



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.15.2.2023

Pan
Błażej Górczyński
Prezes Zarządu
Pleszewskie Centrum Medyczne sp. z o.o.
ul. Poznańska 125A
63-300 Pleszew

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o. ¹ , ul. Poznańska 125A, 63-300 Pleszew
Kierownik jednostki kontrolowanej	Błażej Górczyński, Prezes Zarządu, od 9 stycznia 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Tadeusz Stefaniak, Prezes Zarządu od 27 czerwca 2018 r. do 8 stycznia 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli ² , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	1. Piotr Iwański, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/110/2023 z 2 lipca 2023 r. 2. Roman Jarecki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/118/2023 z 11 lipca 2023 r.

(akta kontroli str.1-4)

¹ Dalej: Centrum.

² Tj. do 18 września 2023 r.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Centrum spełniało wymogi dotyczące udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach: z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁵, 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶ oraz 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁷, odnośnie do objętych szczegółowym badaniem świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznych programów zdrowotnych, z wyjątkiem jednego oddziału, w którym nie zapewniono zatrudnienia lekarzy specjalistów w wymaganym wymiarze czasu pracy.

W jednostce wprowadzono i stosowano standardy żywienia pacjentów oraz prowadzono ocenę stanu odżywienia pacjentów, a leki cytostatyczne były przygotowywane w pomieszczeniach odpowiadających warunkom określonym w obowiązujących przepisach.

Pacjentom zapewniono dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego, jak również zapewniono koordynację udzielania świadczeń. W Centrum świadczenia diagnostyki onkologicznej realizowane były co do zasady w wymaganych terminach, a czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia szpitalnego był zgodny z przepisami.

Złożone przez Centrum oferty w konkursach na realizację zadań w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej” oraz „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”, były sporządzane rzetelnie i zawierały informacje zgodne ze stanem faktycznym, a Centrum spełniało warunki progowe i formalne udziału w konkursach. NIK pozytywnie ocenia również działania Centrum związane z realizacją dwóch zadań⁸ finansowanych ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, oraz terminowe ich rozliczanie.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły nieewidencjonowania danych o czasie pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, co uniemożliwiało stwierdzenie prawidłowości informacji o dostępności kadry medycznej wykazywanej w załączniku „Harmonogram - zasoby” do umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia⁹. Ponadto w przypadku jednego oddziału szpitalnego Centrum ustalono, że warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie zostały spełnione w zakresie wymaganego wymiaru czasu pracy lekarzy specjalistów. W Centrum nie dochowano również obowiązków w zakresie prowadzenia audytów klinicznych wewnętrznych, w tym m.in. nie zapewniono wymaganego składu zespołów realizujących to zadanie oraz niewłaściwie dokumentowano działania audytowe. Nieprawidłowości, związane z realizacją umów finansowanych ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, odnosiły się do prowadzenia ewidencji księgowej niezgodnie z wymogami tych umów, a także przypadku nierzetelnego oszacowania wartości zamówienia, co nie miało negatywnego wpływu na prawidłowość realizacji poddanych analizie zadań. Ponadto stwierdzono,

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakresie § 6a oraz załącznika nr 1 do rozporządzenia.

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w zakresie: § 4a i załączników nr 3 i 3a.

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 916, dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, w zakresie: pkt. 2, 3 i 8 załącznika do rozporządzenia.

⁸ Zadania realizowane na podstawie: umowy nr 1/18/47/2022/2021NW/1787/196 na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej w zakresie zadania pn.: Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej oraz umowy nr 1/4/127/2019/1787/456 na realizację zadania pn. „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” w systemie oportunistycznym w ramach „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”.

⁹ Dalej: NFZ.

niemające wpływu na prawidłowość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, błędy o charakterze incydentalnym, odnoszące się do prowadzenia harmonogramu przyjęć pacjentów do jednej z komórek organizacyjnych Centrum.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego

Opis stanu faktycznego

1. W Centrum w 2023 r. (do zakończenia czynności kontrolnych) realizowano diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (tzw. pakiet onkologiczny), w ramach świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń ambulatoryjnych w związku z realizacją umów zawartych z NFZ.

(akta kontroli str. 53-178)

Realizując świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Centrum spełniało wymagania wynikające z § 6a ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Opracowana była procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego przyjęta zarządzeniem nr 4 Prezesa Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie sp. z o. o. z 22 grudnia 2014 roku. Centrum zapewniło w lokalizacji realizację świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz badań endoskopowych. Centrum zapewniło również dostęp do świadczeń dotyczących diagnostyki onkologicznej w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej i medycyny nuklearnej.

(akta kontroli str.9-39, 179-181, 190-196)

Szczegółową analizą objęto realizację świadczeń w Poradni onkologicznej. Centrum spełniało wymagania wynikające z poz. 25 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Lekarze pracujący w poradni posiadali odpowiednie wykształcenie¹¹. W Centrum nie ewidencjonowano godzin pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych w Poradni onkologicznej, na skutek czego nie można było porównać ich z godzinami zadeklarowanymi w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji¹² i załącznika „Harmonogram - zasoby” do umowy zawartej z NFZ, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. W zakresie wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną zapewniono w lokalizacji USG. Centrum zapewniło również dostęp do badań lub procedur medycznych, odnośnie do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, RTG, mammografii i dermatoskopii¹³. Wskazany w systemie SZOI sprzęt przewidziany do realizacji tego zakresu świadczeń był dostępny¹⁴.

(akta kontroli str.269-321, 333-408)

¹⁰ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹¹ Kontrolą objęto marzec 2023 roku.

¹² Dalej: SZOI.

¹³ Powyższe badania były realizowane w Centrum.

¹⁴ W ramach kontroli sprawdzono w ramach oględzin dostępność w Centrum 3 aparatów rentgenowskich, dermatoskopu, mammografu i USG.

W Centrum, zgodnie z wymogiem określonym w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zarządzeniem nr 4 Prezesa Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie sp. z o. o. z 22 grudnia 2014 roku, wprowadzono procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego został powołany zarządzeniem Prezesa Centrum z 7 września 2019 r.¹⁵

Centrum spełniało wymagania wynikające z przepisów § 4a ust. 1 pkt 3, 4 i 5 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zapewniono udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie świadczeniobiorców osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa. Centrum zapewniło w lokalizacji dostęp do Oddziału hematologicznego, Oddziału onkologicznego oraz Oddziału chirurgicznego z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej oraz realizowało świadczenia z zakresu chemioterapii (w trybie odpowiednio hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym). Centrum zapewniło również dostęp do radioterapii, na podstawie zawartego porozumienia.

(akta kontroli str. 9-39, 182-183, 190-196)

Szczegółową analizą objęto realizację świadczeń z zakresu chirurgia onkologiczna – hospitalizacja w Oddziale chirurgicznym z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej. Centrum nie spełniało wymagań dotyczących personelu, wynikających z poz. 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, ponieważ w marcu 2023 r. nie zapewniono zatrudnienia w Oddziale równoważnika co najmniej 2 etatów¹⁶ lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej, co szerzej zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Natomiast w tym samym okresie odnośnie do wymogów dotyczących zatrudnienia pielęgniarek (wykształcenia oraz liczby etatów) ustalono, że zostały one spełnione. Centrum spełniało pozostałe wymagania wynikające z poz. 10 załącznika nr 3 do powyższego rozporządzenia, w zakresie organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, zapewnienie realizacji badań oraz pozostałych wymagań.

(akta kontroli str. 269-321, 409-488)

Centrum w roku 2023 (do zakończenia czynności kontrolnych) realizowało świadczenia z zakresu kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi jako Ośrodek raka piersi¹⁷ oraz spełniało wymagania formalne, określone w punkcie 1 załącznika Nr 3a do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Centrum w lokalizacji posiadało Oddział chirurgiczny z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej, Oddział onkologiczny z pododdziałem hematologicznym, w ramach którego były wykonywane świadczenia z zakresu chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym oraz Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej wpisany do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych pod numerem 1682. Dostęp do pozostałych wymaganych oddziałów, pracowni i poradni był zapewniony przez Centrum na podstawie porozumienia i umów, zawartych z podmiotami zewnętrznymi¹⁸.

¹⁵ Zmienione zarządzeniami: z 8 października 2021 r., 30 grudnia 2022 r. i 1 czerwca 2023 r.

¹⁶ Nie dotyczy dyżuru medycznego

¹⁷ W ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia nr 150007443/03/8/0045/0/23/27 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁸ Zapewniono dostęp do: oddziału o profilu radioterapia, pracowni histopatologii, zakładu radioterapii, pracowni genetycznej i poradni genetycznej.

(akta kontroli str. 9-39, 53-178, 184-189, 201-268)

Centrum spełniało wymagania w zakresie personelu wynikające z pkt. 1 załącznika Nr 3a do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla Ośrodka raka piersi¹⁹. Powyższe stwierdzono na podstawie badania przeprowadzonego dla marca 2023 r.

(akta kontroli str.201-168, 409-488)

W zakresie zapewnienia przez Centrum realizacji świadczeń udzielanych w lokalizacji, świadczeń udzielanych w dostępie oraz zapewnienia organizacji udzielania świadczeń²⁰ ustalono, że spełniono wymagania dla KON-Pierś wynikające z pkt. 1 załącznika Nr 3a do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W lokalizacji zapewniono realizację świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej, chemioterapii (w trybie - hospitalizacja, chemioterapia - leczenie jednego dnia, lub podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym), Programów lekowych dotyczących terapii chorych z rakiem piersi, chirurgii rekonstrukcyjnej i plastycznej (wykonywanych w czasie jednej operacji), opieki paliatywnej i hospicyjnej, rehabilitacji leczniczej (przed zabiegiem chirurgicznym i po nim), porady psychologicznej, porady w zakresie doboru protezy piersi i realizacji programu profilaktyki raka piersi. Dostęp do pozostałych wymaganych świadczeń był zapewniony przez Centrum na podstawie porozumienia i umów, zawartych z podmiotami zewnętrznymi. Realizowano współpracę z wybranymi świadczeniodawcami celem zapewnienia dostępu do świadczeń i procedur niezapewnianych w lokalizacji ośrodka. Ostatnia ocena współpracy z świadczeniodawcami została dokonana 6 października 2022 r. W Centrum obowiązywała procedura kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, która została przyjęta 7 września 2019 r. Prezes Centrum powołał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny oraz wyznaczył koordynatorów merytorycznych i organizacyjnych.

(akta kontroli str. 9-39, 53-178, 184-189, 201-268, 2011-2012, 2015-2031, 2064-2073)

W roku 2021 i 2022 w Centrum zrealizowano wymaganą dla Ośrodka raka piersi liczbę leczonych operacyjnie nowo zdiagnozowanych przypadków nowotworu piersi, odpowiednio 124 i 129 przypadków.

(akta kontroli str. 2011-2012, 2015-2031)

Centrum realizowało świadczenia z zakresu pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego (*Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy*) w ramach umów zawartych z NFZ nr 150007443/02/1/0176/1/20/21 i nr 150007443/03/8/0045/0/23/27²¹. NIK ustaliła, że spełnione były wymagania dotyczące: kwalifikacji zatrudnionego personelu²² oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną wynikające z załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

(akta kontroli str. 532-591, 2043-2046)

¹⁹ Szczegółową kontrolą, w powyższym zakresie, objęto spełnienie wymagań wynikających z punktów 1 i 2 dla personelu przez pracowników zatrudnionych w Oddziale chirurgicznym z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej oraz punktu 10, tzn. zatrudnienia lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii z udokumentowanym doświadczeniem opisanego co najmniej 1000 badań mammograficznych w okresie ostatnich 3 lat kalendarzowych, potwierdzonym przez konsultanta wojewódzkiego.

²⁰ Kontrolą objęto realizację punktów 2, 3, 5, 6, 16, 26 i 13 podpunkt 6 i 8 dla organizacji udzielania świadczeń.

²¹ W powyższym zakresie do kontroli przyjęto spełnienie wymogów dla realizacji świadczenia wynikającego z drugiej ze wskazanych umów, które były realizowane w Poradni położniczo-ginekologicznej Centrum.

²² Kontrolą objęto zatrudnienie według stanu w marcu 2023 r

W ramach umowy nr 150007443/10/1/0029/0/17/22 zawartej z NFZ realizowano w Centrum *Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki*. Ustalono, że spełnione były wymagania dotyczące: kwalifikacji zatrudnionego personelu²³, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, dostępu do badań histopatologicznych oraz otrzymania pozytywnych wyników kontroli jakości badań mammograficznych i audytu klinicznego zdjęć mammograficznych wynikające z załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

(akta kontroli str. 592-710, 2043-2046)

W ramach umowy nr 150007443/10/1/0010/0/22/27 realizowano w Centrum *Program profilaktyki raka jelita grubego*. Ustalono, że spełnione były wymagania dotyczące: kwalifikacji zatrudnionego personelu²⁴, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, wynikające z poz. 8 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

(akta kontroli str. 711-761, 2043-2046)

Ze względu na nierejestrowanie godzin pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych w Poradni położniczo-ginekologicznej oraz udzielających świadczeń w ramach realizacji *Programu profilaktyki raka jelita grubego* nie można było porównać ich z godzinami zadeklarowanymi w systemie SZOI. W przypadku *Programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki* ze względu na brak ewidencjonowania godzin pracy, lub sposób ich ewidencjonowania, lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych w zakresie realizacji tego programu również nie można było porównać ich z godzinami zadeklarowanymi w systemie SZOI. Szerzej kwestie te zostały opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 532-761, 2043-2046)

3. W Centrum, w strukturze Apteki Szpitalnej, funkcjonowała pracownia cytostatyczna. Pomieszczenie pracowni było wyposażone w komorę laminarną. Zachowano zasady określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej²⁵, m.in. w pomieszczeniu znajdowało się wydzielone miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do zniszczenia oraz instrukcja, zawierająca zasady postępowania przy przygotowywaniu leków cytostatycznych.

(akta kontroli str. 762-767, 1963-1968, 1993-1994)

4. Żywienie pacjentów hospitalizowanych w Centrum i dystrybucja posiłków w okresie objętym kontrolą była realizowana przez podmiot zewnętrzny, na podstawie zawartych umów²⁶. Wykonawca był zobowiązany do wdrożenia i stosowania norm dotyczących systemu zarządzania²⁷ oraz posiadał zaświadczenie o stosowaniu zasad HACCP²⁸. Przygotowywanie posiłków odbywało się w kuchni, zlokalizowanej w budynku Centrum.

²³ Kontrolą objęto zatrudnienie według stanu w marcu 2023 r.

²⁴ Kontrolą objęto zatrudnienie według stanu w marcu 2023 r.

²⁵ Dz.U. Nr 80, poz. 376, ze zm.

²⁶ Umowy nr: 06/ZP/2015 z 27 stycznia 2015 r., obowiązująca od 1 lutego 2015 r. do 31 stycznia 2019 r.; 06/ZP/2019 z 31 stycznia 2019 r., obowiązująca od 1 lutego 2019 r. do 28 lutego 2019 r.; 33/ZP/2023 z 28 kwietnia 2013 r. obowiązująca od 1 maja 2023 r. do 30 kwietnia 2027 r.

²⁷ PN-EN ISO 9001:2001, PN-EN ISO 14001:2005, PN-N 18001:2004.

²⁸ z ang. Hazard Analysis and Critical Control Points.

W Centrum opracowano procedury dotyczące żywienia pacjentów, w tym m.in. procedurę nadzoru nad żywieniem pacjentów oraz leczenia żywieniowego²⁹. Ponadto w Centrum obowiązywały wytyczne dotyczące żywienia, w tym m.in. dotyczące: odżywiania pacjenta przez zgłębnik nosowo-żołądkowy lub jelitowy, żywienia pacjentów z gastrostomią oraz żywienia noworodków.

W Centrum, w okresie objętym kontrolą, obowiązywało 13 rodzajów diet. Dla poszczególnych diet określono ich charakterystykę.

W okresie objętym kontrolą w Centrum zatrudniano dietetyka w ramach umowy cywilnoprawnej. Do zadań wykonawcy należało m.in. organizowanie szkoleń dla personelu z zakresu żywienia i dietetyki, przygotowywanie indywidualnych zaleceń dietetycznych dla pacjentów w poszczególnych jednostkach chorobowych i przedstawianie ich pacjentom, edukacja pacjentów, opracowanie diet dla poszczególnych jednostek chorobowych oraz analiza i ocena siedmiodniowego jadłospisu. W okresie objętym kontrolą, do 31 maja 2022 r., dietetyk realizował swoje zadania w wymiarze nieprzekraczającym 12 godzin tygodniowo, a od 1 czerwca 2022 r. – 20 godzin tygodniowo.

W każdym przypadku³⁰, na początku pobytu pacjenta, ustalono rodzaj diety, który był wpisywany do karty gorączkowej oraz modyfikowano go na bieżąco, zgodnie ze wskazaniami medycznymi. Pacjenci zostali poddani przesiewowej ocenie stanu odżywienia w dniu przyjęcia lub w dniu następnym. Nie stwierdzono ryzyka niedożywienia, w związku z czym nie prowadzono badania pogłębionego. W jednym przypadku zalecono żywienie pozajelitowe. Zalecenie to było realizowane w trakcie pobytu pacjenta na oddziale.

(akta kontroli str. 768-870)

5. W okresie objętym kontrolą Centrum nie dysponowało możliwością samodzielnego wykonania badań materiału biologicznego jak i badań genetycznych. Badania te były zlecane wykonawcom zewnętrznym na podstawie umów zawartych z pięcioma podmiotami.

W okresie objętym kontrolą podmioty zewnętrzne wykonały 66 049 badań materiału biologicznego oraz badań genetycznych, w tym: 58 008 badań histopatologicznych (łącznie z cytoblok), 7 316 badań immunohistochemicznych, 160 konsultacji patomorfologicznych, 41 badań cytologicznych, trzy badania cytogenetyczne, 41 badań cytogenetycznych (guzy lite FISH), 452 badania metodami biologii molekularnej (PCR)³¹ oraz 28 badań sekwencjonowania następnej generacji (NGS). Łączne koszty badań diagnostycznych zlecanych podmiotom zewnętrznym, realizującym na rzecz Centrum badania materiału biologicznego oraz badania genetyczne wyniosły: w 2019 r. – 885,6 tys. zł, w 2020 r. – 738 tys. zł, w 2021 r. – 1 059 tys. zł, w 2022 r. – 1 487,7 tys. zł, w I kwartale 2023 r. – 361,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 201-268, 871-955, 1979-1983, 2177)

6. W Centrum opracowano, w formie pisemnej, szczegółowe procedury radiologiczne dla urządzeń radiologicznych. Ogółem dla pięciu urządzeń³² wprowadzono 172 procedury szczegółowe³³. Szczegółowa kontrola trzech procedur³⁴

²⁹ Procedura leczenia żywieniowego wprowadzała obowiązek umieszczenia w historii choroby wypełnionego dokumentu oceniającego stan odżywienia.

³⁰ Szczegółowym badaniem objęto dokumentację medyczną 20 pacjentów hospitalizowanych przez okres powyżej siedmiu dni na Oddziale Chirurgicznym z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej oraz Oddziale Hematologicznym w latach 2019-2023.

³¹ Z wyłączeniem SARS-CoV-2.

³² Trzy aparaty RTG, mammograf i tomograf komputerowy.

³³ Procedury zostały zatwierdzone zarządzeniem wewnętrznym Prezesa Centrum z 23 września 2019 r.

³⁴ Diagnostyczne badanie mammograficzne na podstawie skierowania (kod główny 4.097), TK – odcinek piersiowy kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (kod 4.092) oraz skryningowe (przesiewowe) badanie mammograficzne (kod 4.098)

pod względem ich zgodności z art. 33f ustawy z 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*³⁵ wykazała, że zostały one opracowane na podstawie obowiązujących procedur wzorcowych, wydanych na mocy art. 33g ust. 7 ustawy *Prawo atomowe*³⁶.

W okresie objętym kontrolą w Centrum nie były prowadzone audyty zewnętrzne, o których mowa w art. 33w ustawy *Prawo atomowe*.

W latach 2019-2023 co najmniej raz w roku³⁷ przeprowadzano audyty kliniczne wewnętrzne, o których mowa w art. 33u ust. 1 pkt 1 oraz 33v ustawy *Prawo atomowe*. Trzy spośród sześciu audytów nie zostały przeprowadzone przez osoby o różnych specjalnościach, a w trzech przypadkach raporty z audytów nie zawierały niektórych elementów wymaganych w art. 33v ust. 6 ustawy *Prawo atomowe*, co zostało szerzej opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 956-998)

Centrum nie przekazywało niezwłocznie kopii raportów z audytów klinicznych wewnętrznych, przeprowadzonych w latach 2020-2023 właściwej komisji procedur i audytów³⁸, co zostało szerzej opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 2045-2046, 2119-2122)

Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny³⁹ przeprowadził, 24 marca 2023 r., kontrolę w zakresie oceny stanu warunków ochrony radiologicznej oraz przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, dotyczące stosowania urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne z zakresu częstotliwości 0Hz-300GHz, w tym m.in. urządzeń stosowanych do diagnostyki onkologicznej. Podczas kontroli WWIS nie stwierdził nieprawidłowości oraz nie skierował zaleceń, uwag ani wniosków.

(akta kontroli str. 956-1072)

7. W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2023 r. do Krajowego Rejestru Nowotworów Centrum przekazało 7 973 karty zgłoszenia nowotworów złośliwych, w tym 6 491 kart miało status „zaakceptowane”, a 1 482 – „do weryfikacji”. W jednej⁴⁰ karcie nie wypełniono pola 26. „Rozpoznanie histopatologiczne”. Prezes Centrum wyjaśnił, że brak uzupełnienia tej informacji o rozpoznaniu histopatologicznym wynikał z braku dostępu wyniku, gdyż pacjentka została przyjęta do oddziału paliatywnego w trybie nagłym bez wyniku badania histopatologicznego. W ośmiu przypadkach nie uzupełniono pola nr 32. „Kod zaawansowania TNM (7 rewizja)”, a w 19 – pola nr 34. „Stopień zaawansowania”. Prezes Centrum wyjaśnił, że z instrukcji wypełniania karty znajduje się zapis „jeśli diagnostyka TNM nie jest możliwa, należy określić stadium zaawansowania choroby według podanych kategorii”, co wprost sugeruje, że w przypadku diagnostyki TNM pola 32 i 34 nie będą wypełniane – wówczas wypełnia się pole 35.

Prezes Centrum podał, że do czasu przejścia na elektroniczną formę zgłoszenia nowotworu bieżąca analiza kompletności zgłoszeń była prowadzona przez

³⁵ Dz.U. z 2023 r. poz. 1173, dalej: *Prawo atomowe*

³⁶ W brzmieniu sprzed 23 września 2019 r.

³⁷ W dniach: 27 maja 2019 r., 27 lutego i 29 grudnia 2020 r., 26 sierpnia 2021 r., 22 czerwca 2022 r., 26-27 czerwca 2023 r.

³⁸ Zgodnie z informacją przekazaną NIK przez Dyrektora Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia (dalej: KCORwOZ), raport za okres od 1 czerwca 2020 r. do 28 grudnia 2020 r., przeprowadzony 29 grudnia 2020 r., wpłynął do KCORwOZ 17 sierpnia 2023 r. tj. 961 dni od jego przeprowadzenia, a raport za okres od 1 lutego 2022 r. do 31 stycznia 2023 r., przeprowadzony w dniach 26-27 czerwca 2023 r. wpłynął do KCORwOZ: 17 sierpnia 2023 r. tj. 51 dni od jego przeprowadzenia.

³⁹ Dalej: WPWIS.

⁴⁰ Kontrolą pod względem kompletności objęto 23 ostatnio wystawione w Centrum karty, przed 30 lipca 2023 r.

pracownika Działu Organizacyjno-Prawnego, który był odpowiedzialny za sprawdzenia, czy karta jest kompletna, a następnie przesyłał ją do Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu⁴¹. Wprowadzenie elektronicznej formy zgłoszenia utrudniło prowadzenie bieżącego nadzoru, gdyż dostęp do centralnego rejestru posiadali lekarze dokonujący wpisu. W Centrum w 2023 r., w uzgodnieniu z dostawcą oprogramowania, wprowadzono kartę zgłoszenia nowotworu w systemie ESKULAP oraz zintegrowano z rejestrem nowotworów. Ponadto, jak pisał Prezes, wprowadzono mechanizm pozwalający na bieżące monitorowanie kompletności karty.

W latach 2019-2023 Centrum we współpracy z WCO prowadziło analizę kompletności kart zgłoszenia nowotworów. W tym celu przesyłano do WCO zestawienia pacjentów hospitalizowanych w celu weryfikacji, czy dane zgłoszenie zostało zarejestrowane oraz czy zawiera wymagane dane. Po weryfikacji brakujące zgłoszenia były każdorazowo uzupełniane.

(akta kontroli str. 1073-1076, 2147-2176)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Centrum nie zapewniało możliwości potwierdzenia spełniania wymagań wynikających z umów zawartych z NFZ, z uwagi na brak mechanizmów weryfikacji, czy liczba godzin pracy zgłaszana do NFZ była zgodna z faktyczną liczbą przepracowanych godzin przez poszczególnych pracowników.

W Centrum w okresie objętym kontrolą nie ewidencjonowano godzin pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Odnosiło się to do:

- braku ewidencji godzin pracy lekarzy pracujących w poradniach i pracowniach, gdzie rozliczenie z danym pracownikiem następowało na podstawie liczby zrealizowanych świadczeń⁴²;
- niewskazywania godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy w pracowniach, pomimo wymogu (wynikającego z załącznika „Harmonogram - zasoby” do umowy zawartej z NFZ⁴³) realizacji przez danego lekarza) świadczeń w określonych godzinach danych dni tygodnia⁴⁴.

W związku z brakiem ewidencjonowania godzin pracy lekarzy (zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych) niemożliwe było zweryfikowanie czy faktyczna liczba przepracowanych godzin przez poszczególnych pracowników była zgodna z danymi zgłaszanymi w systemie SZOI i wynikającymi z załączników „Harmonogram - zasoby” do umów zawartych z NFZ, co było działaniem nierzetelnym.

Od 1 lipca 2023 r., w związku z odwołaniem stanu zagrożenia epidemicznego, przywrócono obowiązek dokonywania niezwłocznego zgłoszenia NFZ zmian w harmonogramie („Harmonogram-zasoby”), związanych z osobistym udzielaniem świadczeń przez osoby wykonujące zawody medyczne - wynikający z § 6 ust. 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września

⁴¹ Dalej: WCO

⁴² W badanej próbie w marcu 2023 roku dotyczyło to: siedmiu lekarzy pracujących w Poradni onkologicznej, dwóch lekarzy pracujących w Pracowni endoskopowej w ramach realizacji Programu badań przesiewowych raka jelita grubego, czterech lekarzy pracujących w Poradni położniczo-ginekologicznej i jednego lekarza pracującego w Zakładzie diagnostyki obrazowej.

⁴³ Nr 150007443/10/1/0029/0/17/22 dotycząca Programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki

⁴⁴ W badanej próbie w marcu 2023 roku dotyczyło to jednego lekarza pracującego w Zakładzie diagnostyki obrazowej.

2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁵.

Zgodnie z § 6 ust. 1 załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia, świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne, zgodnie z harmonogramem. W ust. 2 wskazano natomiast, że zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. W okresie trwania stanu zagrożenia epidemicznego ww. § 6 ust. 2 nie stosowało się.

Prezes Centrum wyjaśnił m.in., że godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy w poradniach specjalistycznych i pracowniach lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych nie były rejestrowane przez jakikolwiek system informatyczny bądź inną dokumentację, gdyż takiego obowiązku nie sposób wywieść z jakiegokolwiek przepisu prawa. Prezes podał, że liczba godzin pracy lekarza w poradni była weryfikowana przez Dyrektora ds. administracyjnych poprzez potwierdzenie liczby sprawozdanych świadczeń według grup obliczeniowych. Weryfikacja ta, zdaniem Prezesa, była możliwa, gdyż plan dostępności lekarza i porad, ustalany był w oparciu o zgłoszony do NFZ harmonogram pracy poradni oraz średni czas obsługi pacjenta w danej kategorii przez danego lekarza. Podkreślił, iż z prowadzonej wewnętrznej analizy wykonania kontraktu wynika, iż dostępność lekarza była większa niż zgłoszona do NFZ – na podstawie danych systemowych ustalono, że w 2023 r. średnia liczba porad w poradni onkologicznej wynosiła 677 w miesiącu, co przy założeniu 15 minutowego średniego czasu obsługi pacjenta generuje 169 godzin na miesiąc. Prezes wskazał, że średnio założony czas obsługi pacjenta znacznie może odbiegać od faktycznego czasu, gdyż np. dla pacjenta pierwszorazowego wynosi on od 30 do 60 minut.

Centrum powinno zapewnić odpowiednie mechanizmy dające możliwość potwierdzenia spełniania obowiązku, o którym mowa w § 6 ust. 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem.

(akta kontroli str. 333-408, 532-761, 2007-2010, 2043-2046)

2. W marcu 2023 r. w Centrum, przy realizacji świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej - hospitalizacji realizowanych w Oddziale chirurgicznym z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej - nie zapewniło równoważnika co najmniej dwóch etatów⁴⁶ lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej. Było to niezgodne z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, określonymi w punkcie 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W marcu 2023 r. w Oddziale chirurgicznym z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej pracowało - na podstawie umów cywilnoprawnych – dwóch lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii onkologicznej. Liczba godzin do przepracowania w ramach jednego etatu w marcu 2023 r. wynosiła 174 godziny i 25 minut. Jeden z nich przepracował, w tym okresie,

⁴⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴⁶ Nie dotyczy dyżuru medycznego.

w oddziale (bez dyżurów) 96 godzin, natomiast drugi 172 godziny i 30 minut. Ponadto, jeden z powyższych lekarzy w tych godzinach (wykazanych jako godziny pracy w oddziale) pracował również w Poradni chirurgii onkologicznej. Ze względu na nierejestrowanie w Centrum godzin przepracowanych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych niemożliwe było w tym przypadku ustalenie rzeczywistej liczby godzin pracy w oddziale i poradni.

Prezes Centrum wyjaśnił m.in., że jeden z lekarzy w okresie od 1 do 10 marca 2023 r. korzystał z prawa do urlopu, za który nie wystawił rachunku. Prezes wskazał też, że z przedstawionych przez lekarzy rachunków nie wynikają jedynie godziny przebywania lekarza w oddziale, ale ich liczba przedstawiona przez lekarza do zapłaty. Prezes wyjaśnił, że praktyka wskazuje, iż lekarz niejednokrotnie pozostaje w oddziale po godzinie 15.00 w związku z np. przedłużającymi się zabiegami operacyjnymi, koniecznością sprawdzenia stanu pacjenta po zabiegu i wydania zleceń lekarskich, czy uzupełnienia wpisów w dokumentacji medycznej - nie odzwierciedlając powyższego w rachunku.

Prezes wyjaśnił, że wymóg zapewnienia personelu i wykazania w zasobach nie może być utożsamiany z godzinami wykazanymi na wystawionym rachunku, gdyż analogicznie - pracownik na podstawie umowy o pracę korzysta z prawa do urlopu, czy innych usprawiedliwionych nieobecności pozostając pracownikiem zatrudnionym na etat. Zdaniem Prezesa Centrum wymóg posiadania i wykazania w zasobach równoważnika, co najmniej dwóch etatów specjalisty w danej dziedzinie dotyczy zagwarantowania usług lekarza o takiej specjalności w wymiarze dwóch etatów, tj. zagwarantowania pozostawania w gotowości do realizacji świadczeń, a wykonywanie zadań w oddziale wynika z liczby pacjentów, liczby łóżek, dostępności bloku operacyjnego oraz faktycznego ich wykorzystania, tj. z rzeczywistych potrzeb.

(akta kontroli str. 409-488, 2033-2046)

Zdaniem NIK argumentacja Prezesa Centrum nie jest zasadna i nie potwierdza zapewnienia w marcu 2023 r. spełniania warunków szczegółowych realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w postaci równoważnika co najmniej dwóch etatów lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej. Już sam fakt dziesięciodniowej nieobecności jednego z dwóch lekarzy oznaczał niespełnianie tego wymogu.

3. Audyty wewnętrzne kliniczne, które odbyły się 27 lutego 2020 r., 26 sierpnia 2021 r. oraz 22 czerwca 2022 r., nie zostały przeprowadzone przez osoby o różnych specjalnościach.

W art. 33v ust. 3 ustawy *Prawo atomowe* wskazano, że do przeprowadzenia audytu klinicznego wewnętrznego kierownik jednostki ochrony zdrowia wyznacza co najmniej dwie osoby o różnych specjalnościach, posiadające kwalifikacje odpowiednie do zakresu udzielanych przez jednostkę ochrony zdrowia świadczeń zdrowotnych. Audyty 27 lutego 2020 r. i 26 sierpnia 2021 r. przeprowadzone zostały przez dwóch fizyków medycznych, a audyt z 22 czerwca 2022 r. przez technika i licencjata elektroradiologii.

Prezes Centrum wyjaśnił, że we wskazanych audytach uczestniczył dodatkowo lekarz specjalista w dziedzinie radiologii – Kierownik Zakładu diagnostyki obrazowej. Prezes Centrum wyjaśnił, że brak podpisu tej osoby jako przeprowadzającej audyt należy oceniać przez pryzmat ewentualnego niedopatrzenia dokumentacyjnego, a nie brak udziału dwóch osób o różnych specjalnościach.

(akta kontroli str. 956-1023, 1992-1994)

NIK wskazuje, że w przedłożonych w toku kontroli upoważnieniach Prezesa Centrum do przeprowadzenia audytu klinicznego wewnętrznego nie wskazano Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej, a z przekazanej dokumentacji nie wynikało, żeby ta osoba przeprowadzała audyt.

4. Raporty z audytów przeprowadzonych w dniach 27 maja 2019 r., 27 lutego 2020 r. i 26 sierpnia 2021 r. nie zawierały elementów wskazanych w art. 33v ust. 6 ustawy *Prawo atomowe*, w tym: analizy procedur szczegółowych oraz praktyki ich stosowania, w tym liczby zastosowań procedur szczegółowych w podziale na pacjentów dorosłych oraz pacjentów do 16. roku życia, w podziale na płeć oraz danych pozwalających określić wielkość narażenia pacjentów dorosłych oraz pacjentów do 16. roku życia, w podziale na płeć, oraz porównanie tych wielkości z diagnostycznymi poziomami referencyjnymi, w przypadku gdy zostały określone.

Dyrektor ds. medycznych Centrum wyjaśnił, że wskazane audyty były przeprowadzane w zakresie dokumentacyjnym, a ocena narażenia była przeprowadzana w zakresie punktu 7 „Procedury robocze”. Podał, że w czerwcu 2020 r. został przekazany wzór druku zalecany do wykonywania audytów i od tego czasu raport był sporządzany na tym druku. Wskazał ponadto, że rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych oraz wzoru raportu z ich przeprowadzenia zostało opublikowane w grudniu 2022 r.

(akta kontroli str. 956-1023, 2091-2092)

NIK wskazuje, że zakres audytu klinicznego wewnętrznego został określony w art. 33v ust. 6 ustawy *Prawo atomowe*⁴⁷. Mimo braku przepisów wykonawczych⁴⁸ należało sporządzać raporty z audytów zawierające elementy wymagane w ww. przepisie, co wynikało z art. 13 ustawy z 13 czerwca 2019 r. *o zmianie ustawy - Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej*, zgodnie z którym do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych, raport z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego powinien zawierać m.in. informacje o których mowa w art. 33v ust. 6 zmienianej ustawy.

5. Centrum nie przekazywało niezwłocznie kopii raportów z audytów klinicznych wewnętrznych, przeprowadzonych w latach 2020-2023 właściwej komisji procedur i audytów, co było niezgodne z art. 33v ust. 7 ustawy *Prawo atomowe*. Raport za okres od 1 czerwca 2020 r. do 28 grudnia 2020 r., przeprowadzony 29 grudnia 2020 r., wpłynął do KCORwOZ 17 sierpnia 2023 r. tj. 961 dni od jego przeprowadzenia, a raport za okres od 1 lutego 2022 r. do 31 stycznia 2023 r., przeprowadzony w dniach 26-27 czerwca 2023 r. wpłynął do KCORwOZ: 17 sierpnia 2023 r. tj. 51 dni od jego przeprowadzenia.

(akta kontroli str. 2119-2122)

Prezes Centrum wyjaśnił, powołując się na oświadczenie osoby przesyłającej kopie raportów, że zostały one niezwłocznie przekazane do KCORwOZ na adres e-mail audyty@kcor.gov.pl.

(akta kontroli str. 2045-2046)

⁴⁷ Art. 33v został dodany do ustawy z dniem 23 września 2019 r., przez art. 1 pkt 42 ustawy z 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy - *Prawo atomowe* oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1593).

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych oraz wzoru raportów z ich przeprowadzenia z 6 grudnia 2022 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2683), które zastąpiło rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej z 18 lutego 2011 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 884, ze zm.).

NIK wskazuje, że przekazanie kopii raportów po 961 i 51 dniach od ich przeprowadzenia nie spełnia wymogu niezwłocznego przekazania, wynikającego z przywołanego przepisu. Przekazanie raportów nastąpiło dopiero w trakcie kontroli NIK.

OCENA CZĄSTKOWA

Centrum, w odniesieniu do świadczeń objętych kontrolą, spełniało wymogi dotyczące udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego oraz programów zdrowotnych, z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie nie zapewniono zatrudnienia lekarzy specjalistów w wymaganym wymiarze czasu pracy. Brak ewidencjonowania przez Centrum danych o przepracowanych godzinach przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, uniemożliwiało weryfikację prawidłowości informacji o dostępności kadry medycznej wykazywanej w załączniku „Harmonogram - zasoby” do umów zawartych z NFZ. Centrum zapewniło pacjentom dostęp do badań patomorfologicznych i genetycznych. W zakresie prowadzenia audytów klinicznych wewnętrznych stwierdzono nieprawidłowości związane z niezapewnieniem wymaganego składu zespołów dokonujących sprawdzeń, dokumentowaniem działań audytowych i terminowością ich sprawozdawania. W Centrum wprowadzono i stosowano standardy żywienia pacjentów oraz prowadzono ocenę stanu odżywienia pacjentów, a leki cytostatyczne były przygotowywane w pomieszczeniach odpowiadających warunkom określonym w obowiązujących przepisach.

OBSZAR

2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego

Opis stanu faktycznego

1. W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2023 r. Centrum realizowało świadczenia na podstawie umów zawartych z NFZ m.in. w zakresach: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, profilaktycznych programów zdrowotnych. Łączna wartość zakontraktowanych świadczeń z podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń⁴⁹ w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym wynosiła: w 2019 r. – 25 350,8 tys. zł, w 2020 r. – 25 885,4 tys. zł, w 2021 r. – 27 399,3 tys. zł, w 2022 r. – 34 902,1 tys. zł, a w I kwartale 2023 r. – 4 639,4 tys. zł. Wartość sprawozdanych świadczeń wynosiła w tych okresach odpowiednio: 26 370,3 tys. zł, 25 551,9 tys. zł, 27 976,5 tys. zł 34 959,1 tys. zł oraz 8 287,9 tys. zł.

Wartość zakontraktowanych świadczeń w ramach pozostałych umów, dotyczących świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym wynosiła: w 2019 r. – 1 229,1 tys. zł, w 2020 r. – 1 022,2 tys. zł, w 2021 r. – 2 090,5 tys. zł, w 2022 r. – 10 002,2 tys. zł, a w I kwartale 2023 r. – 2 331,1 tys. zł. Wartość sprawozdanych świadczeń wynosiła w tych okresach odpowiednio: 841,5 tys. zł, 961,3 tys. zł, 1 121,61 tys. zł, 3 368,4 tys. zł oraz 2 090,4 tys. zł.

Liczba pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, wynosiła: w 2019 r. – 41 627, w 2020 r. – 38 751, w 2021 r. – 41 019, w 2022 r. – 47 703, a w I kwartale 2023 r. – 9 480.

(akta kontroli str. 1077-1084)

⁴⁹ Umowa 150007443/03/8/0045/0/17/21 oraz 150007443/03/8/0045/0/23/27

2. Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania w komórkach organizacyjnych Centrum, w których realizowana była diagnostyka i/lub leczenie onkologiczne według stanu na koniec I kwartału wynosiły:

- w Poradni onkologicznej, dla przypadków pilnych: w 2019 r. pacjentów przyjmowano na bieżąco; w 2020 r. – czterech pacjentów, średni czas oczekiwania 12 dni; w 2021 r. – jeden pacjent, średni czas oczekiwania – 24 dni; w 2022 r. – 13 pacjentów, średni czas oczekiwania – 21 dni; w 2023 r. – 10 pacjentów, średni czas oczekiwania – 16 dni. Dla przypadków stabilnych: w 2019 r. – sześciu pacjentów, czas oczekiwania – 10 dni; w 2020 r. – 33 pacjentów, średni czas oczekiwania 76 dni; w 2021 r. – 25 pacjent, średni czas oczekiwania – 54 dni; w 2022 r. – 44 pacjentów, średni czas oczekiwania – 58 dni; w 2023 r. – 36 pacjentów, średni czas oczekiwania – 37 dni;
- w Poradni chirurgii onkologicznej dla przypadków pilnych: w 2019 r. pacjentów przyjmowano na bieżąco; w 2020 r. – dwóch pacjentów, średni czas oczekiwania 15 dni; w 2021 r. – pięciu pacjentów, średni czas oczekiwania – 14 dni; w 2022 r. – 30 pacjentów, średni czas oczekiwania – 27 dni; w 2023 r. – 47 pacjentów, średni czas oczekiwania – 27 dni. Dla przypadków stabilnych: w 2019 r. – 16 pacjentów, czas oczekiwania – 12 dni; w 2020 r. – 54 pacjentów, średni czas oczekiwania 52 dni; w 2021 r. – 56 pacjent, średni czas oczekiwania – 43 dni; w 2022 r. – 120 pacjentów, średni czas oczekiwania – 80 dni; w 2023 r. – 110 pacjentów, średni czas oczekiwania – 73 dni;
- w Poradni hematologicznej dla przypadków pilnych: w 2019 r. – trzech pacjentów, czas oczekiwania – 42 dni; w 2020 r. – jeden pacjent, średni czas oczekiwania 91 dni; w 2021 r. – 22 pacjent, średni czas oczekiwania – 48 dni; w 2022 r. – 71 pacjentów, średni czas oczekiwania – 132 dni; w 2023 r. – 63 pacjentów, średni czas oczekiwania – 216 dni. Dla przypadków stabilnych: w 2019 r. – 304 pacjentów, czas oczekiwania – 282 dni; w 2020 r. – 329 pacjentów, średni czas oczekiwania 315 dni; w 2021 r. – 200 pacjentów, średni czas oczekiwania – 219 dni; w 2022 r. – 251 pacjentów, średni czas oczekiwania – 220 dni; w 2023 r. – 286 pacjentów, średni czas oczekiwania – 256 dni;
- w Oddziale chirurgicznym z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej dla przypadków pilnych: w 2019 r. – dwóch pacjentów, czas oczekiwania – 48 dni; w 2020 r. – 30 pacjentów, średni czas oczekiwania 60 dni; w 2021 r. – 27 pacjentów, średni czas oczekiwania – 49 dni; w 2022 r. – 55 pacjentów, średni czas oczekiwania – 129 dni; w 2023 r. – 88 pacjentów, średni czas oczekiwania – 139 dni. Dla przypadków stabilnych: w 2019 r. – 156 pacjentów, czas oczekiwania – 150 dni; w 2020 r. – 192 pacjentów, średni czas oczekiwania 255 dni; w 2021 r. – 193 pacjentów, średni czas oczekiwania – 296 dni; w 2022 r. – 211 pacjentów, średni czas oczekiwania – 402 dni; w 2023 r. – 306 pacjentów, średni czas oczekiwania – 426 dni;
- w Pracowni tomografu komputerowego dla przypadków pilnych przyjęcia odbywały się na bieżąco, a dla przypadków stabilnych w 2019 r. – na bieżąco; w 2020 r. – 49 pacjentów, średni czas oczekiwania 36 dni; w 2021 r. – 89 pacjentów, średni czas oczekiwania – 45 dni; w 2022 r. – 112 pacjentów, średni czas oczekiwania – 40 dni; w 2023 r. – 218 pacjentów, średni czas oczekiwania – 50 dni. Dyrektor ds. organizacyjnych wyjaśniła, że średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wynikał z rezerwacji terminu przez pacjenta i nie jest to faktyczny czas oczekiwania na świadczenie wynikający z listy oczekujących;

- w Oddziale onkologicznym z pododdziałem hematologicznym oraz na Oddziale hematologicznym⁵⁰ przyjęcia odbywały się na bieżąco.

Prezes Centrum wyjaśnił, że wskazany średni czas oczekiwania obejmuje dane wszystkich pacjentów pierwszorazowych, gdyż system nie pozwala na wygenerowanie danych, obejmujących pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego⁵¹. Podał, że zgodnie z procedurą obowiązującą w Centrum, pacjenci z kartą DiLO zgłaszają się bezpośrednio do koordynatora leczenia onkologicznego, który z lekarzem komórki ustala termin przyjęcia poza limitem. Podał ponadto, że średni czas oczekiwania w tych komórkach w 2022 r. i 2023 r. w porównaniu do 2019 r. uległ wydłużeniu z powodu zwiększenia się liczby pacjentów wymagających diagnostyki i leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia w ramach hospitalizacji, a także z powodu objęcia leczeniem skomplikowanych przypadków wymagających dłuższego i złożonego leczenia. Zdaniem Prezesa na wydłużenie terminów przyjęć wpływ miała epidemia COVID-19, a także likwidacja poradni hematologicznej w Kaliszu.

(akta kontroli str. 1979-1984, 2188)

Prowadzone⁵² dla Poradni onkologicznej, Oddziału chirurgicznego oraz Pracowni tomografu harmonogramy przyjęć i listy oczekujących w I kwartale 2023 r. zawierały dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit b-h oraz j ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach tj.: datę i godzinę wpisu, identyfikator skierowania, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniobiorcy, numer telefonu oraz imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu. W harmonogramach wskazano dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia, kategorię świadczeniobiorcy, datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu. Kolejność udzielenia świadczeń była ustalana na podstawie kolejności zgłoszeń. W przypadku harmonogramu przyjęć do Poradni onkologicznej NIK stwierdziła pięć przypadków nieodnotowania rezerwacji terminu wizyty w harmonogramie przyjęć, co zostało szerzej opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO prowadzona była odrębna lista oczekujących.

(akta kontroli str. 1085-1101)

3. W Centrum, w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2023 r. udzielono świadczeń 3 131 pacjentom posiadającym kartę DiLO, z tego 712 w 2019 r., 658 w 2020 r., 757 w 2021 r., 820 w 2022 r. i 184 w I kwartale 2023 r. W tym okresie do Centrum zgłosiło się: 851 pacjentów z kartą DiLO wystawioną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (w tym: 214 w 2019 r., 167 w 2020 r., 198 w 2021 r., 209 w 2022 r. i 63 w I kwartale 2023 r.), 201 z kartą wystawioną przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej spoza Centrum (w tym: 37 w 2019 r., 46 w 2020 r., 55 w 2021 r., 59 w 2022 r. i czterech w I kwartale 2023 r.) oraz 18 pacjentów z kartą wystawioną przez lekarza w ramach programu zdrowotnego (w tym: ośmiu w 2019 r., dwóch w 2020 r. i w 2022 r., sześciu w 2021 r.).

(akta kontroli str. 1979-1984)

W Centrum, w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2023 r., we wszystkich zbadanych kartach DiLO⁵³, zgodnie z art. 32a ust. 2a ustawy o świadczeniach,

⁵⁰ Oddział funkcjonował od 1 listopada 2021 r.

⁵¹ Dalej: karta DiLO, tj. dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.), dalej: ustawa o świadczeniach.

⁵² Kontrolą objęto 20 kolejno zapisanych pacjentów w harmonogramie przyjęć (odrębnie dla każdej z komórek organizacyjnych, łącznie 60 osób).

⁵³ Szczegółowe badanie 30 kart DiLO, wystawionych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2023 r.

wyznaczono koordynatorów leczenia onkologicznego, do którego zadań należało udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zagwarantowanie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą przez zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach procesu leczenia. Koordynatorzy zostali powołani zarządzeniem Prezesa Centrum⁵⁴, w którym określono również skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. W dokumentacji medycznej pacjentów brak było informacji o sposobie realizacji zadań przez koordynatorów. W skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego wchodził lekarze specjaliści, m.in.: radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej, patomorfologii, radiodiagnostyki oraz psychologowie (w tym psychoonkologowie) i fizjoterapeuci.

(akta kontroli str. 1102-1319, 2017-2020)

4. Czas trwania poszczególnych etapów diagnostyki onkologicznej u 30 pacjentów posiadających karty DiLO, objętych szczegółową kontrolą, wynosił:

- dla diagnostyki wstępnej⁵⁵ – od siedmiu do 119 dni (od daty ujęcia pacjenta w harmonogramie przyjęć⁵⁶ do daty porady zakończonej rozpoznaniem), z tego w trzech przypadkach etap ten był realizowany w okresie przekraczającym 28 dni, tj. od 35 do 119 dni⁵⁷,
- dla diagnostyki pogłębionej – od siedmiu do 49 dni (od daty zakończenia diagnostyki wstępnej⁵⁸ lub od daty ujęcia w harmonogramie przyjęć⁵⁹), z tego w pięciu przypadkach etap ten był realizowany w okresie przekraczającym 21 dni, tj. od 22 do 49 dni⁶⁰.

Prezes Centrum wyjaśnił, że w sześciu przypadkach przedłużony czas realizacji diagnostyki wstępnej oraz pogłębionej wynikał z niejednoznacznego obrazu choroby i konieczności przeprowadzenia badań dodatkowych z uwzględnieniem wskazań medycznych, w jednym przypadku – z powodu braku współpracy pacjenta. W jednym diagnostyka pogłębiona była realizowana z przekroczeniem terminu z uwagi na urlop lekarza, co zostało szerzej opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

W każdym ze skontrolowanych przypadków wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalił plan leczenia onkologicznego, a termin rozpoczęcia leczenia szpitalnego był zgodny z wymogami § 4a ust. 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Wszystkie karty DiLO objęte szczegółową kontrolą pozostawały aktywne, a pacjenci byli w toku leczenia.

(akta kontroli str.1320-1321)

5. Liczba pacjentów korzystających w Centrum ze świadczeń w ramach programów profilaktycznych w latach 2019-2023 (do końca I kwartału), ustalona na podstawie systemu SIMP⁶¹, wynosiła:

⁵⁴ Zarządzenie Prezesa Centrum z 7 września 2019 r., zmienione zarządzeniami z: 8 października 2021 r., 30 grudnia 2022 r., oraz 1 czerwca 2023 r.

⁵⁵ Etap ten był realizowany w 16 z 30 przypadków objętych kontrolą.

⁵⁶ Data ujęcia pacjenta w harmonogramie przyjęć była tożsama z datą wystawienia karty DiLO.

⁵⁷ (...) Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902, ze zm.) oraz art. 4 pkt 15 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, ze zm.), NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie danych dotyczących zdrowia. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej.

⁵⁸ W 16 przypadkach.

⁵⁹ W 14 przypadkach, przy czym data ujęcia pacjenta w harmonogramie przyjęć była tożsama z datą wystawienia karty DiLO.

⁶⁰ (...) jak w przypisie nr 57.

⁶¹ System Informatycznego Monitorowania Profilaktyki.

- w ramach programu profilaktycznego raka szyjki macicy: 94 w 2019 r., 0 w 2020 r., 179 w 2021 r., 289 w 2022 r. oraz 33 w I kwartale 2023 r. Wartość wykonanych świadczeń wyniosła odpowiednio: 1,8 tys. zł, 0 zł, 4,5 tys. zł, 9,4 tys. zł, 1,2 tys. zł,
- w ramach programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy: 1057 w 2019 r., 575 w 2020 r., 1005 w 2021 r., 908 w 2022 r. oraz 273 w I kwartale 2023 r. Wartość tych świadczeń wyniosła odpowiednio: 88,1 tys. zł, 48,9 tys. zł, 85,5 tys. zł, 93,4 tys. zł, 32,4 tys. zł,
- w ramach programu profilaktyki raka piersi – etap diagnostyki pogłębionej: 388 w 2019 r., 266 w 2020 r., 362 w 2021 r., 526 w 2022 r. oraz 141 w I kwartale 2023 r. Wartość tych świadczeń wyniosła odpowiednio: 22,5 tys. zł, 14 tys. zł, 21,9 tys. zł, 36,9 tys. zł, 10,7 tys. zł,
- w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (program badań przesiewowych raka jelita grubego) : 144 w 2019 r., 141 w 2020 r., 200 w 2021 r. Wartość tych świadczeń wyniosła odpowiednio: 76,3 tys. zł, 84 tys. zł, 124 tys. zł,
- w ramach programu badań przesiewowych raka jelita grubego wykonano 29 badań w I kwartale 2023 r. o wartości 30,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 1322-1329)

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Centrum w latach 2019-2023 (do końca I kwartału) liczba i wartość wykonanych badań:

- cytologii: 1 671 w 2019 r., 1989 w 2020 r., 2 189 w 2021 r., 2 356 w 2022 r. i 610 w I kwartale 2023 r. Wartość udzielonych świadczeń wyniosła odpowiednio: 16,3 tys. zł, 16,9 tys. zł, 21,9 tys. zł, 23,6 tys. zł i 6,1 tys. zł,
- mammografii: 1 082 w 2019 r., 1 016 w 2020 r., 1 304 w 2021 r., 1 427 w 2022 r., i 44 w I kwartale 2023 r. Wartość udzielonych świadczeń wyniosła odpowiednio: 72,7 tys. zł, 63,4 tys. zł, 84,9 tys. zł, 88,8 tys. zł, i 28,2 tys. zł,
- kolonoskopii: 323 w 2019 r., 287 w 2020r., 360 w 2021 r., 266 w 2022 r. i 96 w I kwartale 2023 r. Wartość udzielonych świadczeń wyniosła odpowiednio: 201,3 tys. zł, 195,2 tys. zł, 197,9 tys. zł, 281 tys. zł i 101,2 tys. zł.

Prezes Centrum wyjaśnił, że nie identyfikuje przeszkód w obejmowaniu populacyjnymi badaniami przesiewowymi po stronie świadczeniodawców, natomiast powszechna dostępność do badań bez ich ograniczania do wskazanych świadczeniodawców oraz podniesienie świadomości społeczeństwa w zakresie wczesnego wykrywania zachorowań, jak i zgłaszalność na badania, z pewnością wpłynęłyby na podwyższenie efektów profilaktyki w tym zakresie.

(akta kontroli str. 1981, 2182)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W przypadku jednego pacjenta⁶² (spośród 30 objętych kontrolą), korzystającego z diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty DiLO⁶³, nie zrealizowano etapu diagnostyki pogłębionej w terminie 21 dni, co było niezgodne z § 6a ust. 4 rozporządzenia w sprawie udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Etap diagnostyki pogłębionej trwał w tym przypadku 23 dni.

⁶² (...) jak w przypisie nr 57.

⁶³ Na warunkach określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Prezes Centrum wyjaśnił, że przedłużony czas diagnostyki pogłębionej wynikał z nieobecności lekarza prowadzącego, spowodowanej urlopem.

Z uwagi na incydentalny charakter przekroczenia wymaganego czasu realizacji diagnostyki pogłębionej, NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 1320-1321, 2141-2144)

2. Analiza harmonogramu przyjęć do Poradni onkologicznej z I kwartału 2023 r. wykazała, że w odniesieniu do pięciu pacjentów⁶⁴ spośród 20 objętych kontrolą, zapisanych w harmonogramie przyjęć nie odnotowano informacji o rezerwacji terminu. Prezes Centrum wyjaśnił, że pacjenci zostali zapisani i przyjęci w poradni onkologicznej w terminie uzgodnionym z pacjentem. *Prawdopodobnie informacja dodatkowa o rezerwacji terminu nie została zaznaczona na formularzu elektronicznym przez osobę dokonującą wpisu lub też system nie zapisał tej informacji.*

(akta kontroli str. 1085-1101, 2178-2180)

Zgodnie z art. 19a ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W myśl art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. i tej ustawy Centrum powinno wpisać dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia, w tym informację o rezerwacji terminu - w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę. Informacja o rezerwacji terminu powinna być zatem uwzględniona w harmonogramie przyjęć.

OCENA CZĄSTKOWA

W Centrum zapewniono dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego, jak również zapewniono koordynację udzielania świadczeń. Świadczenia diagnostyki onkologicznej realizowane były co do zasady w wymaganych terminach, a ewentualne opóźnienia w zakresie diagnostyki wynikały z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy. Czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia szpitalnego był zgodny z przepisami. Wystąpiły jednak przypadki nierzetelnego prowadzenia harmonogramu przyjęć do jednej ze skontrolowanych komórek organizacyjnych, nie miały one wpływu na terminowość udzielania świadczeń.

OBSZAR

3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych

Opis stanu faktycznego

1. Centrum w latach 2019 – 2023 (do dnia rozpoczęcia kontroli) realizował, w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej” oraz „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych”, dwa zadania w ramach umów zawartych ze Skarbem Państwa – Ministerstwem Zdrowia. Pierwsze zadanie wynikało z umowy nr 1/18/47/2022/2021NW/1787/196 na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej

⁶⁴ Pacjenci ujęci w księdze pod numerami: (...), (...), (...), (...), (...), jak w przypisie nr 57.

w zakresie zadania pn.: Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej⁶⁵. Łączna wartość środków publicznych jakie mogło otrzymać Centrum, w związku z zawartą umową, wynosiła 900 000 zł. Drugie zadanie wynikało z umowy nr 1/4/127/2019/1787/456 na realizację zadania pn. „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” w systemie oportunistycznym w ramach „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”⁶⁶. Łączna wartość środków publicznych jakie mogło otrzymać Centrum, w związku z zawartą umową (po zmianach wynikających z zawartych aneksów do umowy), wynosiła łącznie 413 380 zł.

(akta kontroli str. 1481-1508, 1818-1882)

Złożona przez Centrum oferta w konkursie dotyczącym „Zakupu sprzętu do rehabilitacji onkologicznej” w 2021 r. została podpisana przez Prezesa Centrum i przesłana 6 sierpnia 2021 r. do Ministerstwa Zdrowia. Centrum spełniało warunki progowe konkursu, z uwagi na realizację przez podmiot świadczeń w zakresie rehabilitacji onkologicznej, onkologii klinicznej oraz chirurgii onkologicznej w ramach umów zawartych z NFZ. Złożone w części III oferty oświadczenia były zgodne z prawdą. Zawarte w części V „INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI” informacje w zakresie: posiadanej infrastruktury, udzielanych świadczeń oraz posiadanych komórek organizacyjnych i kadry były zgodne ze stanem faktycznym na moment złożenia oferty. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu przez Ministerstwo Zdrowia umowa na zakup sprzętu została zawarta 25 marca 2022 r.

(akta kontroli str. 1330-1480, 1999-2002)

Złożona przez Centrum oferta na realizację zadania Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych pn.: „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” została podpisana przez Prezesa Centrum i przekazana do Ministerstwa Zdrowia 12 lutego 2019 r. Z informacji zawartych na stronie Ministerstwa Zdrowia, wynika że pierwotna oferta Centrum nie zawierała załącznika nr 7 (pozytywna opinia wojewódzkiego lub krajowego konsultanta w dziedzinie gastroenterologii) oraz aktualnego wydruku z KRS. Dokumenty uzupełniające do złożonej oferty, zgodnie ze złożonym przez Prezesa Centrum wyjaśnieniem, zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia 15 marca 2019 r. Centrum złożyło zgodne ze stanem faktycznym oświadczenia dotyczące spełnienia warunków progowych, polegających na możliwości wykonania wymaganej liczby badań kolonoskopowych w ramach Programu rocznie oraz niezłożenia oferty w konkursie w wariantcie mieszanym (zapraszano-oportunistycznym). Również złożone w części II oferty oświadczenia były zgodne ze stanem faktycznym. Zawarte w części V „INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI” informacje w zakresie: zatrudnionych pracowników oraz współpracy z lekarzem histopatologiem, jak również posiadanym sprzętem i możliwościami lokalowymi były zgodne ze stanem faktycznym na moment złożenia oferty. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu przez Ministerstwo Zdrowia umowa na realizację „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego” została zawarta 23 sierpnia 2019 r.

(akta kontroli str. 1712-1817, 1999-2002, 2007-2014, 2064-2066)

2. Zakupu sprzętu do rehabilitacji onkologicznej (egzoszkieletu i trzech sztuk multisensorycznych systemów terapeutycznych do kończyn), dokonano w trybie podstawowym bez możliwości negocjacji, na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych*⁶⁷. Zastosowany tryb był właściwy dla szacunkowej wartości zamówienia, która została określona na 773.611,11 zł bez VAT. Szerzej kwestie dotyczące szacowania wartości zamówienia zostały opisane w sekcji

⁶⁵ Dalej zwanej umową na zakup sprzętu.

⁶⁶ Dalej zwanej umową na realizację „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego”.

⁶⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1605, ze zm., dalej: pzp.

„Stwierdzone nieprawidłowości”. W wyniku przeprowadzonego postępowania zawarto umowę z wybranym wykonawcą 20 maja 2022 r. za wynagrodzeniem 761.338,50 zł. Powyższa umowa została zmieniona aneksem nr 1 z 10 czerwca 2022 r., którym wydłużono czas realizacji zamówienia z 10 czerwca 2022 r. na 25 czerwca 2022 r. Powyższy aneks zawarto powołując się na art. 15r ust. 4 pkt 1 oraz ust. 4a ustawy z 2 marca 2020 r. o *szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych*⁶⁸.

(akta kontroli str. 1509-1542, 2003-2006, 2187)

Egzoszkielec został dostarczony przez wykonawcę 10 czerwca 2022 r., natomiast multisensoryczne systemy terapeutyczne do kończyn dostarczono 21 czerwca 2022 r.

(akta kontroli str. 1543-1550)

Przed zakupem powyższych sprzętów do rehabilitacji na stanie wyposażenia Centrum nie było sprzętów o podobnym zastosowaniu i funkcjonalności.

(akta kontroli str. 1551-1555, 1986-1988)

Zgodnie z treścią umowy zawartej z wykonawcą zamówienie obejmowało: dostawę sprzętu do siedziby Zamawiającego, instalację oraz uruchomienie sprzętu, przeprowadzenie szkolenia dla wyznaczonych pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania i eksploatacji dostarczonego sprzętu, serwis gwarancyjny dostarczonego sprzętu. W formularzu cenowym stanowiącym załącznik do umowy wskazano, że powyższe czynności zostaną wykonane nieodpłatnie. Również na wystawionej przez wykonawcę fakturze powyższych pozycji nie wykazano.

(akta kontroli str. 1509-1550)

Centrum złożyło 28 czerwca 2022 r. elektronicznie Ministrowi Zdrowia rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków wraz z kserokopią faktury wystawionej przez wykonawcę i protokołem zdawczo - odbiorczym oraz oświadczenie, że dofinansowanie ze środków Ministra Zdrowia nie obejmuje kosztów dostawy, zainstalowania sprzętu, serwisowania sprzętu i przeszkolenia personelu w zakresie obsługi sprzętu, co było zgodne z § 2 ust. 10 umowy na zakup sprzętu. Ministerstwo Zdrowia przekazało Centrum kwotę 761 338,50 zł 15 lipca 2022 r., natomiast Centrum dokonało zapłaty na rzecz wykonawcy 22 lipca 2022 r. to jest w terminie zgodnym z § 2 ust. 3 umowy na zakup sprzętu.

(akta kontroli str. 1556-1565)

Sprawozdanie merytoryczne z realizacji umowy na zakup sprzętu oraz sprawozdanie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy zostały złożone w terminach wynikających z zawartej umowy. Niemniej sprawozdanie merytoryczne było, w wyniku uwag Ministerstwa Zdrowia, dwukrotnie korygowane i ponownie przesłane 30 września 2022 r. i 3 października 2022 r. Wykazane w sprawozdaniach dane były zgodne ze stanem faktycznym.

(akta kontroli str. 1566-1591, 1989-1991)

Zakupiony sprzęt do rehabilitacji został uruchomiony i rozpoczęto udzielanie na nim świadczeń zdrowotnych w terminie: egzoszkielec od 20 września 2022 r. oraz multisensoryczne systemy terapeutyczne do kończyn od 1 lipca 2022 r. o czym poinformowano Ministerstwo Zdrowia 30 września 2022 r., stosownie do postanowień § 5 ust. 4 i 5 umowy na zakup sprzętu. Sprawozdanie z realizacji umowy zostało przekazane 25 stycznia 2023 r., tzn. zgodnie z § 5 ust. 3 umowy na zakup sprzętu.

⁶⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1327, ze zm., dalej: ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z COVID-19.

Centrum nie prowadziło dla powyższego zadania odrębnej ewidencji księgowej, co było niezgodne z zapisem § 2 ust. 21 umowy na zakup sprzętu. Szerzej kwestie te zostały opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1592-1603, 1618-1711)

Działania informacyjne prowadzono zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z 7 maja 2021 r. w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych⁶⁹, tzn. w siedzibie jednostki umieszczona została tablica informacyjna, która zawierała informacje jakie były wymagane rozporządzeniem i posiadała wymagany rozporządzeniem wymiar. Informację o zrealizowanym zadaniu umieszczono na stronie internetowej Centrum stosownie do § 2 pkt 3 powyższego rozporządzenia.

(akta kontroli str. 1604-1617)

Umowa na realizację „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego” zakładała, że Minister Zdrowia przekaze Centrum na jej realizację kwotę 540 600 zł. Centrum w ramach umowy miało wykonać, w poszczególnych latach, następującą liczbę badań: w 2019 r. 300, w 2020 r. 360 oraz w 2021 r. 360. Liczba badań z sedacją nie miała przekroczyć 50% przyznanej liczby badań. Po zmianach dokonanych na podstawie zawartych do umowy aneksów⁷⁰, kwota jaką Minister Zdrowia miał przekazać Centrum na realizację umowy została określona na 413 380 zł. Natomiast liczba przewidzianych do wykonania badań kolonoskopowych wynosiła odpowiednio: w 2019 r. 149, w 2020 r. 210 oraz w 2021 r. 360 (w tym w roku 2021 dostęp do badania w sedacji został zapewniony dla 100 % przyznanej liczby badań).

(akta kontroli str. 1818-1882)

Centrum w całym okresie realizacji umowy przedkładało elektronicznie Ministrowi Zdrowia terminowo wymagane postanowieniami umowy na realizację „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego” faktury, rozliczenia i sprawozdania. Centrum zwróciło otrzymane, a niewykorzystane środki w terminach przewidzianych § 2 ust. 17 umowy. W związku z realizacją umowy na realizację „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego” w Centrum wykonano w 2019 r. 144 badania kolonoskopowe (w tym 87 w znieczuleniu), na 149 badań zleconych (zgodnie z umową), za co otrzymano wynagrodzenie w łącznej kwocie 76 320 zł. W 2020 r. w Centrum wykonano 159 badań kolonoskopowych (w tym 100 w znieczuleniu), na 210 badań zleconych (zgodnie z umową), za co otrzymano wynagrodzenie w łącznej kwocie 84 000 zł. W 2021 r. w Centrum wykonano 200 badań kolonoskopowych (wszystkie były wykonane w znieczuleniu), na 360 badań zleconych (zgodnie z umową), za co otrzymano wynagrodzenie w łącznej kwocie 124 000 zł.

(akta kontroli str. 1883-1953)

Z prowadzonej w programie Excel ewidencji kosztów związanych z realizacją „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego” wynika, że wynosiły one odpowiednio: w 2019 r. 80 315,29 zł, w 2020 r. 93 659,91 zł oraz w 2021 r. 113 528,85 zł.

(akta kontroli str. 2075-2088)

Centrum nie prowadziło dla powyższego zadania odrębnej ewidencji księgowej stosownie do § 2 ust. 16 umowy na realizację „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego”. Szerzej kwestie te zostały opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

⁶⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 953, ze zm.

⁷⁰ Aneks nr 1 zawarty 6 listopada 2019 r., aneks Nr 2 zawarty 5 października 2020 r., aneks Nr 3 zawarty 21 maja 2021 r.

(akta kontroli str. 1618-1711, 2064-2066)

W Centrum, w biurze do obsługi „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego”, wykonywano zadania określone w załączniku 1a „Szczegółowy opis sposobu realizacji zadania” do umowy. Dane dotyczące badań były prowadzone w SI-PBP-OP Systemie Informatycznym Programu Badań Przesiewowych (oportunistycznego). Dane w zakresie liczby badań, wykazane w sprawozdawczości przekazanej do Ministerstwa Zdrowia oraz Systemie Informatycznym Programu Badań Przesiewowych (oportunistycznego), były ze sobą zgodne. Wszystkie rekordy zawarte w Systemie były kontrolowane przez kontrolerów wyznaczonych przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie. Z analizy danych w bazie wynika, że żaden z rekordów nie posiadał statusu „Wymaga korekty”.

(akta kontroli str. 1954-1962)

Przed wejściem do Pracowni endoskopowej, w której były realizowane badania wynikające z zawartej umowy na realizację „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego”, w widocznym miejscu, była umieszczona tablica informująca o źródle dofinansowania zadania wykonana zgodnie ze wzorem udostępnionym przez Ministra Zdrowia, stosownie do postanowień zawartej umowy.

(akta kontroli str. 1604-1617)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W postępowaniu dotyczącym zakupu sprzętu do rehabilitacji onkologicznej⁷¹ dokonano szacowania wartości zamówienia z naruszeniem art. 28 pzp, który stanowi, że podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie wykonawcy bez podatku od towarów i usług, ustalone z należytą starannością. Stwierdzono, że:
 - w przypadku dwóch multisensorycznych systemów terapeutycznych do ustalenia wartości szacunkowej zamówienia przyjęto wykazaną w ofercie wartość brutto⁷² przed rabatem zamiast wartości netto⁷³ (tzn. bez podatku VAT), tj. wyższą o 17 633,33 zł;
 - w notatce z szacowania wartości zamówienia znajdował się błąd rachunkowy, tj. podano niewłaściwą szacunkową wartość zamówienia (niższą o 200 zł od sumy wartości zamówienia dla poszczególnych części).

Koordinator Oddziału Rehabilitacyjnego Centrum, odpowiedzialna za dokonanie szacowania wartości zamówienia, wyjaśniła, że sposób szacowania zamówienia w żaden sposób nie spowodował zaniżenia wartości zamówienia. Zaniżenie, w wyniku omyłki pisarskiej, wartości zamówienia o 200 zł, nie miało również wpływu na wybór trybu postępowania.

Przy szacowaniu - 4 kwietnia 2022 r. - wartości zamówienia dotyczącego zakupu sprzętu do rehabilitacji onkologicznej, posłużono się danymi wynikającymi z otrzymanych od kontrahentów informacji⁷⁴. W przypadku egzoszkieletu dokonano szacowania na podstawie oferty z 2 marca 2022 r., natomiast dla części odnoszącej się do zakupu multisensorycznych systemów terapeutycznych (trzy sztuki) wykorzystano ofertę z 5 sierpnia 2021 r.

⁷¹ Nr ogłoszenia 2022/BZP 00119020 z 12 kwietnia 2022 r.

⁷² 82 799,99 zł.

⁷³ 65 166,66 zł.

⁷⁴ Tj. ofert uzyskanych przed wszczęciem postępowania.

Obowiązkiem zasadniczym zamawiającego, wynikającym z art. 28 pzp jest zachowanie należytej staranności, która przejawia się przede wszystkim w uwzględnieniu w wartości szacunkowej wszystkich warunków, jakie towarzyszą aktualnie, w momencie szacowania, danemu rynkowi⁷⁵. Wymogów powyższego przepisu nie spełniało uwzględnienie przy szacowaniu wartości zamówienia kwoty brutto, a także kwoty z oferty złożonej osiem miesięcy wcześniej.

(akta kontroli str. 1509-1542, 2003-2006)

2. Nie prowadzono odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umów zawartych z Ministrem Zdrowia na: zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej⁷⁶ i realizację „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego”⁷⁷, co było niezgodne odpowiednio z § 2 ust. 16 umowy na realizację ww. programu oraz § 2 ust. 21 umowy na zakup sprzętu.

W obu umowach wskazano, że „realizator zobowiązany jest do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej do zadań realizowanych w ramach umowy.” Ewidencję operacji księgowych dla obu umów utworzone zostały w arkuszu kalkulacyjnym w trakcie kontroli NIK (odpowiednio 9 i 22 sierpnia 2023 r.). Źródłem sporządzonych zestawień była ewidencja księgowa prowadzona w systemie I., służącym do prowadzenia ksiąg rachunkowych Centrum. Nie wyodrębniono jednakże dla obu umów kont, które pozwoliłyby wyodrębnić zapisy kont księgi głównej dla wszystkich operacji związanych z tymi zadaniami.

Prezes Centrum wyjaśnił, że nie było możliwości wygenerowania zestawienia obrotów i sald dla poszczególnych lat dla operacji gospodarczych związanych z ww. umowami w systemie I. Prezes wskazał, że spełnienie wymogów odrębnej ewidencji księgowej zgodnie z treścią powyższych umów następowało poprzez prowadzenie tejże ewidencji w programie Excel. Prezes wyjaśnił również, że przekazane w toku kontroli zestawienia obrotów i sald sporządzone w arkuszu kalkulacyjnym spełniały wymogi prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej, o której mowa w § 2 ust. 16 umowy na realizację ww. programu oraz § 2 ust. 21 umowy na zakup sprzętu.

Wygenerowane w toku kontroli NIK zestawienia operacji księgowych w formie arkuszy kalkulacyjnych nie spełniały umownego wymogu prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej. W polityce rachunkowości Centrum nie określono zasad prowadzenia wymaganej umowami odrębnej ewidencji księgowej.

(akta kontroli str. 1618-1711, 2066-2088)

OCENA CZĄSTKOWA

Złożone przez Centrum oferty w konkursach na realizację zadań w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, były sporządzane rzetelnie i zawierały informacje zgodne ze stanem faktycznym, a Centrum spełniało warunki progowe i formalne udziału w konkursach. Centrum realizowało powierzone zadania zgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia, z wyjątkiem wymogu prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla poszczególnych zadań. Ponadto w przypadku umowy na zakup sprzętu stwierdzono, że nie dokonano rzetelnego oszacowania wartości zamówienia.

⁷⁵ Por. M. Sieradzka (red.), Prawo zamówień publicznych. Komentarz, Warszawa 2022

⁷⁶ Umowa nr 1/18/47/2022/2021NW/1787/196

⁷⁷ Umowa nr 1/4/127/2019/1787/456

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Wnioski

1. Wprowadzenie właściwych mechanizmów weryfikacji godzin pracy pracowników zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych celem zapewnienia, że świadczenia udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne są realizowane zgodnie z harmonogramem wynikającym z umów zawartych z NFZ.
2. Zapewnienie równoważnika co najmniej dwóch etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej w Oddziale chirurgicznym z pododdziałem urologicznym i pododdziałem chirurgii onkologicznej, w związku z realizacją świadczeń chirurgia onkologiczna - hospitalizacja.
3. Przeprowadzanie audytów klinicznych wewnętrznych przez co najmniej dwie osoby o różnych specjalnościach, posiadające kwalifikacje odpowiednie do zakresu udzielanych przez Centrum świadczeń zdrowotnych oraz niezwłoczne przekazywanie kopii raportów z tych audytów właściwej komisji procedur i audytów.
4. Zwiększenie nadzoru nad prawidłowością prowadzenia harmonogramów przyjęć i list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Prowadzenie odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umów zawartych z Ministrem Zdrowia.
6. Wzmocnienie nadzoru nad procesem ustalania wartości zamówienia w ramach prowadzonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Poznań, 16 października 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy
Piotr Iwański
Główny specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Roman Jarecki
Starszy inspektor kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

p.o. Dyrektor
Karolina Wirszyć-Sitkowska

/podpisano elektronicznie/