 422,3	1 852,7	76,5	9 750,8	7 575,1	77,7
5.	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi	-	-	-	3 482,0	3 045,6	87,5	3 482,0	3 045,6	87,5
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika w Łodzi	1 676,8	1 469,7	87,6	27,8	13,9	49,9	1 704,6	1 483,6	87,0
7.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim	-	-	-	51,1	49,9	97,6	51,1	49,9	97,6
8.	Centrum Medyczne „Żelazna” Sp. z o.o. w Warszawie	-	-	-	471,6	409,1	86,7	471,6	409,1	86,7
9.	Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej	1 057,1	1 005,5	95,1	18,2	16,8	92,1	1 075,3	1 022,3	95,1
10.	Centrum Onkologii Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach	4 715,9	4 438,8	94,1	7 105,6	6 624,6	93,2	11 821,5	11 063,4	93,6
11.	Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu	1 131,4	1 120,0	99,0	1 341,3	1 317,0	98,2	2 472,8	2 437,0	98,6
12.	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	-	-	-	1 338,5	1 199,7	89,6	1 338,5	1 199,7	89,6
13.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	-	-	-	3 126,8	2 744,3	87,8	3 126,8	2 744,3	87,8
14.	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	3 918,4	3 517,0	89,8	-	-	-	3 918,4	3 517,0	89,8
15.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	5 734,1	5 274,6	92,0	888,4	761,4	85,7	6 622,5	6 035,9	91,1
16.	Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SP ZOZ w Warszawie	916,3	860,1	93,9	61,6	57,3	92,9	977,9	917,4	93,8
17.	Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	345,5	345,1	99,9	156,3	200,2	128,0	501,8	545,2	108,7
18.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	153,4	137,9	90,0	-	-	-	153,4	137,9	90,0
19.	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (kontrola rozpoznawcza)	6 353,3	4 937,4	82,1	3 332,6	2 543,0	83,6	9 685,8	8 003,6	82,6
Razem		39 194,7	33 879,9	86,4	26 927,4	23 553,8	87,5	66 121,0	57 956,9	87,7

Źródło: dane uzyskane w trakcie kontroli NIK

Wartość aparatury medycznej do radioterapii zakupionej przez skontrolowane podmioty lecznicze w ramach NPZChN w latach 2009–2013

Lp.	Nazwa jednostki objętej kontrolą	Wartość całkowita zakupionego sprzętu (w tys. zł)	Wartość dofinansowania (w tys. zł)	Dofinansowanie (w %)	Wkład własny (w tys. zł)
		3	4	5	6
1.	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	52 746,6	44 417,6	84,2%	8 328,9
2.	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	31 381,8	26 584,3	84,7%	4 797,5
3.	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie	27 457,5	23 005,7	83,8%	4 451,7
4.	Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu	36 899,3	30 268,9	82,0%	6 630,4
5.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika w Łodzi	35 354,8	30 040,0	85,0%	5 314,8
6.	Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej	39 330,3	33 423,0	85,0%	5 907,3
7.	Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach	51 738,9	27 940,7	54,0%	23 798,2
8.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	28 313,3	24 066,3	85,0%	4 247,0
9.	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	42 997,2	33 885,6	78,8%	9 111,6
10.	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (kontrola rozpoznawcza)	66 351,9	56 212,8	84,7%	10 139,0
Razem		412 571,6	329 845,0	79,9%	82 726,5

Źródło: dane podmiotów leczniczych udostępnione NIK w trakcie kontroli.

Realizacja świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane
odrębnie w zakresie emisyjnej tomografii pozytonowej w poszczególnych
oddziałach wojewódzkich NFZ w latach 2009-2013 (do 30 czerwca)

Lp.	OW NFZ	Rok	Liczba ośrodków PET	Kontrakt		Wykonanie			Liczba pacjentów, którym wykonano badania*
				Liczba badań	Wartość (w tys. zł)	Liczba badań	Cena jedn.	Wartość (w tys. zł)	
1	2	3	5	6	8	9	10	11	12
Polska		2009	9	17 250	78 686,1	15 948	4 567	72 827,1	14 860
		2010	10	17 533	78 659,1	17 408	5 252	78 096,6	17 557
		2011	14	20 295	90 648,9	20 232	4 466	90 365,4	21 617
		2012	16	26 911	110 194,3	26 812	4 095	109 788,4	26 103
		2013	17	28 865	118 346,5	15 104	4 100	61 926,4	16 771
		Razem	-	110 854	476 534,9	95 504	22 480	413 003,9	96 908
Skontrolowane OW NFZ		2009	8	15 956	72 863,1	14 654	22 878	67 004,1	13 653
		2010	8	14 927	67 171,5	14 802	22 500	66 609,0	15 124
		2011	10	16 511	73 918,7	16 450	26 297	73 644,2	18 148
		2012	10	20 329	83 348,9	20 237	24 600	82 971,7	19 998
		2013	10	22 029	90 318,9	11 497	24 600	47 137,7	12 058
		Razem	-	89 752	387 621,1	77 640	120 875	337 366,7	78 981
1.	Dolnośląski OW NFZ	2009	1	1 913	8 608,5	1 913	4 500	8 608,5	1 982
		2010	1	2 067	9 301,5	2 067	4 500	9 301,5	2 302
		2011	1	1 524	6 858,0	1 524	4 500	6 858,0	2 476
		2012	1	2 394	9 815,4	2 392	4 100	9 807,2	2 649
		2013	1	2 850	11 685,0	1 349	4 100	5 530,9	1 320
2.	Kujawsko-Pomorski OW NFZ	2009	1	4 070	18 722,0	4 070	4 600	18 722,0	3 623
		2010	1	2 664	11 988,0	2 664	4 500	11 988,0	3 735
		2011	1	3 996	17 982,0	3 996	4 500	17 982,0	3 717
		2012	1	4 609	18 896,9	4 587	4 100	18 806,7	3 836
		2013	1	4 407	18 068,7	2 582	4 100	10 586,2	2 404
3.	Łódzki OW NFZ	2009	0	0	0,0	0		0,0	0
		2010	0	0	0,0	0		0,0	0
		2011	1	542	2 058,2	542	3 797	2 058,2	529
		2012	1	980	4 018,0	980	4 100	4 018,0	1 052
		2013	1	1 086	4 452,6	631	4 100	2 587,1	766
4.	Mazowiecki OW NFZ	2009	3	5 383	24 223,5	4 081	4 500	18 364,5	3 856
		2010	3	5 332	23 994,0	5 207	4 500	23 431,5	4 713
		2011	3	5 784	26 028,0	5 784	4 500	26 028,0	5 199
		2012	3	5 814	23 837,4	5 746	4 100	23 558,6	5 192
		2013	3	5 968	24 468,8	2 955	4 100	12 115,5	2 855
5.	Śląski OW NFZ	2009	1	2 352	11 242,6	2 352	4 780	11 242,6	2 216
		2010	1	2 326	10 467,0	2 326	4 500	10 467,0	2 119
		2011	2	3 654	16 443,0	3 593	4 500	16 168,5	3 249
		2012	2	4 311	17 675,1	4 311	4 100	17 675,1	3 833
		2013	2	4 604	18 876,4	2 395	4 100	9 819,5	2 778
6.	Wielkopolski OW NFZ	2009	2	2 238	10 066,5	2 238	4 498	10 066,5	1 976
		2010	2	2 538	11 421,0	2 538	4 500	11 421,0	2 255
		2011	2	1 011	4 549,5	1 011	4 500	4 549,5	2 978
		2012	2	2 221	9 106,1	2 221	4 100	9 106,1	3 436
		2013	2	3 114	12 767,4	1 585	4 100	6 498,5	1 935

*według sprawozdań NFZ, unikalne nr PESEL.

W pięciu województwach, tj. lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim i zachodniopomorskim nie były zakontraktowane świadczenia PET.

Źródło: dane Centrali NFZ przekazane na wniosek NIK

Porównanie liczby ośrodków PET i urządzeń PET wykorzystywanych do udzielania świadczeń w Polsce na podstawie danych przedstawionych przez GIS, NFZ, CSIOZ i kontroli NIK na dzień 30 czerwca 2013 r.

Województwo	Liczba ośrodków PET, z którymi NFZ ma zawartą umowę	Dane GIS	Dane CSIOZ	Ustalenia kontroli	
				Liczba PET	Lokalizacja
Dolnośląskie	1	0	0	1	Euromedic Diagnostics Polska Spółka z o.o. w Warszawie, prowadzącym przedsiębiorstwo lecznicze Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medycyny Nuklearnej we Wrocławiu (1 PET)
Kujawsko-Pomorskie	1	2	2	2	Centrum Onkologii w Bydgoszczy (2 PET)
Lubelskie	1	1	1	1	SPSK Nr 4 w Lublinie (1 PET)
Lubuskie	0	0	0	0	Brak
Łódzkie	1	0	4	1	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medyczne Centra Diagnostyczne Voxel w Łodzi (1 PET)
Małopolskie	3	3	1	3	1) Szpital Uniwersytecki w Krakowie (1 PET) 2) Centrum Onkologii, Oddział w Krakowie (1 PET) 3) MCD Voxel, Kraków (na terenie 5 Wojskowego Szpitala Wojskowego z Polikliniką SPZOZ) (1 PET)
Mazowieckie	3	3	3	3	1) Centrum Onkologii Instytut Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie (1 PET) 2) Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalem Klinicznym w Warszawie (1 PET) 3) Mazowieckie Centrum Medycznym „Euromedic” w Warszawie (1 PET)
Opolskie	0	0	0	0	Brak
Podkarpackie	0	0	0	0	Brak
Podlaskie	0	0	0	0	Brak
Pomorskie	1	1	1	1	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku (1 PET)
Śląskie	2	3	4	3	1) Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach (2 PET) 2) Centrum Pediatrii i Onkologii im. dr. E. Hankego w Chorzowie (1 PET)
Świętokrzyskie	1	1	1	1	Świętokrzyskie Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach (1 PET)
Warmińsko-Mazurskie	1	1	0	1	NU-MEDIC Pracownie Diagnostyczne Sp. z o. o. Olsztyn (1 PET)
Wielkopolskie	2	2	2	2	1) Euromedic – Wielkopolskie Centrum Medyczne (1 PET) 2) Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie (1 PET)
Zachodniopomorskie	0	0	0	0	Brak
Polska	17	17	19	19	-

Źródło: informacja dla NIK przekazana przez GIS w dniu 15 października 2013 r., informacja dla NIK przekazana przez Prezesa NFZ z dnia 1 października 2013 r. i Biuletyn Statystyczny opublikowany przez CSIOZ za 2012 r.

Załącznik nr 9 Koszty funkcjonowania kontrolowanych WOK w podziale na zadania w latach 2009–2013 (do 30 czerwca)
(w tys. zł)

Lp.	WOK	Koszty administracyjne, osobowe WOK	Koszty szkoleń dla personelu realizującego badania profilaktyczne	Zakup sprzętu przez WOK (zakupy finansowane w ramach wydatków bieżących i majątkowych).	Koszty wysiłki imiennych zaproszeń na badania profilaktyczne raka szyjki macicy	Koszty wysiłki imiennych zaproszeń na badania profilaktyczne raka piersi	Koszty działań na rzecz poprawy zgłaszalności	Koszty kontroli jakości i audytu klinicznego (cytologia)	Koszty kontroli jakości i audytu klinicznego (mammografia)	Razem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Dolnośląskie 1 WOK	1 136,4	233,9	88,1	1 282,2	983,2	717,9	140,5	224,9	4 807,0
2.	Kujawsko-Pomorskie 1 WOK	1 114,4	229,4	86,6	896,2	659,2	889,2	132,8	201,4	4 209,3
3.	Łódzkie 2 WOK-i	1 069,6	105,6	106,6	1 137,6	1 057,9	626,1	72,8	239,8	4 415,9
4.	Mazowieckie 1 WOK	1 353,1	155,8	70,5	2 091,8	1 862,5	1 362,3	147,5	416,6	7 460,2
5.	Pomorskie 1 WOK	1 068,6	159,7	61,7	981,3	750,5	580,9	117,2	352,2	4 072,0
6.	Śląskie 1 WOK	1 374,6	190,9	48,9	1 863,4	1 352,7	563,6	147,1	470,6	6 011,7
7.	Świętokrzyskie 1 WOK	1 117,4	110,9	99,0	603,4	471,7	563,2	64,2	50,6	3 080,4
8.	Wielkopolskie 2 WOK	1 196,5	112,9	87,7	1 562,5	1 501,6	985,3	101,2	232,3	5 780,1
9.	Zachodnio-pomorskie 2 WOK	1 101,8	220,1	90,9	701,7	583,0	524,4	61,8	174,4	3 458,1
Razem		10 532,3	1 519,2	740,2	11 120,2	9 222,3	6 812,8	985,1	2 362,8	43 294,8

Źródło: dane przedstawione przez WOK w trakcie kontroli NIK

Bibliografia

1. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka, Pawła Goryńskiego, Bożeny Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
2. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce, Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Witold Zatoński, Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 31.01.2014 r.; w tym m.in.:
 - a. Wskaźniki przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w Polsce zdiagnozowanych w latach 2000–2002,
 - b. Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw,
 - c. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku,
 - d. Prognozy zachorowalności i umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2020 roku.
3. Zamówienia publiczne w projektach współfinansowanych ze środków unijnych; autorzy: Grzegorz Karwatowicz, Marta Lamch-Rejowska; PRESSCOM Sp. z o.o. Wrocław 2011.

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. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Prezes Narodowego Fundusz Zdrowia



MINISTER ZDROWIA

Warszawa,

014-06-30

MZ-DNM-073-19680-14/AK/14

Pan

Jacek Uczkiewicz

Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

Stanisław Paweł Persun

W nawiązaniu do **Informacji o wynikach kontroli realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”**, przekazanej przez Najwyższą Izbę Kontroli, uprzejmie przedkładam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Uprzejmie informuję, iż w „Wykazie stosowanych skrótów i pojęć”, na stronie 4 ww. Informacji, w definicji badania cytologicznego wskazano, iż „Badanie cytologiczne dorosła kobieta powinna wykonywać co rok.”. Minister Zdrowia zwraca uwagę, na fakt, że Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca powtarzanie badania cytologicznego co 3 lata.¹ Jednocześnie należy zauważyć, że jest to zgodne z zaleceniami ACS (American Cancer Society). Co więcej, ACS rekomenduje, że w przypadku wykonania wraz z przesiewowym badaniem cytologicznym badania w kierunku DNA HPV wysokiego ryzyka i jego prawidłowego wyniku, zasadne jest wydłużenie interwału wykonywanych badań do 5 lat.²

Ponadto na stronie 6 ww. Informacji, w wykazie skrótów, wskazano *Program profilaktyki raka szyjki macicy* jako tożsamy z *Populacyjnym programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* oraz *Program profilaktyki raka piersi* jako tożsamy z *Populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi*. Nie są to jednak te same zadania, gdyż *Program profilaktyki raka szyjki macicy* oraz *Program profilaktyki raka piersi* nie są zadaniami NPZChN. Są to programy profilaktyczne realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Badania

¹ Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy*, 7 lipca 2006 r., Przegląd Menopauzalny 4/2006, str. 200.

² <http://www.cancer.org/cancer/news/new-screening-guidelines-for-cervical-cancer>.

cytologiczne i mammograficzne wykonywane w ramach tych programów nie są finansowane ze środków NPZChN.

Zadaniami NPZChN są *Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* oraz *Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi*. W ramach tych zadań nie są finansowane badania, a jedynie działania mające zwiększyć świadomość kobiet na temat profilaktyki raka piersi i szyjki macicy oraz zgłaszalność na te badania, a także jakość badań wykonywanych w ramach programów profilaktycznych.

Ministerstwo Zdrowia finansuje realizację wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet, prowadzenie akcji medialnych i informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki ww. nowotworów, działania związane z kontrolą jakości badań mammograficznych i cytologicznych wykonywanych w ramach programów profilaktycznych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz część administracyjno-logistyczną programów populacyjnych poprzez refundację kosztów osobowych i zadaniowych stworzonej dla potrzeb programu sieci Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, monitorujących i nadzorujących realizację *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* oraz *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi*.

Mając powyższe na uwadze, nie należy stosować zamiennie nazw programów realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i przez Ministra Zdrowia. Zgodnie z tym, na stronie 8 ww. Informacji, zdanie „*Celami szczegółowymi kontroli w podmiotach leczniczych była ocena: realizacji zadań przewidzianych dla centralnego (COK) i wojewódzkich ośrodków koordynujących (WOK) programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi*” prawidłowo powinno brzmieć: „*Celami szczegółowymi kontroli w podmiotach leczniczych była ocena: realizacji zadań przewidzianych dla Centralnego (COK) i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących (WOK) Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi*”.

Na stronie 10, w punkcie 2.1. ww. Informacji, Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła skuteczność realizacji NPZChN przez Ministra Zdrowia. Nie sposób zgodzić się z taką oceną, z uwagi na fakt, iż przedmiotowa kontrola Najwyższej Izby Kontroli dotyczyła okresu 2009-2013, tj. okresu zaledwie od 4 do 8 roku realizacji Programu. Należy podkreślić, że miarodajne przeprowadzenie analizy skuteczności realizacji NPZChN możliwe jest nie wcześniej niż po 10-15 latach trwania Programu. Ma to miejsce m.in. w przypadku programów skryningowych. Doświadczenia innych krajów UE, pozwalają zauważyć, że poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa, w tym na temat zagrożeń chorobami

nowotworowymi i skutecznej profilaktyki, stanowią długotrwały proces, polegający na ciągłym i powtarzalnym podejmowaniu działań edukacyjno-informacyjnych, które w efekcie mają zmienić nastawienie społeczeństwa do kwestii konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych, które odgrywają niebagatelną rolę w walce z chorobami nowotworowymi. Przykład dobrej praktyki w tym zakresie stanowią kraje skandynawskie, w szczególności Finlandia, gdzie zgłaszalność kobiet na badania profilaktyczne wynosi 80 – 90% po 20 latach realizacji skryningów populacyjnych.

Ponadto Minister Zdrowia pragnie zwrócić uwagę na fakt, iż w wystąpieniu pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli, przekazanym przy piśmie z dnia 29 stycznia 2014 r., znak: KZD-4101-03-01/2013, nie wszystkie aspekty realizacji przez Ministra Zdrowia NPZChN zostały ocenione negatywnie, o czym nie wspomniano w przedmiotowej Informacji. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła np.: planowanie środków z budżetu państwa na realizację zadania NPZChN. Ponadto pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, oceniono przekazywanie i rozliczanie środków na realizację Programu. W związku z tym, w opinii Ministra Zdrowia, niezasadne jest pomijanie tak ważnych aspektów w ww. Informacji.

Na stronie 11, w punkcie 3 ww. Informacji, zwrócono uwagę na zbyt wysokie koszty administracyjno – logistyczne programów populacyjnych, realizowanych w ramach NPZChN i jako jeden z kosztów administracyjnych wskazano wysyłkę zaproszeń na badania mammograficzne i cytologiczne. Tymczasem nie są to działania administracyjno-logistyczne programów populacyjnych, a zadania merytoryczne realizowane przez zespoły Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących. Koszty administracyjno-logistyczne, to koszty funkcjonowania Ośrodków Koordynujących, a więc koszty osobowe pracowników COK i WOK, koszty prowadzenia biura oraz zakupu sprzętu.

W ww. punkcie 3 zwrócono także uwagę na niską zgłaszalność kobiet objętych programami na badania cytologiczne i mammograficzne (podobnie w punkcie 3.3.1.2., na stronie 48 ww. Informacji). Należy jednak pamiętać, iż wskazany poziom zgłaszalności na badania mammograficzne i cytologiczne dotyczy jedynie badań wykonanych w ramach programów profilaktycznych. Kobiety mają jednak możliwość wykonywania badań profilaktycznych także w ramach innych procedur Narodowego Funduszu Zdrowia. W początkowych latach funkcjonowania NPZChN nie było możliwości porównania liczby badań wykonanych w ramach programów profilaktyki, z badaniami wykonanymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Dzięki zmianie sposobu raportowania, wprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia od drugiej połowy 2011 r., możliwe stało się realne

oszacowanie, ile kobiet w populacjach objętych programami, wykonuje regularnie profilaktyczne badania cytologiczne i mammograficzne ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Po zsumowaniu badań cytologicznych, wykonanych przez kobiety w populacji objętej programem skryningowym w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, zarówno w *Programie profilaktyki raka szyjki macicy*, jak i AOS, okazuje się, że w 2012 r. zgłaszalność na badania cytologiczne wyniosła 35,71%.

W przypadku mammografii, tak jak przy cytologii, w momencie zsumowania badań wykonanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, otrzymujemy wskaźnik zgłaszalności na wyższym poziomie niż wskazywany w samym programie profilaktycznym. W 2012 r. zgłaszalność na badania mammograficzne wyniosła 46,96%.

Należy jednocześnie pamiętać, iż kobiety mogą wykonywać profilaktyczne cytologie zarówno w ramach procedur oferowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jak i ze środków unijnych, środków jednostek samorządu terytorialnego, czy choćby u świadczeniodawców prywatnych.

Powyższe jasno pokazuje, iż ocenianie realizacji *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* oraz *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi* jedynie na podstawie liczby badań wykonanych w ramach programów profilaktycznych nie jest miarodajne. Co więcej, nie jest zasadne kwestionowanie efektywności działań prowadzonych przez Ośrodki Koordynujące, na podstawie liczby badań wykonywanych jedynie w ramach programów profilaktycznych.

Ponadto Minister Zdrowia pragnie zauważyć, że wskazana na stronie 11 ww. Informacji, 18 % zgłaszalność na badania mammograficzne i cytologiczne w odpowiedzi na zaproszenia, nie stanowi w pełni wiarygodnego obrazu sytuacji. W związku z faktem, że na chwilę obecną nie jest możliwe pozyskiwanie danych w tym zakresie z Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (trwają prace nad wprowadzeniem takiej funkcjonalności), Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia na prośbę Najwyższej Izby Kontroli podał dane szacunkowe – wzięto pod uwagę jedynie kobiety, które wykonały badanie w okresie pół roku od rozpoczęcia wysyłki zaproszeń przez WOK. Należy jednak pamiętać, że kobiety mogły się zbadać w skutek otrzymania zaproszenia, także w okresie późniejszym.

Na stronie 14, w punkcie 3 ww. Informacji zapisano, iż „Dane o liczbie kobiet, u których wykonano badania cytologiczne i mammograficzne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

(POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), leczenia szpitalnego i NPZChN gromadzone są w różnych systemach informatycznych NFZ.” Powyższe zdanie jest błędne, gdyż jak wskazano powyżej badania cytologiczne i mammograficzne nie były i nie są finansowane w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. Są to programy Narodowego Funduszu Zdrowia i finansowane są z jego środków finansowych. W związku z powyższym, prawidłowo ww. zdanie powinno brzmieć „Dane o liczbie kobiet, u których wykonano badania cytologiczne i mammograficzne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), leczenia szpitalnego oraz Programu profilaktyki raka piersi i Programu profilaktyki raka szyjki macicy gromadzone są w różnych systemach informatycznych NFZ.”

Opisany powyżej błąd pojawia się także na stronie 17 i 48 ww. Informacji.

Na stronie 15, 30 i 57 ww. Informacji pojawia się nieścisłość dotycząca liczby ośrodków radioterapii, które wydatkowały środki finansowe na zadania nieprzewidziane w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia. Na stronie 15 wskazano, iż taka sytuacja miała miejsce w dwóch ośrodkach radioterapii, natomiast na stronie 30 w punkcie 3.1.12.5. wskazano, iż stwierdzono jeden taki przypadek. Z kolei na stronie 57, znów mowa jest o dwóch takich ośrodkach.

Ponadto pragnie zauważyć, że na stronie 16 ww. Informacji zostało wskazane, iż Minister Zdrowia wydatkował 83.370,1 tys. zł na funkcjonowanie Centralnych i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, tymczasem zdaniem Ministra Zdrowia powinno zostać przedstawione, iż ww. środki finansowe zostały wydatkowane zarówno na funkcjonowanie jak i realizację zadań merytorycznych przez COK i WOK.

W związku z wnioskiem sformułowanym przez Najwyższą Izbę Kontroli na stronie 16 ww. Informacji, w punkcie 2.3., odnośnie potrzeby pozyskania przez Ministra Zdrowia opinii niezależnych specjalistów o możliwości stosowania urządzeń producentów w tworzeniu zintegrowanych linii radioterapeutycznych, Minister Zdrowia zwraca uwagę na fakt, że Najwyższa Izba Kontroli nie wskazuje od kogo mają być niezależni ww. specjaliści. W opinii Ministra Zdrowia każdy z ekspertów, aby dysponować bieżącą wiedzą oraz stale doskonalić umiejętności, musi być czynny zawodowo, co powoduje, że siłą rzeczy są oni powiązani z poszczególnymi ośrodkami radioterapii w kraju. Z kolei powołanie ekspertów z zagranicy, może nie dać oczekiwanych efektów, z uwagi na fakt, że dany specjalista może nie mieć rozeznania na rynku polskim. Co więcej, mogłoby to powodować narażenie budżetu

państwa na wysokie koszty, związane z koniecznością zapewnienia specjalistycznych tłumaczeń, przy braku pewności, czy będą one adekwatne do polskich realiów.

Powyższe tyczy się również informacji zawartej na stronie 28 ww. Informacji, w punkcie 3.1.12.3., gdzie Najwyższa Izba Kontroli zauważa potrzebę przeprowadzenia kompleksowej ekspertyzy przez niezależnych specjalistów, wskazującej na wady i korzyści stosowania konkretnych rozwiązań przy tworzeniu linii radioterapeutycznych.

Na stronie 19 ww. Informacji, w punkcie 3.1.1., we fragmencie dotyczącym procentowego wykonania umów na realizację kontrolowanych zadań NPZChN, Najwyższa Izba Kontroli niejasno sformułowała przekazywane informacje. Wynika z nich, że łącznie na realizację kontrolowanych zadań wydankowano 368,5% wartości zawartych umów. Dlatego też, zdaniem Ministra Zdrowia, ww. zapisy powinny zostać zmodyfikowane tak, aby wynikało z nich jasno, że dana wartość procentowego wykonania umów dotyczy umów zawartych na realizację poszczególnych zadań. Przykładowo, powinno zostać wskazane, że na realizację *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* oraz *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi* wydankowano 77,4% wartości umów zawartych na realizację tych konkretnie zadań.

Na stronie 27 ww. Informacji, w punkcie 3.1.12.2, wskazano, iż „(...) *Minister Zdrowia nie wskazał jednak listy biegłych lub instytucji, które mogłyby sporządzać opinie w zakresie sprzętu medycznego, o które występował Prezes UZP*”. Minister Zdrowia nie zgadza się z tym zarzutem Najwyższej Izby Kontroli z uwagi na fakt, że w dniu 20 listopada 2013 r. została udzielona odpowiedź do Wiceprezesa Urzędu Zamówień Publicznych, w której zostali wskazani eksperci posiadający specjalistyczną wiedzę z zakresu sprzętu medycznego do radioterapii.

Na stronie 29 ww. Informacji, w punkcie 3.1.12.3., sformułowany został zarzut nieefektywnego wydatkowania środków finansowych na zakup sprzętu do radioterapii dla Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu, wynikający z faktu, że Minister Zdrowia przeznaczył dla ww. szpitala środki na zakup jedynie 1 akceleratora, podczas gdy ten potrzebował co najmniej 2, aby móc udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii. Minister Zdrowia pragnie jednakże zauważyć, że szpitalowi w Nowym Sączu przyznano niższą pulę środków niż wnioskowana, z uwagi na ograniczone środki finansowe pozostające do rozdysponowania w ramach realizacji zadania pn. *Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii*. Niemniej jednak, w momencie zwrócenia przez część realizatorów

NPZChN niewykorzystanych przez nich środków, pod koniec 2013 r. Minister Zdrowia przekazał Szpitalowi w Nowym Sączu środki na zakup drugiego akceleratora.

Na stronie 35 ww. Informacji, tytuł punktu 3.2. – „*Realizacja zadań NPZChN przez oddziały wojewódzkie NFZ*”, jest nieprawdziwym sformułowaniem. Realizacja świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zarówno z zakresu profilaktycznych badań cytologicznych i mammograficznych, jak i stosowania metody tomografii pozytonowej emisyjnej w zakresie schorzeń onkologicznych, mimo powiązania z działaniami realizowanymi przez Ministra Zdrowia, nie są zadaniami „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. W ramach NPZChN, w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy realizowane są jedynie ww. wymienione działania nadzorowane przez Ośrodki Koordynujące. Natomiast w zakresie tomografii pozytonowej Ministerstwo Zdrowia, w ramach NPZChN sfinansowało jedynie zakup aparatów PET-CT oraz inny sprzęt umożliwiający rozpoczęcie produkcji radiofarmaceutyków.

Na stronie 42 ww. Informacji, w punkcie 3.3., zdanie „*W ramach NPZChN, Minister Zdrowia finansował część administracyjno-logistyczną programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi(...)*” powinno otrzymać brzmienie „*W ramach NPZChN, Minister Zdrowia finansował część administracyjno-logistyczną populacyjnych programów profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz wczesnego wykrywania raka piersi(...)*”.

Ponadto Minister Zdrowia pragnie zauważyć, że we wszystkich fragmentach dotyczących środków finansowych wykorzystanych na profilaktykę raka piersi i raka szyjki macicy powinno się rozróżniać, że środki wydatkowane przez Ministra Zdrowia pochodziły z „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, a środki wydatkowane na badania przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków Funduszu.

Na stronie 49 ww. Informacji wskazano, że System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) jest bazą do ustalania populacji kobiet kwalifikujących się do badań przesiewowych w ramach programów profilaktycznych. Minister Zdrowia pragnie jednakże zauważyć, że SIMP jest przede wszystkim programem rozliczeniowym Narodowego Funduszu Zdrowia, stworzonym na potrzeby realizacji różnych programów profilaktycznych Narodowego Funduszu Zdrowia. Gromadzenie danych dotyczących realizacji badań przesiewowych, w tym na temat populacji objętych programami, jest jedynie jedną z funkcjonalności SIMP.

PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

KZD-4101-03/2013
P/13/130

Warszawa, 4 lipca 2014 r.

Opinia

**Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie
art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do informacji
o wynikach kontroli realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”**

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż Minister Zdrowia niewłaściwie interpretuje, wyrwane z kontekstu, zapisy informacji, bądź polemizuje z niektórymi ocenami, nie odnosząc się do wielu istotnych wniosków i uwag zawartych w informacji NIK. Jednocześnie należy podkreślić, iż w informacji z dnia 18 lutego 2014 r. o sposobie realizacji wniosków, sformułowanych po kontroli przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia, Minister w szerokim zakresie przedstawił działania podjęte w efekcie kontroli NIK, m.in. w odniesieniu do usprawnienia realizacji nowych edycji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

Odnosząc się do zawartej w stanowisku uwagi dotyczącej częstotliwości badania cytologicznego, w związku z definicją tego badania zawartą w „Wykazie stosowanych skrótów i pojęć”, należy podkreślić, iż na przestrzeni lat prezentowane były różne opinie naukowe w odniesieniu do zalecanej częstotliwości powtarzania tego badania. Faktem jest, iż Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca obecnie wykonywanie badania cytologicznego co trzy lata. Pożądana częstotliwość cytologii zależy jednak przede wszystkim od indywidualnej sytuacji pacjentki, np. od tego, czy pojawiły się zmiany na szyjce macicy oraz jakiego są rodzaju. W grupach zwiększonego ryzyka badanie wykonuje się nawet co 6 miesięcy. Należy jednocześnie podkreślić, iż jak podano w informacji w ramach profilaktyki raka szyjki macicy, adresowanej do populacji kobiet w wieku 25 – 59 lat, badania przeprowadzane są raz na 3 lata.

Minister Zdrowia sugeruje, iż Najwyższa Izba Kontroli utożsamia *Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy*, stanowiący jedno z istotnych zadań NPZChN, z *Programem profilaktyki raka szyjki macicy* realizowanym przez NFZ i finansowany ze środków Funduszu. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż Minister Zdrowia odniósł się do wykazu skrótów zawartych w informacji. NIK nie utożsamia dwóch różnych programów, tylko wprowadza skróconą nazwę dla wspomnianego zadania NZPCH. Skrót został wprowadzony celowo, aby treść informacji była bardziej przejrzysta i zrozumiała dla odbiorcy.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska Ministra, że: „(...) miarodajne przeprowadzenie analizy skuteczności realizacji NPZChN możliwe jest nie wcześniej niż po 10-15 latach trwania Programu”. Zdaniem NIK analiza skuteczności realizacji zadań Programu powinna być prowadzona na bieżąco, w celu monitorowania

poziomu realizacji zaplanowanych celów Programu i efektywnego wykorzystania środków finansowych na jego realizację. Po ośmiu latach realizacji Programu uprawniona jest również, zdaniem NIK, ocena skuteczności działań Ministra Zdrowia podejmowanych w celu jego realizacji. Ocena ta i wynikające z niej wnioski powinny zostać wykorzystane przy tworzeniu nowej edycji NPZChN, biorąc pod uwagę, iż obecny Program kończy się z końcem 2015 r.

Odnosząc uwagi dotyczące kosztów wysyłki zaproszeń na badania cytologiczne i mammograficzne – NIK nie podziela stanowiska Ministra Zdrowia, że koszty te nie powinny być zakwalifikowane do kosztów działań administracyjno-logistycznych, lecz do merytorycznych Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących (WOK). Zgodnie z NPZChN Minister Zdrowia finansuje bowiem część administracyjno-logistyczną profilaktycznych programów populacyjnych raka szyjki macicy i raka piersi poprzez refundację kosztów osobowych i zadań COK i WOK, które monitorują i nadzorują realizację programów profilaktycznych, prowadzą wysyłkę imiennych zaproszeń do kobiet oraz organizują akcje medialne i informacyjno-edukacyjne na rzecz popularyzacji profilaktyki raka. Natomiast NFZ finansuje przesiewowe badania cytologiczne i mammograficzne.

Odnosząc się do uwagi NIK, wskazującej na potrzebę pozyskania opinii niezależnych ekspertów o możliwości stosowania urządzeń różnych producentów w tworzeniu zintegrowanych linii radioterapeutycznych; Minister wskazał że w kraju brak jest krajowych ekspertów niepowiązanych z ośrodkami radioterapii, a powołanie ekspertów z zagranicy może nie dać oczekiwanych efektów, powodując narażenie budżetu państwa na wysokie koszty. W ocenie NIK jednoznaczne rozstrzygnięcie tej kwestii jest istotne, biorąc pod uwagę wysokie nakłady ponoszone na zakupy tego rodzaju sprzętu, przy których koszt zewnętrznej ekspertyzy będzie nieistotny. Wyniki takiej ekspertyzy pozwoliłyby również ocenić, czy preferowanie przez podmioty lecznicze, przy tworzeniu linii terapeutycznej, jednego producenta i stosowanie trybu udzielania zamówienia publicznego z wolnej ręki jest prawidłowe.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę, iż Minister Zdrowia w swoim stanowisku informuje także o działaniach, które zostały podjęte już po zakończeniu przez NIK czynności kontrolnych w Ministerstwie Zdrowia. Wśród nich można wskazać przekazanie Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych listy biegłych lub instytucji, które mogłyby sporządzać opinie w zakresie sprzętu medycznego (czego Minister nie uczynił przez pięć miesięcy od wystąpienia UZP), czy przekazanie środków Szpitalowi Specjalistycznemu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu, co umożliwiło wykorzystanie wcześniej zakupionego, dotychczas niewykorzystywanego sprzętu i rozpoczęcie leczenia onkologicznego. Działania te są zbieżne z uwagami NIK i świadczą o podjęciu działań zmierzających do realizacji wniosków pokontrolnych w tym zakresie.

