



**WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI**
Wojciech Misiąg

KZD – 4101-03-01/2013

P/13/130

**WYSTĄPIENIE
POKONTROLNE**

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

P/13/130 - Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”¹

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontrolerzy

1. Julita Łuczak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82896 z dnia 15 maja 2013 r.
2. Lila Gniadek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82897 z dnia 15 maja 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-4)

Jednostka
kontrolowana

Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, ul. Miodowa 15, zwane dalej „Ministerstwem”

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Bartosz Arłukowicz - Minister Zdrowia

(dowód: akta kontroli str. 30, 33-55)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”², zwanej dalej „ustawą o ustanowieniu NPZChN”, wskazano, że celem programu, realizowanego w latach 2006 – 2015, jest m.in.:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów;
- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia.

Wykonanie programu powierzono Ministrowi Zdrowia.

W ocenie NIK realizacja wspomnianych celów jest zagrożona. Od początku finansowania programu liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła z 126.019 w roku 2006 do 140.564 w 2010³, a wskaźniki 5-letnich przeżyć chorych, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową są niższe niż średnia europejska.

Zdaniem NIK skuteczność realizacji programu obniżały nieprawidłowości w działaniach Ministra Zdrowia stwierdzone w trakcie kontroli.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Polegały one m.in. na:

- nieokreśleniu kwantyfikowalnych mierników dla oceny efektów realizacji niektórych zadań programu⁴,

¹ Kontrolą objęto realizację następujących zadań NPZChN: „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”, „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”, „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – wyposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”, „Tomografia Pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków PET”¹, „Tomografia Pozytonowa (PET) – uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków FDG w Polsce” „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” w latach 2009 – 2013.

² Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.

³ Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku, Warszawa 2012 (tabela 6.3. Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1965-2010. Liczby bezwzględne, współczynniki surowe i standaryzowane, str. 51)

⁴ Dla zadania „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – wyposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” nie określono mierników w całym okresie objętym kontrolą. W 2009 r. nie określono mierników dla żadnego z badanych zadań.

- przedstawianiu przez Ministra Zdrowia harmonogramu zadań programu na dany rok budżetowy w terminie, który był niezgodny z postanowieniami art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu NPZChN;
- późnym zawieraniu umów, utrudniającym zleceniobiorcom pełną i efektywną realizację zadań,
- dofinansowaniu zakupów sprzętu do radioterapii bez analizy cen uzyskiwanych przez podmioty lecznicze w okresach wcześniejszych⁵ oraz braku wiedzy o stopniu wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach umów zawartych w latach 2009 – 2011;
- niesporządzeniu kompleksowej ekspertyzy, która jednoznacznie wskazałaby na możliwość (lub jej brak) łączenia urządzeń różnych producentów w ramach jednej linii radioterapeutycznej, ułatwiając beneficjentom programu dokonywanie zakupów i wybór odpowiedniego trybu udzielenia zamówienia.

Ponadto NIK zwraca uwagę na:

- wysokie koszty administracyjno-logistyczne populacyjnych programów przesiewowych raka szyjki macicy i raka piersi, przy niskiej zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne;
- niepełną realizację wniosków pokontrolnych NIK, sformułowanych po kontroli realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006 – 2008⁶.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Skuteczność działań Ministra Zdrowia w zakresie przygotowania realizacji NPZChN

1.1. Ustalanie i weryfikacja celów programu

Opis stanu faktycznego

Dane o średnich europejskich wskaźnikach w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów pochodzą z GLOBOCAN⁷ (ostatnie zgromadzone dane dotyczą 2008 r.) i EURO CARE⁴⁸. W odniesieniu do danych dotyczących Polski źródłem wiedzy jest Krajowy Rejestr Nowotworów (zwany dalej „KRN”), który gromadzi dane o nowych zachorowaniach, zgonach oraz wskaźnikach przeżyć chorych na nowotwory (ostatnie zgromadzone dane dotyczą 2010 r.).

(dowód: akta kontroli str. 2014)

Zestawienia zadań przewidzianych do realizacji w ramach programu na poszczególne lata 2009 – 2013 były przyjmowane na posiedzeniach Kierownictwa MZ⁹.

(dowód: akta kontroli str. 1469-1822)

Do „Zestawienia zadań NPZChN” sporządzany był corocznie kosztorys, w którym określone były koszty zadań, ze wskazaniem docelowych efektów (np. liczba zaplanowanych kontroli jakości, audytów, zaproszeń do wysyłki, szkoleń, badań). Kosztorysy zadań NPZChN były przygotowywane w oparciu o opinie specjalistów z danej dziedziny medycyny, w tym konsultantów krajowych i koordynatorów zadań NPZChN, a także w oparciu o analizę kwot

⁵ Tego rodzaju analizę przeprowadzono dopiero w marcu 2013 r.

⁶ Nr kontroli P/08/098 (znak akt 147/2009/P/08/098/KPZ).

⁷ GLOBOCAN jest projektem prowadzonym pod auspicjami World Health Organization oraz International Agency for Research on Cancer. Celem projektu jest zapewnienie aktualnych szacunków dotyczących zachorowalności (częstości występowania), śmiertelności oraz jedno-, trzy- i pięcioletnich przeżyć w przypadku głównych typów nowotworów, na poziomie krajowym, dla 184 krajów świata. (<http://globocan.iarc.fr/>).

⁸ Projekt EURO CARE-4 dotyczy monitorowania pacjentów, u których zdiagnozowano nowotwory złośliwe w latach 1995 i 2002 w krajach europejskich. Pozwala to na analizę, czy znaczne różnice w przeżywalności pomiędzy krajami, które ujawniły się podczas poprzednich badań, nadal są obecne. Projekt jest prowadzony przez włoskie instytucje naukowo-badawcze. (<http://www.eurocare.it/Eurocare4/>).

⁹ Na rok 2009 – w dniu 9.03.2009 r., na rok 2010 – w dniu 25.01.2010 r., na rok 2011 – w dniu 11.02.2011 r., na rok 2012 – w dniu 15.12.2011 r., na rok 2013 – w dniu 13 marca 2013 r. Zmiany do programu przyjęto na posiedzeniu Kierownictwa MZ w dniu 9.05.2013 (zmiany dotyczyły okresu, na jaki przeprowadzone miały być procedury konkursowe na wybór realizatorów).

wydatkowanych w poprzednich latach. Kosztorysy zadań NPZChN były przedstawiane do opinii członkom Rady ds. Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

(dowód: akta kontroli str. 1010-1335, 1839-1918)

Zgodnie z art. 7 ust. 3 ww. ustawy o ustanowieniu NPZChN planowane nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych miały stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na program. Na zadania związane z wczesnym wykrywaniem chorób nowotworowych¹⁰ w poszczególnych latach 2009 – 2013 zaplanowano odpowiednio: 20,7%, 26,6%, 28,6%, 35,8%, 37,7% ogółu wydatków na realizację NPZChN.

(dowód: akta kontroli str. 1940-1941)

Zadania takie jak m.in. „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”, „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”, mają na celu zapobieganie konsekwencjom choroby nowotworowej poprzez jej wczesne wykrycie, w stadium bez widocznych objawów choroby. Zadanie „Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów” jest zadaniem inwestycyjnym, którego założeniem jest doprowadzenie do stopniowego wzrostu jakości diagnostyki chorób nowotworowych w Polsce oraz zwiększenie dostępności do wczesnej diagnostyki onkologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 2814-2817)

W załącznikach do zarządzeń 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 NPZChN¹¹, zobowiązano projektodawców (między innymi właściwe komórki Ministerstwa)¹² do określenia spodziewanych efektów i korzyści wynikających z wdrożenia poszczególnych zadań NPZChN, w tym określenia głównych mierzalnych wskaźników i mierników ich realizacji.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

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

(dowód: akta kontroli str. 282-568)

Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej (zwanego dalej „DPZ”) wyjaśniła, że ocena realizacji programu była dokonywana w oparciu o opinie na temat efektywności realizacji NPZChN, przedstawiane przez koordynatorów poszczególnych zadań oraz przez konsultantów krajowych. Ponadto, DPZ występował z prośbą do ośrodków onkologicznych w Polsce o ocenę efektywności realizacji NPZChN, w tym w zakresie zarówno oceny dotychczas realizowanych zadań oraz zasadności ich kontynuacji, jak również w zakresie opinii i propozycji ewentualnych zmian, które mogłyby przyczynić się do poprawy funkcjonowania programu.

(dowód: akta kontroli str. 1841-1846)

2) Minister Zdrowia nie określił mierników dla każdego z zadań NPZChN. Nie określono również wskaźników docelowych, istotnych dla oceny, czy w wyniku realizacji zadań osiągnięto założony cel.

¹⁰ Do zadań związanych z wczesnym wykrywaniem chorób nowotworowych należały: prewencja pierwotna nowotworów, populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów.

¹¹ 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.

¹² § 1 ust. 2-4 ww. zarządzeń stanowi, że zadanie, w celu przyjęcia do realizacji, jest przedkładane Ministrowi Zdrowia za pośrednictwem komórki właściwej. Jest ono opracowywane według schematu dokumentu zadania NPZChN, stanowiącego załącznik nr 1 do zarządzenia, a zgodę na przyjęcie zadania do realizacji ze środków ujętych w części budżetowej, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, wyraża Minister Zdrowia po zapoznaniu się z wnioskiem komórki właściwej i opinią Kolegium Ministra Zdrowia lub Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 1478-1822)

Dyrektor DPZ wyjaśniła, że w załączniku do zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” nie zostało wskazane, że w ramach opisu zadania mają być określone wskaźniki docelowe.

(dowód: akta kontroli str. 1839-1846)

NIK nie podziela powyższego poglądu, ponieważ zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem NPZChN, w części II schematu dokumentu zadania pn. „Streszczenie” należało wskazać spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określić główne mierzalne i/lub niemierzalne korzyści i koszty, a w części V pn. „Opis zadania” wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów.

(dowód: akta kontroli str. 1478-1822)

3) Cel zadania pn. „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”¹³ dotyczący zmniejszenia zachorowalności sformułowany w sposób nieadekwatny do jego specyfiki. Program ten ma charakter badań przesiewowych i może wpłynąć na obniżenie wskaźników umieralności (wynikające z wczesnej diagnozy i podjęcia leczenia), natomiast nie wpływa na obniżenie zachorowalności na nowotwory.

(dowód: akta kontroli str. 1458-1459)

4) Dla żadnego z zadań objętych kontrolą nie opracowano analizy efektywności ekonomicznej i szczegółowego harmonogramu działań, mimo, że były to elementy wymagane, zgodnie z zarządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy NPZChN¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 1478-1822)

Dyrektor DPZ wyjaśniła, że zadania były opracowywane zgodnie z załącznikami do zarządzeń MZ, jednak z uwagi na przyjętą konstrukcję dokumentu NPZChN – Zestawienie zadań na kolejne lata realizacji programu, część punktów (w tym „Streszczenie” i „Uzasadnienie”) zostało opracowane ogólnie do wszystkich zadań i zamieszczone na początku dokumentu. Ponadto, każde zadanie zostało uszczegółowione w dalszej części dokumentu programu.

(dowód: akta kontroli str. 1846)

NIK nie podziela stanowiska Dyrektora DPZ, ponieważ przedstawione dokumenty nie zawierały analizy efektywności ekonomicznej. W częściach dotyczących poszczególnych zadań NPZChN znajdowały się jedynie: opis celu, opis zadania (istotność problemu, wyzwania), działania przewidziane do realizacji na poszczególne lata, określenie uczestników programu, kosztorysy, wymagania merytoryczne dla realizatorów zadania oraz kryteria oceny ofert.

(dowód: akta kontroli str. 1478-1822)

1.2. Wybór realizatorów programu

Opis stanu faktycznego

Minister Zdrowia, w latach 2009 – 2013, dokonywał wyboru realizatorów działań NPZChN w trybie konkursu ofert, zgodnie z art. 4 pkt 4 i art. 8 ust. 2 ustawy o ustanowieniu NPZChN.

¹³ Od roku 2011 zadanie połączone z Populacyjnym programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. W poszczególnych latach 2009-2012 cel formułowany był w następujący sposób: w roku 2009 – obniżenie wskaźnika umieralności i zachorowalności oraz zwiększenie wskaźnika 5-letnich wyleczeń z powodu raka piersi do poziomu osiąganego w krajach UE, w 2010 r. – zmniejszenie zachorowalności i poprawa wykrywalności raka piersi oraz poprawa zgłaszalności kobiet do programu, w 2011 r. – zmniejszenie zachorowalności i poprawa wykrywalności raka szyjki macicy i raka piersi oraz poprawa zgłaszalności kobiet do programów w Polsce, w roku 2012 – zmniejszenie zachorowalności i poprawa wykrywalności raka szyjki macicy i raka piersi oraz poprawa zgłaszalności kobiet do programów profilaktycznych w Polsce.

¹⁴ W załącznikach nr 1 do zarządzeń określono schemat dokumentów zadań NPZChN.

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 – 2013¹⁵.

(dowód: akta kontroli, str. 2867-2941, 2986-3614)

Spośród 183 ofert¹⁶, które wpłynęły na realizację zadań objętych kontrolą zbadano 77 ofert (tj. 42,1%). Wybór realizatorów zadań dokonywany był na podstawie oceny ofert, według kryteriów przedstawionych oferentom w poszczególnych ogłoszeniach konkursowych.

(dowód: akta kontroli str. 100-143, 2986-3672)

1) Na realizację zadania pn. „Utworzenie (...)”/„Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” w latach 2009 – 2013 wpłynęło 69 ofert, w tym: 22 w 2009 r., 22 w 2010 r., 25 w 2012 r. Badaniem objęto 50 ofert złożonych (tj. 72,5%). Oferenci wnioskowali o przyznanie dofinansowania do zakupu aparatury i sprzętu do radioterapii w kwocie 1.764.879 tys. zł. Minister Zdrowia przyznał 649.896,5 tys. zł, co stanowiło 36,8% kwoty wnioskowanej. W 2010 r. jeden oferent nie otrzymał dofinansowania na realizację zadania z powodu niespełniania wymagań merytorycznych (brak wymaganej kadry specjalistów).

Przy dokonywaniu podziału środków finansowych pomiędzy realizatorów zadania kierowano się wielkością populacji województwa, liczbą osób leczonych w ciągu roku przez poszczególnych realizatorów zadania oraz wskaźnikami europejskimi i WHO w zakresie wyposażenia w sprzęt do radioterapii. Natomiast, przy podejmowaniu decyzji o przyznaniu środków na zakup (np. akceleratorów), Komisja konkursowa uwzględniała przygotowanie jednostki do zainstalowania urządzenia, tj. posiadaną kadrą 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.

(dowód: akta kontroli str. 100-143, 2986-3672)

2) Ministerstwo Zdrowia finansuje koszty zadań związane z koordynacją działań dotyczących programów pn. „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” oraz „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”. Dla potrzeb tych programów w 2005 r., na lata 2005 – 2010, wybrano Centralny Ośrodek Koordynujący dla każdego programu w skali kraju i po 16 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących – po jednym dla każdego programu i województwa (zwane dalej „COK” i „WOK”).

W latach 2009 – 2010 na funkcjonowanie COK i WOK przyznano dofinansowanie w wysokości: w 2009 r. – 16.255,4 tys. zł, a w 2010 r. – 24.680,9 tys. zł.

W 2010 r. na wybór realizatorów zadań COK i WOK populacyjnych programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi na lata 2011 – 2015 wpłynęło 45 ofert, w tym 6 ofert na realizację zadań COK i 39 ofert na realizację zadań WOK (19 ofert w ramach profilaktycznego programu raka piersi i 20 ofert na program profilaktyczny raka szyjki macicy), o łącznej wartości 53.321,2 tys. zł. Badaniem objęto 10 ofert (tj. 22,2%). Na realizatora zadań COK obu programów wybrano Centrum Onkologii – Instytut im. Marii

¹⁵ Realizatorzy zadania „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” i „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” na lata 2005-2010 zostali wybrani do realizacji programu w ramach przeprowadzonej procedury konkursowej w 2005 r., na lata 2011-2015 – w 2011 r. Realizatorzy zadania „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów 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.

¹⁶ Zgodnie z dokumentacją konkursową.

Skłodowskiej-Curie w Warszawie¹⁷, a realizację zadań WOK powierzono 23 podmiotom funkcjonującym na terenie 16 województw¹⁸.

W kolejnych latach na funkcjonowanie COK i WOK przyznano dofinansowanie w wysokości: w 2011 r. – 22.198,2 tys. zł, w 2012 r. – 22.605,7 tys. zł, w 2013 r. – 21.860,0 tys. zł.

3) W 2009 r. w ramach konkursu ofert na realizatora zadania pn. „Tomografia Pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków (PET)” wpłynęła jedna oferta. Wnioskowano o kwotę 10.000.000,00 zł, z tego Minister przyznał 8.500.000,00 zł, co stanowiło 85,0% kwoty wnioskowanej.

W 2010 r. w ramach konkursu ofert na realizatora zadania pn. „Tomografia Pozytonowa (PET) – uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków FDG w Polsce” wpłynęły trzy oferty¹⁹ o wartości 17.261.180,00 zł, z tego Minister przyznał 12.500.000,00 zł, co stanowiło 72,4% kwoty wnioskowanej.

4) W ramach czterech konkursów ofert na realizatorów zadania pn. „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” w latach 2009 – 2012 wpłynęło 65 ofert, w tym: w latach 2009 – 2011 po 16 ofert i w 2012 r. 17 ofert. Badaniem objęto 13 ofert (tj. 20% z 65 ofert). Wnioskowano o kwotę 9.167,6 tys. zł, z tego Minister przyznał 7.347,2 tys. zł, co stanowiło 80,1% kwoty wnioskowanej.

(dowód: 100-143, 2986-3614)

5) W celu wyłonienia najkorzystniejszych ofert w ramach konkursu na realizatora na realizatora zadania pn. Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii powoływane były komisje konkursowe²⁰. Rozstrzygnięcia konkursów poprzedzała analiza przedłożonych ofert przez członków komisji,²¹ a także opinia eksperta²².

Po dokonaniu wstępnego podziału środków finansowych wśród oferentów, którzy zgłosili zapotrzebowanie w zakresie doposażenia i modernizacji zakładów radioterapii, przekazywano ekspertom zestawienie rozważanego zakupu sprzętu pod względem możliwości jego finansowania i pilności potrzeb zgłoszonych przez jednostki, z prośbą o przygotowanie opinii. Eksperti w poszczególnych latach przygotowywali ogólną opinię w kontekście kompatybilności zakupywanego sprzętu do posiadanego przez jednostki wyposażenia oraz bezpieczeństwa i poprawy dostępności do świadczeń radioterapeutycznych. W skład komisji nie byli powoływani eksperci posiadający wiedzę z zakresu radioterapii, z uwagi na znacznie zawężone grono takich osób, gdyż w większości przypadków byli oni jednocześnie pracownikami oferentów. Minister Zdrowia nie zdecydował się również na powołanie w skład komisji konkursowych ekspertów z zagranicy.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że powołanie ekspertów z zagranicy nie gwarantowałyby pozyskania niezależnych specjalistów niezwiązanych z firmami produkującymi sprzęt oraz zachodziłyby liczne przeszkody natury technicznej i merytorycznej (m.in. bariera językowa, niezajomość specyfiki potrzeb zdrowotnych i systemu opieki zdrowotnej w Polsce). Ministerstwo mogłoby się narazić na zarzut niegospodarności i braku celowości w wydatkowaniu środków finansowych.

¹⁷ Funkcję COK dla programu przesiewowego raka szyjki macicy w latach 2005-2010 pełnił Ginekologiczno-Położniczy Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu.

¹⁸ W województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim - ośrodki koordynujące znajdują się w tej samej jednostce w województwie i są wspólne dla obu programów; w województwach: lubelskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim - ośrodki koordynujące programy profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy znajdują się w odrębnych jednostkach w województwie, są rozdzielne dla każdego z programów.

¹⁹ Badaniem objęto 100% ofert.

²⁰ W skład Komisji wchodziły osoby będące pracownikami Departamentu Polityki Zdrowotnej, zatrudnione na stanowisku co najmniej specjalisty oraz posiadające wykształcenie m.in. prawnicze lub ekonomiczne.

²¹ Komisja dokonując oceny merytorycznej wniosków dodatkowo brała pod uwagę najnowsze dane przedstawiane w „Raporcie na temat stanu radioterapii w Polsce” opracowywanym przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej.

²² Ministerstwo korzystało z opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej oraz Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 2986-3614, 4323-4458, 4858-4874, 5213-5218)

6) W konkursie na wybór realizatorów zadania pn. „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” w 2009 r. Komisja konkursowa wybrała oferty czterech realizatorów²³, którym zaplanowano przekazanie środków finansowych w wysokości 19.278,1 tys. zł w terminie od 1 stycznia do 30 czerwca 2010 r. Trzy z czterech umów zostały podpisane w 2009 r., a sprzęt o wartości 14.696,6 tys. zł zakupiono w 2010 r. Jeden z oferentów odstąpił jednak od podpisania umowy z powodu wydłużenia terminu jej realizacji do 30 czerwca 2010 r. (tj. następnego roku).

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach, nie podpisało umowy, ponieważ wnioskowało o zakup opcji uzupełniających do aktualnie działających urządzeń, które były pilnie potrzebne. Z powodu konieczności przesunięcia realizacji umowy na kolejny rok (2010), Centrum dokonało zakupu z własnych środków i zwróciło się o zmianę przedmiotu umowy²⁴. Propozycja ta nie została przyjęta, bowiem stanowiła nową ofertę.

(dowód: akta kontroli str. 124-143, 3117-3203, 4701-4857, 5174-5177)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że przyczyną przesunięcia realizacji umów na dofinansowanie zakupu aparatury do radioterapii z 2009 r. na 2010 r., była konieczność sfinansowania z budżetu 2009 r. zobowiązań finansowych powstałych w 2008 r.²⁵ Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia podjęło decyzję o podziale środków finansowych pomiędzy zadania NPZChN w 2009 r. z uwzględnieniem możliwości przedłużenia realizacji zadań do 30 czerwca 2010 r.

(dowód: akta kontroli, str. 4701-4857, 5174-5177)

7) Od początku realizacji NPZChN, tj. od 2006 r. sprzęt w ramach zadań inwestycyjnych nabywany był bezpośrednio przez oferentów w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych²⁶, zwanej dalej „Pzp”.

W 2011 r. do dokumentu pn. „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych – Zestawienie zadań na 2012 r.” dodano postanowienie, zgodnie, z którym wszyscy realizatorzy zadań inwestycyjnych zostali zobowiązani do dokonywania zakupów sprzętu za pośrednictwem Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia. Zaproponowana nowa forma realizacji zakupów sprzętu i aparatury medycznej uzasadniona została możliwością uzyskania niższych cen zakupu kilku takich samych urządzeń od tego samego producenta, niż w przypadku procedur przeprowadzanych pojedynczo przez realizatorów zadania. Jednakże wskutek narad²⁷ i wewnętrznych konsultacji w Ministerstwie Zdrowia podjęto decyzję, że nie jest wskazane organizowanie jednego przetargu centralnego na zakup sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby realizacji NPZChN²⁸. Organizowanie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego pozostawiono w kompetencji kierowników podmiotów leczniczych.

(dowód: akta kontroli str. 4323-4466, 5326-5410)

²³ Wybrani realizatorzy: 1) Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej (7.310.765,00 zł), 2) Szpital Morski im. PCK w Gdyni (1.956.020,00 zł), 3) Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach (4.581.500,00 zł), 4) Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie (5.429.800,00 zł).

²⁴ Wystąpiono o zmianę sprzętu z opcji uzupełniających (opcja Volumetric Modulated Arc Therapy dla akceleratora Clinac 23EX Silhouette oraz dodatkowy mikrokolimator wielolistkowy mMLCm3) na nowy przyspieszacz liniowy wysokoenergetyczny – Clinac 23 EX Silhouette 6,15 MV z wyposażeniem.

²⁵ Na podstawie protokołu zakończenia realizacji NPZChN w 2009 r. z dnia 20 września 2010 r. kwota zobowiązań z 2008 r. wyniosła 37.154.424,95 zł.

²⁶ Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.

²⁷ Narady z udziałem Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, Dyrektora Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia oraz przedstawicieli Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia.

²⁸ Z uwagi na różne parametry sprzętu wykorzystywanego przez szpitale i brak niezależnych (niezwiązanych z firmami produkującymi aparaturę medyczną) specjalistów w zakresie fizyki nuklearnej, niemożliwym 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, które byłyby kompatybilne z już wykorzystywanymi, co umożliwiłoby ich instalację i efektywne wykorzystanie.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1) Minister Zdrowia przedstawiał Komitetowi Rady Ministrów projekty uchwał dotyczących harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu na dany rok budżetowy, dopiero w roku którego dotyczyła realizacja zadań. W związku z tym Rada Ministrów przyjmowała wspomniane uchwały dopiero w pierwszym kwartale roku, którego dotyczyła realizacja zadań, co było niezgodne z art. 5 ust. 1 i 2 ustawy o ustanowieniu NPZChN. Przywołane przepisy stanowią, że Minister Zdrowia przedstawia Radzie Ministrów projekt harmonogramu na kolejny rok budżetowy, a Rada Ministrów ten projekt przyjmuje w drodze uchwały. Ponadto, zgodnie z art. 9 ustawy o ustanowieniu NPZChN przyjęty przez Radę Ministrów harmonogram na kolejny rok, powinien być przedstawiony Sejmowi przez Ministra Zdrowia najpóźniej do 31 maja danego roku²⁹. Z uzasadnienia do projektu wspomnianej ustawy wynika, że takie rozwiązanie miało pozwolić na przeprowadzenie dodatkowej debaty w tym zakresie.

W harmonogramach realizacji zadań wykonywanych w ramach NPZChN, w kolejnych latach budżetowych 2009 – 2013, określano późne terminy ogłoszenia postępowań konkursowych na wybór realizatorów programu zadań danego roku, np.

- „Tomografia Pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków (PET)” / „Tomografia Pozytonowa (PET) – uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków FDG w Polsce” na lata 2009 – 2010 w okresie od I-II kwartału danego roku, tj. w okresie do sześciu miesięcy danego roku,
- „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” na lata 2009 – 2010 w okresie od I-II kwartału tj. w okresie do sześciu miesięcy danego roku.

W tych samych harmonogramach określano również późne terminy podpisania umów na realizację zadań w danym roku, tj. m.in.:

- „Tomografia Pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków (PET)” / „Tomografia Pozytonowa (PET) – uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków FDG w Polsce” na lata 2009 – 2010 w okresie od I-III kwartału danego roku, tj. w okresie do dziewięciu miesięcy danego roku,
- „Utworzenie (...)” / „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”, na lata 2009-2011 w okresie od I-III kwartału danego roku tj. w okresie do dziewięciu miesięcy danego roku, na lata 2012 – 2013 w okresie od I-II kwartału danego roku, tj. w okresie do sześciu miesięcy danego roku,

Zdaniem NIK, uchwalanie w harmonogramach terminów postępowań konkursowych w okresie do II kwartału danego roku oraz terminów podpisywania umów na realizację zadań w ramach programu w okresie do III kwartału danego roku budżetowego, znacznie skracało okres realizacji zadań i było powodem dokonywania zmian treści umów w sprawie wydłużenia terminu przedłożenia rozliczenia³⁰, stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych.

Dyrektor DPZ wyjaśniła, że terminy ogłaszania postępowań konkursowych na wybór realizatorów zadań NPZChN wynikają z oszacowania długości trwania zarówno procedury legislacyjnej związanej z przyjęciem uchwały przez Radę Ministrów (zwykle ok. 2 miesięcy), jak również bieżącej realizacji zadań programu. Corocznie realizowanych jest średnio 350 umów, co wymaga dużego nakładu pracy przy niskim obsadzeniu kadrowym. Przygotowanie harmonogramu zadań na kolejny rok budżetowy, jak również treści programu na dany rok wymaga wielu konsultacji i zebrania opinii od specjalistów z danej dziedziny medycyny oraz zaplanowania określonego przedziału czasowego na ich

²⁹ Art. 9. ustawy o ustanowieniu NPZChN stanowi, że 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 wykonywanych w ramach programu na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji programu na następne dwa lata.

³⁰ Rozliczenie zgodne ze wzorem wraz z potwierdzonymi kserokopiami faktur za zakupiony sprzęt oraz protokołem zdawczo-odbiorczym z dostawy i odbioru sprzętu.

uzyskanie. Konsultanci i koordynatorzy mogą przygotować opinię nie wcześniej niż w IV kwartale danego roku, kiedy możliwe jest oszacowanie stopnia realizacji zadań przez jednostki, a tym samym określenie potrzeb w tym zakresie na kolejny rok. Ponadto ustawa o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” nie wskazuje, kiedy zadania programu na dany rok budżetowy mają zostać uruchomione, aby terminy były zgodne z Uchwałą. Uruchomienie programu na dany rok budżetowy związane jest także z przyjęciem przez Rząd ustawy budżetowej (zawsze I kwartał każdego roku).

(dowód: akta kontroli, str. 2867-2985)

2) W latach 2009 – 2012 na zakup sprzętu i aparatury w ramach zadania pn. „Utworzenie (...)”, „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” Minister Zdrowia wydatkował łącznie kwotę 562.926,7 tys. zł³¹. Nie podejmował przy tym żadnych działań w celu analizy rynku dostaw sprzętu i aparatury medycznej pod kątem kształtowania się jednostkowych cen aparatury. Przy ocenie potrzeb w zakresie zakupu sprzętu do radioterapii w poszczególnych województwach korzystano z „Raportu na temat stanu radioterapii onkologicznej w Polsce” corocznie opracowanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej.

W celu potwierdzenia prawidłowości postępowania w zakresie wydatkowania środków finansowych, dopiero w marcu 2013 r. dokonano wstecznej analizy porównania cen sprzętu medycznego do radioterapii zakupionego przez jednostki w latach 2011 – 2012 oraz planowanego do zakupu w 2013 r. Analiza przeprowadzona została dla czterech typów urządzeń: akceleratorów, tomografów komputerowych, symulatorów i linii terapeutycznej do brachyterapii. W wyniku przedmiotowej analizy przeprowadzonej przez Dyrektora Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia, przy współpracy Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, stwierdzono, że wysokość planowanych środków na zakup aparatów w 2013 r. była uzasadniona³².

Dyrektor DPZ oraz Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśnili, że rynek sprzedaży aparatury do radioterapii kształtuje ceny za sprzęt, gdyż od lat jest zdominowany przez trzy podmioty: Candela Sp. z o.o. (przedstawiciel firmy Varian Medical Systems), Siemens Sp. z o.o. (przedstawiciel firmy Siemens) oraz RTA Sp. z o.o. (przedstawiciel firmy Elekta).

(dowód: akta kontroli, str. 4323-4463)

3) Przed rozpoczęciem realizacji zadania „Tomografia Pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków (PET)” w 2009 r. Ministerstwo Zdrowia nie dokonało rozeznania rynku i kształtowania się cen. Podstawą przyznania dofinansowania Gdańskiemu Uniwersytetowi Medycznemu (GUMed) na zakup skanera PET-CT był wniosek oferenta na kwotę zaplanowaną w programie³³. Ministerstwo Zdrowia nie miało wiedzy, na jakiej podstawie oferent ustalił szacunkową cenę jednostkową PET-CT.

Kwota wnioskowana przez GUMed na zakup PET-CT w wysokości 10.000 tys. zł była równa kwocie zaplanowanej na 2009 r. Na zakup skanera PET-CT Minister Zdrowia przyznał kwotę 8.500 tys. zł, przy udziale własnym oferenta w zakupie sprzętu w wysokości 15%.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że z posiadanej przez Departament dokumentacji wynika, iż projekt programu pn. „Tomografia Pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków (PET)” opracowany został w 2005 r. przez DPZ przy współudziale Prof. Leszka Królickiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej oraz Prof. Jerzego

³¹ Kwoty przyznane przez Ministra Zdrowia w ramach zawieranych umów były niższe o 15% od kwot wnioskowanych przez jednostki, tj. o udział własny. Tylko w 2009 r. przyznawano dofinansowanie w wysokości 91% kwoty wnioskowanej pomniejszonej o 15% wkład własny oraz w 2012 r. Ministerstwo przyznało Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach kwotę 6.662.000,00 zł (tj. 36% kwoty wydatkowanej) na zakup akceleratora wysokoenergetycznego TrueBeam pomimo, że Centrum wnioskowało o kwotę w wysokości 19.000.000,00 zł (kwota brutto wydatkowana przez Centrum wyniosła 18.500.000,00 zł). Udział własny oferenta w zakupach miał na celu motywowanie podmiotów do oszczędnego i gospodarnego wydatkowania środków finansowych w ramach udzielanych zamówień publicznych.

³² Opinia z dnia 12 marca 2013 r.

³³ Wysokość kwoty zaplanowanej w zestawieniu zadań na 2009 r. w NPZChN na zadanie pn. „Tomografia Pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków (PET)” w 2009 r. wynosiła 10.000.000,00 zł.

Jastrzębskiego – Dyrektora Środowiskowego Laboratorium Ciężkich Jonów Uniwersytetu Warszawskiego, i był realizowany od 2006 r. Realizatorzy dokonywali zakupu przedmiotowego sprzętu na podstawie ustawy Pzp. Do oferenta należało oszacowanie ceny jednostkowej PET-CT. Zgodnie z ogłoszeniem konkursowym oferta miała zawierać informację o deklarowanym udziale własnym oferenta w kosztach zakupu wnioskowanego sprzętu oraz o wnioskowanej do Ministra Zdrowia kwocie dofinansowania na realizację programu.

(dowód: akta kontroli str. 4582-4607, 7106-7164)

4) Komisja konkursowa w ramach konkursu ofert na wybór realizatorów programu zdrowotnego pn. „Tomografia Pozytonowa (PET) – uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków FDG w Polsce” w 2010 r. dokonała wyboru trzech realizatorów zadania:

- Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy,
- Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie Oddział w Gliwicach,
- Uniwersytet Warszawski Środowiskowe Laboratorium Ciężkich Jonów.

W programie zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w ramach NPZChN wskazano na potrzebę uruchomienia produkcji radiofarmaceutyku FDG niezbędnego dla diagnostyki PET w dwóch ośrodkach w Polsce. Komisja konkursowa, mając na uwadze zagwarantowanie właściwej dostępności do radiofarmaceutyku dla ośrodków realizujących diagnostykę przy użyciu PET, uznała za uzasadnione rozpoczęcie produkcji FDG w trzech ośrodkach. Stanowisko to uzyskało pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej.

Ostatecznie podpisano umowę z dwoma ośrodkami PET na uruchomienie produkcji radiofarmaceutyku FDG (w Gliwicach i Bydgoszczy). Nie została natomiast podpisana umowa z Uniwersytetem Warszawskim pomimo, że w 2007 r. Uniwersytet Warszawski otrzymał 2.000 tys. zł na zakup syntyzeru radiofarmaceutyku FDG i zestaw kontroli jakości wyprodukowanego radiofarmaceutyku FDG. W 2010 r. Uniwersytet wnioskował o przyznanie dofinansowania na zakup sprzętu³⁴ w wysokości 2.150 tys. zł. Ministerstwo Zdrowia przyznało Uniwersytetowi kwotę 1.827,5 tys. zł (udział własny wyniósł 15%) i przekazało projekt umowy do podpisania dopiero w sierpniu 2010 r. Jednakże Uniwersytet odmówił podpisania umowy bowiem, w ocenie jednostki, tak późne podpisanie umowy uniemożliwiłoby jej rzetelną realizację.

(dowód: akta kontroli, str. 4582-4607, 4626-4675, 7165-7344)

5) Minister Zdrowia w rozstrzygnięciu konkursu ofert na wybór realizatorów zadania pn. „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” na lata 2012–2013 przyznał Szpitalowi Specjalistycznemu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu środki finansowe na zakup aparatury do radioterapii w łącznej kwocie 16.823 tys. zł³⁵, w tym na zakup jednego akceleratora. Do dnia zakończenia kontroli, zakupiony w grudniu 2012 r.³⁶ sprzęt do radioterapii o wartości 10.709,1 tys. zł nie był wykorzystywany.

Szpital, będący nowym ośrodkiem radioterapii onkologicznej, wnioskował o zakup dwóch przyspieszaczy, koniecznych do rozpoczęcia działalności Zakładu Radioterapii (jednego w 2012 r., a drugiego w 2013 r.)³⁷. Jednak na zakup drugiego przyspieszacza wieloenergetycznego ostatecznie nie otrzymał środków. Komisja konkursowa zdecydowała o przyznaniu środków finansowych na zakup całej wnioskowanej aparatury nowopowstałym

³⁴ W 2010 r. Uniwersytet wnioskował o przyznanie dofinansowania na zakup dyspensera automatycznego do strzykawek wraz z dedykowaną komorą gorącą oraz modernizację istniejących pomieszczeń polegającą na adaptacji w celu uruchomienia drugiej linii produkcji FDG i spełniania wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania.

³⁵ W 2012 r. komisja konkursowa przyznała kwotę 14.323.000,00 zł (z czego wydatkowano 10.709.092,71 zł, w 2013 r. przyznano kwotę 2.500.000,00 zł.

³⁶ Dostawa sprzętu nastąpiła w listopadzie 2012 r. (protokoły zdawczo odbiorcze).

³⁷ 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”.

ośrodkom radioterapeutycznym, w tym m.in. Szpitalowi w Nowym Sączu, co zostało potwierdzone w protokole końcowym komisji. Natomiast w szczegółowym wykazie podziału środków finansowych w 2013 r., stanowiącym załącznik do protokołu, nie uwzględniono zakupu drugiego akceleratora. Po rozstrzygnięciu konkursu ofert, Szpital złożył odwołanie, w związku z przyznaniem niewystarczających środków finansowych, które nie zostało uwzględnione z powodu, jak wskazano, ograniczonych możliwości finansowych.

Ostatecznie Szpital nie zawarł umowy z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ i nie rozpoczął działalności leczniczej w zakresie radioterapii, ponieważ nie spełnił 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 onkologicznej³⁸. Minimalne wyposażenie podmiotu leczniczego, który prowadzi radykalne i paliatywne leczenie onkologiczne, obejmuje dwa megawoltowe aparaty terapeutyczne³⁹.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że NPZChN w ramach ww. zadania nie finansuje w całości wyposażenia ośrodków radioterapii, jest tylko programem wspierającym (interwencyjnym), a Szpital był świadomy wymagań koniecznych do rozpoczęcia realizacji świadczeń w zakładzie radioterapii. Podział środków finansowych pomiędzy realizatorów ww. zadania został dokonany na podstawie oceny dostępności danego sprzętu w województwie, posiadanej infrastruktury technicznej do zainstalowania aparatury, stopnia zużycia posiadanej aparatury, liczby aparatów megawoltowych przypadających na 1 mln mieszkańców danego województwa oraz liczby osób leczonych w ciągu roku przez poszczególnych realizatorów zadania.

(dowód: akta kontroli, str. 3318-3418, 4507-4574, 8531-8578, 8889-8901)

W ocenie NIK, Minister Zdrowia mając wiedzę o potrzebach sprzętowych nowo powstającego ośrodka i wymaganiach wynikających z obowiązujących przepisów prawa, nieefektywnie wydatkował środki na zakup sprzętu, który nie jest wykorzystywany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

1.3. Monitorowanie realizacji zadań

Opis stanu faktycznego

Wykonując dyspozycję art. 4 pkt 5 ustawy o ustanowieniu NPZChN, Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁴⁰, uregulował kwestię przeprowadzania kontroli jakości świadczeń przez COK i WOK. Zgodnie z rozporządzeniem jednym z warunków wymaganych od świadczeniodawców, którzy uczestniczą w programie jest uzyskanie pozytywnego wyniku kontroli jakości wykonywanych badań mammograficznych, przeprowadzanej co roku przez WOK, a w przypadku negatywnego wyniku, dostarczenie do WOK protokołu serwisu o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości.

W związku z tym, WOK-i zostały zobowiązane w umowach do niezwłocznego informowania COK, Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Oddziałów Wojewódzkich NFZ oraz do konsultantów krajowych/wojewódzkich, o nieprawidłowościach ujawnionych podczas kontroli. Wynik kontroli jest jednym z decydujących kryteriów wyboru przez NFZ świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. WOK-i przesyłają Ministrowi Zdrowia wykaz świadczeniodawców, a także oświadczenia o bezstronności osób, które będą prowadziły kontrole. Przyjęte rozwiązanie miało zapewnić obiektywność kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 1937)

W poszczególnych latach 2009 – 2012 Minister Zdrowia przeprowadził łącznie 21 kontroli u realizatorów NPZChN (w 2009 – 3, w 2010 – 11, w 2011 – 5, w 2012 – 2).

³⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 874.

³⁹ W tym jeden akcelerator liniowy generujący co najmniej jedną wiązkę fotonową o energii 6 megaelektronowoltów (MeV) i wiązkę elektronową o energii minimalnej 12 MeV.

⁴⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 1422, poprzednio rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w tej sprawie (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 ze zm.).

(dowód: akta kontroli str. 151-216)

Jednostki organizacyjne MZ corocznie przekazują propozycję planu kontroli na dany rok. Ze względu na dużą liczbę proponowanych kontroli i ograniczone zasoby kadrowe, nie wszystkie propozycje mogły zostać uwzględnione w planie kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 151-281)

Nieprawidłowości w realizacji zadań NPZChN, stwierdzone podczas kontroli przeprowadzonych przez Ministra Zdrowia, polegały m.in. na:

- wypłacaniu ze środków funduszu WOK tzw. „premił zadaniowych” pracownikom Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi bez zawarcia dodatkowych umów i bez zwiększania pracownikom zakresu obowiązków,
- nieprawidłowym wykazaniu kosztów bezosobowych WOK jako koszty osobowe w sprawozdaniu z realizacji umowy zawartej Ministrem Zdrowia (dot. m.in. umowy zlecenia na realizację zadań populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy z pracownikiem Centrum Onkologii w Gliwicach),
- nieterminowym regulowaniu zobowiązań wobec kontrahentów,
- nierzetelnym sporządzaniu dowodów przyjęcia środków trwałych na stan jednostki,
- nienaliczaniu kar umownych wynikających z postanowień umów z kontrahentami.

(dowód: akta kontroli str. 151-216)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że w trakcie realizacji NPZChN monitorowano realizację poszczególnych zadań i podejmowano na bieżąco różnego rodzaju działania mające na celu wyeliminowanie pojawiających się nieprawidłowości. W celu wyeliminowania pojawiających się problemów dotyczących np. zadania pn. „Koszty osobowe”, w ramach Populacyjnych programów wczesnego wykrywania rak piersi oraz raka szyjki macicy wprowadzono do umów z realizatorami zapisy regulujące czas pracy osób zatrudnionych w COK i WOK-ach.

(dowód: akta kontroli str. 1938)

W ramach NPZChN Minister Zdrowia finansuje część administracyjno-logistyczną profilaktycznych programów populacyjnych raka szyjki macicy i raka piersi poprzez refundację kosztów osobowych i zadaniowych 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. Realizatorami badań przesiewowych są świadczeniodawcy wybierani przez NFZ w ramach procedury konkursowej. Fundusz jest administratorem Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (zwanego dalej „SIMP”), który służy m.in. do przekazywania informacji o wykonanych badaniach i sporządzania dokumentów rozliczeniowych.

Krajowy Rejestr Nowotworów (zwany dalej „KRN”) gromadzi, opracowuje i publikuje dane dotyczące zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych⁴¹, przekazywane przez wojewódzkie rejestry onkologiczne.

(dowód: akta kontroli str. 1935-1937)

Uwagi dotyczące
badanej
działalności

1) Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, pełniący funkcję COK⁴², corocznie w raportach z realizacji programu wnioskował m.in. o umożliwienie dostępu do ekranów wskaźnikowych w SIMP dla COK-u i WOK-ów. Wniosek taki pojawił się również w raporcie za 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 2030-2048)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że administratorem SIMP jest NFZ i to on, na podstawie umów zawieranych z COK i WOK-ami, udziela im dostępu do danych gromadzonych w SIMP. W związku z tym we wszystkich kwestiach dotyczących korzystania z aplikacji w SIMP COK i WOK-i kierują się bezpośrednio do NFZ.

⁴¹ Dane są gromadzone i opracowywane na podstawie kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a.

⁴² W latach 2009 – 2010 dla populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi, w latach 2011 – 2012 dla populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi oraz dla populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez NFZ, do wygenerowania wskaźników wykonywanych w ramach programu przesiewowych badań cytologicznych i mammograficznych, niezbędne jest określenie szczegółowego algorytmu jednoznacznie wskazującego dane, mające służyć do obliczenia potrzebnych wskaźników. COK nie określił tych danych w sposób umożliwiający wiarygodne ich obliczenie. Ponadto, na etapie tworzenia SIMP, COK i WOK-i nie zgłaszały Ministrowi Zdrowia potrzeby umożliwienia dostępu do ekranów wskaźnikowych.

(dowód: akta kontroli str. 2480)

2) SIMP nie współpracuje z systemem rejestrowania danych o nowotworach, mimo, że już w styczniu 2009 r. Wiceprezes NFZ ds. Medycznych (p. Grabowski) wyraził pogląd, że zgłoszenie do rejestru i do SIMP powinno być łączne i jest technologicznie możliwe.

(dowód: akta kontroli str. 1383-1391)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że SIMP i system rejestrowania danych o nowotworach stanowią dwa odrębne od siebie systemy. Dotychczas rejestr nowotworów był za mało z informatyzowany i nie było możliwości połączenia tych dwóch systemów. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów⁴³ stworzony został elektroniczny system gromadzenia danych. W związku z tym możliwe będzie podjęcie prac nad stworzeniem połączenia pomiędzy ww. systemami, co wymaga współpracy pomiędzy NFZ, jako administratorem SIMP oraz Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, który jest podmiotem prowadzącym rejestr oraz odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego. Ponadto, KRN gromadzi dane dotyczące zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych od poszczególnych wojewódzkich rejestrów nowotworów i publikuje dane, z których mogą korzystać COK i WOK-i. W oparciu o ww. dane zarówno COK, jak i WOK-i mogą planować prowadzone działania, tak aby dotrzeć do grup kobiet, w których odnotowuje się najwyższy poziom zachorowalności bądź umieralności na dany nowotwór.

(dowód: akta kontroli str. 2774)

3) Odpowiednio wczesne wykrycie nowotworu nie gwarantuje zmniejszenia śmiertelności z powodu choroby nowotworowej, ponieważ skuteczność leczenia tej choroby uzależniona jest również od dostępności pogłębionej diagnostyki i leczenia.⁴⁴

(dowód: akta kontroli str. 1175, 1223-1228, 1358-1366)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że zgodnie z zarządzeniem Nr 98/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w ramach programu profilaktyki raka piersi, w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki kierujący zobowiązany jest udzielić informacji o wszystkich świadczeniodawcach realizujących ten etap programu w województwie oraz przekazać świadczeniobiorcy oprócz opisu także zdjęcie mammograficzne⁴⁵. Natomiast w przypadku programu profilaktyki raka szyjki

⁴³ Dz. U. z 2012 r. poz. 1497.

⁴⁴ Prof. M. Nowacki, Członek Rady NPZChN, w piśmie z dnia 18 września 2012 r. do p. I. Radziejewicza-Winnickiego, Podsekretarza Stanu w MZ, podkreślał, że funkcjonowanie jednostek kompleksowo, wielodyscyplinarnie zajmujących się rakiem piersi – od badań przesiewowych poprzez diagnostykę (genetyczną, molekularną, laboratoryjną, obrazową), leczenie w pełnym zakresie (chirurgia, chemioterapia, radioterapia), opiekę psychologiczną i paliatywną, po opiekę kontrolną, a także dydaktykę i badania naukowe gwarantuje zwiększenie szans polskich pacjentek na wyleczenie.

⁴⁵ Ww. zarządzenie precyzuje także, iż w przypadku nieprawidłowego wyniku badania wykonanego w warunkach stacjonarnych świadczeniodawca ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o konieczności dalszej diagnostyki i (jeśli nie zgłosi się po odbiór wyniku w ciągu 3 miesięcy) wzywa po odbiór wyniku i skierowania do etapu pogłębionej diagnostyki. Natomiast w przypadku nieprawidłowego wyniku badania wykonanego w mammbusie informuje się (pisemnie lub telefonicznie) świadczeniobiorcę o konieczności dalszej diagnostyki i w porozumieniu z nim przekazuje się całą dokumentację badania świadczeniobiorcy lub bezpośrednio do ośrodka pogłębionej diagnostyki wybranego przez świadczeniobiorcę, odnotowując to w dokumentacji medycznej. W przypadku nieprawidłowego wyniku badania i braku możliwości skontaktowania się ze świadczeniobiorcą lub braku odpowiedzi świadczeniobiorcy na wezwanie, wysyła się kopię dokumentacji świadczeniobiorcy do lekarza POZ, do którego złożył deklarację, z prośbą o dołączenie do karty choroby świadczeniobiorcy i bezpośrednią interwencję w miejscu zamieszkania (informację o przynależności świadczeniobiorcy do lekarza POZ można uzyskać z systemu informatycznego udostępnionego przez NFZ lub z

macicy, po etapie diagnostycznym istnieje możliwość skierowania kobiety w ramach programu do etapu pogłębionej diagnostyki. Kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego zostają skierowane na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie do świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ w odpowiednich rodzajach świadczeń. Źródłem informacji na temat etapu diagnostycznego i pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka szyjki macicy oraz etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi jest SIMP. SIMP umożliwia również monitorowanie losów kobiet w przypadku nieprawidłowego wyniku. Raz na trzy miesiące generowana jest lista kobiet, które nie zgłosiły się na dalsze badanie diagnostyczne. Na podstawie tej listy WOK wysyła do kobiet przypomnienia, do czego zobowiązuje umowa zawarta z Ministrem Zdrowia. Zgodnie z tą umową, WOK prowadzi na bieżąco monitorowanie losów pacjentek, u których wykryto w trakcie badań profilaktycznych nieprawidłowości, według jednolitych zasad określonych przez COK.

(dowód: akta kontroli str. 2769-2776)

Sam fakt zagwarantowania kobietom badań i leczenia nie zapewnia jednak szybkiego podjęcia terapii, co jest kluczowym czynnikiem skuteczności leczenia. Zgodnie z zaleceniami Rezolucji Parlamentu Europejskiego (Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia) z dnia 5 czerwca 2003 r.⁴⁶, kraje członkowskie UE powinny zbudować sieć certyfikowanych multidyscyplinarnych ośrodków leczenia raka piersi, które objęłyby całą populację chorych kobiet i spełniałyby określone w rezolucji kryteria. Państwa członkowskie UE zostały również wezwane do stworzenia – do 2008 r. – warunków koniecznych do zmniejszenia o 25% śmiertelności z powodu nowotworu piersi. W Polsce umieralność na nowotwory piersi wzrosła w 2010 r. w stosunku do roku 2000 o 10,9%⁴⁷.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że NPZChN jest programem interwencyjnym wspierającym działania w zakresie onkologii. W celu zapewnienia opieki nad pacjentkami z chorobą nowotworową zgodnie z europejskimi standardami, Ministerstwo Zdrowia uczestniczy w Breast Cancer Project, nadzorowanym przez Institute for Health and Consumer Protection (IHCP), który jest jednym z siedmiu instytutów naukowych Joint Research Centre Komisji Europejskiej. W ramach tego projektu stworzona zostanie nowa edycja European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, która obejmować będzie nie tylko diagnostykę, ale i wszystkie etapy leczenia i opieki nad chorymi na raka piersi, także po zakończeniu terapii.

(dowód: akta kontroli str. 2769-2778)

4) W latach 2009–2012 wojewodowie wywiązywali się z obowiązku dostarczania Ministrowi Zdrowia informacji o realizowanych programach zdrowotnych, lecz sprawozdania były przekazywane z opóźnieniem wynoszącym od jednego dnia do jednego miesiąca. Spośród zbadanych 64 sprawozdań tylko sześć wpłynęło do Ministra Zdrowia w terminie określonym ustawowo⁴⁸.

(dowód: akta kontroli str. 2803)

W latach 2009–2012 jednostki samorządu terytorialnego (zwane dalej „JST”) realizowały zadania mające na celu zwalczanie chorób nowotworowych, w tym m.in. finansowały badania przesiewowe pokrywające się z programami profilaktycznymi NPZChN

OW NFZ właściwego dla miejsca zameldowania świadczeniobiorcy). W trakcie porady na etapie pogłębionej diagnostyki, lekarz w zależności od wskazań medycznych decyduje, które z dostępnych w ramach programu procedur należy wykonać w celu postawienia ostatecznego rozpoznania. W ramach etapu pogłębionej diagnostyki świadczeniodawca zobowiązany jest wykonać wszelkie niezbędne diagnostyczne procedury. Kobiety, u których rozpoznano raka piersi lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego zostają skierowane na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie do świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ w odpowiednich rodzajach świadczeń.

⁴⁶ Procedura 2002/2279(INI).

⁴⁷ Dane wg Krajowego Rejestru Nowotworów: www.onkologia.org.pl/nawotwory-piersi-kobiet/ (dostęp w dniu 29 października 2013 r.).

⁴⁸ Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), 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.

(mammografia, cytologia). W tym okresie na te zadania z budżetu JST wydatkowano kwotę 9.982,6 tys. zł, obejmując badaniami 4.240.384 kobiet.

Minister Zdrowia nie wykorzystywał wiedzy o realizowanych przez JST programach – nie prowadził bieżących analiz w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 2865)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że do zadań Departamentu należy m.in. prowadzenie spraw związanych z gromadzeniem informacji o programach zdrowotnych, przekazywanych Ministrowi Zdrowia przez wojewodów. Zarówno ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również Regulamin organizacyjny MZ, nie nakazują „permanentnej” analizy przekazywanych sprawozdań wojewodów. Wojewodowie przekazują sprawozdania w formie papierowej, jak również w wersji elektronicznej. W przypadku nieprzekazania przez wojewodów ww. sprawozdań w określonym terminie, kierowane są pisma o charakterze ponagląjącym, bądź sprawa wyjaśniana jest telefonicznie. Wszelkie opóźnienia wynikają głównie z wieloetapowego mechanizmu przekazywania informacji (gminy do powiatów, powiaty do samorządów województwa, samorządy – do wojewody). Otrzymane sprawozdania są udostępniane na wniosek osób zainteresowanych oraz instytucji, głównie do celów dydaktycznych i naukowych. Departament nie prowadzi stałej analizy sprawozdań, mogą być one wykorzystywane przy realizacji zadań Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 2800-2802)

Ocena cząstkowa

NIK negatywnie ocenia działania Ministra Zdrowia w zakresie przygotowania realizacji NPZChN ze względu m.in. na brak rozeznania rynku aparatury medycznej pod względem kształtowania się cen, przedstawianie Radzie Ministrów projektów uchwał z opóźnieniem w stosunku do terminów ustawowych oraz określanie w harmonogramach późnych terminów ogłoszeń postępowań konkursowych i późnych terminów zawierania umów. W ocenie NIK Minister Zdrowia nieokreślając mierników pozwalających na ocenę realizacji każdego z zadań NPZChN⁴⁹ oraz wskaźników docelowych, istotnych dla oceny, czy osiągnięto założony cel, utrudnił pełną i efektywną realizację zadań. Najwyższa Izba Kontroli nie zgłasza natomiast uwag do prawidłowości wyboru ofert w zbadanych postępowaniach konkursowych.

2. Realizacja zadań NPZChN

2.1. Tryb zawierania umów o przekazanie środków publicznych na sfinansowanie wybranych zadań NPZChN

Opis stanu faktycznego

W latach 2009 – 2013 na realizację zadań w ramach NPZChN Minister Zdrowia zawarł umowy na łączną kwotę 1.155.859,8 tys. zł. Zrealizowane z tego tytułu wydatki wyniosły łącznie 1.028.997,7 tys. zł. Wydatki na realizację NPZChN poniesione od 1 stycznia 2006 r. do 30 kwietnia 2013 r.⁵⁰ wyniosły łącznie 1.612.269,7 tys. zł.

Na zadania objęte kontrolą wydatkowano w ww. okresie kwotę 670.739,5 tys. zł, co stanowiło 96,0% planu, w tym na:

- Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi – 82.203,8 tys. zł, co stanowiło 76,4% planu,
- Utworzenie (...) / Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce - Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii – 562.926,7 tys. zł, tj. 99,7% planu,
- Tomografia Pozytonowa PET – budowa ośrodków PET / Tomografia Pozytonowa (PET) – uruchomienie produkcji radiofarmaceutyku FDG w Polsce – 18.690,4 tys. zł, tj. 97,5% planu,
- Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach – 6.918,5 tys. zł, tj. 93,9% planu.

⁴⁹ W poszczególnych latach.

⁵⁰ Wg Rb-28 na dzień 30 kwietnia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 89-99)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1) Spośród 45 zbadanych umów o realizację zadań: „Poprawy działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” oraz programów profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi w latach 2009 – 2012, dwie umowy (4,4%) Minister Zdrowia podpisał z opóźnieniem w stosunku do harmonogramu przyjętego uchwałą Rady Ministrów:

- umowa 1/2-3/5/2012/126/121 z Dolnośląskim Centrum Onkologii (PP WOK) została podpisana w dniu 10 kwietnia 2012 r. – z 10-dniowym opóźnieniem w stosunku do harmonogramu określonego uchwałą Rady Ministrów Nr 19/2012 z dnia 14 lutego 2012 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2012 oraz kierunków realizacji tego programu w roku 2013 i 2014, zgodnie z którym umowy na realizację populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi i populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, miały zostać podpisane w I kwartale 2012 r. (czyli do końca marca 2012 r.);
- umowa 1/17/10/2009/27/950 z Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział Gliwice (Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach) została podpisana w dniu 9 października 2009 r. – z 9-dniowym opóźnieniem w stosunku do harmonogramu określonego uchwałą Rady Ministrów Nr 197/2009 z dnia 3 listopada 2009 r., która zmieniła uchwałę Nr 19/2009 z 10.02.2009, między innymi z powodu braku możliwości dotrzymania terminu zawierania umów określonego pierwotnie na I-II kw. 2009 r.; zgodnie ze zmienionym harmonogramem przesunięto termin podpisywania umów do końca III kwartału 2009 r.

(dowód: akta kontroli str. 2866)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że przyczyny opóźnienia w podpisaniu umowy z Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, w stosunku do harmonogramu określonego w Uchwale Rady Ministrów, leżały po stronie Zleceniobiorcy, jednostka odesłała podpisaną umowę dopiero 10 kwietnia 2012 r. i wtedy możliwe było jej podpisanie przez Ministra Zdrowia. Odnośnie umowy z Centrum Onkologii – Instytutem Oddział w Gliwicach, Dyrektorka DPZ wyjaśniła, że w posiadanej przez Departament dokumentacji nie znaleziono informacji wyjaśniającej to opóźnienie.

(dowód: akta kontroli str. 2784-2786)

2) NIK zwraca uwagę na późne terminy zawierania umów na realizację zadań w ramach populacyjnych programów profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy, co utrudniało bieżące funkcjonowanie COK i WOK-ów. W wielu ośrodkach zadania realizowane były z przerwami, brak informacji na temat wysokości środków, szczególnie przeznaczonych na działania edukacyjne i promocyjne, uniemożliwiał rzetelne planowanie realizacji działań w ciągu roku, a rzeczywista realizacja zadań miała miejsce głównie w drugiej jego połowie.

(dowód: akta kontroli str. 1133-1135, 1142, 1160-1161, 1173, 1194, 1199, 1214, 1220, 1226)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że Minister Zdrowia zawiera umowy ze zleceniodawcami w każdym roku budżetowym, określając poziom finansowania poszczególnych zadań zlecanych COK i WOK, uwzględniając zarówno wielkość obejmowanej w każdym roku populacji kobiet, do których kierowane są imienne zaproszenia na badania profilaktyczne, jak i liczbę świadczeniodawców biorących udział w programach, na terenach poszczególnych województw. W 2010 r. Ministerstwo Zdrowia dokonało wyboru realizatorów programów na lata 2011 – 2015. Z końcem 2011 r. DPZ kierował do wszystkich realizatorów programów populacyjnych pisemną informację potwierdzającą zabezpieczenie środków publicznych na kontynuację programów w kolejnym roku budżetowym, a także na temat przybliżonego terminu przekazania umów realizatorom, tj. w I kwartale danego roku budżetowego. Minister Zdrowia podejmuje prace związane z zawarciem umów ze zleceniobiorcami niezwłocznie po zakończeniu realizacji zadań w poprzedzającym roku budżetowym i ostatecznym rozliczeniu środków publicznych zaplanowanych w umowach, w

terminie najkrótszym z możliwych. Zgodnie z umowami, każdy z realizatorów powinien przedstawić końcowe rozliczenia z realizacji zadań w danym roku w terminie do dnia 15 stycznia kolejnego roku budżetowego. Odrębną kwestią jest czas, w jakim ostatecznie umowy z WOK-ami są dwustronnie podpisane, gdyż wydłużenie tego okresu leży często po stronie zleceniobiorców.

NIK zwraca uwagę, iż podmioty uczestniczące w programie mogą realizować swoje zadania i wydatkować środki dopiero po podpisaniu umów z Ministerstwem⁵¹.

(dowód: akta kontroli str. 2024-2025)

Umowy na realizację programu pn. „Utworzenie (...)”, „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” były podpisywane nawet w trzecim kwartale danego roku⁵². W konsekwencji, z realizatorami programu zawierano aneksy do umów, zmieniające terminy rozliczenia stanowiącego podstawę przekazania środków przez Ministra Zdrowia za zakupiony sprzęt oraz terminy złożenia sprawozdań merytorycznych z realizacji umowy.

Tak późne zawieranie umów utrudniało realizatorom programu ich rzetelną realizację, w tym zainstalowanie zakupionego sprzętu oraz jego uruchomienie do końca roku budżetowego, zgodnie z planem przedstawianym w złożonych ofertach.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że terminy zawieranych umów były uzależnione od terminów przyjęcia uchwały Rady Ministrów w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego NPZChN w kolejnych latach jego realizacji, jak również od terminów zakończenia postępowań konkursowych w ramach przedmiotowego zadania oraz dat odsyłania jednostronnie podpisanych umów przez realizatorów.

(dowód: akta kontroli, str. 100-143, 4480-4486, 5026-5212, 7345-8887)

3) Na podstawie badania 60 umów o wartości 463.640,2 tys. zł (tj. 82,1% ogółu zawartych w latach 2009 – 2012) na realizację zadania „Utworzenie systemu radioterapii onkologicznej w Polsce - doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”, „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”, dotyczących zakupu 192 aparatów medycznych i sprzętu do radioterapii stwierdzono, że zakupiono m.in. 32 akceleratory⁵³, w tym 20 (tj. 62,5%) o wartości 192.561,5 tys. zł – w trybie zamówienia z wolnej ręki⁵⁴. Dofinansowanie ze środków NPZChN do zakupu tych akceleratorów wyniosło 161.347,7 tys. zł.

Zebrany w trakcie kontroli materiał, nie daje jednoznacznej odpowiedzi, czy możliwe jest utrzymanie kompatybilności urządzeń pochodzących od różnych producentów w ramach funkcjonującej linii radioterapeutycznej. Zgodnie z raportem „Stan polskiej radioterapii perspektywy i program rozwoju w latach 2002-2010” linia terapeutyczna składająca się z elementów pochodzących od różnych producentów jest trudna, a czasem wręcz niemożliwa, do pełnej integracji, a jeżeli już, to uzyskanie najwyższej precyzji jest trudne

⁵¹ Np. na podstawie umowy nr 1/27/2010/97/303 z dnia 7 kwietnia 2010 r. na realizację zadania pn. Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie pierwsze środki otrzymał z Ministerstwa Zdrowia w dniu 16 czerwca 2010 r. W rozliczeniach do tej umowy wykazano że w IV kwartale 2010 r. wydatkowano 91,2% kwoty ogółem przeznaczonej na organizację wysyłki zaproszeń, a na działania na rzecz poprawy zgłaszalności kobiet na badania odsetek ten wyniósł 62,1%.

⁵² 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).

⁵³ 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.

⁵⁴ W tym, 13 zakupiono od firmy Candela Sp. z o.o. (ceny brutto kształtowały się od 8.300.000,00 zł do 18.500.000,00 zł, dofinansowanie z NPZChN wyniosło od 6.662.000,00 zł do 14.526.500,00 zł). Różnice w wartości urządzeń wynikały z zastosowanych opcji technicznych, funkcjonalności i wyposażenia.

Pięć akceleratorów zakupiono od firmy Siemens Sp. z o.o. oraz dwa od RTA Sp. z o.o.

i kosztowne. W polskich realiach koncepcja tzw. „otwartej linii terapeutycznej” jest niekorzystna. Linia taka stosowana jest w niektórych ośrodkach amerykańskich i europejskich, głównie prywatnych, gdzie poziom finansowania radioterapii jest dużo wyższy, a eksploatacja dzienna (np. akceleratora) jest dużo niższa. W Polsce przy niedoborze aparatury radioterapeutycznej sprzęt jest wykorzystywany intensywniej, w systemie dwu- lub nawet trzymianowym. Dlatego, zdaniem autorów raportu, w Polsce potrzebna jest niezawodna, wysoce precyzyjna, w pełni zintegrowana i nowoczesna technologicznie aparatura, która w pełni zabezpieczy potrzeby i komfort leczenia pacjenta, bezpieczeństwo, wysoką jakość pracy użytkownika oraz stworzy możliwość efektywnej eksploatacji. Otwarta sieć terapeutyczna nie zapewnia tych warunków. Ponadto linia terapeutyczna jednego producenta stwarza możliwość ciągłości pracy zakładu radioterapii i minimalizowania przerw w leczeniu, które obniżają skuteczność leczenia i przyczyniają się do skrócenia kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia.

Podobnie, zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, wymienne stosowanie urządzeń tego samego typu (np. akceleratorów różnych producentów o podobnej technologii generowania wiązek dedykowanych do procedur z zakresu teleterapii) w ramach linii terapeutycznej nie jest stosowane ze względu na odmienne wymogi komunikacji z systemem planowania 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.

NIK zauważa potrzebę przeprowadzenia kompleksowej ekspertyzy wskazującej na wady i korzyści stosowania konkretnych rozwiązań przy tworzeniu otwartych bądź zintegrowanych linii radioterapeutycznych oraz jednoznaczne przesądzenie, czy łączenie urządzeń różnych producentów w ramach jednej linii terapeutycznej jest praktycznie możliwe. Wyniki takiej ekspertyzy pozwoliłyby również przesądzić, czy stosowany przez podmioty lecznicze przy tego rodzaju zakupach tryb udzielania zamówienia publicznego z wolnej ręki jest prawidłowy.

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 wniosek o konieczności ograniczenia do minimum realizację 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.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że w obrocie gospodarczym jednostki biorące udział w konkursach ogłaszanych w ramach programu funkcjonują jako samodzielne osoby prawne, działające w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność. Kierownik (dyrektor) jednostki podejmuje niezależne decyzje odnośnie gospodarki mieniem i zgodnie z ustawą Pzp po stronie zamawiającego leży przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i zawarcie umowy w przedmiotowym zakresie, w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców. Nadzór nad systemem zamówień publicznych pełni Prezes UZP.

(dowód: akta kontroli, str. 852-1004, 4323-4463, 5098-5100, 5213-5325, 7345-8887)

Podsekretarz Stanu p. Krzysztof Chlebus, dopiero w maju 2013 r. zwrócił się do Prezesa UZP z prośbą o zbadanie przeprowadzanych przez szpitale onkologiczne postępowań w sprawie zakupu sprzętu do radioterapii. Minister Zdrowia nie wskazał listy biegłych lub instytucji, które mogłyby sporządzać opinie w zakresie sprzętu medycznego, o które występował Prezes UZP⁵⁵. Powodem był brak niezależnych specjalistów (fizyków i inżynierów) niezwiązanych z oferentami/realizatorami zadań oraz firmami produkującymi

⁵⁵ 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.

i sprzedającymi aparaturę medyczną. Grono ekspertów posiadających wiedzę z zakresu aparatury do radioterapii jest znacznie zawężone. Ministerstwo w sprawach merytorycznych pod kątem 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.

(dowód: akta kontroli, str. 852-1004, 4323-4458, 4701-4710, 4780-4834, 4858-4859, 4869-4870, 5213-5410)

4) Minister Zdrowia nie posiadał wiedzy, czy zakupiony w 2009 r. sprzęt do radioterapii⁵⁶ został uruchomiony, oddany do użytku i wpisany do ewidencji środków trwałych.

Postanowienia umów zawieranych w 2009 r. na realizację zadania pn. „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej - doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” nie wymagały od realizatorów złożenia oświadczenia o uruchomieniu, oddaniu do użytku i wpisaniu do ewidencji księgowej środków trwałych zakupionego sprzętu oraz nie zobowiązywały do uruchomienia sprzętu w wyznaczonym terminie. Dopiero w umowach zawieranych w latach 2010 – 2013 zobowiązano realizatorów tego zadania do uruchomienia aparatury w ciągu sześciu miesięcy od daty zakupu i złożenia stosownego oświadczenia.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że trudno się odnieść do zapisów umów z 2009 r. Umowy zawierane z realizatorami programu były na bieżąco analizowane i modyfikowane a wprowadzane w kolejnych latach postanowienia miały zapewnić możliwość większego nadzoru nad zakupionym w ramach programu sprzętem.

(dowód: akta kontroli, str. 4323-4463, 4681-4700, 5026-5028, 5178-5179, 7345-7676)

5) Minister nie posiadał wiedzy o stopniu wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach umów zawartych w latach 2009 – 2011.

W umowach zawieranych w tym okresie na realizację zadania „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii/ „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”⁵⁷, nie zobowiązano realizatorów zadania do przekazywania informacji o stopniu wykorzystania zakupionego sprzętu. Zapis taki wprowadzony został dopiero w umowach zawieranych w 2012 r. Raporty Konsultanta Krajowego na temat stanu radioterapii w Polsce, które były wykorzystywane w pracach DPZ, nie określały stopnia wykorzystania nowo zakupionej aparatury. Zawierały jedynie 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 związku z powyższym w Ministerstwie Zdrowia nie były przeprowadzane żadne analizy stopnia wykorzystania aparatury do radioterapii (np. akceleratorów, których wymiana była priorytetem).

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że w wyniku bieżącej analizy zawieranych z realizatorami umów w 2012 r. zapewniono optymalną realizację przedmiotowego zadania jak również zwiększono nadzór poprzez dodanie obowiązku przekazywania informacji dotyczących stopnia wykorzystania aparatury⁵⁸.

(dowód: akta kontroli, str. 852-1004, 4701-4710, 7345-8525)

2.2. Prawidłowość przekazywania i rozliczania środków budżetowych w ramach programu

Opis stanu faktycznego

Sposób i terminy przekazywania przez Ministra Zdrowia środków na realizację zadań w ramach NPZChN określały każdorazowo postanowienia umów zawartych z realizatorami. Środki te miały być przekazywane kwartalnie, w terminie 14 dni od zatwierdzenia przez MZ pod względem merytorycznym i finansowym faktur za każdy kolejny kwartał.

⁵⁶ W 2009 r. roku wydatki z tytułu realizacji umów wyniosły 118.758.847,97 zł.

⁵⁷ Wydatki z tytułu realizacji umów w latach 2009-2011 wyniosły łącznie 434.832.254,82 zł.

⁵⁸ Zapisy umów zawieranych w 2012 r. zobowiązują realizatorów zadania do przekazywania informacji dotyczących stopnia wykorzystania zakupionego sprzętu przez okres trzech lat od dnia zawarcia umowy.

(dowód: akta kontroli str. 2866)

Właściwy merytorycznie do przeprowadzania kontroli u realizatorów NPZChN Departament Nadzoru Kontroli i Skarg w latach 2009-2012 przeprowadził 14 kontroli w zakresie zakupu sprzętu i aparatury medycznej w ramach programu (w tym tylko trzy w ramach zadania „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”).

Zastępca Dyrektora Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg wyjaśnił, że przyczyną była duża liczba kontroli wykazywanych przez jednostki organizacyjne Ministerstwa do planów kontroli, duża liczba kontroli doraźnych zlecanych przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia oraz ograniczone zasoby kadrowe Wydziału Kontroli.

(dowód: akta kontroli, str. 151-281, 3947-3971, 5026-5179, 7143-7164)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1) Minister Zdrowia nie wyegzekwował terminowego przekazywania rozliczeń i sprawozdań. Stwierdzono 45 przypadków dostarczenia sprawozdań kwartalnych stanowiących podstawę przekazania środków z opóźnieniem⁵⁹ oraz sześć⁶⁰ przypadków opóźnień w przekazywaniu rozliczeń końcowych. Ponadto, sprawozdania merytoryczne z realizacji umów nie zawierały wszystkich wymaganych informacji⁶¹.

(dowód: akta kontroli str. 151-216, 2678-2768, 2849-2862, 2866, 4681-4700, 4701-4710, 5534-6106)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że nadsyłanie przez realizatorów rozliczeń finansowych w terminie określonym umowami jest monitorowane przez pracowników Departamentu i w przypadku niewpłynięcia danego rozliczenia w terminie, nawiązywany jest kontakt z odpowiedzialną jednostką celem wyjaśnienia sprawy. Zgodnie z postanowieniami umów na realizację zadań NPZChN Minister Zdrowia może, ale nie musi nałożyć kary umownej w przypadku nieterminowego przedłożenia ww. dokumentów.

W przypadku przedstawiania przez jednostki nieprawidłowo sporządzonych dokumentów rozliczeniowych i sprawozdań pracownicy Departamentu na bieżąco monitorowali o ich uzupełnienie.

(dowód: akta kontroli str. 2791, 4681-4700, 6101-6106)

2) Stwierdzono, iż w dwóch przypadkach jednostki, które otrzymały dofinansowanie na zakup aparatury dokonały zakupu dodatkowego wyposażenia lub innych usług, których nie przewidywała umowa zawarta z Ministrem Zdrowia.

W ramach realizacji zadania Tomografia Pozytonowa (PET) – Budowa sieci ośrodków (PET) w 2009 r. Ministerstwo przeznaczyło dla Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego środki finansowe w wysokości 8.500.000,00 zł na zakup jednego Skanera PET-CT, z czego wydatkowało kwotę w wysokości 8.316.294,60 zł⁶². W ramach tej kwoty oprócz skanera

⁵⁹ Opóźnienia wyniosły od 1 do 46 dni i dotyczyły populacyjnych programów profilaktycznych raka piersi i raka macicy oraz zadania pn. „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach. Końcowe rozliczenia powinny zgodnie z umową wpłynąć do 15 stycznia następnego roku (data wpływu do MZ), opóźnienia wyniosły od 1 do 52 dni.

⁶⁰ W tym, w ramach realizacji zadania „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” w 2009 r. i „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” w latach 2010-2012 sześciu realizatorów programu (tj. 10% z 60 objętych kontrolą) złożyło końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe z opóźnieniem wynoszącym od 1 do 7 dni a 14 realizatorów (tj. 23,3% z 60 umów objętych kontrolą) złożyło sprawozdania merytoryczne z opóźnieniem wynoszącym od 1 do 42 dni.

⁶¹ Tj. w 20 sprawozdaniach z 60 umów poddanych kontroli (33,3%) w zakresie zadania „Utworzenie (...)” / „Poprawa systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów 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.

⁶² Udział własny Zleceniobiorcy w zakupie sprzętu wyniósł 15% wartości zakupionego sprzętu tj. 1.467.581,40 zł przy wartości brutto 9.783.876,00 zł.

PET-CT zakupiono dodatkowe wyposażenie pracowni⁶³. Umowa zawarta pomiędzy Gdańskim Uniwersytetem Medycznym, a Ministrem Zdrowia nie przewidywała zakupu dodatkowego wyposażenia pracowni PET, a wyłącznie zakup jednego skanera PET-CT.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że przedmiotowe wyposażenie stanowi integralną część zakupionego Skanera PET-CT⁶⁴. Nie sprecyzowano urządzeń częściowych wchodzących w skład ww. sprzętu, gdyż jest to zależne od danego producenta. Precyzyjne określenie wszystkich części składowych sprzętu nie było możliwe bez przeprowadzenia postępowania przetargowego, co należało do realizatora zadania.

(dowód: akta kontroli, str. 4608-4616, 4858-4868, 7106-7164)

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w ramach przekazanych środków finansowych z NPZChN w 2009 r. w wysokości 10.445.607,50 zł na zakup sprzętu do radioterapii⁶⁵ sfinansowało dodatkowo takie usługi jak: wykonanie prac związanych z adaptacją pomieszczeń pod zakupiony sprzęt, demontaż i utylizację starego sprzętu podlegającego wymianie i szkolenia zagraniczne. Zakres przedmiotowy zawartej umowy zobowiązywał jedynie do zakupu specjalistycznej aparatury (tj. akceleratora).

Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum wyjaśnił, że efektem realizacji umów z Ministerstwem Zdrowia i Urzędem Marszałkowskim miało być przekazanie sprzętu do użytkowania. Cały zakres zadania (łącznie ze szkoleniami pracowników) wskazany został w zawartej z Wykonawcą umowie, która została przesłana zarówno do Ministerstwa jak i do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego. Zapisy tej umowy oraz wystawionej przez Wykonawcę faktury nie były kwestionowane.

(dowód: akta kontroli, str. 3947-3971, 5178-5179)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że Departament nie miał podstaw do kwestionowania prawidłowości przeznaczenia środków finansowych na zakup sprzętu po przedłożeniu ww. dokumentacji finansowej. W ramach zawieranych umów finansowane były zakupy sprzętu do radioterapii i nie były finansowane żadne inne usługi, ale 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. To po stronie zamawiającego leżało przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz zawarcie umowy w przedmiotowym zakresie zgodnie z ustawą Pzp, w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców. Ponadto w weryfikacji prowadzenia postępowań przetargowych oprócz zamawiającego uczestniczą również: Krajowa Rada Odwoławcza (zwana dalej „KIO”), rozpatrująca odwołania od wyników przetargów, sądy powszechne rozpatrujące skargi na orzeczenia KIO oraz Prezes UZP, pełniący nadzór nad systemem zamówień publicznych.

(dowód: akta kontroli, str. 151-281, 3947-3971, 5026-5179, 7143-7164)

W ocenie NIK, biorąc pod uwagę ograniczone nakłady przewidziane w programie na zakup sprzętu oraz duże potrzeby wielu ośrodków onkologicznych w kraju, istotne jest ścisłe przestrzeganie postanowień umów na podstawie, których przekazywane są środki finansowe. Ministerstwo Zdrowia powinno egzekwować przyjęte zapisy. NPZChN jest programem wspierającym zakupy inwestycyjne podmiotów leczniczych, a dodatkowe prace i wyposażenie mogą być finansowane przez te jednostki z własnych środków.

⁶³ Tj. m.in. szafy PDU i PDC, monitor do stacji MMWP, dwie stacje lekarskie – komputery, drukarkę laserową kolorową, pojemnik transportowy na fiolkę, pojemnik transportowy na strzykawkę, kosz na odpady radioizotopowe, pojemnik na odpady radioizotopowe, zasilacz awaryjny dla stacji akwizycyjnej, monitor do konsoli, konsolę rejestracyjno-rekonstrukcyjno-przełączającą, stacje i monitory Multimodality Workplace oraz UPS dla stacji.

⁶⁴ Faktury z dnia 11.12.2009 r.: nr 1011321115 na kwotę brutto 9.421.885,00 zł i nr 1011321336 na kwotę brutto 361.991,00 zł. Kanclerz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w załączeniu do faktur przedłożył oświadczenie, że wymienione urządzenia stanowią integralne części zakupionego skanera PET-CT.

⁶⁵ W ramach umowy na realizację zadania pn. „Utworzenie systemu radioterapii onkologicznej w Polsce - doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” przewidziany był zakup akceleratora 6 i 15 MV i elektrony 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.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż brak wiedzy Ministra Zdrowia o stopniu wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach umów zawartych w latach 2009 – 2011 i niesporządzenie kompleksowej ekspertyzy, która jednoznacznie wskazywałaby na możliwość (lub jej brak) łączenia urządzeń różnych producentów, w ramach jednej linii radioterapeutycznej, mogą utrudniać efektywne zakupy aparatury medycznej w kolejnych latach realizacji programu.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia przekazywanie i rozliczanie środków na realizację programu.

3. Planowanie środków z budżetu państwa na realizację zadań NPZChN

Opis stanu faktycznego

Ministerstwo Zdrowia planując wydatki z budżetu państwa na realizację zadań programu kierowało się przede wszystkim przepisami ustawy o ustanowieniu NPZChN. Jednocześnie przeprowadzana była szczegółowa analiza⁶⁶ realizacji wszystkich zadań NPZChN w oparciu o opinie specjalistów z danej dziedziny medycyny, w tym koordynatorów poszczególnych zadań, konsultantów krajowych oraz członków Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych i w oparciu o analizę kwot wydatkowanych w poprzednich latach realizacji programu⁶⁷. Kierowano się również celami programu m.in. osiągnięciem średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów oraz osiągnięciem średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia⁶⁸.

(dowód: akta kontroli str. 282-569, 4467-4486)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania Ministra Zdrowia w zakresie planowania środków z budżetu państwa na realizację zadań NPZChN.

4. Działania na rzecz usprawnienia realizacji zadań NPZChN

Opis stanu faktycznego

Ministerstwo Zdrowia dysponowało wiedzą o populacji kobiet, które korzystają z badań przewidzianych w NPZChN (cytologia, mammografia), na podstawie danych przekazanych przez COK w rocznych sprawozdaniach⁶⁹. Przekazane dane Ministerstwo wykorzystywało przy sporządzaniu sprawozdań z realizacji NPZChN w poszczególnych latach.

(dowód: akta kontroli str. 4467-4470, 4576-4581)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Ministerstwo Zdrowia dysponowało danymi z NFZ o wykonanych świadczeniach (badania cytologiczne i mammograficzne) w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.⁷⁰

(dowód: akta kontroli str. 4579)"

⁶⁶ Dane zamieszczane były w sprawozdaniach z realizacji programu a także nowych edycjach programu.

⁶⁷ Wyniki przedmiotowych prac były uwzględnione w kosztorysach zadań NPZChN na kolejne lata realizacji programu, które były przedstawiane do opinii członkom Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych.

⁶⁸ Ministerstwo Zdrowia uczestniczy w Projekcie Komisji Europejskiej pn. Europejskie partnerstwo na rzecz walki z rakiem (EPAAC). Na 29 członków EPAAC (tj. państwa członkowskie Unii Europejskiej oraz Norwegia i Islandia) aż 24 państwa mają wdrożone narodowe programy zwalczania chorób nowotworowych. Pozostałe są w trakcie ich tworzenia (Austria, Luksemburg, Słowacja, Bułgaria, Islandia). Głównymi elementami powtarzającymi się w większości programów są: prewencja pierwotna i wtórna nowotworów, w tym programy wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi, jak również rejestry nowotworowe.

⁶⁹ COK przekazuje roczne sprawozdania do Ministerstwa Zdrowia w terminie do 15 stycznia roku następnego.

⁷⁰ Pismo Ministra Zdrowia z 24 sierpnia 2012 r. (MZ-PZ-0-404-6321-24/ML/12) oraz pismo Prezesa NFZ z 28 sierpnia 2012 r. (NFZ/CF/DSOZ/2012/073/0432/W/22553/AJA) - na potrzeby Sejmowej

Komisji Zdrowia, rozpatrującej Sprawozdanie z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2011; Pismo Ministra Zdrowia z 2 maja 2013 r. (MZ-PZ-0-404-13738-5/MD/13) oraz pismo Prezesa NFZ z 17 maja 2013 r. (NFZ/CF/DSOZ/2012/073/0353/W/12985/AJA) - dane w związku z przygotowaniem Sprawozdania z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w 2012 r.; w czasie kontroli NIK DPZ zwrócił się do NFZ w piśmie z dnia 13 czerwca 2013 r. (MZ-PZ-0-404-13295-22/MD/13) o przekazanie aktualnych danych co do liczby badań cytologicznych i mammograficznych wykonanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2011-2013..

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało danymi o liczbie badań cytologicznych i mammograficznych wykonanych prywatnie.

Dopiero w trakcie kontroli, DPZ wystąpił do NFZ z prośbą o podanie liczby kobiet wykonujących badania w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wyjaśniono, że ani Ministerstwo Zdrowia, ani NFZ nie dysponują danymi dotyczącymi liczby kobiet korzystających z ww. badań w ramach świadczeń wykonywanych prywatnie. Przepisy prawa powszechnie obowiązującego nie nakładają na gabinety prywatne obowiązku sprawozdawania wykonanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1823-1831, 4467-4470, 4576-4581)

Pogramy informatyczne gromadzące informacje o świadczeniach profilaktycznych, udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lecznictwa szpitalnego i NPZChN nie są ze sobą kompatybilne. Występują różnice pomiędzy danymi o liczbie badań przekazywanych przez NFZ, COK i WOK-i.

Zastępca Dyrektora DPZ, powołując się na informację od Prezesa NFZ, wyjaśniła, że różnica pomiędzy danymi o liczbie badań przekazywanych przez NFZ oraz COK i WOK wynika stąd, iż Fundusz przedstawia dane o badaniach wykonanych i rozliczonych przez świadczeniodawców z raportu o realizacji umów, do którego COK i WOK-i nie mają dostępu. Data wygenerowania danych również może wpływać na różnice w liczbie badań. System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) weryfikuje uprawnienia świadczeniobiorców do objęcia programem, świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej natomiast mają możliwość sprawdzenia, które z osób zadeklarowanych powinny się poddać badaniom przesiewowym w kierunku profilaktyki onkologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 4467-4479, 4576-4581)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1) Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego⁷¹, tj. z opóźnieniem 4,5 miesiąca od dnia wejścia w życie przepisu upoważniającego do wydania aktu⁷². Utrudniało to świadczeniodawcom realizację usług, o których mowa w art. 23a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia wyjaśnił, że opóźnienie w wydaniu ww. rozporządzenia było spowodowane wieloma przyczynami, w tym m.in. wydłużającym się procesem legislacyjnym.

(dowód: akta kontroli, str. 4487-4506)

2) Powołane przez Ministra Zdrowia Komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych w zakresie radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej oraz radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej⁷³ nie przeprowadzały audytu klinicznego zewnętrznego, wymaganego od 1 maja 2004 r. przepisem art. 33g ust. 14 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁷⁴. Przepis ten 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.

Naczelnik Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznych Departamentu Zdrowia Publicznego wyjaśnił⁷⁵, że właściwe komisje zostały poproszone o opracowanie przekrojowego

⁷¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 516.

⁷² Art. 23a ust. 1 i 2 ustawy 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.).

⁷³ Na podstawie art. 33g ust. 1 i 3 ustawy Prawo atomowe (Dz. U. z 2012 r., poz. 264 ze zm.).

⁷⁴ Dz. U. z 2012 r. poz. 264 ze zm.

⁷⁵ Z upoważnienia Zastępcy Dyrektora Departamentu

dokumentu dotyczącego założeń prowadzenia audytów, zasad ich finansowania i organizacji. Opracowane założenia zostały przekazane 26 kwietnia 2013 r. do Ministerstwa Zdrowia przez dwie komisje. Obecnie nad ww. dokumentami trwają prace i prowadzona jest weryfikacja ich treści, zwłaszcza pod kątem przedstawionych kosztów i sposobów przeprowadzenia audytów. Planowane jest przeprowadzenie w najbliższym czasie audytów pilotażowych.

(dowód: akta kontroli, str. 4858-5025)

Minister Zdrowia nie opublikował również wykazu wzorcowych procedur radiologicznych dla uzasadnionych ekspozycji medycznych uznanych za standardowe, do czego obligował go od 1 maja 2004 r. przepis art. 33g ust. 7 ustawy Prawo atomowe. W związku z powyższym, jednostki ochrony zdrowia nie mają podstaw do stworzenia roboczych procedur postępowania wymaganych przez system zarządzania jakością mimo, że obowiązek ich tworzenia wynika z art. 33g ust. 6 ww. ustawy. Przedmiotowy wykaz przygotować miały powołane przez Ministra ww. komisje.

Naczelnik Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznych Departamentu Zdrowia Publicznego⁷⁶ wyjaśnił, że ze względu na ilość i objętość ww. procedur w pierwszej kolejności opracowane zostały te uznane przez komisje za najważniejsze, nad pozostałą częścią komisje jeszcze pracują. Do czasu opublikowania wzorcowych procedur radiologicznych, ale nie później niż do 31 grudnia 2014 r., podmioty lecznicze przeprowadzają badania, zabiegi i procedury w oparciu o przepisy § 58 ust. 2-9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁷⁷.

(dowód: akta kontroli str. 4858-5025)

5. Efekty osiągnięte w wyniku realizacji NPZChN

Opis stanu faktycznego

Realizację zadań NPZChN oceniano na podstawie analiz i opinii przekazywanych przez członków Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych, koordynatorów poszczególnych zadań oraz ośrodki onkologiczne z całego kraju. Wnioski wynikające z przeprowadzanych ocen realizacji zadań NPZChN zamieszczone są w sprawozdaniach z realizacji programu i w nowych edycjach programu.

W 2013 r. odnotowano wzrost liczby lekarzy specjalistów w onkologicznych dziedzinach medycyny w stosunku do 2010 r. W dziedzinie onkologii klinicznej liczba lekarzy specjalistów wzrosła o 22,4%, radioterapii onkologicznej – o 11,1%, chirurgii onkologicznej – o 16,9%, ginekologii onkologicznej – o 67,7%, onkologii i hematologii dziecięcej – o 16,9%, medycyny nuklearnej – o 13,0%.

(dowód: akta kontroli str. 2435-2436)

W ramach realizacji zadania pn. „Utworzenie (...) / Poprawa systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” w latach 2009 – 2012 zakupiono m.in.: 34 akceleratory, siedem tomografów komputerowych, 13 symulatorów, pięć aparatów do brachyterapii, 33 stacje planowania leczenia, pięć opcji tomoradioterapeutycznych dla posiadanych akceleratorów, jeden aparat do hipertermii, dwa systemy synchronizacji oddechowej, dwa kolimatory wielolistkowe, a ponadto systemy rozbudowujące i uzupełniające dla systemów planowania leczenia, akceleratorów, kolimatorów, systemów dozymetrii oraz systemy unieruchomień⁷⁸.

(dowód: akta kontroli, 282-568)

Utworzono siedem ośrodków PET, zamiast pięciu zaplanowanych w ramach realizacji zadania pn. „Tomografia pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków PET” na lata 2006 – 2008.

⁷⁶ Z upoważnienia Zastępcy Dyrektora Departamentu.

⁷⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 1015 ze zm.

⁷⁸ Na podstawie danych ze sprawozdań realizacji NPZChN.

Zakładano powstanie sieci składającej się z pięciu ośrodków PET – trzech wyposażonych w cyklotrony i skanery PET-CT (Bydgoszcz, Warszawa, Gliwice) oraz dwóch ośrodków satelitarnych w Kielcach i Gdańsku (wyposażonych w skaner PET-CT). Do 31 grudnia 2008 r., w ramach NPZChN, utworzono sześć ośrodków PET w Polsce, w tym: dwa w Warszawie (Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, Centralny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej), po jednym: w Kielcach (Świętokrzyskie Centrum Onkologii), w Gliwicach (Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie), w Poznaniu (Akademia Medyczna w Poznaniu z Wielkopolskim Centrum Onkologii), w Bydgoszczy (Centrum Onkologii w Bydgoszczy⁷⁹). W 2009 r. do grona realizatorów programu w zakresie wyposażenia w skaner PET został włączony Gdański Uniwersytet Medyczny (GUMed).

W 2009 r. na realizację ww. programu Ministerstwo przeznaczyło środki finansowe w wysokości 8.500.000,00 zł, z czego wydatkowano na zakup jednego skanera PET-CT - 8.316.294,60 zł.

W sprawie utworzenia większej liczby ośrodków PET od planowanej zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że decyzją Komisji Konkursowej w 2006 r., zaakceptowaną przez Ministra Zdrowia, do grona realizatorów programu w zakresie wyposażenia w skaner PET została włączona Akademia Medyczna w Poznaniu z Wielkopolskim Centrum Onkologii pod warunkiem nawiązania wzajemnej współpracy przez ww. jednostki oraz przedstawienia wspólnej koncepcji funkcjonowania ośrodka PET. W 2007 r. sfinansowano m.in. zakup skanera PET dla Centralnego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Warszawie. Natomiast w 2009 r. głównym celem ww. zadania było zwiększenie dostępności do badań PET w Polsce Północnej.

(dowód: akta kontroli, str. 283-380, 4676-4680, 7106-7164)

Zgodnie z założeniami zadania, docelowo każdy aparat powinien wykonywać co najmniej 2.000 badań rocznie. W 2012 r. stopień wykorzystania specjalistycznej aparatury w Ośrodkach PET w Polsce wynosił od 31,8% w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie do 229,4% w Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy. Wskaźnika tego nie osiągnęły aż cztery z siedmiu dofinansowanych ośrodków⁸⁰. Spowodowane jest to wykonywaniem świadczeń również przez inne placówki, w tym prywatne, które mają zwarte umowy z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 4582-4616)

W latach 2009 – 2013⁸¹ wykorzystanie PET-CT do badań diagnostycznych przedstawiało się następująco⁸²:

- liczba wykonanych badań w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) wynosiła: 16.638 w 2009 r., 19.795 w 2010 r., 24.503 w 2011 r., 29.348 w 2012 r. i 16.315 w I połowie 2013 r.,
- liczba przebadanych pacjentów: 14.860 w 2009 r., 17.557 w 2010 r., 21.617 w 2011 r., 26.103 w 2012 r. i 15.540 w I połowie 2013 r.,
- liczba świadczeniodawców realizujących umowy w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET): dziewięciu w 2009 r., 10 w 2010 r., 14 w 2011 r., 18 w 2012 r. i 17 w I połowie 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 4617-4621)

W 2010 r. Ministerstwo Zdrowia sfinansowało zakup sprzętu specjalistycznego dla potrzeb uruchomienia produkcji radiofarmaceutyku FGD (substancji chemicznej wykorzystywanej w diagnostyce medycznej metodą obrazowania PET) w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii

⁷⁹ Centrum Onkologii w Bydgoszczy w 2008 r. otrzymało z budżetu państwa 10.000 tys. zł na zakup drugiego urządzenia PET-CT.

⁸⁰ 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.

⁸¹ Dane za rok 2013 dotyczą okresu rozliczeniowego styczeń – czerwiec.

⁸² Na podstawie danych przekazanych do Ministerstwa z Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 września 2013 r.

Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach w kwocie 5.850.071,24 zł⁸³ oraz w Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy – w kwocie 4.524.050,00 zł⁸⁴. Zawarte umowy zobowiązywały do uruchomienia produkcji radiofarmaceutyku FDG nie później niż w 2011 r. Zgodnie z programem, jego produkcja powinna pozwolić na zabezpieczenie potrzeb krajowych w radiofarmaceutyk po cenie niższej, niż cena radiofarmaceutyku sprowadzanego z zagranicy.

Jednakże Centrum Onkologii w Gliwicach⁸⁵ oraz Centrum Onkologii w Bydgoszczy⁸⁶ obecnie produkują radiofarmaceutyk wyłącznie na potrzeby własne, nie zaspokajając krajowych potrzeb w tym zakresie.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że procedurę dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego regulują przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne⁸⁷. W 2011 r. nastąpiło uruchomienie produkcji radiofarmaceutyków FDG w Centrum Onkologii w Bydgoszczy i Gliwicach a w chwili obecnej jednostki są na etapie rejestracji produktu leczniczego celem jego dystrybucji do ośrodków w Polsce.

(dowód: akta kontroli, str. 4238-4317, 4582-4607, 4622-4680, 7165-7344)

Ponadto, Centrum Onkologii w Gliwicach realizuje również zakupy radiofarmaceutyku FDG za granicą⁸⁸. W latach 2009 – 2012 Centrum zakupiło łącznie 2.645⁸⁹ jednostek FDG, a łączny koszt dostarczenia wyniósł 4.811.366,56 zł⁹⁰. Cena produkcji własnej FDG w Centrum Onkologii w Gliwicach była wyższa od ceny preparatu sprowadzanego z zagranicy⁹¹.

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że dysproporcja pomiędzy kosztami wyprodukowania radiofarmaceutyku, a jego sprowadzenia z zagranicy spowodowana jest kosztami związanymi z amortyzacją: cyklotronu, laboratoriów do produkcji leków, sprzętu do kontroli jakości produkowanych leków oraz budynku powstałego w trakcie wdrażania procesu

⁸³ Kwota brutto faktury wyniosła 6.882.436,75 zł.

⁸⁴ Kwota brutto faktury wyniosła 5.449.999,99 zł.

⁸⁵ Centrum Onkologii - Oddział w Gliwicach uzyskał w dniu 3 września 2012 r. od Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego zezwolenie na wytwarzanie produktu leczniczego 18F- fluorodeoksyglukozy pod nazwą „FDGtomosil 550 MBq/ml roztwór do wstrzykiwań” i w dniu 4 czerwca 2012 r. wystąpił do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o dopuszczenie do obrotu w Polsce. Postanowieniem nr PZ/DRL/0180/2013 z dnia 7 marca 2013 r. zawieszony został bieg terminu postępowania o wydanie przedmiotowego pozwolenia do czasu złożenia przez podmiot odpowiedzialny uzupełnień i wyjaśnień do dokumentacji. Do dnia zakończenia kontroli dokumentacja chemiczna, farmaceutyczna i biologiczna nie została w pełni uzupełniona.

⁸⁶ Z powodu złożonej i rozciągniętej w czasie procedury rejestracji produktu leczniczego do dnia zakończenia kontroli nie wpłynął do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wniosek z Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego zawierającego FDG. Procedura wymaga, poza spełnieniem zapisów rozdziału 2 ustawy Prawo farmaceutyczne odnoszących się do kwestii przedłożenia kompletnego wniosku do Urzędu Rejestracji, przeprowadzenia szeregu czynności operacyjnych, manualnych i weryfikacyjnych. Powyższe czynności mają potwierdzić zgodność z wymaganiami rozporządzenia z dnia 1 października 2008 r. w sprawie Dobrej Praktyki Wytwarzania (Dz. U. Nr 184, poz. 1143 ze zm.). Centrum w Bydgoszczy obecnie jest na etapie przeprowadzenia walidacji procesu uwzględniającej wykonanie testu mediafill jako symulacji procesu potwierdzającego jakość warunków środowiskowych procesu, wykonanie walidacji metod analitycznych związanych z kontrolą jakości oraz przeprowadzenia walidacji procesu w celu potwierdzenia, że produkcja prowadzi do uzyskania powtarzalnej jakości produktu, na którą wytwórca ma pełną kontrolę.

⁸⁷ Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.

⁸⁸ Nazwa producenta: Eckert&Ziegler Radiopharma GmbH.

⁸⁹ Tj. w 2009 r. – 1.766, w 2010 r. – 343, w 2011 r. 485, w 2012 r. – 51.

⁹⁰ 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.

⁹¹ Według danych Ministra Zdrowia, w Centrum Onkologii w Bydgoszczy koszty wyprodukowania jednej dawki FDG potrzebnej do wykonania badania na potrzeby własne w latach 2009 – 2012 wynosiły odpowiednio: 945,95 zł, 1.103,93 zł, 1.616,23 zł oraz 1.376,30 zł.

W Oddziale w Gliwicach koszty dostarczenia z zagranicy jednej dawki radiofarmaceutyku FDG potrzebnej do wykonania badania w latach 2009 – 2012 wynosiły odpowiednio: 1.821,26 zł, 1.813,60 zł (2010-2011 r.) oraz 1.830,60 zł, zaś koszty wyprodukowania jednej dawki FDG potrzebnej do wykonania badania na potrzeby własne w latach 2009 – 2012 wynosiły odpowiednio: 2.449,60 zł, 2.900,04 zł, 3.245,80 zł oraz 3.218,90 zł.

Należy zaznaczyć, że umowy zawarte z Ministrem Zdrowia zobowiązują do zbycia wyprodukowanego radiofarmaceutyku, po cenie nie wyższej niż cena zakupu FDG produkowanego w ośrodkach poza granicami kraju.

produkcji radiofarmaceutyków. Dysproporcja ta zniknie w momencie całkowitego umorzenia odpisów amortyzacyjnych. Jednostka zaopatruje się w radiofarmaceutyk FDG u zagranicznego dostawcy wylonionego w drodze postępowania przetargowego podczas przeglądów cyklotronu i linii produkcyjnej oraz w trakcie usuwania awarii w celu zapewnienia ciągłości procesów leczenia pacjentów.

(dowód: akta kontroli, str. 4582-4583, 4605-4606, 4622-4675)

Uwagi dotyczące
badanej
działalności

Mimo rosnącej liczby lekarzy specjalistów, w opinii konsultantów krajowych w skali kraju brakuje obecnie: 288 specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, 100 specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej, 46 specjalistów w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

(dowód: akta kontroli str. 2435-2436)

Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że w celu zlikwidowania niedoborów kadrowych wśród specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej oraz medycyny nuklearnej, Ministerstwo Zdrowia stara się stymulować wzrost liczby tych specjalistów poprzez m.in. zwiększenie liczby jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz liczby posiadanych przez nie miejsc szkoleniowych. Obecnie uprawnienia do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w ww. dziedzinach posiada 117 jednostek dysponujących 940 miejscami szkoleniowymi (wg stanu na dzień 27 września 2013 r.), natomiast w 2008 r. było to 613 miejsc szkoleniowych w 86 jednostkach szkolących, co oznacza wzrost o 53,3%. Ponadto, onkologia kliniczna oraz w radioterapia onkologiczna zostały uznane za priorytetowe dziedziny medycyny⁹². Umieszczenie danej specjalizacji w wykazie dziedzin priorytetowych powinno przyczynić się do wzrostu zainteresowania lekarzy podejmowaniem szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie ze względu na możliwość ustalenia wyższego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza rezydenta odbywającego szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie w porównaniu z innymi dziedzinami.

(dowód: akta kontroli str. 2794-2796)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1) Ustalenia kontroli realizacji wybranych zadań NPZChN w latach 2006 – 2008 (I półrocze), przeprowadzonej przez NIK na przełomie 2008 i 2009 r., uzasadniały przedstawienie Ministrowi Zdrowia między innymi wniosku dotyczącego zweryfikowania działań administracyjno-logistycznych programu. Dotychczasowe rozwiązania były bowiem kosztowne i mało efektywne.

Koszty wysyłki zaproszeń na badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi w latach 2009 – 2013 (I półrocze) wyniosły łącznie 30.169.917,26 zł. W tym czasie w odpowiedzi na zaproszenia badaniom poddało się łącznie 3.754.360 kobiet, co w stosunku do liczby wysłanych zaproszeń (20.873.726) stanowi 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 – I półrocze 2013 – 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%).

(dowód: akta kontroli str. 1827-1834)

Warunkiem skuteczności badań przesiewowych jest ich masowość, długoterminowość i wysoka jakość. Zdrowotne efekty badań przesiewowych widoczne są po wielu latach jego prowadzenia, a wpływ tych działań na wskaźniki umieralności może być widoczny pod

⁹² 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 01.01.2013 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 01.01.2013 r.

warunkiem masowego uczestnictwa, tj. przy osiągnięciu minimum 70% wskaźnika uczestnictwa w programie⁹³.

(dowód: akta kontroli str. 1143, 1239-1243)

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 roku 2010 w przypadku badań cytologicznych spadł w sześciu województwach, a w przypadku badań mammograficznych – w pięciu województwach (w województwie pomorskim o ponad 18%).

(dowód: akta kontroli str. 1143, 1275-1287)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że w celu zwiększenia zgłaszalności na badania w ramach programów populacyjnych przez COK i WOKi prowadzona jest wysyłka zaproszeń oraz różnego rodzaju działania edukacyjno-informacyjne, w tym akcje happeningowe, szkolenia o profilu propagującym wiedzę na temat programów dla pracowników lokalnych samorządów i mieszkańców poszczególnych województw, akcje edukacyjne w szkołach, adresowane do rodziców i młodzieży, spotkania warsztatowe dla pracowników miejskich i gminnych ośrodków pomocy społecznej oraz ich podopiecznych, a także konferencje dla kobiet z zakładów pracy, organizowane we współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Zastępca Dyrektora DPZ nie przedstawiła analiz efektywności działań promocyjnych, mających na celu zwiększenie udziału kobiet w badaniach profilaktycznych. Dyrektor DPZ wyjaśniła, że najlepszym miernikiem efektywności działań promocyjnych mających na celu zwiększenie udziału kobiet w badaniach profilaktycznych jest stale wzrastająca zgłaszalność na badania.

(dowód: akta kontroli str. 1938-1939, 2781)

Ponadto, Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że analiza działań prowadzonych przez WOK-i prowadzona jest na bieżąco w trakcie realizacji zadań programu w danym roku kalendarzowym. W celu ujednoczenia działań na rzecz wysokiej zgłaszalności prowadzonych przez poszczególne WOK-i, do umów na realizację programów populacyjnych wprowadzony został standard realizacji ww. działań, zgodnie z którym WOK-i mają określone minimum działań, które w ciągu roku powinny zostać przeprowadzone.

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 i mammograficznych wykonywana jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

(dowód: akta kontroli str. 2792-2793)

Odnosnie zwiększenia środków na profilaktykę i edukację Komisja Zdrowia Sejmu RP wystosowała dezyderat do Ministra Zdrowia.⁹⁴

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że odpowiedź Ministra Zdrowia na dezyderat Komisji Zdrowia została przyjęta dopiero w marcu 2013 r., w związku z czym nie było możliwości wprowadzenia zmian do już trwającej edycji NPZChN. Sugerowane zmiany będą wprowadzane w kolejnych latach realizacji programu. Począwszy od 2014 r. planowane jest wsparcie realizacji badań przesiewowych w zakresie raka szyjki macicy poprzez umożliwienie położnym samodzielnej realizacji pobierania materiału do badania

⁹³ Według rekomendacji grupy ekspertów Komisji Europejskiej (European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Biuro oficjalnych publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2008). Na tę kwestię zwracali uwagę między innymi panowie Witold Zatoński, Kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów COI (w piśmie z dnia 6.11.2009 do p. A. Kamińskiej, Dyrektora DPZ MZ) oraz Stanisław Gózdź, Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii (w pismach z dnia 13.11.2009 oraz 25.11.2009 r. do p. M. Twardowskiego, Podsekretarza Stanu w MZ).

⁹⁴ Komisja Zdrowia w dniu 12 września 2012 r. postulowała dokonanie zmian w NPZChN polegających na zwiększeniu dostępu do świadczeń profilaktyki i edukację i wystosowała w tej sprawie dezyderat do Ministra Zdrowia. W dniu 6 marca 2013 r. podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, wiceminister zdrowia zapowiedział zmniejszenie nakładów na wydatki inwestycyjne z zaplanowanych 127 mln do ok. 80 mln zł i przeznaczenie uzyskanej kwoty m.in. na działania prewencyjne i profilaktyczne.

cytologicznego, ze środków NPZChN, co mogłoby przyczynić się do zwiększenia zgłaszalności na badania cytologiczne.

(dowód: akta kontroli str. 2432-2433)

Zdaniem Kierownika COK spadek zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w ramach programu populacyjnego mógł być również spowodowany tym, że od 1 lipca 2011 r. wprowadzone zostały jednorodne grupy pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), gdzie badanie cytologiczne wyceniono wyżej niż w programie. Od decyzji lekarza ginekologa zależy sposób rozliczenia badania.

(dowód: akta kontroli str. 2041-2044)

W II półroczu 2011 r. liczba kobiet, dla których rozliczono cytologię, a które nie zostały nigdy wykazane w SIMP, wyniosła 127.732, natomiast liczba kobiet, dla których rozliczono mammografię – 40.806. W 2012 r. było to odpowiednio 633.564 kobiet w przypadku badań cytologicznych oraz 120.632 – w przypadku badań mammograficznych⁹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 1834)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że badanie cytologiczne wykonywane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest zupełnie innym świadczeniem, niż to wykonywane w programie. Świadczenie w ramach AOS zawiera szerszy zakres istotnych elementów mających wpływ na jego koszt, w tym badanie ginekologiczne, opłatę dla podwykonawcy za ocenę preparatu (w programie za taką ocenę Fundusz płaci średnio 26,55 zł) oraz poradę lekarską.

Świadczeniodawca wskazuje do rozliczenia zrealizowane procedury m.in. w zależności od przyczyny, z powodu której je wykonał. Jeśli wykonał profilaktyczne badanie przesiewowe, rozlicza etap podstawowy programu. Jeśli wykonał cytologię kontrolną, np. po leczeniu przeciwzapalnym, nie jest ona badaniem przesiewowym i podlega rozliczeniu w ramach odpowiedniego typu porady jako element procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

(dowód: akta kontroli str. 2016)

W celu zwiększenia poziomu zgłaszalności kobiet na bezpłatne badania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy, Ministerstwo Zdrowia zaproponowało w 2009 r. wprowadzenie obowiązku przeprowadzania ww. badań profilaktycznych pracowników w ramach profilaktycznych badań okresowych, realizowanych na podstawie art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy⁹⁶. Na etapie uzgodnień zewnętrznych do zaproponowanych zmian ustawowych wpłynęło bardzo wiele uwag negatywnych, co spowodowało, że prace nad wprowadzeniem w życie przedmiotowych przepisów zostały wstrzymane. Ponadto, na taką decyzję miała również wpływ opinia Rządowego Centrum Legislacji, wskazująca na niekonstytucyjność projektowanej ustawy. Do przeciwników takich regulacji należeli również Minister Pracy i Polityki Społecznej, Przewodniczący Stałego Komitetu Rady Ministrów, a także pracodawcy i sami pracownicy. Kwestią budzącą obawy były również ograniczone możliwości gabinetów ginekologicznych i pracowni mammograficznych, wykonujących te badania wśród tak licznej populacji kobiet.

(dowód: akta kontroli str. 2810-2813)

Modyfikacje sposobu realizacji programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz wczesnego wykrywania i profilaktyki raka szyjki macicy proponował też COK (m.in. zmianę sposobu wysyłki zaproszeń, umożliwienie kontraktowania w NFZ pobierania cytologii przez położne oraz cytologii mobilnej, realizowanej w cytobusach). Nie wszystkie z tych propozycji zostały zrealizowane.

(dowód: akta kontroli 1303-1305)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że realizacja programów profilaktycznych jest na bieżąco monitorowana i w razie potrzeby są wprowadzane do nich modyfikacje mające na celu możliwie najbardziej efektywne prowadzenie działań. W chwili obecnej MZ przygotowuje się do prac nad nową edycją NPZChN i w ich toku nie wyklucza się również rozważenia zmiany sposobu wysyłki zaproszeń na badania mammograficzne i cytologiczne.

⁹⁵Liczba kobiet rozumiana jako liczba numerów PESEL.

⁹⁶ Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.

(dowód: akta kontroli str. 2792)

2) Według sprawozdań merytorycznych do umów na realizację programu Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach, za efekty podejmowanych działań w kolejnych latach 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 16 rejestrach wojewódzkich i Krajowym Rejestrze Nowotworów.

(dowód: akta kontroli str. 2053-2113)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że podstawowym, wymiernym efektem realizacji zadania pn. „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” jest kompletność danych dotyczących zachorowań i zgonów na nowotwory w Polsce.

Jedynie aktywny populacyjny rejestr nowotworów złośliwych umożliwia ocenę epidemiologiczną w zakresie nowotworów złośliwych i stanowi podstawę dla różnego rodzaju badań epidemiologicznych odnośnie występowania nowotworów złośliwych w danej populacji.

(dowód: akta kontroli str. 2433)

NIK zwraca uwagę na podnoszoną przez ekspertów ocenę dotyczącą niskiej jakości danych znajdujących się w rejestrach.⁹⁷

(dowód: 1358-1366, 1952-1965)

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2012 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2013⁹⁸, wydanego na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej⁹⁹, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w związku z rozpoznaniem i podejrzeniem nowotworu złośliwego mają obowiązek wypełnienia karty zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ/N-1a), w formie elektronicznej lub papierowej, raz w miesiącu do 15 dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby i przekazania jej do regionalnego rejestru onkologicznego. Regionalne rejestry onkologiczne są zobowiązane do przekazania kart w formie elektronicznej do KRN do 30 czerwca 2014 r. z danymi za 2013 r. Natomiast KRN przekazuje zestawienie zbiorcze w formie elektronicznej do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia do 15 grudnia 2014 r. z danymi za rok 2013. Powyższe reguluje także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów, które nakłada na KRN odpowiedzialność za prawidłowe działanie rejestru.

W ramach zadania NPZChN „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach złośliwych” prowadzone są jedynie działania wspierające funkcjonowanie rejestrów, a nie zapewniające ich pełne funkcjonowanie.

(dowód: akta kontroli str. 2790-2791)

3) Nie osiągnięto wskaźników Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Unii Europejskiej w zakresie wyposażenia w aparaty megawoltowe, pomimo finansowania zakupu aparatury do radioterapii od 2006 r.

Celem programu „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” było osiągnięcie wskaźnika 300 tys. mieszkańców na jeden aparat megawoltowy. W Polsce na koniec 2012 r. przypadało

⁹⁷ 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.

⁹⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 1391 ze zm.

⁹⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 591 ze zm.

321.154 tys. osób na jeden aparat¹⁰⁰. Liczba aparatów megawoltowych wzrosła o 52 aparaty z 70 w 2005 r., do 122 na koniec 2012 r.¹⁰¹ (tj. 82% w stosunku do wskaźnika WHO).

Zgodnie z wytycznymi WHO przyjmuje się za normę instalację jednego aparatu megawoltowego na 250 tys. osób. Do końca 2012 r. w Polsce wskaźnik ten został osiągnięty jedynie w dwóch województwach: warmińsko-mazurskim (242.099 osób na jeden aparat megawoltowy), zachodnio-pomorskim (246.106 na jeden aparat), a w woj. śląskim był zbliżony do normy WHO (257.020 na jeden aparat).

Zastępca Dyrektora DPZ wyjaśniła, że przyczyną nieosiągnięcia do chwili obecnej wskaźników europejskich i WHO w zakresie wyposażenia w aparaty megawoltowe jest sukcesywne wycofywanie zużytego sprzętu w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w stosowanym leczeniu radioterapeutycznym.

(dowód: akta kontroli, str. 536-569, 582-1004, 4576-4581)

4) Cel dotyczący zwiększenia dostępności radiofarmaceutyków polskiej produkcji nie został zrealizowany, nie rozpoczęto bowiem dystrybucji radiofarmaceutyków FDG dla potrzeb krajowych ośrodków diagnostyki PET.

5) Dotychczas nie został osiągnięty cel ustawy NPZChN – zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory. Od początku realizacji programu liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła z 126.019 w 2006 roku do 140.564 w roku 2010¹⁰². W przypadku nowotworów szyjki macicy częstość zachorowań w Polsce była o 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej, umieralność z powodu tego nowotworu jest o 70% wyższa niż przeciętna dla krajów UE.

Odnosnie ryzyka nieosiągnięcia średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, Dyrektor DPZ wyjaśniła m.in., że ocena efektywności programu prowadzona jest corocznie i zawierana w Sprawozdaniu z realizacji NPZChN w poszczególnych latach. Ponadto, w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów oraz skuteczności leczenia w latach 2009 – 2012 najbardziej aktualną publikacją Krajowego Rejestru Nowotworów stanowią dane dotyczące zachorowań i zgonów na nowotwory w Polsce w 2010 r. Ostatnie dane dotyczące średnich europejskich wskaźników wczesnego wykrywania nowotworów, zgromadzone przez GLOBOCAN dotyczą 2008 r., a dane EURO CARE 4 obejmują okres od 1995 r. do 2002 r. Natomiast w zakresie skuteczności leczenia nie ma publikacji traktujących o zagadnieniu, gdyż wskaźnik ten oblicza się na podstawie 5-letnich przeżyć, a taki czas jeszcze nie minął.

(dowód: akta kontroli str. 2017, 2777-2780)

Ocena cząstkowa

W ocenie NIK dotychczasowa realizacja przez Ministra Zdrowia „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” stwarza ryzyko nieosiągnięcia założonych celów.

6. Realizacja wniosków pokontrolnych NIK

Minister Zdrowia podjął działania zmierzające do realizacji wniosków pokontrolnych, sformułowanych po kontroli realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006 – 2008. Jednak jedynie w dwóch przypadkach zostały one w pełni zrealizowane (wnioski dotyczące: zapewnienia bezstronności komisji konkursowych w wyborach realizatorów poszczególnych zadań programu i zweryfikowania założeń programu „Tomografii Pozytonowej - budowa sieci ośrodków PET-CT”, pod kątem zapewnienia równomiernego dostępu do badań tomografii pozytonowej w skali kraju,

¹⁰⁰ Tj. od 242.099 do 425.737 ludności na 1 aparat megawoltowy. Najmniejsza dostępność jest w województwie podkarpackim (425.737) i łódzkim (422.280) – wg danych na dzień 31.12.2012 r., zawartych w „Raportie na temat stanu radioterapii w Polsce” Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej.

¹⁰¹ wg stanu na 31.12.2012 r. było 123 aparaty megawoltowe, w tym 122 akceleratory (w tym, trzy do radioterapii śródoperacyjnej oraz trzy typu Cyberknife) oraz 1 aparat kobaltowy typu Gammaknife.

¹⁰² Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku, Warszawa 2012 (tabela 6.3. Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1965-2010. Liczby bezwzględne, współczynniki surowe i standaryzowane, str. 51)

z uwzględnieniem możliwości finansowania kosztów badań przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W przypadku pierwszego z nich – wprowadzono zmiany do zarządzenia Ministra Zdrowia¹⁰³ w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją zadań stanowiących elementy „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” polegające na dodaniu przepisów dotyczących przyczyn wyłączenia osób z udziału w pracach komisji w Regulaminie pracy Komisji Konkursowej¹⁰⁴.

(dowód: akta kontroli str. 6110-6127)

W celu realizacji wniosku drugiego zwrócono się do Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej oraz NFZ o opinię w sprawie określenia 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 przy ograniczonych środkach finansowych NFZ. Zainstalowane w Polsce aparaty to w większości nowoczesne urządzenia hybrydowe PET-CT. W 2009 roku zakończono etap tworzenia sieci ośrodków PET w ramach NPZChN.

(dowód: akta kontroli str. 6149-6157)

Pozostałe wnioski pokontrolne NIK nie zostały zrealizowane lub zrealizowano je tylko częściowo na skutek zmian w obowiązujących przepisach prawnych, zaniechania lub niewystarczającej skuteczności podejmowanych działań oraz braku woli współpracy podmiotów zewnętrznych.

1) Wniosek o wydanie 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 (zwanej dalej „ustawą o zoz”)¹⁰⁵.

Minister Zdrowia do 30 czerwca 2011 r. nie zrealizował delegacji zawartej w art. 10 ust. 4 ustawy o zoz, o co NIK wnioskowała w 2009 r. Minister Zdrowia nie wydał rozporządzenia w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia lekarzy jako pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej, wydał jedynie rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Od 1 lipca 2011 r. ustawa o zoz została zastąpiona przez ustawę o działalności leczniczej¹⁰⁶, która nie zawiera delegacji dla Ministra Zdrowia dotyczącej wydania rozporządzenia określającego sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej.

Wykonując delegację zawartą w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach niebędących przedsiębiorcami¹⁰⁷, które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 r. tj. po 18 m-ach od dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej¹⁰⁸ i znajduje zastosowanie wyłącznie do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek budżetowych, natomiast nie ma zastosowania do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami.

Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego wyjaśnił, że uregulowanie norm zatrudnienia wynika z politycznych uzgodnień i brak jest uzasadnienia merytorycznego dla

¹⁰³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2009 r. (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 10) uchylone z dniem 12.03.2010 r. oraz zarządzenie z dnia 11 marca 2010 r. (Dz. Urz. MZ Nr 4, poz. 33) obowiązujące od 12.03.2010 r.

¹⁰⁴ Regulamin Komisji Konkursowej stanowi załącznik nr 2 do ww. zarządzeń Ministra Zdrowia.

¹⁰⁵ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.

¹⁰⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 217).

¹⁰⁷ Rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545).

¹⁰⁸ Do tego czasu obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), które zachowało moc do dnia wejścia w życie nowego aktu wykonawczego, wydanego na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (tj. nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2012 r.).

wprowadzania innych unormowań (tj. minimalnych norm zabezpieczenia kadrowego tak w przypadku lekarzy jak i podmiotów będących przedsiębiorcami). (...) Należy dążyć do zapewnienia minimalnego zabezpieczenia kadrowego zależnego od zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych (struktura i liczba specjalistów wg dziedzin medycyny zależna od rodzaju udzielanych świadczeń) służącego celom bezpieczeństwa i jakości opieki sprawowanej nad pacjentem. Znajduje to obecnie wyraz w wymaganiach dla świadczeń gwarantowanych, określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jej przepisach wykonawczych.

(dowód: akta kontroli str. 6141-6148)

2) Wniosek dotyczący wyegzekwowania od konsultantów krajowych, w dziedzinach związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym, realizacji zadań wynikających z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich¹⁰⁹, w tym sporządzania opinii o potrzebach kadrowych.

Minister Zdrowia nie wyegzekwował od konsultantów krajowych w dziedzinach związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym¹¹⁰ 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 zdrowia¹¹¹. Natomiast sprawozdania z działalności konsultantów nie mogły stanowić wiarygodnej podstawy do planowania liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym, gdyż nie zawierały kompletnych danych o potrzebach kadrowych, zarówno w skali kraju, jak i w poszczególnych województwach. Konsultanci nie sporządzali rocznych raportów dokumentujących realizację zadań w latach 2009 – 2012, co było niezgodne z art. 10 ust. 1 pkt 7 wspomnianej ustawy o konsultantach. Sprawozdania dokumentujące realizację zadań nie obejmowały bowiem całego roku kalendarzowego. Konsultanci sporządzali sprawozdania w terminie do dnia 21 listopada za dany rok kalendarzowy, dotyczyły one zatem niepełnego roku.

Sprawozdania te nie zawierały 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 wspomnianej ustawy o konsultantach.

Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że Departament zalecił konsultantom umieszczanie informacji o potrzebach kadrowych w rocznych sprawozdaniach. 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. Z uwagi na konieczność dokonania zmian w zakresie obowiązujących zasad dotyczących działalności konsultantów zostały podjęte działania związane z nowelizacją ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 6128-6140, 6430-7105)

3) Wniosek w zakresie przeprowadzania kontroli prawidłowości wykorzystania środków finansowych na realizację NPZChN, odpowiednio do wymagań ustawy o finansach publicznych.

Departament Polityki Zdrowotnej zgłaszał do Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg plany przeprowadzenia kontroli w wybranych jednostkach realizujących zadania NPZChN. W latach 2009 – 2012 Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg przeprowadził ogółem 21

¹⁰⁹ Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm., uchylony z dniem 1 stycznia 2011 r. przez ustawę z dnia 24 kwietnia 2009 r. przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641).

¹¹⁰ Konsultanci krajowi w dziedzinach: radiologii i diagnostyki obrazowej, medycyny nuklearnej, ginekologii onkologicznej, położnictwa i ginekologii, medycyny rodzinnej, chirurgii onkologicznej.

¹¹¹ Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 5 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.) do zadań konsultanta należało m.in. sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych w danej dziedzinie medycyny.

kontroli, w tym: trzy w 2009 r., 11 w 2010 r., z 58 zgłoszonych, pięć w 2011 r., z 16 zgłoszonych, dwie kontrole w 2012 r. z pięciu zgłoszonych.

(dowód: akta kontroli str. 151-281, 6158-6163)

4) Wniosek dotyczący 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.

W celu równomiernego przeszkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy rodzinnych w ramach ww. programów ustalono jednolite zaostrzone kryteria i wymagania dla potencjalnych realizatorów szkoleń, które zostały opracowane wspólnie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Za powyższe kryteria przyjęto art. 19 ust. 1, 2, 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹¹² określający podmioty uprawnione do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy. Natomiast w celu zagwarantowania profesjonalnej oceny merytorycznej podmiotów szkoleniowych zgłaszających się do konkursu, przy wyborze realizatorów zadania w komisjach konkursowych ekspertami byli przedstawiciele Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Doprecyzowano również w 2009 r. koszty wynagrodzeń dla wykładowców w kwocie nie wyższej, niż 300 zł za wykład (stawka godzinowa) w celu optymalizacji kosztów realizacji zadań.

W ramach zadania „Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne” w roku 2009 r. przeszkolono tylko 83 uczestników na 300 planowanych (tj. 27,7%) z powodu niskiej zgłaszalności lekarzy. Wydatki na realizację programu wyniosły 30,9 tys. zł, co stanowiło 49% zaplanowanej kwoty¹¹³. W 2010 roku powyższe zadanie nie było realizowane w ramach NPZChN w związku z niezadowolającym poziomem zainteresowania oferentów prowadzeniem szkoleń w tym zakresie.

Zadanie w ramach programu „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” nie było realizowane z powodu braku zgłoszeń ofertowych na rozpisany konkurs ofert¹¹⁴. Przeznaczone na realizację programu środki finansowe zostały przesunięte na realizację innych zadań NPZChN¹¹⁵. Z uwagi na brak zainteresowania oferentów prowadzeniem szkoleń w przedmiotowym zakresie w 2010 r. zrezygnowano z realizacji powyższego zadania w ramach NPZChN.

W zestawieniu zadań zaplanowanych do realizacji od 2010 r. ujęte zostało nowe zadanie pn. „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 zadania¹¹⁶ przeznaczając kwotę zaplanowaną w budżecie (1.347,0 tys. zł) na realizację innych zadań z powodu unieważnienia postępowań konkursowych. 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

¹¹² Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 ze zm., obecnie Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 ze zm.

¹¹³ Na realizację zadania „Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne” w roku 2009 r. zaplanowano kwotę w wysokości 62.900,00 zł.

¹¹⁴ Uchwałą nr 197 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2009 r. zmieniającą uchwałę w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2009 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2010 i 2011 zrezygnowano z realizacji zadania „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym”.

¹¹⁵ Na realizację programu „Ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości” i wydatkowane na zakup specjalistycznych endoprotez dla dzieci dotkniętych chorobą nowotworową.

¹¹⁶ 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.

2011 – 2012 przeszkolono łącznie 521 lekarzy chirurgów z zakresu diagnostyki nowotworów¹¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 6164-6352)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niepełną realizację wniosków pokontrolnych NIK, sformułowanych po kontroli realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006 – 2008.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹¹⁸, wnosi o:

- 1) udoskonalenie metodologii realizacji programu w zakresie mierników i wskaźników docelowych realizowanych zadań;
- 2) przedstawianie Radzie Ministrów projektów uchwał wraz z harmonogramem zadań wykonywanych w ramach programu na kolejny rok budżetowy w roku poprzedzającym realizację zadań;
- 3) przyjmowanie w harmonogramach realizacji zadań terminów ogłoszeń postępowań konkursowych i podpisywania umów umożliwiających realizatorom efektywne wykonywanie zadań przewidzianych w danym roku budżetowym;
- 4) weryfikację działań administracyjno-logistycznych w celu obniżenia kosztów i zwiększenia ich efektywności, w szczególności rozważenie dokonania zmian organizacji badań przesiewowych,
- 5) opublikowanie wykazu wzorcowych procedur radiologicznych dla uzasadnionych ekspozycji medycznych uznanych za standardowe;
- 6) podjęcie działań umożliwiających przeprowadzenie 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;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) zapewnienie efektywnej współpracy poszczególnych realizatorów NPZChN;
- 10) dokonanie rzetelnej ekspertyzy wskazującej na wady i korzyści stosowania konkretnych rozwiązań przy tworzeniu otwartych bądź zintegrowanych linii radioterapeutycznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

¹¹⁷ 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).

¹¹⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 21 listopada 2013r.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia
Piotr Wasilewski



.....
Podpis

