



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR – 4101-16-03/2013

P/13/130

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/130 - Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2009 – 2013 I półrocze (dalej: Program)
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Andrzej Konury, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87023 z dnia 22 sierpnia 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, ul. Kamieńskiego 73 a, 51-124 Wrocław (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz, Dyrektor WSS od dnia 21 sierpnia 1990 r. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu w zakresie realizacji zadań Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w latach 2009 – 2013.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą pozytywnej oceny ogólnej były oceny cząstkowe dotyczące kontrolowanych obszarów oraz charakter stwierdzonych w badanym obszarze ustaleń, w szczególności: **[1]** prawidłowego pod względem merytorycznym i formalnym składania ofert na realizację świadczeń „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi” (dalej: program profilaktyki raka piersi) oraz „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” (dalej: program profilaktyki raka szyjki macicy), **[2]** realizację umów zawieranych z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: DOW NFZ) na realizację ww. świadczeń zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, **[4]** udzielanie świadczeń w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, przez personel medyczny posiadający wymagane kwalifikacje, **[5]** wywiązywanie się z obowiązku wypełniania i przekazywania do Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów (dalej DRN) kart zgłoszeń nowotworów.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły: wykonywania badań w ramach programu profilaktyki raka piersi pomimo nieposiadania wymaganych testów specjalistycznych oraz uzyskania negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych i audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja umów zawartych z Funduszem w rodzaju profilaktycznych programów zdrowotnych w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy i piersi

Opis stanu
faktycznego

1.1 W badanym okresie Szpital składał oferty do DOW NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi. Złożone oferty zawierały wymagane przez DOW NFZ informacje, m.in.: dane identyfikacyjne oferenta, wykaz podwykonawców, wykaz miejsc udzielania świadczeń, personelu, sprzętu, ofertę ilościowo – cenową, dostępność do badań (godzinowy terminarz udzielania świadczenia), ankiety oraz oświadczenia oferenta.

Na lata 2009-2013 Szpital zaoferował udzielanie świadczeń w zakresie:

- a) programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy,
- b) programu profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki,
- c) programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy, realizowany przez Szpital na podstawie umów zawartych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania - zakres skojarzony.

Złożone przez Szpital oferty spełniały warunki określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r.² i 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych³ i zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 81/2008/DSOZ z dnia 14 października 2008 r.⁴, Nr 57/2009/DSOZ z dnia 29 października 2009 r.⁵ i Nr 98/2012/DSOZ z dnia 21 grudnia 2012 r.⁶ w tej sprawie.

Analiza danych zawartych w formularzach ofertowych potwierdziła ich zgodność ze stanem faktycznym, tak w zakresie kwalifikacji zatrudnionego personelu medycznego, jak i posiadanego sprzętu.

(dowód: akta kontroli, str. 4 -140)

1.2 Świadczenia wykonywane przez Szpital w ramach umów zawartych z DOW NFZ na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy i piersi były zgodne z planami rzeczowo -finansowymi stanowiącymi załączniki do umów⁷. Personel wykonujący świadczenia w zakresie ww. programów profilaktyki wymieniony był w wykazach stanowiących załączniki do umów. W ramach programu profilaktyki raka piersi badania mammograficzne przeprowadzali lekarze specjaliści radiologii i diagnostyki obrazowej posiadający doświadczenie w ocenianiu mammografii skryningowej i diagnostycznej oraz lekarze specjaliści posiadający specjalizację obejmującą umiejętność wykonywania badania USG. Szpital dysponował mammografem z ucyfrowionym zapisem obrazu, aparaturą do wykonywania badań USG, zestawami do biopsji, jak i urządzonym i wyposażonym stanowiskiem obrazowo – opisowym dla lekarzy. Natomiast badania w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy realizowane były przez lekarzy specjalistów w zakresie położnictwa i ginekologii. Z

² Dz. U. Nr 140, poz. 1148 ze zm. – obowiązywało od 31 sierpnia 2009 r. do 30 czerwca 2012 r.

³ Dz. U. z 2012 r., poz. 1422 – obowiązuje od 1 lipca 2012 r.

⁴ Uchylone z dniem 31 grudnia 2009 r.

⁵ Uchylone z dniem 31 grudnia 2012 r.

⁶ Obowiązuje od 1 stycznia 2013 r.

⁷ Jedynie w 2009 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi etap podstawowy i diagnostyczny Szpital wykonał świadczenia na poziomie 32,8% oraz 85,2 %.

uwagi na fakt nie posiadania zakładu histopatologicznego, jak i personelu do wykonywania badań histopatologicznych odczyt badań cytologicznych zlecony został przez Szpital na podstawie umowy odrębnemu podmiotowi, tj. Zakładowi Patomorfologii „Hist – Med”. Oferowane przez Szpital świadczenia realizowane były w obiektach mieszczących się w jednym kompleksie.

(dowód: akta kontroli str. 243,256)

W badanym okresie zawarto łącznie 28 aneksów do umów na realizację świadczeń w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy i piersi. Głównymi przyczynami aneksowania umów były zmiany wartości kontraktów i harmonogramów.

(dowód: akta kontroli str. 141, 194, 231, 269)

1.3 Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy Szpital realizował w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, natomiast etap pogłębionej diagnostyki w Poradni Onkologicznej w poniedziałki od godziny 8⁰⁰ do 17⁰⁰, wtorki - od 8⁰⁰ do 16⁰⁰ oraz od środy do piątku od 8⁰⁰ do 18⁰⁰. Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy realizowany był w Poradni Ginekologiczno – Położniczej od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 19⁰⁰. Przywołane powyżej świadczenia realizowane były zgodnie z harmonogramami określonymi w umowach.

(dowód: akta kontroli str. 240 – 241, 253)

1.4 W badanym okresie Szpital zakontraktował świadczenia na realizację programów profilaktyki raka szyjki macicy i rak piersi łącznie na kwotę 558.276,80 zł z czego wykonał świadczenia w wysokości 397.914,40 zł, tj. 71,22%. Z kwoty tej 145.424,40 zł, tj. 36,5% wydatkowane zostało na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy etap podstawowy, natomiast pozostałe 252.490,0 zł, tj. 63,5% na program profilaktyki raka piersi – etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki.

W latach 2009 – 2013 wartość zakontraktowanych, wykonanych i zapłaconych świadczeń kształtowała się na następującym poziomie:

Program profilaktyki raka szyjki macicy etap podstawowy.

Rok	Rak szyjki macicy etap podstawowy			
	Zakontraktowano	Wykonano	Zapłacono	% 3:2
1.	2.	3.	4.	5.
2009	34.168,8	33.782,4	33.782,4	98,9
2010	31.050,0	30.056,4	30.056,4	96,8
2011	30.056,4	30.056,4	30.056,4	100
2012	34.003,2	34.003,2	34.003,2	100
30.06.2013	33.368,4	17.526,0	17.526,0	52,5
Razem	162.646,8	145.424,4	145.424,4	89,4

Jak wynika z powyższego w latach 2009 – 2012 Szpital zrealizował odpowiednio od 96,8 % do 100% zakontraktowanych świadczeń. Natomiast w I połowie 2013 r. wykonanie kształtowało się na poziomie 52,5%. DOW NFZ dokonał płatności za wszystkie świadczenia zrealizowane w przywołanym okresie.

(dowód: akta kontroli str. 366 - 367)

Program profilaktyki raka piersi etap podstawowy i pogłębionej diagnostyki

Rok	Rak piersi							
	Etap podstawowy				Etap pogłębiony			
	Zakontraktowa no	Wykonano	Zapłacono	% wykonania	Zakontrakto- wano	Wykonano	Zapłacono	% wykonania
2009	210.000,0	68.940,0	68.940,0	32,8	6.810,0	5.800,0	5.800,0	85,2
2010	80.900,0	79.830,0	79.830,0	98,7	5.040,0	5.040,0	5.040,0	100
2011	86.130,0	86.130,0	86.130,0	100,0	6.750,0	6.750,0	6.750,0	100
Razem	377.030,0	234.900,0	234.900,0	62,3	18.600,0	17.590,0	17.590,0	94,6

(dowód: akta kontroli str. 366 - 367)

W powyższych okresach w ramach programu profilaktyki raka piersi etap podstawowy wykonano świadczenia na poziomie 32,8 % w 2009 r., 98,7% w 2010 r. oraz 100% w 2011 r. zakontraktowanych świadczeń. DOW NFZ zapłacił za wszystkie wykonane i opisane badania.

(dowód: akta kontroli str. 340 – 346)

W sprawie niezrealizowania planu zakontraktowanych świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w 2009 r., Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, iż główną przyczyną tego stanu było nie zgłaszanie się pacjentek na badania.

(dowód: akta kontroli str. 352 - 354)

1.5 W latach 2009 – 2011 badania mammograficzne przeprowadzone zostały u 2610 kobiet, w tym: w 2009 r. przebadano 766 kobiet, w 2010 r. – 887 kobiet, w 2011 r. – 957 kobiet. Nieprawidłowy wynik badania stwierdzono u 119 kobiet, które następnie skierowane zostały do kolejnego etapu programu profilaktyki raka piersi, tj. pogłębionej diagnostyki. W przywołanym powyżej okresie raka piersi stwierdzono u 18 kobiet.

W latach 2009 – 2013 (I półrocze) wykonano badanie cytologiczne u 5172 kobiet, w tym: w 2009 r. - 1224 kobiety, w 2010 r. – 1089 kobiet, w 2011 r. – 1089 kobiet, w 2012 r. – 1232 kobiet, w I półroczu 2013 r. – 538 kobiety. Nieprawidłowy wynik badania cytologicznego stwierdzono u 73 kobiet, wystawiając im skierowania do zakładów opieki zdrowotnej prowadzących pogłębioną diagnostykę.

(dowód: akta kontroli str. 339)

1.6 Szpital wywiązywał się z obowiązku wypełniania i przekazywania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a do Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów. W badanym okresie przekazano łącznie 18 kart, w tym: w 2009 r. – 2 karty, w 2010 r. – 10 kart, w 2011 r. – 6 kart.

(dowód: akta kontroli str. 368)

1.7 W okresie poddanym kontroli świadczenia w rodzaju programu profilaktyki raka szyjki macicy etap podstawowy realizowane były przez 2 lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii zatrudnionych na 0,7 etatów. Natomiast badania w ramach programu profilaktyki raka piersi na etapie podstawowym wykonywane były przez 2 lekarzy specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej (2 etaty) oraz 2 techników elektroradiologii (2 etaty). Etap pogłębionej diagnostyki raka piersi wykonywany był przez:

- ✓ personel dla mammografii uzupełniającej – 2 lekarzy (2 etaty) i 2 techników elektroradiologii (na pełen etat),
- ✓ personel do badania USG piersi – 2 lekarzy (2 etaty),
- ✓ personel do biopsji cienkoigłowej - 2 lekarzy (2 etaty),
- ✓ personel do biopsji gruboigłowej – 2 lekarzy (2 etaty).

Wszyscy specjaliści wykonujący świadczenia wykazani zostali w załącznikach do umów zawartych z DOW NFZ na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy i piersi.

(dowód: akta kontroli str. 361 – 363)

1.8 Szpital nie wprowadził od 1 stycznia 2013 r. możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, stosownie do postanowień art. 23 a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸, gdyż nie wprowadzono przepisów wykonawczych po postanowieniach przywołanej ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 368)

1.9 W badanym okresie Szpital nie prowadził kalkulacji kosztów związanych ze składanymi ofertami na realizację świadczeń w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy i piersi, gdyż DOW NFZ nie wymagał takich kalkulacji.

(dowód: akta kontroli str. 368)

Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozliczeń i Marketingu wyjaśniła, że ceny podawane w ofertach składanych do DOW NFZ w ramach postępowań konkursowych były ceną oczekiwaną przez płatnika, ogłaszana przed sporządzeniem ofert.

(dowód: akta kontroli str. 354 – 355)

Przeprowadzona w trakcie kontroli kalkulacja kosztów wykonania badań mammograficznych wykazała, iż koszt wykonania 1 pkt świadczeń przez Zakład Diagnostyki Obrazowej w badanym okresie wyniósł odpowiednio: w 2009 r. – 5,19 zł, w 2010 r. – 6,55 zł oraz w 2011 r. – 5,50 zł. Przyjmując, iż jedno badanie mammograficzne wycenione było przez DOW NFZ na 9 punktów (jednostek rozliczeniowych) koszt badania w kolejnych latach wyniósł: 46,71 zł, 58,95 zł i 49,5 zł.

(dowód: akta kontroli str. 356 – 357)

Ustalone
nieprawidłowości

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

W okresie od 6 lutego 2010 r. do 9 czerwca 2010 r. Szpital wykonywał badania na aparacie mammograficznym RTG PERFORMA STEREO MGF 110⁹ w ramach programu profilaktyki raka piersi bez testów specjalistycznych wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej¹⁰. Ponadto zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹¹ od dnia 1 lipca 2011 r. wprowadzony został dla świadczeniodawców, chcących realizować program profilaktyki raka piersi, m.in. obowiązek posiadania pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych, wykonanego co roku przez WOK¹². W dniu 15 lipca 2011 r. w Szpitalu została przeprowadzona przez specjalistów z Łodzi kontrola jakości badań mammograficznych, której wynik był negatywny. Pismem z dnia 23 sierpnia 2011 r. WOK przekazał wynik kontroli jakości badań mammograficznych do Szpitala, wskazując na nieprawidłowości dotyczące jakości obrazu oraz

⁸ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁹ o nr seryjnym 12301 wyprodukowany w 2006 r.

¹⁰ Dz. U. z 2005 r. Nr 194, poz. 1625

¹¹ Dz. U. z 2011 r. Nr 52 poz. 271 ze zm., załącznik nr 1.

¹² Kontrola jakości badań mammograficznych wykonywana była przez WOK na podstawie umów zawartych z Ministrem Zdrowia.

kompensacji zmian grubości fantomu i wysokiego napięcia, co mogło powodować nieujawnienie niewielkich zmian nowotworowych na wczesnym ich etapie. W wyniku podjętych działań naprawczych Szpital pismem z dnia 28 października 2011 r. przekazał kopię protokołu z usługi serwisowej wykonanej przez serwis aparatury „MAGAL” oraz kopię testów specjalistycznych. Testy specjalistyczne wykonane zostały przez Pracownię Kontroli Jakości Aparatury Rentgenodiagnostycznej Zakład Rentgenodiagnostyki i Ultrasonografii Dolnośląskiego Centrum Onkologii (data pomiaru 6 września 2011 r.). Po przekazaniu przedmiotowych testów do WOK, pismem z dnia 7 listopada 2011 r. podtrzymano negatywny wynik kontroli jakości wskazując, iż brak testów specjalistycznych nie był jedynym czynnikiem kwalifikującym wynik kontroli jako negatywny. Następnie Szpital pismem z dnia 5 stycznia 2012 r. przekazał do WOK badanie parametrów fizycznych rentgenowskiego zestawu diagnostycznego wykonane w dniu 29 grudnia 2011 r., informując jednocześnie o usunięciu wszystkich niezgodności wykazanych podczas kontroli z dnia 15 lipca 2011 r. W dniu 24 listopada 2011 r. Szpital uzyskał również negatywny wyniki audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, który zmieniony został na pozytywny w dniu 23 grudnia 2011 r.

Jak wynika z powyższego w okresach od 6 lutego do 9 czerwca 2010 r. oraz od 15 lipca do 30 grudnia 2011 r. Szpital wykonał 915 badań na kwotę 96.120,0 zł, w ramach programu profilaktyki raka piersi bez wymaganych przywołanym powyżej rozporządzeniem Ministra Zdrowia testów specjalistycznych oraz pomimo uzyskania negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych i audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.

(dowód: akta kontroli str. 304 – 337 – decyzje, wyniki pomiarów jakości aparatu mammograficznego, protokół kontroli WOK, korespondencja z WOK, wyniki oceny mammografów)

Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacji, wyjaśniła, iż brak testów specjalistycznych nie oznaczało, że aparat był niesprawny.

(dowód: akta kontroli str. 351, 364-365)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki pomimo stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie wykonywania świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi na urządzeniu RTG mammograficznym nie posiadającym wymaganych testów specjalistycznych oraz pomimo uzyskania negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych i audytu klinicznego zdjęć mammograficznych¹³.

IV. 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 Kontroli¹⁴, wnosi o podjęcie działań mających na celu terminowe przeprowadzanie testów na aparacie mammograficznym RTG PERFORMA STEREO MGF 110, wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

¹³ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz.82.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 we Wrocławiu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku pokontrolnego 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.

Wrocław, dnia 15 listopada 2013 r.

Kontroler
Andrzej Konury
główny specjalista kp.

podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Dyrektor
DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu
z up.

Zdzisław Poreba
Wicedyrektor
podpis