

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

KPZ-41011/2008

Nr ewid. 147/2009/P/08/098/KPZ

Informacja o wynikach kontroli realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006-2008 (I półrocze)

W a r s z a w a p a ź d z i e r n i k 2 0 0 9 r .

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

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

**Informacja o wynikach kontroli realizacji
wybranych zadań „Narodowego programu
zwalczania chorób nowotworowych”
w latach 2006-2008 (I półrocze)**

Dyrektor Departamentu Pracy,
Spraw Socjalnych i Zdrowia

Lech Rejnus

Akceptuję:

Marek Zająkała

Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Jacek Jeziński

Prezes

Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia października 2009 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: 022-4445000
www.nik.gov.pl

Spis treści

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI.....	1
1. Wprowadzenie.....	5
2. Podsumowanie wyników kontroli.....	9
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	9
2.2. Synteza wyników kontroli.....	11
2.3. Uwagi końcowe i wnioski.....	17
3. Ważniejsze wyniki kontroli.....	20
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych.....	20
3.2. Istotne ustalenia kontroli.....	28
3.2.1. Realizacja wybranych zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych przez Ministerstwo Zdrowia.....	28
3.2.2. Realizacja zadań Narodowego programu przez Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” i „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”.....	43
W dniu 7.09.2005 r. ogłoszono konkursy na wybór realizatorów „Programu wczesnej profilaktyki raka szyjki macicy, część administracyjno-logistyczna (2005-2010)” i „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi - Kontynuacja programu profilaktyki raka piersi - część administracyjno-logistyczna 2005-2010”.....	44
3.2.3. Realizacja programu „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”.....	49
3.2.4. Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” przez Narodowy Fundusz Zdrowia.	50
3.2.4.1. Realizacja przez Centralę Funduszu zadań zleconych przez Ministra Zdrowia.....	50
3.2.4.2. Realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych raka szyjki macicy i raka piersi finansowanych ze środków własnych Funduszu.....	54

3.2.4.3. Realizacja świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne raka szyjki macicy i raka piersi.....	61
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli.....	67
4.1 Przygotowanie kontroli.	67
4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.	67
Załączniki.....	71

1. Wprowadzenie

Tematem kontroli Nr P/08/098 była realizacja wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”¹ w latach 2006-2008 (I półrocze).

Celem badań kontrolnych była ocena działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia² oraz kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej³ na rzecz zwalczania chorób nowotworowych w ramach Narodowego programu⁴.

Ocenie poddana została:

- realizacja wybranych zadań Narodowego programu przez Ministra Zdrowia, w tym planowanie, wydatkowanie i wykorzystanie środków budżetowych na jego urzeczywistnienie⁵;
- prawidłowość wydatkowania środków publicznych przez NFZ na świadczenia zdrowotne w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych raka szyjki macicy i raka piersi⁶ oraz zadań zleconych przez Ministra Zdrowia⁷;
- prawidłowość gospodarowania środkami publicznymi przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskanymi zarówno z budżetu państwa, jak i NFZ na realizację zadań Narodowego programu.

Kontrole przeprowadzono w 66 jednostkach, w tym:

¹ Zwany w dalszej części informacji także „Narodowym programem”, „Programem” lub „NPZChN”.

² Zwany w dalszej części informacji także „Funduszem” lub „NFZ”.

³ Zwany w dalszej części informacji także „spzoz”, „zakładami”, „świadczeniodawcami” lub „jednostkami ochrony zdrowia”.

⁴ Na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.), zwanej dalej także „ustawą o ustanowieniu NPZChN”.

⁵ Kontrolą objęto 9 zadań o najwyższej wartości spośród 20, 21, 22 przyjętych przez Radę Ministrów do realizacji odpowiednio na 2006 r., 2007 r. i 2008 r., tj. 1) Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. 2) Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi. 3) Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. 4) Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne. 5) Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym. 6) Modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych. 7) Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii. 8) Tomografia Pozytonowa – budowa sieci ośrodków PET. 9) Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach. Wyżej wymienione zadania były finansowane corocznie.

⁶ W ramach NPZChN, Fundusz finansował świadczenia zdrowotne udzielane w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne: rak szyjki macicy i rak piersi oraz badania wykonywane metodą tomografii pozytonowej (PET).

⁷ Minister Zdrowia zlecił Funduszowi wykonanie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki, tzw. SIMP oraz wysyłkę imiennych zaproszeń na badania cytologiczne i mammograficzne w ramach programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.

- w Ministerstwie Zdrowia, Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 12 samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu nowotworów złośliwych, utworzonych przez ministra lub publiczne uczelnie medyczne, pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności⁸,
- w 36 samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, pod względem legalności, gospodarności i rzetelności⁹.

Kontrola podjęta została z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli, w ramach priorytetowych kierunków kontroli – Państwo przyjazne obywatelowi.

Badania kontrolne przeprowadzono od 10 lipca 2008 r. do 4 lutego 2009 r. obejmując lata 2006-2008 (I półrocze). Uczestniczyło w nich 14 delegatur NIK oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik Nr 2 do informacji.

Słowniczek ważniejszych pojęć związanych z tematyką kontroli¹⁰.

⁸ Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.), zwanej w dalszej części informacji „ustawą o NIK”.

⁹ Zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy o NIK.

¹⁰ Źródło: Encyklopedia Zdrowia pod redakcją W. S. Gomułki i W. Rewerskiego; Wydawnictwo Naukowe PWN; Warszawa 2008 oraz programy profilaktyczne objęte kontrolą, zatwierdzone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Nowotwór złośliwy jest to stan, w którym dochodzi do niekontrolowanego rozwoju zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, początkowo w miejscu pierwotnej zmiany, potem do naciekania otaczających tkanek i wreszcie do wędrowania i namnażania się zmienionych komórek w miejscach odległych (przerzuty).

2. Radioterapia stanowi jedną z podstawowych (oprócz chirurgii i chemioterapii) metod leczenia chorób nowotworowych, polegająca na wykorzystaniu zdolności promieniowania jonizującego (promieniowanie rentgenowskie, gamma, strumień elektronów, neutronów) do niszczenia komórek. Ze względu na różne źródła promieniowania radioterapię dzieli się na: **teleradioterapię** z zastosowaniem wiązki promieniowania z zewnątrz, **brachyterapię** polegającą na bezpośrednim napromienianiu zmian chorobowych przez umieszczenie źródła promieniowania w guzie lub jego sąsiedztwie oraz **radioterapię z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych** dożylnie lub doustnie.

3. Tomografia Pozytonowa (PET – Positron Emission Tomography) jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną, wykorzystująca techniki radioizotopowe w ocenie procesów metabolicznych w organizmie. Metoda pozwala na badanie i obrazowanie czynnościowe poprzez rozkład radiofarmaceutyków, znakowanych krótkożyciowymi emiterami pozytonów; używa się również izotopów węgla, tlenu i azotu, a więc podstawowych pierwiastków organizmu człowieka. W diagnostyce medycznej techniki PET znalazły szerokie zastosowanie m.in. w onkologii (ok. 80% badań).

4. Badanie cytologiczne (potocznie cytologia) - technika diagnostyczna polegająca w ginekologii na pobraniu rozmazów z pochwowej części szyjki macicy. Ocena stanu zdrowia pacjentki dokonywana jest na podstawie obecności w rozmazie komórek patologicznych.

5. Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy¹¹.

Populacja objęta programem: kobiety w wieku 25-59 lat. Badania przeprowadzane są raz na 3 lata. Program przebiega dwuetapowo:

- **etap podstawowy** realizują poradnie ginekologiczne. Porada w ramach programu obejmuje m.in.: przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety, edukację w zakresie prewencji nowotworu raka szyjki macicy, pobranie materiału do badania oraz przekazanie pacjentce wyniku badań z zaleceniami lub skierowanie do odpowiedniej placówki,

¹¹ Zwany w dalszej części informacji także „Programem profilaktyki raka szyjki macicy”.

- **etap pogłębionej diagnostyki** obejmuje badanie kolposkopowe (oglądanie powierzchni szyjki macicy przy pomocy urządzenia optycznego – kolposkopu) z ewentualnym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

6. Radiomammografia, czyli prześwietlenie sutka promieniami Roentgena i utrwalanie obrazu na kliszy (mammografia), na specjalnym papierze kserograficznym (kseromammografia) lub na nośniku elektronicznym (mammografia cyfrowa).

7. Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi¹².

Populacja objęta programem: kobiety od 50-69 roku życia, pod warunkiem, że nie miały wykonywanych takich badań w ciągu ostatnich 24 miesięcy lub 12 miesięcy ze wskazań lekarskich.

- **etap podstawowy** obejmuje przeprowadzenie wywiadu, wykonanie 2 x 2 zdjęć mammograficznych wraz z opisem,
- **etap pogłębionej diagnostyki** obejmuje poradę lekarską, tj. badanie fizykalne oraz skierowanie na badania uzupełniające: mammografię i/lub USG, biopsję cienkoigłową/gruboigłową.

8. Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego¹³.

Populacja objęta programem: osoby w wieku 50-65 lat, bez objawów klinicznych wskazujących na raka jelita grubego i w wieku 40-65 lat, obciążone genetycznie¹⁴ oraz osoby w wieku 25-65 lat z rodzin szczególnego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego¹⁵. Podstawową metodą wykrywania raka jelita grubego jest **kolonoskopia** (metoda badania dolnego odcinka [przewodu pokarmowego](#) polegająca na oglądaniu wnętrza [jelita grubego](#) przy pomocy kolonoskopu. Podczas kolonoskopii możliwe jest też pobieranie wycinków [błony śluzowej](#) jelita grubego do badań [histopatologicznych](#), a także wykonywanie drobnych zabiegów).

¹² Zwany w dalszej części informacji także „Programem profilaktyki raka piersi”.

¹³ Zwany w dalszej części informacji także „Programem profilaktyki raka jelita grubego”.

¹⁴ Mają krewnego pierwszego stopnia z rozpoznanym rakiem jelita grubego.

¹⁵ Tj. rodzin, w których wystąpił [dziedziczny niepolipowaty rak jelita grubego](#).

2. Podsumowanie wyników kontroli

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”¹⁶ określiła zakres niezbędnych skoordynowanych działań na rzecz zwalczania tych chorób, źródła finansowania, sposób realizacji zadań oraz monitorowania ich skuteczności. Jej uchwalenie stworzyło gwarancję stabilnego finansowania Programu z budżetu państwa w latach 2006-2015, na poziomie nie niższym niż 250 mln zł rocznie.

Głównym celem Narodowego programu jest zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe, które stanowią drugą, po chorobach układu krążenia, przyczynę zgonów w Polsce, powodując ponad 26% zgonów u mężczyzn i 23% zgonów u kobiet¹⁷. Wśród kobiet zachorowalność na nowotwory raka szyjki macicy i raka piersi ma tendencję rosnącą¹⁸, a zahamowanie, czy niewielki spadek umieralności z powodu tych chorób świadczyć może o pierwszych symptomach skuteczności profilaktyki.

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

2.1.1. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” przez Ministra Zdrowia z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości, które dotyczyły:

- nierzetelnego opracowania projektu ustawy o ustanowieniu NPZChN,
- nierozzeznania stanu potencjału kadrowego i technicznego świadczeniodawców przed uruchomieniem Programu,
- niezapewnienia bezstronnego działania komisji konkursowych wyłaniających realizatorów Programu,
- opóźnień w zawieraniu umów o realizację zadań Programu,
- zaniechań w wydawaniu aktów wykonawczych do ustaw istotnych dla realizacji Programu,
- niezapewnienia odpowiedniej kontroli jakości świadczeń w ramach Programu¹⁹,
- nieprawidłowości organizacyjnych w koordynacji działań podległych służb.

¹⁶ Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.

¹⁷ Krajowy Rejestr Nowotworów publikuje dane na temat zachorowalności i zgonów na nowotwory złośliwe z dwuletnim opóźnieniem. Dane przedstawione w informacji pochodzą z aktualnej publikacji KRN z 2008 r. pn. „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 r.”.

¹⁸ Według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia przedstawionych w „Biuletynie statystycznym Ministerstwa Zdrowia za 2008 r.”, w 2005 r. na raka szyjki macicy i raka piersi zachorowało odpowiednio 7.459 i 13.385 kobiet. W porównaniu do 2004 r. liczba zachorowań na raka szyjki macicy wzrosła o 4.114 kobiet i na raka piersi o 1.336 kobiet. W 2005 r. na raka jelita grubego zachorowało 13.987 osób. W porównaniu do 2004 r. liczba zachorowań na raka jelita grubego była wyższa o 8.348 osób.

¹⁹ Wyniki audytu klinicznego wykonanego przez Centralny i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące program profilaktyki raka piersi w 2007 r. wykazały, że aż 110 pracowni mammograficznych, spośród 294 ocenianych (37,4%), nie spełniało wymagań technicznych i jakości badań mammograficznych.

NIK, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, pozytywnie ocenia działania Ministra Zdrowia w zakresie wykorzystania środków na realizację programu profilaktyki raka jelita grubego oraz „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”.

2.1.2. NIK pozytywnie ocenia działania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwiększające dostępność kobiet do badań profilaktycznych²⁰. Negatywnie ocenia natomiast:

- zawieranie umów ze świadczeniodawcami niespełniającymi warunków w zakresie kwalifikacji kadry i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
- niedostosowanie planowanych środków finansowych na programy profilaktyczne do realnych możliwości świadczeniodawców, co skutkowało ich niewykorzystaniem,
- niezapewnienie kompatybilności programów informatycznych gromadzących informacje o świadczeniach profilaktycznych, udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lecznictwa szpitalnego i „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

2.1.3. NIK negatywnie ocenia działania większości (68,8%) świadczeniodawców realizujących Program. W 33 zakładach, spośród 48 kontrolowanych, stwierdzono istotne nieprawidłowości, które dotyczyły m.in.:

- przedstawiania w ofertach nieprawdziwych informacji o kwalifikacjach kadry i posiadanej aparaturze medycznej,
- nierealizowania świadczeń profilaktycznych w ramach zawartych umów,
- niskiej jakości udzielanych świadczeń profilaktyki raka piersi²¹,
- niewywiązywania się z obowiązku wypełniania i przekazywania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego regionalnym rejestrom onkologicznym²².

W ocenie NIK, 2,5-letnie doświadczenie z realizacji Programu nie pozwala na jednoznaczną ocenę skuteczności badań przesiewowych, zwłaszcza w sytuacji braku bieżących wskaźników zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe.

²⁰ Zwanych dalej także „badaniami przesiewowymi” lub „badaniami skryningowymi”.

²¹ Patrz przypis 19.

²² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 października 2007 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2008 (Dz. U. Nr 210, poz. 1521 ze zm.). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 września 2006 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2007 (Dz. U. Nr 170, poz. 1219 ze zm.). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lipca 2005 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2006 (Dz. U. Nr 178, poz. 1482 ze zm.).

2.2. Synteza wyników kontroli

2.2.1. Realizacja „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” przez Ministra Zdrowia.

2.2.1.1. Na realizację Programu w latach 2006-2008 (I półrocze) Ministerstwo Zdrowia wydatkowało 510.927 tys. zł²³, co stanowiło 66,2% planu (771.905 tys. zł). W trakcie kontroli NIK oceniła sposób realizacji 9 zadań NPZChN²⁴ o wartości 440.482 tys. zł²⁵, spośród 20, 21 i 22 przyjętych przez Radę Ministrów do realizacji, odpowiednio na rok: 2006, 2007 i 2008. (str. 28)

2.2.1.2. Minister Zdrowia uruchamiając NPZChN nie miał rzetelnej wiedzy o potencjale kadrowym i technicznym świadczeniodawców realizujących profilaktyczne programy zdrowotne. (str. 36)

2.2.1.3. Ministerstwo Zdrowia nie przestrzegało terminów realizacji zadań NPZChN, przyjętych uchwałami Rady Ministrów na poszczególne lata²⁶. Opóźnienia w zawieraniu umów na realizację zadań Programu wynosiły nawet 5-6 miesięcy, co znacznie skróciło okres ich realizacji i uniemożliwiło wykorzystanie planowanych środków do końca roku budżetowego. (str. 38, 42)

2.2.1.4. Minister Zdrowia w listopadzie 2008 r. podjął decyzję o przyznaniu Centrum Onkologii w Bydgoszczy 10.000 tys. zł na zakup drugiego urządzenia PET-CT wbrew ustaleniom Komisji konkursowej. Decyzja ta była niecelowa i niegospodarna, gdyż jeden PET-CT, już funkcjonujący w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, był wykorzystany zaledwie w 50%. (str. 29)

2.2.1.5. Komisja konkursowa, wyłaniająca realizatorów dwóch programów edukacyjnych²⁷, spośród ofert spełniających warunki konkursu (firmy Medius Spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie i Centrum Onkologii w Warszawie), wybrała oferty Centrum Onkologii, wykluczając Spółkę Medius z postępowania konkursowego, co było niezgodne z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu NPZChN.

²³ Łącznie z wartością środków przekazanych na realizację umów w poszczególnych latach i zobowiązaniami z lat ubiegłych.

²⁴ Patrz przypis 5.

²⁵ Tj. 86,2% kwoty 510.927 tys. zł.

²⁶ Uchwała Nr 47/2006 Rady Ministrów z dnia 4 kwietnia 2006 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2006 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2007 i 2008 i uchwała Nr 22/2007 Rady Ministrów z dnia 13 lutego 2007 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2007 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2008 i 2009 – niepublikowane.

²⁷ Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym oraz Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne.

Koszt przeszkolenia jednego uczestnika w ramach programu pn. „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” oferowany przez Spółkę Medius²⁸ był ponad 10-krotnie niższy niż określony w wybranej ofercie Centrum Onkologii w Warszawie. Wybór oferty Centrum Onkologii w Warszawie umożliwił wypłatę poszczególnym osobom, realizującym zadania tego programu, bardzo wysokich wynagrodzeń. Działanie takie NIK ocenia jako niegospodarne. Ponadto, NIK zwraca uwagę na znaczne dysproporcje w liczbie przeszkolonych lekarzy w ramach ww. programów w poszczególnych województwach. (str. 38)

2.2.1.6. W badanym okresie Minister Zdrowia nie zapewnił właściwej kontroli świadczeń finansowanych w ramach Programu²⁹.

Do czasu zakończenia kontroli, mimo upływu 4 lat obowiązywania ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe³⁰, Minister Zdrowia nie powołał członków Komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych, w zakresie radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej, radiologii - diagnostyki obrazowej³¹. Nie zostały zatem opracowane wzorcowe procedury dla uzasadnionych ekspozycji medycznych uznanych za standardowe³². Brak takich procedur uniemożliwił jednostkom ochrony zdrowia wykorzystującym promieniowanie jonizujące opracowanie roboczych procedur postępowania wymaganych przez system zarządzania jakością. Nie przeprowadzano też audytu zewnętrznego, obejmującego przegląd poprawności stosowanych procedur w zakresie udzielanych świadczeń oraz kwalifikacji personelu, wyposażenia w aparaturę, warunków lokalowych i systemu zarządzania jakością.

Kontrole jakości świadczeń wykonywanych przez realizatorów programu profilaktyki raka piersi, w tym wyposażenia pracowni mammograficznych, Minister Zdrowia zlecił Centralnemu i Wojewódzkim Ośrodkom Koordynującym ww. program, mimo że nie były one podmiotami uprawnionymi do przeprowadzania testów specjalistycznych. Takie testy mogą być wykonywane przez laboratoria funkcjonujące

²⁸ Spółka w ofercie przedstawiła dokumentację potwierdzającą dysponowanie odpowiednią kadrami wykładowców i gwarantowała możliwość objęcia programem dużej liczby uczestników.

²⁹ Art. 4 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu NPZChN.

³⁰ Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.

³¹ Art. 33g ust. 1 pkt 1 - 3 ustawy – Prawo atomowe.

³² Zgodnie z art. 33g ust. 7 ustawy – Prawo atomowe, wykaz procedur wzorcowych podlega publikacji w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia.

w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych lub laboratoria badawcze posiadające akredytację na zgodność z normą PN-EN-ISO 17025³³. (str. 32)

2.2.1.7. Ministerstwo Zdrowia nie egzekwowało od konsultantów pełnej realizacji zadań określonych w § 5 pkt 2 - 4 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich³⁴, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. Ponadto, konsultanci wojewódzcy nie wywiązywali się z obowiązku dostarczania konsultantom krajowym danych niezbędnych do sporządzania rocznych raportów dokumentujących wykonanie zadań w zakresie reprezentowanej przez nich dziedziny medycyny. (str. 41)

2.2.1.8. Minister Zdrowia nie wykonał dyspozycji zawartej w art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej³⁵ i nie wydał rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej, w tym lekarzy³⁶, pomimo że przedmiotowy przepis wszedł w życie z dniem 5 grudnia 1997 r. Minister nie skorzystał także z możliwości określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych (zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy o zoz), o co NIK postulowała od 2004 r.³⁷ (str. 41 - 42)

2.2.2. Realizacja zadań Narodowego programu przez Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” i „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”³⁸.

³³ § 10 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).

³⁴ Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm.

³⁵ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

³⁶ Do zakończenia kontroli, tj. 31.12.2008 r., Minister Zdrowia wydał jedynie rozporządzenie z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314).

³⁷ Kontrola przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia w zakresie finansowania i dostępności do leczenia nerkozastępczego w latach 2000-2004 (I półrocze).

³⁸ Spośród ośrodków o największym doświadczeniu w leczeniu chorób nowotworowych wybrano w trybie konkursu ofert 2 Centralne Ośrodki Koordynujące programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, tj. odpowiednio Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM w Poznaniu i Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, zwanych w dalszej treści informacji także „COK” oraz 32 Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące ww. programy, w tym: w 7 województwach (lubelskim, lubuskim,

2.2.2.1. Na zadania COK i WOK Ministerstwo Zdrowia wydatkowało łącznie 57.284 tys. zł (68,3% planu), w tym 27.915 tys. zł (64,5% planu) na zadania COK i WOK programu profilaktyki raka szyjki macicy i 29.369 tys. zł (72,4% planu) na zadania COK i WOK programu profilaktyki raka piersi.

Realizację zadań przez 5 WOK, spośród 32 kontrolowanych (15,6%), NIK oceniła negatywnie z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości. W 6 Wojewódzkich Ośrodkach Koordynujących zadania programów profilaktycznych raka szyjki macicy i raka piersi (18,8%) nie były wykonywane w pełnym zakresie, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

W 12 WOK (37,5%) sposób finansowania i rozliczania kosztów wynagrodzeń, NIK ocenia jako niegospodarny i nierzetelny. (str. 45)

2.2.2.2. Na terenie województwa wielkopolskiego kontrole przeprowadzone przez WOK u świadczeniodawców realizujących program profilaktyki raka szyjki macicy były wykonywane przez pracowników nieposiadających odpowiednich kwalifikacji. (str. 47)

2.2.3. Realizacja zadań „Programu zwalczania chorób nowotworowych” przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2.2.3.1. Na zadania zlecone przez Ministra Zdrowia, w okresie objętym kontrolą, Fundusz wydatkował 26.948 tys. zł, w tym na opracowanie i wdrożenie oprogramowania „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”³⁹ oraz „Programu profilaktyki raka piersi”⁴⁰ 3.397 tys. zł oraz wysyłkę zaproszeń, a także akcję medialną 23.551 tys. zł. (str. 50)

2.2.3.2. Wdrażając System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) Fundusz naruszył przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴¹ oraz ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁴², gdyż wprowadził do swojego systemu informatycznego dane o wynikach badań medycznych kobiet biorących udział w ww. programach profilaktycznych oraz udostępnił je WOK i COK, tj. podmiotom nieuprawnionym do ich gromadzenia i przetwarzania. (str. 51)

łódzkim, opolskim, podlaskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim) utworzono Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące (zwany w dalszej treści informacji także „WOK”) w odrębnych zakładach dla każdego z programów (łącznie 14 ośrodków / 14 WOK), w pozostałych 9 województwach po dwa WOK w jednym ośrodku, lecz finansowanych na podstawie odrębnych umów zawartych z Ministrem Zdrowia dla każdego z programów (w 9 ośrodkach utworzono 18 WOK). W zakładach, w których utworzono COK jednocześnie funkcjonowały WOK (na podstawie odrębnych umów).

³⁹ „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” o wartości zlecenia 1.650 tys. zł brutto.

⁴⁰ „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” o wartości zlecenia 1.774 tys. zł brutto.

⁴¹ Art. 188 i 188a, Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴² Art. 27, Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.

2.2.3.3. Planując koszty realizacji programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi na kolejne lata, oddziały wojewódzkie Funduszu nie dostosowały ich do realnych możliwości świadczeniodawców, dopuszczając do niewykorzystania planowanych środków na łączną kwotę 88.159 tys. zł (32,5% planu), co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. *(str. 55)*

2.2.3.4. W okresie objętym kontrolą, zakontraktowane świadczenia z zakresu programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi zostały wykonane w 68,9%. W 4 oddziałach wojewódzkich NFZ (25% skontrolowanych) nie zabezpieczono w latach 2006-2008 (I półrocze) pełnego dostępu do świadczeń objętych kontrolą. *(str. 57)*

2.2.3.5. Oddziały wojewódzkie Funduszu (62,5% skontrolowanych) w stopniu niedostatecznym weryfikowały oferty świadczeniodawców w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, wyposażenia w aparaturę medyczną oraz innych wymagań określonych przez Prezesa NFZ dla realizatorów programów. Skutkowało to zawieraniem umów z podmiotami, które nie spełniały koniecznych warunków. Takie działanie NIK ocenia jako nierzetelne. *(str. 57)*

2.2.3.6. Oddziały Funduszu nie dokonywały analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne oraz nie wymagały od świadczeniodawców przedstawiania ich kalkulacji, co naruszało postanowienia art. 97 ust. 3 pkt 1 oraz art. 148 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. *(str. 59)*

2.2.3.7. Dyrektorzy połowy kontrolowanych oddziałów Funduszu (8), wykonując zadania w zakresie programów profilaktycznych, nie podejmowali współpracy m.in. z organami jednostek samorządu terytorialnego⁴³, które z własnych środków finansowały takie programy. Skutkowało to wysyłaniem zaproszeń do już zbadanych kobiet, a nawet podwójnym finansowaniem świadczeń udzielanych tym samym osobom.

W ocenie NIK, brak kompleksowej koordynacji wszelkich badań profilaktycznych wynikał m.in. z niezapewnienia kompatybilności programów informatycznych gromadzących informacje o świadczeniach profilaktycznych, udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁴⁴, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lecznictwa szpitalnego i „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. *(str. 54, 58)*

⁴³ Stosownie do art. 107 ust. 5 i 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

⁴⁴ Zwanej w dalszej części informacji także „poz”.

2.2.4. Realizacja badań profilaktycznych w ramach „Programu zwalczania chorób nowotworowych” przez świadczeniodawców.

2.2.4.1. W badanym okresie aż 59,6% (tj. 28 z 47) świadczeniodawców realizujących badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi przedstawiło w ofertach nierzetelne dane dotyczące spełnienia wymagań określonych w programie⁴⁵.

Sześciu świadczeniodawców realizujących program profilaktyki raka piersi (13,3%) nie spełniało wymagań zarówno w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, jak i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, 7 w zakresie wyposażenia pracowni mammograficznej (15,6%), 6 natomiast (13,3%) nie zatrudniało personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach.

Z 41 świadczeniodawców realizujących program raka szyjki macicy oferty 9 zakładów (22%) nie spełniały wymagań określonych w ww. programie, w tym 5 (12,2%) w zakresie kwalifikacji personelu medycznego. (*str. 61*)

2.2.4.2. W przypadku jednego świadczeniodawcy stwierdzono zlecenie wykonania badań histopatologicznych, o wartości 1.482 tys. zł (od czerwca 2006 r. do sierpnia 2008 r.), niepublicznemu zoz przez ponad 2 lata, mimo posiadania nowego sprzętu do tych badań, nabytego ze środków unijnych. W ocenie NIK było to działanie niegospodarne i nierzetelne. (*str. 63*)

2.2.4.3. Piętnastu, z 47 świadczeniodawców realizujących badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi (31,9%), nie prowadziło rachunku kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, co oznacza, że w kontrolowanym okresie nie było realizowane rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej⁴⁶. Pozbawiono się tym samym istotnego narzędzia informacyjnego, decyzyjnego i kontrolnego. (*str. 65*)

2.2.4.4. Jako działanie nierzetelne NIK ocenia niewywiązywanie się przez świadczeniodawców z obowiązku wypełniania i przekazywania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a regionalnym rejestrom nowotworów, w ramach badan statystyki publicznej⁴⁷. W 16 zakładach, z 48 kontrolowanych (33,3%), nie realizowano tego obowiązku w ogóle lub z opóźnieniem wynoszącym nawet 9 lat. Zaniechanie to zmniejsza wiarygodność ww. rejestrów, a w konsekwencji utrudnia dostęp do informacji o skuteczności diagnostyki i leczenia tych chorób. (*str. 65*)

⁴⁵ W tym 19 świadczeniodawców realizujących program profilaktyki raka piersi i 9 program profilaktyki raka szyjki macicy.

⁴⁶ Dz. U. Nr 164, poz. 1194.

⁴⁷ Patrz przypis 22.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości w wymiarze finansowym stanowiły ogółem 16.550 tys. zł. Kwota ta obejmowała m.in.:

- kwoty wydatkowane niegospodarnie, niecelowo i nierzetelnie – 1.260 tys. zł,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa – 3.602 tys. zł,
- nieprawidłowości w wymiarze finansowym, które będą skutkowały wydatkowaniem środków w 2009 r. – 10.000 tys. zł. (*str. 70*)

2.3.Uwagi końcowe i wnioski

Ustalenia kontroli uzasadniają przedstawienie Ministrowi Zdrowia następujących wniosków:

1. Zweryfikowanie działań administracyjno-logistycznych „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. Dotychczasowe rozwiązania są bowiem kosztowne, mało efektywne, przynoszące korzyści finansowe głównie ich organizatorom.
2. Zapewnienie, w porozumieniu z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, kompatybilności programów informatycznych gromadzących informacje o świadczeniach profilaktycznych, udzielanych w ramach podstawowej opieki

zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lecznictwa szpitalnego i „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

3. Podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania przypadków zlecenia zadań NPZChN podmiotom, których właścicielami są osoby realizujące te same zadania na podstawie umowy o pracę i w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Najwyższa Izba Kontroli ponawia wnioski o wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁸ w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej⁴⁹, oraz rozważenie wykonania delegacji zawartej w art. 9 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, upoważniającej do określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, o co NIK postulowała od 2004 r.⁵⁰ Delegacja ustawowa ma charakter fakultatywny, zasadnym byłoby jednak, w ocenie NIK, określenie tych standardów.

Ustalenia kontroli uzasadniają przedstawienie Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia wniosków:

1. Stosowania skutecznych mechanizmów kontrolnych w ramach przyjętego w jednostce systemu kontroli finansowej, w celu wyeliminowania nieprawidłowości polegających na nieprzestrzeganiu obowiązujących przepisów przy wydatkowaniu środków publicznych.
2. Wprowadzenie systemu monitorowania potrzeb zdrowotnych w zakresie programów profilaktycznych, ich realizacji oraz stosowanie procedur umożliwiających przesuwanie niewykorzystanych w trakcie roku środków na zakup świadczeń u innego świadczeniodawcy, zgodnie z § 42 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵¹.

⁴⁸ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89; art. 10 ust. 4 obowiązuje od 5 grudnia 1997 r.

⁴⁹ Do zakończenia kontroli, tj. 31.12.2008 r., Minister Zdrowia wydał jedynie rozporządzenie z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314).

⁵⁰ Patrz przypis 37.

⁵¹ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

3. Wprowadzenie, w porozumieniu z właściwymi konsultantami krajowymi, jednolitych zasad oceny wyników badań przesiewowych raka szyjki macicy i raka piersi dla zapewnienia prawidłowej ich interpretacji oraz monitorowania jakości badań skryningowych.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

1. „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” na lata 2006-2015, realizowany jest przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu ww. Programu⁵².

Głównymi celami Programu są:

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

Podejmowane w ramach Programu działania, w myśl art. 3 ustawy, dotyczyły m.in.:

- 1) rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych;
- 2) wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego;
- 3) uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
- 4) rozwoju i upowszechnienia nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
- 5) poprawy działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów;
- 6) upowszechniania wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

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

- określa wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w kolejnych trzech latach (art. 4 pkt 1);

⁵² Patrz przypis 4.

- opracowuje i przedstawia Radzie Ministrów projekt harmonogramu zadań na kolejny rok budżetowy i kierunków realizacji zadań na następne dwa lata (art. 4 pkt 2 i art. 5 ust. 1);
- koordynuje współpracę między wszystkimi podmiotami realizującymi poszczególne działania wynikające z Programu (art. 4 pkt 3);
- dokonuje wyboru realizatorów Programu i kontroluje jakość świadczeń finansowanych w ramach Programu (art. 4 pkt. 4 i 5);
- opracowuje roczne sprawozdanie z realizacji Programu i przedstawia go Radzie Ministrów (art. 4 pkt 6 i art. 5 ust. 1).

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

Jako organ opiniodawczo-doradczy ministra właściwego do spraw zdrowia tworzy się Radę do Spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych, zwanej dalej „Radą”⁵³, do zadań której, zgodnie z art. 6 ust. 4 ww. ustawy, należy m.in.:

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

Rada działa kolegialnie, na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu pracy, zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia⁵⁴. Jej pracami kieruje przewodniczący Rady, który m.in. zwołuje posiedzenia Rady nie rzadziej niż raz na kwartał; ustala propozycje porządku obrad; informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o bieżącej działalności Rady (§ 3 regulaminu).

⁵³ Art. 6 ust. 2 ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” stanowi: w skład Rady wchodzi: przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia, jako przewodniczący; przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia; przedstawiciel uczelni medycznych; czterech przedstawicieli nauki i praktyki w dziedzinie onkologii, o uznanym autorytecie naukowym i etycznym.

⁵⁴ Regulamin Pracy Rady do Spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 6 maja 2006 r.

Rada Ministrów przyjmuje w drodze uchwały harmonogram zadań na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji zadań na następne dwa lata (art. 5 ust. 2 ww. ustawy)⁵⁵. Przewodniczący Rady przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 31 stycznia każdego roku, sprawozdanie z realizacji zadań Rady w roku ubiegłym (§ 9 regulaminu).

Zgodnie z art. 7 ust. 1 – 3 ww. ustawy, Program jest finansowany z budżetu państwa i środków pozabudżetowych, a łączne nakłady na jego realizację w całym okresie wyniosą 3.000.000 tys. zł, z tym, że planowane nakłady z budżetu państwa nie mogą być w poszczególnych latach niższe niż 250.000 tys. zł, a nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych muszą stanowić: 20% rocznych nakładów na Program przez pierwszy i drugi rok; 25% rocznych nakładów na Program przez trzeci i czwarty rok. Od 15 kwietnia 2008 r. planowane nakłady na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych musiały stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na Program⁵⁶.

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

Zadania Narodowego programu realizowane są na zasadach przyjętych dla programów polityki zdrowotnej⁵⁷, określonych w zarządzeniach Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2003 r.⁵⁸ i z 2 stycznia 2007 r.⁵⁹ Zgodnie z przyjętymi zasadami, na każde zadanie określone w Programie⁶⁰, właściwa komórka organizacyjna Ministerstwa Zdrowia opracowuje odrębny program zawierający m.in. opis programu, uzasadnienie potrzeby jego realizacji, wysokość środków, spodziewane efekty, kryteria wyboru realizatora lub koordynatora programu (§1 ust. 3).⁶¹ Zgodę na przyjęcie programu, do realizacji ze

⁵⁵ Patrz przypis 26.

⁵⁶ Art. 7 ust. 3 zmieniony przez art. 1 ustawy z dnia 7 lutego 2008 r. (Dz. U. Nr 54, poz. 325) zmieniającej m.in. ustawę z dnia 15 kwietnia 2008 r.

⁵⁷ Zgodnie z podjętymi przez Radę Ministrów uchwałami Nr 47/2006 z dnia 4.04.2006 r. i Nr 22/2007 z dnia 13.02.2007 r.

⁵⁸ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie zasad prowadzenia prac nad przyjęciem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. MZ. z 2004 r. Nr 1, poz. 2) – uchylone z dniem 7.02.2007 r.

⁵⁹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2007 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. MZ Nr 1, poz. 1).

⁶⁰ W 2006 r. w ramach Programu realizowanych było 20 zadań, przyporządkowanych do 5 następujących grup: I - „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych” – 5 zadań, II - „Programy inwestycyjne - 2 zadania, III - „Programy edukacyjne” – 3 zadania, IV - „Programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów” – 8 zadań, V „Pozostałe programy” – 2 zadania.

⁶¹ Paragraf 1 ust. 3 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2007 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych stanowi: Program jest opracowywany według schematu dokumentu programu zdrowotnego, stanowiącego załącznik Nr 1 do zarządzenia.

środków finansowych ujętych w części 46 – Zdrowie, wyraża minister właściwy do spraw zdrowia, po zapoznaniu się z wnioskiem komórki właściwej i opinią Kolegium Ministra Zdrowia lub kierownictwa Ministerstwa Zdrowia (§ 1 ust. 4). Wniosek komórki właściwej wymaga akceptacji stałego członka kierownictwa Ministerstwa Zdrowia nadzorującego prace komórki właściwej (§ 1 ust. 5).

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

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

Rozpatrzenie ofert i wyłonienia najkorzystniejszej oferty lub ofert na realizację lub koordynację programów dokonują Komisje Konkursowe, powołane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Prace Komisji odbywają się na zasadach określonych w Regulaminie Pracy Komisji Konkursowej⁶². W zakresie nieuregulowanym w ww. ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu. Do wyboru realizatora działań, wynikających z Programu, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 8 ust. 5 i 6 ustawy).

Dokumentem potwierdzającym zakończenie realizacji programu w danym roku jest „Protokół zakończenia realizacji programu zdrowotnego”⁶³.

2. Minister Zdrowia, na podstawie art. 54 ust. 5 ustawy o zoz⁶⁴, wydał rozporządzenie z dnia 1 lipca 2005 r., w którym uregulował m.in. warunki i tryb przekazywania środków na realizację zadań i programów zdrowotnych⁶⁵. Przekazanie przez zleceniodawcę środków publicznych na rzecz zleceniobiorcy następuje na podstawie umowy. Zleceniodawca, przed podpisaniem umowy, przedstawia zleceniobiorcy wykaz i zakres

⁶² „Regulamin Pracy Komisji Konkursowej” stanowi załącznik Nr 2 do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2007 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych.

⁶³ Wzór „Protokołu zakończenia realizacji programu zdrowotnego” stanowi załącznik Nr 3 do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2007 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych.

⁶⁴ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), zwana w dalszej części informacji także „ustawą o zoz”.

⁶⁵ Z dniem 2 sierpnia 2005 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 131, poz. 1099).

świadczeń zdrowotnych, zadań lub programów zdrowotnych oraz środki finansowe przewidywane na ich realizację. W sprawach nie uregulowanych w ww. rozporządzeniu, do umów stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

3. Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶⁶ podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu, wynikających z zawartych umów, nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ust. 5 ww. ustawy). Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a zawieranie przez Fundusz umów odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138-139). Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego. Kwestię, o której mowa, reguluje art. 155 ust. 1 omawianej ustawy.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 6 października 2005 r.⁶⁷

Zgodnie z art. 146, ust. 1 ustawy, Prezes Funduszu określa: przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert⁶⁸, warunki wymagane od świadczeniodawców, po uprzednim zasięgnięciu opinii właściwych konsultantów krajowych⁶⁹.

Jedną z zasad ubezpieczenia zdrowotnego jest równe traktowanie i zapewnienie ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem (z zastrzeżeniem wskazanym

⁶⁶Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁶⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643) – uchylone z dniem 30 marca 2008 r. Od 13 maja 2008 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w tej sprawie (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

⁶⁸ Do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 stycznia 2008 r. stosowane są kryteria oceny ofert określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zarządzeniu Nr 71/2007/DSOZ z dnia 27 września 2007 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Do świadczeń zakontraktowanych na 2007 r. zastosowanie miało zarządzenie Nr 46/2006 z dnia 23 sierpnia 2006 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które utraciło moc 31 grudnia 2007 r.

Z dniem 31 grudnia 2006 r. utraciło moc zarządzenie Nr 88/2005 z dnia 13 października 2005 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁶⁹ Przepis art. 146 ust. 2 i 3 dodany przez art. 1 pkt 72 ustawy, z 24 sierpnia 2007 r., o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

w art. 65 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują m.in. analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu (art. 6 pkt 2 i 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych).

4. Publicznymi zakładami opieki zdrowotnej są, zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁷⁰, placówki utworzone w szczególności przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego⁷¹.

Zgodnie z art. 61 ust. 1 ustawy o zoz, rachunkowość samodzielnego publicznego zoz powinna być prowadzona na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Oznacza to, że mają tutaj zastosowanie przepisy ustawy o rachunkowości⁷² oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zoz⁷³, które weszło w życie w dniu 1 stycznia 1999 r.

5. Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 15 grudnia 2004 r. określił szczegółowo sposób i tryb przeprowadzenia kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.⁷⁴ Na podstawie art. 65 ustawy o zoz⁷⁵ Ministrowi Zdrowia, w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej i podmiotów, które utworzyły takie zakłady, oraz wojewodzie, w stosunku do zakładów prowadzących działalność na obszarze województwa, przysługuje prawo przeprowadzenia czynności kontrolnych. Zgodnie z art. 67 ustawy o zoz nadzór nad zakładem opieki zdrowotnej sprawuje podmiot, który utworzył zakład, zwany dalej „podmiotem sprawującym nadzór”. Podmiot sprawujący nadzór dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu. Kontrola i ocena, o których mowa, powinny obejmować w szczególności: 1) realizację zadań statutowych, dostępność i poziom

⁷⁰ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

⁷¹ Art. 8 ust. 1 pkt 1 - 3b ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 14, poz. 89 ze zm.).

⁷² Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.).

⁷³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194).

⁷⁴ Dz. U. Nr 274, poz. 2723.

⁷⁵ W brzmieniu obowiązującym sprzed 4 czerwca 2006 r. Kolejne zmiany art. 65 ustawy o zoz uszczegółowiły zakres tych kontroli.

udzielanych świadczeń, 2) prawidłowość gospodarowania mieniem, 3) gospodarkę finansową.

Szczegółowe zasady sprawowania nadzoru nad szpiz określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 18 listopada 1999 r.⁷⁶.

6. Tryb powołania konsultantów krajowych i wojewódzkich, szczegółowe ich zadania i uprawnienia, a także sposób finansowania zadań i zasady wynagradzania konsultantów Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich⁷⁷, które obowiązywało do 4 czerwca 2009 r. Od 5 czerwca 2009 r. obowiązuje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia⁷⁸ regulująca m.in. zadania konsultantów oraz zasady ich współpracy.

7. Warunki stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁷⁹ określone zostały w art. 33a – 33k ustawy, z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe⁸⁰. Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 21 sierpnia 2006 r. określił warunki bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi⁸¹. Ponadto, w drodze rozporządzeń, określił warunki bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁸², minimalne wymagania dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej⁸³, szczegółowe wymagania dotyczące formy i treści wzorcowych roboczych

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097).

⁷⁷ Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm.

⁷⁸ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.

⁷⁹ Art. 33a ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe: stosowanie promieniowania jonizującego w celach medycznych obejmuje m.in. ekspozycje: - pacjentów, wynikającą z badań lekarskich i leczenia, w tym ze wstępnych i okresowych badań pracowników, - osób poddawanych przesiewowym badaniom z zastosowaniem promieniowania jonizującego.

⁸⁰ Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.

⁸¹ Dz. U. Nr 180, poz. 1325.

⁸² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).

⁸³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej (Dz. U. Nr 75, poz. 528).

medycznych procedur radiologicznych⁸⁴, organizację, tryb działania i zadania Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia⁸⁵.

8. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej⁸⁶ określa zasady i tworzy podstawy rzetelnego, obiektywnego, profesjonalnego i niezależnego prowadzenia badań statystycznych, których wyniki mają charakter oficjalnych danych statystycznych, oraz ustala organizację i tryb prowadzenia tych badań i zakres związanych z nimi obowiązków. Program badań statystycznych statystyki publicznej na poszczególne lata 2006-2008 ustaliła Rada Ministrów, w drodze rozporządzeń⁸⁷. Na podstawie ww. przepisów, m.in. zakłady opieki zdrowotnej zobowiązane były do przekazywania regionalnemu rejestrowi onkologicznemu raz w miesiącu (do 15 dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby) zgłoszenia przypadku rozpoznania lub podejrzenia nowotworu złośliwego (sprawozdanie MZ/N-1a). Z kolei regionalny rejestr onkologiczny miał obowiązek przekazać kartę zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ/N-1a) Krajowemu Rejestrowi Chorób Nowotworowych⁸⁸ (Centrum Onkologii), w terminie do 30 czerwca roku następnego. Koszty funkcjonowania regionalnych rejestrów onkologicznych i Krajowego Rejestru Chorób Nowotworowych finansowane są z budżetu państwa.

⁸⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2007 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących formy i treści wzorcowych roboczych medycznych procedur radiologicznych (Dz. U. Nr 24, poz. 161).

⁸⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2006 r. w sprawie organizacji, trybu działania i szczegółowych zadań Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia (Dz. U. Nr 85, poz. 592). Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2006 r. w sprawie utworzenia Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia (Dz. Urz. MZ. Nr 8, poz. 32). Od 31 lipca 2008 r. obowiązuje zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2008 r. w sprawie Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia (Dz. Urz. MZ. Nr 8, poz. 50).

⁸⁶ Dz. U. Nr 88, poz. 439 ze zm.

⁸⁷ Patrz przypis 22.

⁸⁸ Zwany w dalszej części informacji także „KRN”.

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Realizacja wybranych zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych przez Ministerstwo Zdrowia.

3.2.1.1. Prace nad założeniami do projektu ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, prowadzone były w sposób nierzetelny.

Minister Zdrowia w grudniu 2003 r. powołał Zespół do Spraw opracowania Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w latach 2004-2007⁸⁹. Do jego obowiązków należało określenie w Programie: celów, zadań i harmonogramu ich realizacji, kryteriów wyboru realizatorów, podstawowych standardów dla wczesnej diagnostyki, profilaktyki i terapii onkologicznej, kosztów poszczególnych zadań. Program miał stanowić podstawę do opracowania projektu ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego NPZChN. Zespół został zobowiązany do przekazania tego dokumentu, w formie pisemnej, w terminie do 31 marca 2004 r.⁹⁰ Program taki nie został jednak opracowany. Brak było też dokumentacji potwierdzającej pracę Zespołu, mimo że obowiązek sporządzania protokołów z posiedzeń wynikał z § 5 ust. 3 ww. zarządzenia Ministra Zdrowia.

Przedstawiony w toku kontroli dokument roboczy pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2004-2007”, opracowany przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie⁹¹ (bez pisemnego zlecenia), nie został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia.

Z dniem 17 sierpnia 2005 r. weszła w życie ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego NPZChN⁹², która powstała w oparciu o dokument niezaakceptowany przez Ministra Zdrowia i stanowiła podstawę do wydatkowania środków publicznych.

3.2.1.2. Na realizację Programu w latach 2006-2008 (I półrocze) Ministerstwo Zdrowia wydatkowało 510.927 tys. zł⁹³, co stanowiło 66,2% planu po zmianach (771.905 tys. zł).

⁸⁹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2003 r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw opracowania Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w latach 2004-2007 (Dz. Urz. MZ z 2004 r. Nr 1, poz. 1 ze zm.).

⁹⁰ Zmiana terminu z 31 grudnia 2003 r. na 31 marca 2004 r. została wprowadzona zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2003 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do Spraw opracowania Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w latach 2004-2007 (Dz. Urz. MZ z 2004 r. Nr 1, poz. 4).

⁹¹ Zwany dalej Centrum Onkologii w Warszawie.

⁹² Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.

NIK oceniła sposób realizacji 9 zadań NPZChN⁹⁴, o wartości 440.482 tys. zł⁹⁵, spośród 20, 21 i 22 przyjętych przez Radę Ministrów do realizacji, odpowiednio na rok: 2006, 2007 i 2008.

3.2.1.3. Zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, wyboru realizatorów działań Programu dokonuje się w trybie konkursu ofert przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Po unieważnieniu postępowania konkursowego w 2005 r., w związku z licznymi odwołaniami od decyzji Komisji konkursowej w sprawie wyboru realizatorów zadania „Program Tomografii Pozytonowej (PET-CT) - budowa sieci ośrodków PET-CT”, Ministerstwo Zdrowia zleciło Agencji Oceny Technologii Medycznych⁹⁶ (brak dokumentu potwierdzającego ten fakt) sporządzenie analizy potrzeb i kosztów budowy sieci ośrodków PET w Polsce, z uwzględnieniem sytuacji epidemiologicznej i demograficznej. Wykonanie tej analizy AOTM zleciła jednak Wyższej Szkole Biznesu w Nowym Sączu (koszt wykonania 18 tys. zł). W analizie tej dokonano porównania efektywności klinicznej i ekonomicznej pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) z technologiami diagnostycznymi finansowanymi ze środków publicznych. Nie określono natomiast liczby ośrodków PET, które powinny powstać w Polsce oraz nie oszacowano kosztów budowy sieci z uwzględnieniem sytuacji epidemiologicznej i demograficznej.

Spośród 13 oferentów 30 października 2006 r. Komisja konkursowa wybrała 8 realizatorów programu „Program Tomografii Pozytonowej (PET-CT) - budowa sieci ośrodków PET-CT”, w tym 5 ośrodków z wyposażeniem w skaner PET-CT (Warszawa – 2, tj. SP Centralny Szpital Kliniczny i Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, Kielce – 1, tj. Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Gdańsk – 1, tj. Akademickie Centrum Kliniczne – Szpital Akademii Medycznej w Gdańsku i warunkowo Poznań – 1, tj. Akademia Medyczna w Poznaniu z Wielkopolskim Centrum Onkologii) oraz 3, którym przyznano środki na rozbudowę i doposażenie obiektów wytwarzających radiofarmaceutyki⁹⁷. Wybrane ośrodki były tożsame z wymienionymi w protokole z posiedzenia Rady ds. Zwalczania Chorób

⁹³ Łącznie z wartością środków przekazanych na realizację umów w poszczególnych latach i zobowiązaniami z lat ubiegłych.

⁹⁴ Patrz przypis 5.

⁹⁵ Tj. 86,2% kwoty 510.926,5 tys. zł.

⁹⁶ Zwanej w dalszej części informacji także „AOTM”.

⁹⁷ Centrum Onkologii w Gliwicach – zakup cyklotronu; Centrum Onkologii w Bydgoszczy - rozbudowa laboratorium produkcji radiofarmaceutyku; Uniwersytet Warszawski Środowiskowe Laboratorium Ciężkich Jonów – doposażenie pracowni produkcji radiofarmaceutyku.

Nowotworowych, z 13 września 2006 r.⁹⁸, a także z Programem zaakceptowanym przez Ministra Zdrowia 18 września 2006 r., tj. 6 tygodni przed rozstrzygnięciem konkursu ofert.

Wśród wybranych ośrodków wyposażonych w skaner PET-CT nie było Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Komisja powołana do ustalenia faktycznego przygotowania infrastruktury pod kątem możliwości wykorzystania środków finansowych i instalacji urządzeń przewidzianych do zakupu w 2008 r., po przeprowadzeniu wizytacji we wszystkich ośrodkach wybranych do instalacji PET-CT, stwierdziła zagrożenie terminu utworzenia ośrodka PET-CT w Akademickim Centrum Klinicznym w Gdańsku. W kwietniu 2008 r. informację tę uzyskała podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, nadzorująca realizację tego zadania. Pół roku później, 14 listopada 2008 r., Minister Zdrowia podjęła decyzję o przyznaniu Centrum Onkologii w Bydgoszczy środków na zakup drugiego urządzenia PET-CT, w wysokości 10 mln zł, pierwotnie przeznaczonych dla Akademickiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

W ocenie NIK, zmiana przeznaczenia środków nastąpiła nie tylko wbrew ustaleniom Komisji konkursowej, ale była niecelowa i niegospodarna, gdyż PET-CT, już funkcjonujący w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, był wykorzystany zaledwie w 50%.

Ponadto, stwierdzono, że decyzje Komisji konkursowej o rozmieszczeniu ośrodków PET-CT w Polsce nie były podjęte w oparciu o analizę potrzeb i kosztów ich budowy, sytuacji epidemiologicznej i demograficznej oraz wiedzy o możliwościach finansowania tych badań przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

Jako nierzetelność NIK ocenia również brak dokumentu w Ministerstwie Zdrowia, zlecającego sporządzenie ww. analizy, co uniemożliwiło stwierdzenie, czy wykonana praca była zgodna ze zleceniem.

„Program Tomografii Pozytonowej (PET-CT) - budowa sieci ośrodków PET-CT” na lata 2006-2008, opracowany przez koordynatora programu prof. Leszka Królickiego, przyjęty 18 września 2006 r. przez Ministra Zdrowia, zakładał, że jeden ośrodek PET powinien przypadać na 10 mln mieszkańców, tj. potrzeba w Polsce 4 - 5 ośrodków. Tymczasem, 8 września 2006 r. dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ, w informacji dla wiceministra zdrowia, rekomendował powstanie 6 ośrodków PET, bez uzasadnienia potrzeby utworzenia większej ich liczby oraz nie posiadając wiedzy o możliwościach finansowania tych badań przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

⁹⁸ Załącznik do protokołu Nr 16 z posiedzenia Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych.

W Komisji konkursowej brali udział jako eksperci: prof. Leszek Królicki – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, autor i koordynator Programu, pełniący jednocześnie funkcję kierownika Zakładu Medycyny Nuklearnej Centralnego Szpitala Klinicznego AM w Warszawie oraz dr Janusz Meder – przedstawiciel Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych, pełniący jednocześnie funkcję kierownika Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Centrum Onkologii w Warszawie, tj. pracownicy ośrodków wybranych na realizatorów tego zadania, co, w ocenie NIK, nie dawało gwarancji bezstronnego wyboru realizatorów „Programu Tomografii Pozytonowej (PET-CT) - budowa sieci ośrodków PET-CT”.

Do zakończenia kontroli, tj. 31 grudnia 2008 r., w 10 województwach (zachodniopomorskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim, lubuskim, lubelskim, łódzkim, podkarpackim, małopolskim, opolskim) nie było zainstalowanych urządzeń typu PET-CT, w 5 województwach, kujawsko-pomorskim (docelowo 2 urządzenia), świętokrzyskim, śląskim, dolnośląskim i wielkopolskim po 1 PET-CT, a w mazowieckim 3 urządzenia PET-CT.

W ocenie NIK, taka lokalizacja ośrodków PET nie zapewniała pacjentom równomiernego dostępu do badań tomografii pozytonowej w skali kraju.

3.2.1.4. Na realizację programu „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”, w ramach NPZChN, wydatkowano z budżetu państwa 307.495 tys. zł⁹⁹, co stanowiło 71,3% planu (431.178 tys. zł).

Program na lata 2006-2008 przewidywał finansowanie kosztów zakupu aparatury radioterapeutycznej dla szpoz, wymiany wyeksploatowanej aparatury medycznej w istniejących ośrodkach radioterapii oraz utworzenia nowych stanowisk do radioterapii, celem wyrównania różnic regionalnych w dostępie do tej metody leczenia nowotworów.

W wyniku realizacji programu w latach 2006-2007 r., zwiększyło się wyposażenie ośrodków radioterapii m.in. w tomografy komputerowe (z 23 do 30), symulatory (z 36 do 39), systemy planowania leczenia (z 66 do 77) oraz akceleratory (z 70 do 84). Nastąpiła także poprawa jakości aparatury posiadanej przez zakłady radioterapii, gdyż część akceleratorów unowocześniono o kolimatory wielolistkowe (MLC), mikrokolimatory wielolistkowe (microMLC), opcje intensywnej modulacji radioterapii (IMRT), system portalowej wizualizacji wiązki (EPID), zintegrowany system obrazowania rentgenowskiego (IGRT).

⁹⁹ Do 30 czerwca 2008 r. nie wydatkowano środków na program „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”, mimo że w planie zabezpieczono 123.385 tys. zł.

Stwierdzono jednak przypadki finansowania przez Ministerstwo Zdrowia zakupów sprzętu innego niż aparaturowy i dofinansowywanie infrastruktury budowlanej, co było niezgodne z założeniami programu „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Dopuszczenie i modernizacja zakładów radioterapii”. Minister Zdrowia, 23 czerwca 2006 r., zawarł bowiem umowę z Centrum Onkologii w Warszawie na zakup zestawów unieruchomień pacjentów¹⁰⁰ (36 pozycji), o wartości brutto 1.185 tys. zł oraz okablowania bunkrów na kwotę 39 tys. zł. Należy zaznaczyć, że dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie, który złożył ofertę na realizację tego zadania, był w 2006 r. ekspertem w Komisji konkursowej, powołanej w celu wyboru realizatorów powyższego zadania.

W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert w 2006 r. Szpitalowi Wojewódzkiemu im. Św. Łukasza w Tarnowie przyznano 4 mln zł na zakup akceleratora, o 2 mln zł za mało, aby zakupić wyposażenia niezbędne do jego uruchomienia. Dyrektor Szpitala wystąpił o brakujące 2 mln zł, ale ich nie otrzymał. Zakupiony 5 grudnia 2006 r. akcelerator, o wartości 4 mln zł, był oddany dostawcy na przechowanie. Został uruchomiony dopiero w maju 2008 r.

3.2.1.5. W badanym okresie Minister Zdrowia nie zapewnił właściwej kontroli świadczeń, finansowanych w ramach Programu, do czego zobowiązywał go art. 4 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego NPZChN.

Minister Zdrowia, na podstawie art. 33g ust. 15 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe¹⁰¹, wydał 2 lutego 2007 r. rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących formy i treści wzorcowych i roboczych medycznych procedur radiologicznych¹⁰². Do czasu zakończenia kontroli, mimo upływu 4 lat obowiązywania ustawy, nie powołał jednak członków Komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych¹⁰³, m.in. w zakresie radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej, zgodnie z art. 33g ust. 3 ustawy – Prawo atomowe. W związku z niepowołaniem członków tych komisji nie zostały opracowane wzorcowe procedury radiologiczne dla uzasadnionych ekspozycji medycznych, uznanych za standardowe,

¹⁰⁰ Faktura VAT wystawiona przez firmę RTA Sp. z o.o. z dnia 30 listopada 2006 r. obejmowała zakup m.in. 14 podpórek z włókna węglowego do unieruchomienia pacjenta w terapii piersi (pełny zestaw) x 20.584,96 zł = 288.189, 44 zł, podstawki z włókna węglowego do unieruchomienia pacjentów w obrębie klatki piersiowej (pełny zestaw) – 7 szt. x 11.134,76 zł = 77.943,32 zł, wykroje trzypunktowe z profilami do podstawek Posfix (perforacja z dużymi dziurami) 800 szt. x 91,40 zł = 73.120 zł, 66 poduszek o wartości brutto ogółem 78.408,89 zł i 3.220 wykroi o wartości brutto 419.933,92 zł.

¹⁰¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.

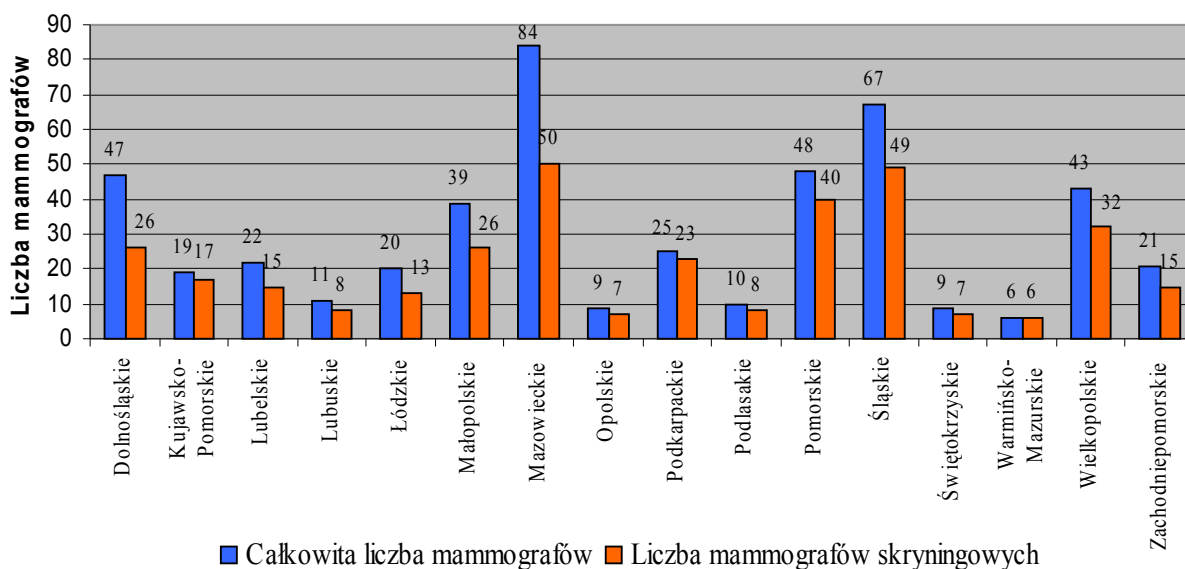
¹⁰² Dz. U. Nr 24, poz. 161.

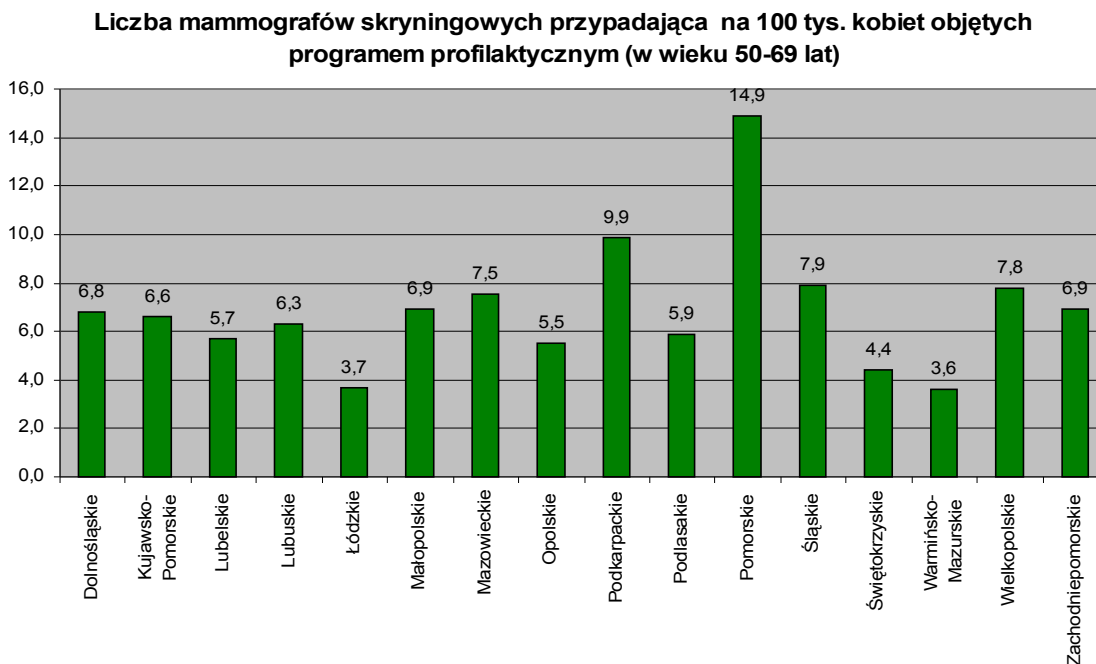
¹⁰³ Art. 33g ust. 1 pkt 1 – 3 (w zakresie radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej, radiologii - diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej).

uniemożliwiając tym samym jednostkom ochrony zdrowia wykorzystującym promieniowanie jonizujące opracowanie, na ich podstawie, roboczych procedur postępowania wymaganych przez system zarządzania jakością. Nie przeprowadzono też audytu zewnętrznego, obejmującego przegląd poprawności stosowanych procedur w zakresie udzielanych świadczeń oraz kwalifikacji personelu, wyposażenia w aparaturę, warunków lokalowych i systemu zarządzania jakością.

Badania mammograficzne w ramach programu profilaktyki raka piersi wykonywane były w 2008 r. przy pomocy 342 aparatów mammograficznych z 480 aparatów zainstalowanych w Polsce (tj. 71%).

Liczba mammografów wykorzystywanych w programie profilaktyki raka piersi w poszczególnych województwach w 2008 r.





Źródło danych: liczba kobiet w wieku 50-69 lat wg danych GUS za 2007 r.; dane dotyczące liczby mammografów wg Ministerstwa Zdrowia za 2008 r.

Minister Zdrowia zlecił WOK i COK wykonanie kontroli jakości badań mammograficznych¹⁰⁴, mimo że nie były one podmiotami uprawnionymi do przeprowadzania testów specjalistycznych. Takie testy mogły być wykonywane przez laboratoria funkcjonujące w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych lub laboratoriach badawczych posiadających akredytację na zgodność z normą PN-EN-ISO 17025¹⁰⁵.

Ośrodki Koordynujące (COK i WOK) przeprowadziły jednak w 2007 r. kompleksowe kontrole jakości badań mammograficznych¹⁰⁶, wykonywanych

¹⁰⁴ Programy badań przesiewowych raka piersi i raka szyjki macicy stanowią integralną część wieloletniego Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. Jako docelową populację skryningu raka piersi i raka szyjki macicy wybrano kobiety odpowiednio w wieku 50-69 lat i 25-59 lat. Wyżej wymienione programy przesiewowe podzielone były na część administracyjno-logistyczną, finansowaną z budżetu państwa i część związaną z bezpośrednim wykonywaniem badań, finansowaną przez NFZ. W ramach części administracyjno-logistycznej finansowane były Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące profilaktyczne programy raka piersi i raka szyjki. W wyniku postępowania konkursowego przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia w 2005 r. we wszystkich województwach wyłoniono ośrodki koordynujące programy. W dniu 1 grudnia 2005 r. zostały podpisane umowy pomiędzy Ministrem Zdrowia a wybranym ośrodkiem koordynującym. M.in. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie realizuje zadania Centralnego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka piersi (COK).

¹⁰⁵ § 10 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).

¹⁰⁶ Kontrole jakości w zakresie stosowania wymaganych procedur i testów specjalistycznych przy wykonywaniu badań mammograficznych były prowadzone przez fizyków medycznych i radiologów wyznaczonych przez WOK programu raka piersi. Audyt kliniczny zdjęć mammograficznych przekazanych

w pracowniach uczestniczących w realizacji programu profilaktyki raka piersi. Spośród 294 ocenianych pracowni 110 (37,4%) nie spełniało wymagań technicznych i jakości badań skryningowych.

Ośrodki koordynujące nie miały także uprawnień występowania do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (PWIS) z wnioskami o czasowe lub stałe cofnięcie zgody na udzielanie świadczeń jednostkom ochrony zdrowia, które nie spełniały wymagań jakości usług i bezpieczeństwa pacjentów, określonych przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia, wydanymi na podstawie art. 33c ust. 9 i art. 33e ust. 6 ustawy – Prawo atomowe¹⁰⁷.

Uprawnienia takie miałyby natomiast Komisja do spraw procedur i audytu zewnętrznego w zakresie radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej, gdyby Minister Zdrowia powołał jej członków¹⁰⁸.

Zgodnie z art. 5 w związku z art. 4 ustawy Prawo atomowe, właściwy terenowo PWIS posiada uprawnienia do wydawania lub cofania zezwoleń na wykonywanie działalności polegającej m.in. na prowadzeniu pracowni, w których miały być stosowane źródła promieniowania jonizującego.

Ponadto, Minister Zdrowia - w umowach zawartych z COK i WOK - nie zobowiązał ich do informowania właściwego terenowo PWIS, krajowego i wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia o stwierdzonych nieprawidłowościach, wynikających z audytu klinicznego

przez realizatorów tego programu wykonany został przez ekspertów wybranych przez COK. W 2007 r. przeprowadzono ocenę zdjęć mammograficznych w ośrodkach wykonujących badania skryningowe. Pracownie poproszono o przygotowanie 2 reprezentatywnych zestawów prawidłowych zdjęć. Zespół złożony z 3 ekspertów wybranych z listy zatwierdzonej przez krajowego konsultanta ds. radiologii – diagnostyki obrazowej oceniał jakość obrazu. W momencie ich oceny dane identyfikacyjne kobiety były utajnione.

¹⁰⁷ Odpowiednio: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).

¹⁰⁸ Zgodnie z wyjaśnieniem Pana Marka Twardowskiego, podsekretarza stanu w MZ, Minister Zdrowia powierzył Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu (GIS) zadania związane z powołaniem „Komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych” w zakresie radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej, oraz radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej. GIS opracował harmonogram działań Komisji, a upoważnienia do prac dla każdej z ponad 60 osób zostały podpisane przez Ministra Zdrowia w dniu 21 stycznia 2009 r.

i kontroli jakości badań mammograficznych¹⁰⁹. Tym samym podmioty te były pozbawione tej wiedzy i nie mogły podjąć działań zapobiegających nieprawidłowościom.

Dopiero w trakcie kontroli, w dniu 27 listopada 2008 r., podsekretarz stanu w MZ, Pan Marek Twardowski zwrócił się do Głównego Inspektora Sanitarnego o podjęcie współpracy umożliwiającej wyeliminowanie świadczeniodawców niespełniających określonych wymagań. Ministerstwo Zdrowia zobowiązało także WOK do przekazywania PWIS i konsultantom wojewódzkim w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej informacji o wynikach swoich kontroli¹¹⁰.

Ministerstwo Zdrowia 2 sierpnia 2006 r. zawarło z Centrum Onkologii w Warszawie umowę na zakup 17 zestawów do testów specjalistycznych kontroli jakości badań mammograficznych, za kwotę 1.840 tys. zł i nieodpłatnego ich przekazania WOK.

Ministerstwo zakupiło dla ośrodków koordynujących ww. zestawy o wartości 1.837 tys. zł oraz wydatkowało około 1.449 tys. zł na kontrole badań jakości tych świadczeń.¹¹¹

¹⁰⁹ Według „Informacji o aparatach mammograficznych wykorzystywanych w ramach „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi”, przygotowanej przez Państwową Inspekcję Sanitarną (PIS) w 2009 r., w programie skryningowym w 2008 r. wykorzystywano 342 aparaty (71% wszystkich mammografów w kraju – 480) Z tej liczby 50% mammografów znajdowało się w 4 województwach (pomorskie, śląskie, mazowieckie i wielkopolskie). PIS skontrolowała w 2008 r. 155 (45,3%) mammografy używane do badań skryningowych, a dla 32 (9,4%) wykonała testy specjalistyczne, z których 2 mammografy uzyskały wynik negatywny. Ponadto, w 2008 r. wykonane testy specjalistyczne dla 273 mammografów, z których 139 miało przynajmniej jeden test specjalistyczny negatywny.

¹¹⁰ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2006 r. w sprawie nadzoru i kontroli w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej w jednostkach organizacyjnych stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych (Dz. U. z 2007 r. Nr 1, poz. 11), Państwowa Inspekcja Sanitarna okresowo przeprowadza kontrole w zakresie przestrzegania przepisów określających wymagania ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich.

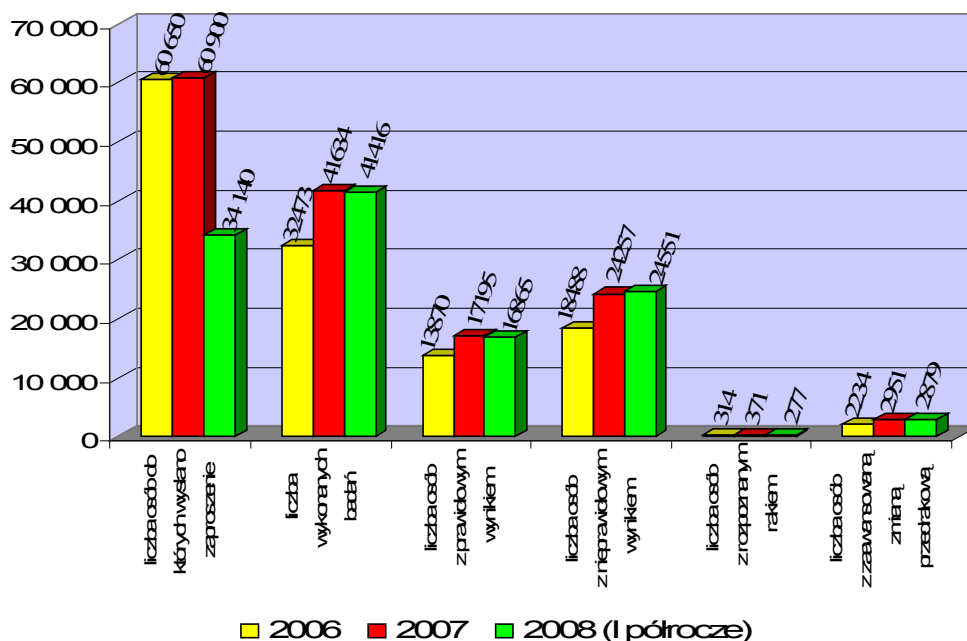
¹¹¹ W dniach od 29 kwietnia do 30 maja 2008 r. Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg w Ministerstwie Zdrowia przeprowadził kontrolę w Centrum Onkologii w Warszawie w zakresie działalności jednostki ze szczególnym uwzględnieniem realizacji „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi” w ramach NPZChN w 2007 r. W wystąpieniu pokontrolnym, znak: MZ-DNK-0923-6786-6/MO/08 z dnia 15.10.2008 r., skierowanym do dyrektora Centrum Onkologii stwierdzono m.in., że Pani E. F., będąc kierownikiem audytu w COK, wykonywała zadania: „Koordynacja i nadzór nad całością programu, w tym kontrola jakości badań mammograficznych oraz audyt kliniczny”, „Przeprowadzanie wizytacji WOK” oraz „Współpraca z towarzystwami naukowymi, organizacjami samorządowymi, konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w zakresie realizacji programu”, które były finansowane częściowo w ramach umowy o pracę na stanowisku adiunkta w Zakładzie Fizyki Medycznej Centrum Onkologii, a częściowo w ramach umowy-zlecenia, która została rozwiązana z dniem 17 kwietnia 2008 r. W umowach cywilnoprawnych zawarto postanowienia, że powierzone ww. zadania nie należą do obowiązków wynikających z umowy o pracę. Jednocześnie Pani E. F. prowadziła działalność gospodarczą polegającą na wykonywaniu testów specjalistycznych na rzecz ośrodków realizujących badania mammograficzne, o czym nie poinformowała dyrektora Centrum Onkologii (w 1 z 18 przypadków testy specjalistyczne wykonała firma Pani E. F.). Powyższa sytuacja, w ocenie NIK, mogła świadczyć o powstaniu konfliktu interesów i stwarzała uzasadnione wątpliwości co do bezstronności kontroli prowadzonych przez Panią E.F. na podstawie umowy cywilnoprawnej. Z ustaleń kontroli NIK wynika, że firma Pani E. F. - MEASURE Laboratorium Badawcze z siedzibą w Warszawie, przeprowadziła w IV kwartale 2007 r. 2 szkolenia w Białostockim Centrum Onkologii w Białymstoku m.in. w zakresie wykonywania mammograficznych badań skryningowych.

3.2.1.6. W badanym okresie na realizację badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego¹¹² Ministerstwo Zdrowia wydatkowało 25.656 tys. zł, co stanowiło 62,5% planu (w I półroczu 2008 r. nie były realizowane planowane wydatki). Ministerstwo finansowało m.in. koszty badań przesiewowych jelita grubego (badanie kolonoskopowe), utworzenie i funkcjonowanie biura do obsługi programu (biuro utworzono w Centrum Onkologii w Warszawie) oraz szkolenia lekarzy kolonoskopistów.

Liczba realizatorów programu badań jelita grubego, wyłonionych w trybie konkursu ofert, w latach 2006-2008, wynosiła odpowiednio: 85, 79 i 76.

W latach 2006-2008 (I półrocze) w ramach ww. programu wykonano 115.523 badania kolonoskopowe, lecz brak było danych co do liczby przebadanych osób¹¹³. U 962 osób wykryto nowotwór jelita grubego (0,83% zbadanych osób) oraz stwierdzono zaawansowaną zmianą przedrakową u 8.064 osób (6,98% zbadanych osób).

Program profilaktyki raka jelita grubego



¹¹² Patrz przypis 13.

¹¹³ Dane według Biura ds. Programu Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, utworzonego w Centrum Onkologii - Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

W latach 2006-2007 Ministerstwo Zdrowia, na podstawie umów ze świadczeniodawcami, sfinansowało koszty wykonania 74.107 badań na łączną kwotę 23.940 tys. zł, tj. 97,2% planowanej kwoty (24.622 tys. zł). W I półroczu 2008 r. nie wydatkowało środków na ww. cel, co oznacza, że świadczeniodawcy wykonujący takie badania w ramach Programu finansowali ich koszty z własnych środków¹¹⁴.

3.2.1.7. Komisja konkursowa, wyłaniająca realizatorów dwóch programów edukacyjnych¹¹⁵, spośród ofert spełniających warunki konkursu (firmy Medius Spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie i Centrum Onkologii w Warszawie) wybrała oferty Centrum Onkologii, kierując się przepisami § 4 ust. 6 zarządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2003 r.¹¹⁶, na podstawie których realizatorem mógł być publiczny lub niepubliczny zoz, jednostka badawczo-rozwojowa lub płatnik usług medycznych. Wykluczenie Spółki Medius z postępowania konkursowego było niezgodne z przepisem art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu NPZChN, stanowiącym, że realizatorami programów mogły być wszystkie podmioty prawa funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia. Ponadto, Komisja nie uwzględniła opinii Departamentu Prawnego w MZ, z 28 lipca 2006 r., stwierdzającej brak podstaw do wykluczenia Spółki z konkursu.

Należy zwrócić uwagę, że koszt przeszkolenia jednego uczestnika w ramach programu pn. „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” oferowany przez Medius Sp. z o.o., zapewniającą kadre wykładową na wysokim poziomie i gwarantującą możliwość objęcia programem dużej liczby uczestników¹¹⁷, był ponad 10-krotnie niższy niż określony

¹¹⁴ Umowy podpisano w okresie od 11 czerwca do 25 czerwca 2008 r. nadając im moc obowiązywania od 2 stycznia 2008 r.

¹¹⁵ Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym oraz Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne.

¹¹⁶ W sprawie zasad prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. MZ 2004 r. Nr 1, poz. 2). Przepisy zarządzenia weszły w życie 16 stycznia 2004 r. i zostały uchylone 7 lutego 2007 r. na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z 2 stycznia 2007 r. w sprawie prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. MZ 2007 r. Nr 1, poz. 1), zgodnie z którym realizatorem lub koordynatorem programu może być każdy podmiot spełniający kryteria wyboru realizatora lub koordynatora programu zdrowotnego, określone w programie, a w szczególności publiczny lub niepubliczny zoz, jednostka badawczo-rozwojowa, płatnik usług medycznych, a także jednostki budżetowe podległe ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, realizujące zadania w zakresie ochrony zdrowia.

¹¹⁷ Zgodnie z ogłoszeniem o decyzji Komisji Konkursowej z 9 sierpnia 2006 r. oferta firmy „Medius” Sp. z o.o. została pozytywnie oceniona. Komisja uwzględniła jednak opinię Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji wskazującą na brak możliwości zawarcia umowy z firmą „Medius”, z uwagi na postanowienie § 4 ust. 6 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie zasad prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych.

w wybranej ofercie Centrum Onkologii w Warszawie¹¹⁸. Działanie takie NIK ocenia jako niegospodarne.

Wybór ofert Centrum Onkologii w Warszawie umożliwił wypłatę poszczególnym osobom, realizującym zadania tego programu w latach 2006-2008 (I półrocze), wynagrodzeń w wysokości nawet do 619 tys. zł¹¹⁹. Wynagrodzenie w takiej wysokości otrzymał członek Rady do Spraw Zwalczenia Chorób Nowotworach w MZ, do zadań której należało m.in. opiniowanie wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu oraz dokumentacji dotyczącej wymagań związanych z konkursami ofert¹²⁰.

W latach 2006-2007 Ministerstwo Zdrowia nie zobowiązało realizatorów tego programu do przedstawienia danych o osobach odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań (m.in. imiennej listy wykładowców) oraz rodzajach i wysokości poniesionych kosztów, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. Obowiązek taki wprowadzono dopiero w umowach zawartych na 2008 r.

3.2.1.8. Stwierdzono znaczne dysproporcje w liczbie przeszkolonych lekarzy w ramach zadań: „Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne” oraz „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” w latach 2006-2008 (I półrocze) w poszczególnych województwach. W ramach pierwszego programu w województwie mazowieckim przeszkolono 506 lekarzy, podczas gdy w województwie dolnośląskim nie przeszkolono żadnego. W ramach drugiego programu przeszkolono 10 lekarzy w województwie opolskim i 373 w województwie mazowieckim. Przyczyną tych dysproporcji było m.in. usytuowanie ośrodków prowadzących szkolenia (Łódź, Warszawa), w których odnotowano najwyższą liczbę przeszkolonych lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej¹²¹. Dyrektor Centrum Onkologii Warszawie, realizator programów ww. szkoleń wyjaśnił natomiast, że przyczyna wyżej opisanej dysproporcji jest złożona i wynika z nadmiernego obciążenia lekarzy dodatkowymi

¹¹⁸W ofercie Centrum Onkologii z 14 lipca 2006 r. całkowity koszt przeszkolenia 480 osób skalkulowano na kwotę 778.975 zł (koszt jednego uczestnika 1.622,86 zł.), natomiast w ofercie Spółki Medius całkowity koszt przeszkolenia 3.920 osób skalkulowano na kwotę 446.300 zł (średni koszt jednego uczestnika 113,85 zł).

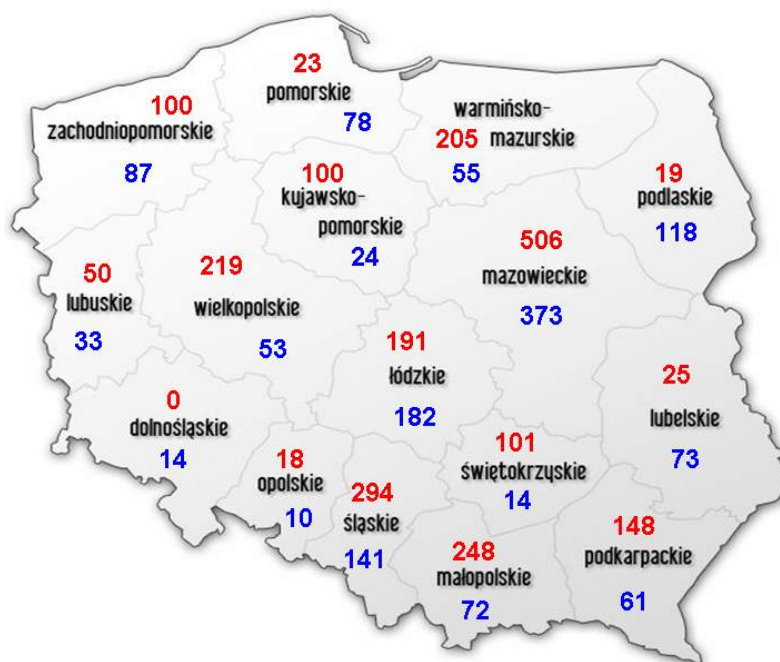
¹¹⁹Najwyższe wynagrodzenie w badanym okresie otrzymały osoby, zatrudnione w Centrum Onkologii w Warszawie: J.M. – 619 tys. zł, G.L. – 487 tys. zł, G. P. – 153 tys. zł, W. Ch. – 147 tys. zł, W. L. – 148 tys. zł oraz M. R. – 123 tys. zł.

¹²⁰ Art. 6 ust. 4 pkt 1 i 7 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego NPZChN.

¹²¹ Dotyczy „Szkolenia lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym”.

obowiązkami w ciągu tygodnia, braku motywacji do wykorzystania wolnych dni na szkolenia, których ukończenie nie przekłada się na poprawę ich sytuacji materialnej.

Liczbę przeszkolonych lekarzy w ramach programu „Szkolenie lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne” oraz „Szkolenia lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” w badanym okresie prezentuje poniższy rysunek:



- Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne
- Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym

3.2.1.9. Jedynym źródłem danych epidemiologicznych o nowotworach złośliwych występujących na terenie Polski był Krajowy Rejestr Nowotworów, współpracujący z 16 rejestrami regionalnymi oraz rejestrami prowadzonymi w obszarze poszczególnych specjalności.

W wyniku przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia konkursu ofert¹²² na realizatorów zadania „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach” na lata 2006-2008, zawarte zostało odpowiednio 30, 30 i 29 umów o wartości odpowiednio 2.242 tys. zł, 2.050 tys. zł i 1.250 tys. zł

¹²² Ogłoszenie konkursowe z 11 maja 2006 r., ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu 20 czerwca 2006 r.

Wydatki poniesione na realizację ww. zadania, w okresie 2006-2008 (I półrocze), wyniosły 4.194 tys. zł, co stanowiło 65,6% planu.

W wyniku działań Ministra Zdrowia na rzecz poprawy systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach wyposażono KRN i regionalne rejestry nowotworów w sprzęt komputerowy i programy informatyczne¹²³. W ocenie NIK, umożliwi to sprawniejsze wykonywanie zadań i opracowywanie danych statystycznych istotnych dla monitorowania występowania chorób nowotworowych w kraju, efektów ich diagnozowania i leczenia.

3.2.1.10. Minister Zdrowia nie zrealizował delegacji zawartej w art. 10 ust. 4 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zoz¹²⁴ i nie określił w drodze rozporządzenia sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej, w tym lekarzy¹²⁵, pomimo że ww. przepis wszedł w życie 5 grudnia 1997 r.

Ministerstwo określało liczbę miejsc specjalizacyjnych lekarzy nie dysponując wszystkimi informacjami, które powinny być wykorzystane do podjęcia takich decyzji.

Minister Zdrowia nie egzekwował od konsultantów pełnej realizacji zadań, o których mowa w § 5 pkt 2-4 i pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich¹²⁶, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. Konsultanci krajowi w dziedzinach związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym¹²⁷ w szczególności nie sporządzali w latach 2006-2007 opinii o potrzebach kadrowych¹²⁸, co było niezgodne z § 5 pkt 6 ww. rozporządzenia. Podstawy do planowania liczby miejsc specjalizacyjnych w ww. dziedzinach nie mogły stanowić coroczne raporty z działalności konsultantów krajowych, gdyż nie zawierały

¹²³ W Ministerstwie Zdrowia NIK nie kontrolowała zakupów ww. sprzętu i oprogramowania.

¹²⁴ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.; art. 10 ust. 4 obowiązuje od 5 grudnia 1997 r.

¹²⁵ Patrz przypis 36.

¹²⁶ Do zadań konsultanta krajowego należy w szczególności przeprowadzanie kontroli zakładów opieki zdrowotnej dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne w zakresie wynikającym z określonych programów kształcenia (§ 5 pkt 2), kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych (§ 5 pkt 3), kontrola wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania przy realizacji zadań dydaktycznych zgodnie z określonymi standardami (§ 5 pkt 4) oraz sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych w danej dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia na obszarze kraju na rok następny (§ 5 pkt 6); Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm.

¹²⁷ Konsultanci krajowi w dziedzinach: radiologii i diagnostyki obrazowej, onkologii klinicznej, medycyny nuklearnej, ginekologii onkologicznej, położnictwa i ginekologii, medycyny rodzinnej, chirurgii onkologicznej.

¹²⁸ Opinie o potrzebach kadrowych na rok następny konsultanci krajowi winni sporządzać w terminie do 30 listopada każdego roku.

kompletnych danych o potrzebach kadrowych, ani w skali kraju, ani w poszczególnych województwach. Raporty nie zawierały również dokładnych informacji o kontrolach przeprowadzonych w zakładach opieki zdrowotnej w zakresie realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, dostępności do świadczeń zdrowotnych i wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej w aparaturę i sprzęt medyczny.

Jak wynika z wyjaśnień dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, przyczyną niesporządzania przez konsultantów krajowych kompletnych rocznych raportów, dokumentujących wykonanie zadań w zakresie reprezentowanej przez nich dziedziny medycyny, było niewywiązywanie się konsultantów wojewódzkich z obowiązku dostarczania im niezbędnych danych, a jednocześnie brak narzędzi umożliwiających ich egzekwowanie.

Od 5 czerwca 2009 r. obowiązuje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia określająca m.in. zadania konsultantów oraz zasady ich współpracy.

3.2.1.11. Minister Zdrowia nie skorzystał z możliwości określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych (zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy o zoz), o co NIK postulowała od 2004 r.¹²⁹ Opiniował natomiast zarządzenia, wydane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, określające m.in. kwalifikacje kadry medycznej, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do udzielania tych świadczeń.

W ocenie NIK, zasadnym byłoby określenie takich standardów w drodze rozporządzenia, mimo że delegacja ustawowa ma charakter fakultatywny. Standardy te gwarantowałyby właściwy poziom świadczeń zdrowotnych.

3.2.1.12. Ministerstwo Zdrowia nie realizowało zadań NPZChN w terminach określonych uchwałami Rady Ministrów na poszczególne lata¹³⁰. Skutkiem tego były opóźnienia w zawieraniu umów m.in. na realizację programów: „Modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych” w 2006 r. i 2008 r. oraz „Tomografia Pozytonowa (PET-CT) - budowa sieci ośrodków PET-CT” w 2007 r. Opóźnienia wynosiły nawet 5-6 miesięcy, co znacznie skróciło okres realizacji zadań,

¹²⁹ Patrz przypis 37; do dnia zakończenia kontroli zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej.

¹³⁰ Patrz przypis 26.

a w przypadku drugiego z ww. programów uniemożliwiły wykorzystanie planowanych środków do końca roku budżetowego. Stwierdzono przypadki nadawania umowom mocy obowiązywania z datą wcześniejszą, zarówno od rozstrzygnięcia konkursu, jak też zawarcia umowy. Działania takie NIK ocenia jako nierzetelne.

3.2.1.13. Ministerstwo Zdrowia nie przeprowadzało kontroli prawidłowości wykorzystania środków finansowych na realizację NPZChN w latach 2006-2007, mimo obowiązku wynikającego z art. 153 ust. 2 i 3 ustawy o finansach publicznych. Zaniechanie tej kontroli NIK ocenia jako działanie nierzetelne i nielegalne¹³¹.

3.2.2. Realizacja zadań Narodowego programu przez Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”¹³² i „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”¹³³.

3.2.2.1. W latach 2006-2008 (I półrocze) realizacja ww. programów polegała na współpracy Ministerstwa Zdrowia, które finansowało ich część administracyjno-logistyczną (zadania Centralnych i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących), z Narodowym Funduszem Zdrowia, finansującym wykonanie badań profilaktycznych w ramach tych programów.

Koordinatorem i autorem programu profilaktyki raka szyjki macicy był prof. dr hab. Marek Spaczyński, ordynator oddziału Onkologii w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik katedry ginekologii, położnictwa i onkologii ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

NIK zwraca uwagę, że prof. M. Spaczyński w tym samym okresie wykonywał inne zadania, w tym m.in. udzielał konsultacji medycznych; wykonywał tzw. kołaudacje pytań egzaminacyjnych; przeprowadzał egzaminy testowe i ustne oraz wykłady dla położnych, co mogło mieć niekorzystny wpływ na jakość realizowanego programu.

¹³¹ Z wyjaśnień Izabeli Trojanowskiej – dyrektora w Departamencie Nadzoru, Kontroli i Skarg w MZ wynika, że w pierwszych dwóch latach realizacji NPZChN (2006-2007) Ministerstwo nie prowadziło kontroli u realizatorów programu. W planach kontroli Ministerstwa na lata 2006-2007 takich kontroli też nie ujęto. Kontrole związane z realizacją tego programu ujęto w planie na rok 2008, które dotyczyły:

- 1) wykorzystania środków publicznych przeznaczonych w latach 2006-2007 na realizację programów zdrowotnych stanowiących elementy NPZChN w zakresie zakupu aparatury medycznej w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie – plan - I kwartał 2008 r.
- 2) realizacji populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu – plan - III kwartał 2008 r. – kontrola niezrealizowana.

¹³² Patrz przypis 11.

¹³³ Patrz przypis 12.

Koordynatorem i autorem programu profilaktyki raka piersi był prof. Marek Nowacki, dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie.

3.2.2.2. We wrześniu 2005 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs na utworzenie ośrodków koordynujących ww. programy¹³⁴. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert, 18 października 2005 r. wybrano 16 realizatorów „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi – część administracyjno-logistyczna (2005-2010)”, w tym COK (Centrum Onkologii w Warszawie) i 15 WOK (oprócz województwa lubuskiego¹³⁵), a 25 października 2005 r. 17 realizatorów „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy – część administracyjno-logistyczna (2005-2010)”, w tym COK (Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu) i 16 WOK.

Do zadań Centralnego Ośrodka Koordynującego ww. programy należało m.in.: koordynacja i nadzór nad całością programu; stworzenie i prowadzenie centralnej bazy danych, powiązanej z WOK oraz wojewódzkimi i Krajowym Rejestrem Nowotworów, monitorowanie kobiet z nieprawidłowym wynikiem testu. Do Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego (WOK) natomiast należało koordynowanie, monitorowanie, sprawowanie nadzoru nad programem, prowadzenie działań na rzecz wysokiej zgłaszalności kobiet, organizowanie i prowadzenie szkoleń, kontrola przebiegu skryningu, współpraca z COK, wojewódzkimi i KRN.

W umowach o realizację zadań COK i WOK Ministerstwo Zdrowia nie określiło zasad współpracy z tymi ośrodkami i z KRN oraz z organami administracji rządowej, samorządami województwa i Narodowym Funduszem Zdrowia.

*W ocenie kierownika WOK, utworzonego w **Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu**, COK, koordynujący zarówno program profilaktyki raka szyjki macicy, jak i raka piersi, nie reagował na zgłaszane wnioski dotyczące poprawy realizacji programu, szczególnie w tak ważnych sprawach, jak kontrola jakości udzielanych świadczeń.*

Zdaniem NIK, ustalenie ww. zasad współpracy mogłoby przyczynić się do podniesienia skuteczności działań podejmowanych przez COK i WOK.

¹³⁴ W dniu 7.09.2005 r. ogłoszono konkursy na wybór realizatorów „Programu wczesnej profilaktyki raka szyjki macicy, część administracyjno-logistyczna (2005-2010)” i „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi - Kontynuacja programu profilaktyki raka piersi - część administracyjno-logistyczna 2005-2010”.

¹³⁵ W dniu 31 maja 2007 r. rozstrzygnięto konkurs na wybór realizatora „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi – część administracyjno-logistyczna (2005-2010)” w województwie lubuskim (WOK), a umowę podpisano z Ministrem Zdrowia 17 lipca 2007 r., z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2007 r.

Na realizację ww. programów Ministerstwo Zdrowia wydatkowało łącznie 57.284 tys. zł (68,3% planu), w tym 27.915 tys. zł (64,5% planu) na program profilaktyki raka szyjki i 29.369 tys. zł (72,4% planu) na program profilaktyki raka piersi.

W ramach tych środków sfinansowano koszty administracyjno-logistyczne programów, realizowanych przez COK i WOK, na kwotę 21.206 tys. zł (37%) oraz koszty akcji medialnej, opracowania systemu informatycznego monitorowania profilaktyki - tzw. SIMP, przygotowania i wysyłki imiennych zaproszeń na badania profilaktyczne, przy współpracy z NFZ, na kwotę 26.948 tys. zł.

Kontrolą objęto wszystkie ośrodki koordynujące programy, 2 COK i 32 WOK¹³⁶.

Realizację zadań przez 5 WOK (15,6%), NIK oceniła negatywnie z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości¹³⁷. W 6 Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących programy profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi (18,8%) nie realizowało zadań w pełnym zakresie, co NIK oceniła jako działanie nierzetelne¹³⁸.

Samodzielny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu (WOK program raka szyjki macicy) w latach 2007 i 2008 nie realizował zadań w ogóle lub tylko w ograniczonym stopniu.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii (ŚCO) w Kielcach wykorzystało środki na realizację programu profilaktyki raka piersi w 66,8% w 2007 r. i w 20,8% w 2008 r. (I półrocze). Środki niewykorzystane w 2007 r. dotyczyły m.in. prowadzenia działań na rzecz wysokiej zgłaszalności pacjentek (51,6%), monitorowania kobiet z nieprawidłowym wynikiem testu (96,2%), organizowania szkoleń dla realizatorów programu (41%), współpracy z samorządem i władzami administracyjnymi (54,9%).

Przyczyną niewykonania zadań określonych w umowie była – wg kierownika WOK - niska zgłaszalność, niedostateczne przygotowanie do badań mammograficznych oraz nieskoordynowana centralna dystrybucja zaproszeń.

W 12 WOK (37,5%) NIK oceniła sposób finansowania i rozliczania kosztów wynagrodzeń jako nierzetelny i niegospodarny¹³⁹.

¹³⁶ Patrz przypis 38.

¹³⁷ Dwa Wojewódzkie Ośrodki Koordynacyjne programu profilaktyki raka szyjki utworzone w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie i Samodzielnym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu oraz trzy Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące program profilaktyki raka piersi utworzone w Opolskim Centrum Onkologii w Opolu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie i Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie.

¹³⁸ Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie (2 WOK), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Opolskie Centrum Onkologii w Opolu, Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu i Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach.

¹³⁹ Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu (2 WOK), Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Opolskie Centrum Onkologii w Opolu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie, Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku, Centrum Onkologii Instytut M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach, Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy oraz Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej

Dyrektor Samodzielnego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu na stanowisku kierownika WOK programu profilaktyki raka szyjki macicy zatrudniła na umowę-zlecenia ordynatora oddziału, a na jego zastępcę starszego asystenta tego oddziału. Za wykonanie tych zadań otrzymali oni wynagrodzenie w wysokości odpowiednio: 32.600 zł i 25.800 zł. Ponadto, na podstawie dodatkowych umów-zleceń, za zadania wykonywane w godzinach pracy podstawowej, pobrali wynagrodzenie łącznie 7.400 zł, zaś zastępca dyrektora ds. leczenia 3.100 zł. Wykonując zadania zleczone ww. lekarze przebywali na delegacji służbowej, w miejscu pracy podpisywali listę obecności, potwierdzając tym samym nieprawdę i pobierając z tego tytułu nienależne wynagrodzenie, co było niezgodne z art. 80 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy¹⁴⁰, który stanowi, że wynagrodzenie przysługuje za pracę wykonaną. Ponadto, czyn ten wskazuje na podejrzenie popełnienia przestępstwa z art. 286 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny¹⁴¹.

Szpital Uniwersytecki w Krakowie nierzetelnie prowadził dokumentację oraz rozliczenia z wykonania zadań przez WOK programu profilaktyki raka szyjki macicy w zakresie zlecenia zadań podwykonawcom. Wykonanie kontroli świadczeniodawców Szpital zlecał swoim pracownikom. W badanej dokumentacji stwierdzono m.in.: polecenia wyjazdu służbowego bez nadania numeru oraz akceptacji przełożonego, wystawianie rachunków przez podwykonawców, bez daty sporządzenia oraz podpisu wykonawcy, zatwierdzanie do wypłaty rachunków bez potwierdzenia, że zostały sprawdzone pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym. Protokoły kontroli, które były podstawą wystawienia rachunku, nie były podpisywane przez kontrolowanego i kontrolującego oraz akceptowane przez dyrektora Szpitala względnie kierownika WOK, co było niezgodne z postanowieniami umów. Stwierdzono również przypadki podpisywania listy obecności w miejscu pracy w dniach delegacji służbowej. Skutkiem stwierdzonych nieprawidłowości było wydatkowanie kwoty 60 tys. zł za przeprowadzone kontrole niezgodnie z wymogami w tym zakresie.

W Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim (WOK raka szyjki macicy) bez podstawy prawnej pokrywano w latach 2007-2008 koszty wyjazdów w ramach delegacji, w łącznej wysokości 5,07 tys. zł, osób wykonujących zadania w ramach tego programu na podstawie umów-zleceń. W umowach, poza określeniem wysokości wynagrodzenia, nie zawarto obowiązku pokrywania przez zleceniodawcę dodatkowych kosztów związanych z ich realizacją.

Ponadto, Szpital nie wyodrębnił ewidencji księgowej kosztów związanych z realizacją zadań WOK, pomimo takiego obowiązku. Zostały one wyodrębnione dopiero w połowie 2007 r.

W 6 WOK (15,63%) rozliczenia finansowe wykorzystania środków na realizację zadań WOK, stanowiące podstawę przekazania środków publicznych przez Ministerstwo Zdrowia, sporządzone były nierzetelnie¹⁴².

nad Matką i Dzieckiem w Opolu.

¹⁴⁰ Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.

¹⁴¹ Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.

¹⁴² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku i ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie (2 WOK).

*Końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe za 2007 r., sporządzone przez **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi** (program raka piersi), było niezgodne z księgową ewidencją kosztów wydzieloną dla WOK. W wyniku dokonanej w 2008 r. weryfikacji faktur – stanowiących podstawę ustalenia kosztów działalności WOK w 2007 r. – 24,1 tys. zł uznano za koszty nie związane z działalnością WOK. W listopadzie 2008 r. skorygowano rozliczenie końcowe i zwrócono Ministerstwu Zdrowia 24,1 tys. zł wraz z odsetkami w wysokości 2,3 tys. zł.*

***Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie** w latach 2006-2007 w rozliczeniu merytoryczno-finansowym ujęło koszty nie kwalifikujące się do kosztów realizacji zadań WOK w wysokości 111,3 tys. zł¹⁴³.*

Kontrole przeprowadzone przez WOK u świadczeniodawców realizujących program profilaktyki raka szyjki macicy na terenie województwa wielkopolskiego wykonywane były przez pracowników nie posiadających odpowiednich kwalifikacji.

*W **Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym w Poznaniu** (COK i WOK programu profilaktyki raka szyjki macicy) czynności kontrolne w ośrodkach realizujących program wykonywane były przez dwóch statystyków medycznych, legitymujących się wykształceniem rolniczym i niewielkim stażem pracy. Wyniki przeprowadzonych przez nich kontroli etapu podstawowego (26) nie wykazały istotnych nieprawidłowości. Zgodnie zaś z dyspozycją departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia – winni przeprowadzać je lekarze. NIK zwraca uwagę, że w ofercie na realizatora programu profilaktyki raka szyjki macicy Szpital wykazał, iż zatrudnia wyszkoloną kadrę lekarską w celu realizacji zadań przewidzianych dla COK i WOK.*

W przypadku 2 WOK¹⁴⁴, środki finansowe przyznane przez Ministerstwo Zdrowia na realizację ich zadań były wyższe od potrzeb i możliwości ich wykorzystania.

*W **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rzeszowie** łączne koszty funkcjonowania WOK (rak szyjki macicy) wyniosły 577,6 tys. zł, w tym: 274,5 tys. zł w 2006 r., 259,7 tys. zł w 2007 r. i 43,4 tys. zł w 2008 r. (I półrocze). Stopień wykonania zadań w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 56%, 82% i 13%. Koszty funkcjonowania WOK (rak piersi) wyniosły 488,5 tys. zł, w tym: 60,4 tys. zł w 2006 r., 348,8 tys. zł w 2007 r. i 79,3 tys. zł w 2008 r. Stopień wykonania zadań w poszczególnych latach był zbliżony do wykonania WOK (rak szyjki macicy) i wynosił: 63%, 81% i 19%. Przyczyną niskiego wykorzystania środków było przekazanie przez Ministerstwo Zdrowia wyższych środków od potrzeb, późne zawarcie umów, niższe od średnich w kraju koszty pracy i usług oraz niewykorzystanie zakładanego poziomu zatrudnienia. Na planowane 3 etaty (kierownika i 2 referentów), wykorzystywano 1,5 etatu (1 etat p.o. kierownika i 0,5 etatu referenta).*

¹⁴³ Koszty wynajmu za 1.000 zł sali dydaktycznej przez Centrum na rzecz Centrum - mimo że posiadanie własnej sali dydaktycznej było warunkiem wymagany w ofercie na prowadzenie WOK, koszty 13.089 zł badań lekarskich, mammografii oraz badań laboratoryjnych, mimo że usługi medyczne nie były przedmiotem zadania realizowanego przez WOK, oraz koszty w kwocie 43.170 zł wynagrodzeń 4 pracowników Centrum, których w IV kwartale 2006 r. w ramach zawartej umowy o pracę, w części wymiaru czasu pracy od 0,2 do 0,75, wyznaczono do wykonywania czynności na rzecz WOK.

¹⁴⁴ Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu i Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie.

W ocenie NIK, niewielki stopień wykorzystania środków finansowych był wynikiem m.in. nierzetelnego szacowania kosztów realizacji zadań WOK przez Ministerstwo Zdrowia w corocznie podpisywanych umowach.

Prowadzone przez ośrodki koordynujące (WOK i COK) kontrole jakości badań mammograficznych i audytu klinicznego wykazały, że były one prowadzone na nieodpowiednim poziomie.

W województwie lubelskim badania profilaktyczne były realizowane przez 20 pracowni mammograficznych, w tym w 18 placówkach stacjonarnych i 2 mammobusach, które zostały skontrolowane w 2007 r. przez WOK utworzony w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. Audyt kliniczny wykonany przez COK w 2007 r. wykazał, że tylko 1 świadczeniodawca (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej), spośród 20, osiągnął pożądany poziom wykonywanych badań mammograficznych, natomiast 10 świadczeniodawców było na poziomie akceptowalnym, a 9 nie zaliczyło testów w ramach tego audytu. Łączna liczba pacjentek uczestniczących w Populacyjnym programie wczesnego wykrywania raka piersi, u których wykryto nowotwory piersi (liczone wg daty wpisania wyniku mammografii do systemu SIMP) wynosiła: w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2007 r. – 415 (349 wyników dodatnich mammografii i 66 błędnie ujemnych¹⁴⁵), spośród 56.216 pacjentek biorących udział w programie;- od 1 stycznia do 30 czerwca 2008 r. – 108 (96 wyników dodatnich mammografii i 12 błędnie ujemnych), spośród 17.653 pacjentek biorących udział w programie.¹⁴⁶

NIK negatywnie ocenia fakt, że informacje o wynikach kontroli świadczeniodawców wykonujących badania mammograficzne zostały przekazane Lubelskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ dopiero w listopadzie 2008 r.

***Świętokrzyskie Centrum Onkologii (ŚCO)** przeprowadziło kontrolę sześciu jednostek wykonujących badania mammograficzne, negatywnie oceniając: ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim w 2006 r., SPZZOZ w Sandomierzu, SPZZOZ w Opatowie i ZOZ*

w Ostrowcu Świętokrzyskim w 2007 r. W przypadku tych zakładów wstrzymano badania, a ŚCO, mając na uwadze wyniki kontroli, utworzyło pod nadzorem kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej, będącego jednocześnie konsultantem wojewódzkim z zakresu radiologii, punkt konsultacyjny dla pacjentek, których wyniki badań mogły budzić wątpliwości, informując o tym w lokalnych środkach masowego przekazu.

***Wielkopolskie Centrum Onkologii (WOK programu profilaktyki raka piersi)** w I półroczu 2007 r. skontrolowało 29 świadczeniodawców wykonujących mammografię, w zakresie wyposażenia pracowni mammograficznych oraz wykonywania testów kontroli jakości i narażania kobiet na promieniowanie X. Wyniki przeprowadzonych kontroli wykazały, że 16 świadczeniodawców (55%) realizowało badania mammograficzne na nieodpowiednim poziomie. Dopiero w lutym 2008 r., tj. po upływie przeszło 6 miesięcy, do świadczeniodawców tych skierowano zalecenia*

¹⁴⁵ Wynik błędnie ujemny – sytuacje, w których mimo występowania raka nie zostaje on rozpoznany.

¹⁴⁶ Z uwagi, że system SIMP został wdrożony u wybranych świadczeniodawców we wrześniu 2006 r. stąd dane za 2006 r. były niemiarodajne. W SIMP były informacje o 52 przypadkach raka piersi (51 wyników dodatnich i 1 wynik błędnie ujemny) wśród pacjentek zbadanych profilaktycznie w 2006 r. WOK na podstawie danych z SIMP i uzyskanych od LOW NFZ podaje, że w 2006 r. u 371 pacjentek wykonano biopsje piersi (z podejrzeniem nowotworu). W 2006 r. w ramach programu zbadano 44.325 kobiet.

pokontrolne, dotyczące wprowadzenia niezbędnych czynności korygujących i naprawczych.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia przeprowadzone przez WOK kontrole świadczeniodawców w zakresie profilaktycznych badań raka szyjki macicy.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w 2006 r. przeprowadziło kontrole dziesięciu jednostek wykonujących badania na etapie podstawowym, dwóch na etapie diagnostycznym i jednej jednostki na etapie pogłębionej diagnostyki. W 2007 r. skontrolowano szesnaście jednostek etapu podstawowego i dwie etapu diagnostycznego, a najczęstszym zaleceniem pokontrolnym było kierowanie pacjentek z nieprawidłowym wynikiem testu do jednostek prowadzących etap pogłębionej diagnostyki.

Dzięki przeprowadzonym przez WOK kontrolom realizacji programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawcy uzyskali wiedzę o stanie faktycznym użytkowanej aparatury i kwalifikacjach personelu medycznego.

3.2.3. Realizacja programu „Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”.

Celem programu na lata 2006-2010 było osiągnięcie dostępności na poziomie 400 tysięcy mieszkańców na 1 aparat megawoltowy¹⁴⁷, nie starszy niż 7-8 lat. W Polsce, w latach 2006-2007, jeden taki aparat przypadał odpowiednio na: 414.797 osób i 458.000 osób.

Wciąż niedostateczna liczba aparatów do napromieniowania oraz awarie wyeksploatowanego sprzętu zmusiły ośrodki radioterapii do wprowadzenia kolejkowego trybu przyjęcia pacjentów.

W 90% skontrolowanych ośrodków czas oczekiwania na udzielenie świadczenia był dłuższy niż 4 tygodnie, a w niektórych zakładach wynosił nawet do 182 dni (około 6 miesięcy). W przypadku chorób nowotworowych tak długi czas oczekiwania zmniejsza szanse wyleczenia.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rzeszowie, w latach 2006-2007 liczba oczekujących wzrosła z 384 do 411 osób, a średni czas oczekiwania wydłużył się z 89 dni do 182 dni. W Akademickim Centrum Klinicznym – Szpitalu AM w Gdańsku na leczenie oczekiwało 75 osób na 31.12.2006r., 61 osób na 31.12.2007 r. i 80 osób na 30.06.2008 r. Średni czas oczekiwania na teleradioterapię wynosił od 2 do 3 miesięcy w trybie hospitalizacji i ok. 1 miesiąca w trybie ambulatoryjnym. W Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia napromieniowaniem

¹⁴⁷ Celem programu na lata 2010-2015 jest osiągnięcie dostępności na poziomie 300 tysięcy mieszkańców na 1 aparat megawoltowy.

jonizującym zwiększyła się ze 115 na 31.12.2006 r. do 179 pacjentów na 30.06.2008 r., a średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 49 do 55 dni.

Z 21 skontrolowanych ośrodków radioterapii, wybranych na realizatorów tego programu¹⁴⁸, 16 (76,2%) prowadziło działalność związaną z wykorzystaniem promieniowania jonizującego w celach medycznych, bez zgody Głównego Inspektora Sanitarnego¹⁴⁹, co naruszyło postanowienia art. 33d ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe¹⁵⁰.

Jej brak kierownicy zakładów tłumaczyli wątpliwościami, czy dotyczy ona ośrodków już działających i posiadających zezwolenie na prowadzenie działalności, wydane przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki, czy też tylko nowo powstających jednostek. W trakcie kontroli zakłady wystąpiły z wnioskiem o wydanie ww. zgody.

3.2.4. Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3.2.4.1. Realizacja przez Centralę Funduszu zadań zleconych przez Ministra Zdrowia.

Koszty związane z opracowaniem Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki.

W 2006 r. Minister Zdrowia zlecił Funduszowi opracowanie i wdrożenie oprogramowania „Programu profilaktyki raka szyjki macicy”¹⁵¹ oraz „Programu profilaktyki raka piersi”¹⁵², o łącznej wartości 3.424 tys. zł.

System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki („SIMP”) wykonało Konsorcjum Kamssoft-Spin za 3.397 tys. zł, od którego Fundusz zakupił licencję na oprogramowanie za kwotę 6 tys. zł. Wdrożenie SIMP miało zapewnić m.in. generowanie imiennych zaproszeń dla kobiet z populacji objętej programem, weryfikację uprawnień kobiet do badań profilaktycznych, uzyskanie informacji o wynikach wykonanych badań (zmiany nowotworowe), monitorowanie pacjentki z wynikiem dodatnim, rozliczanie świadczeń.

Po kontroli przeprowadzonej w Centrali NFZ w zakresie gospodarki finansowej NFZ – z uwzględnieniem wydatków w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2006 r. - NIK stwierdziła, że wdrażając ww.

¹⁴⁸ Spośród 24 tworzących sieć ośrodków radioterapii w Polsce.

¹⁴⁹ Do 13 czerwca 2008 r. wymagana była zgoda Ministra Zdrowia.

¹⁵⁰ Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.

¹⁵¹ „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” o wartości zlecenia 1.650 tys. zł brutto.

¹⁵² „Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” o wartości zlecenia 1.774 tys. zł brutto.

oprogramowanie Fundusz naruszył przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż:

- wprowadził do swojego systemu informatycznego dane o wynikach badań medycznych kobiet biorących udział w ww. programach profilaktycznych, choć art. 188 ust. 4 tej ustawy w sposób enumeratywny wymienia jakie informacje i dane mogą być umieszczane w tym systemie; nie przewiduje przetwarzania wyników badań poszczególnych świadczeniobiorców;
- udostępniał wyniki badań medycznych kobiet objętych ww. programami Centralnym i Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynacyjnym (COK i WOK), podczas gdy zgodnie z art. 188 i 188a ww. ustawy podmiotami uprawnionymi do gromadzenia i przetwarzania danych osobowych osób ubezpieczonych są NFZ i Ministerstwo Zdrowia.

SIMP został zainstalowany w Centrali Funduszu w sierpniu 2006 r. W oparciu o umowę zawartą 8 czerwca 2006 r. z Ministrem Zdrowia, od 2007 r. Fundusz udostępniał COK i WOK dane kobiet biorących udział w programach i wyniki ich badań.

Z ustaleń kontroli wynika, że 4 oddziały wojewódzkie Funduszu (Pomorski, Dolnośląski, Lubelski i Łódzki) oraz niektórzy świadczeniodawcy mieli jednak trudności z wdrożeniem tego oprogramowania w 2007 r. Niedostateczne przygotowanie SIMP stwierdzono m.in. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 Akademickie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie.

Koszty przygotowania i wysyłki imiennych zaproszeń do udziału w programach profilaktycznych oraz zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne.

W okresie objętym kontrolą, na druk i wysyłkę zaproszeń oraz akcję medialną¹⁵³ w ramach programu profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy z budżetu państwa wydatkowano 23.551 tys. zł, w tym 8.713 tys. zł na badania mammograficzne i 14.838 tys. zł na cytologiczne.

Pierwsze zaproszenia zostały wysłane dopiero w 2007 r., ze względu na późne wdrożenie programu SIMP u świadczeniodawców.

¹⁵³ Druk i wysyłka zaproszeń oraz akcja medialna były finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia, na podstawie umów zawartych z NFZ z dnia 8 czerwca 2006 r. oraz z 14 sierpnia 2007 r.

Centrala Funduszu nie miała rzetelnej wiedzy o liczbie kobiet uczestniczących w programach profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi oraz wynikach ich badań.

Podkreślić należy, że dane przedstawione przez Centralę Funduszu, Centralne i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące programy raka szyjki macicy i raka piersi, za lata 2007-2008 (I półrocze), znacznie się różniły w zakresie: liczby kobiet w populacji objętej programami, liczby wysłanych zaproszeń i liczby kobiet, które zgłosiły się na badania oraz wyników ich badań.

Z danych Centrali Funduszu m.in. wynika, że w kontrolowanym okresie na badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi zgłosiło się odpowiednio 986.594 i 982.966 kobiet, co stanowiło 11,4% i 26,4% wysłanych zaproszeń¹⁵⁴.

Centralne Ośrodki Koordynujące program profilaktyki raka szyjki macicy wykazały natomiast, że w latach 2007-2008 (I półrocze) w ww. programie uczestniczyło 1.036.683 kobiet (11,2% zaproszonych kobiet¹⁵⁵). Do programu profilaktyki raka piersi zgłosiło się natomiast 1.283.887 kobiet (34,5% zaproszonych kobiet¹⁵⁶).

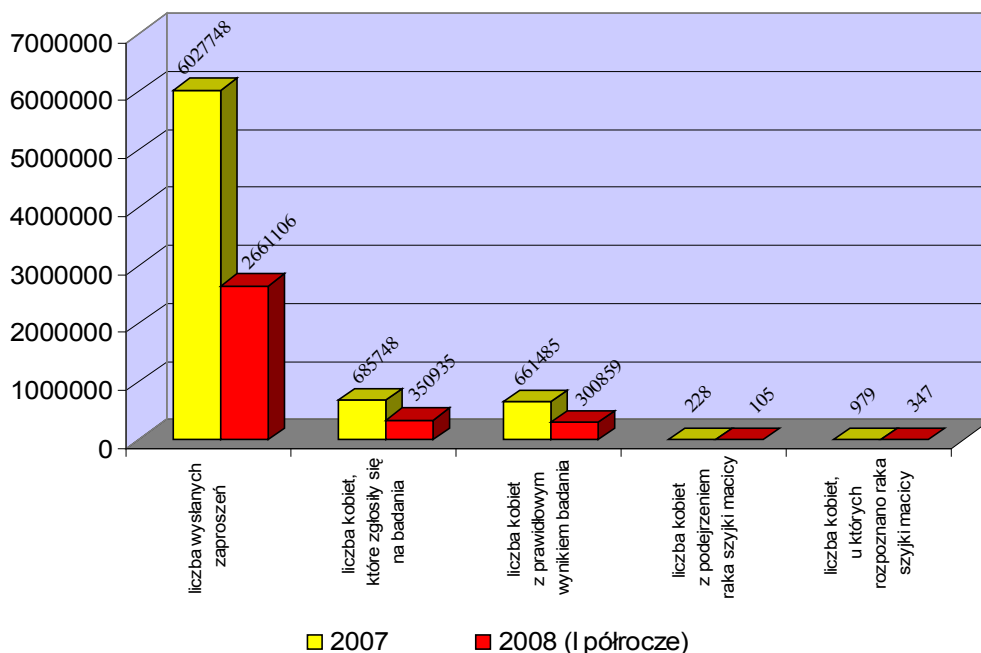
Dane przedstawione przez Centralne Ośrodki Koordynujące za lata 2007-2008 (I półrocze) prezentują poniższe wykresy:

¹⁵⁴ W latach 2007-2008 (I półrocze) zostało wysłanych 8.688.868 zaproszeń na badania cytologiczne, i 3.722.850 zaproszeń na badania mammograficzne.

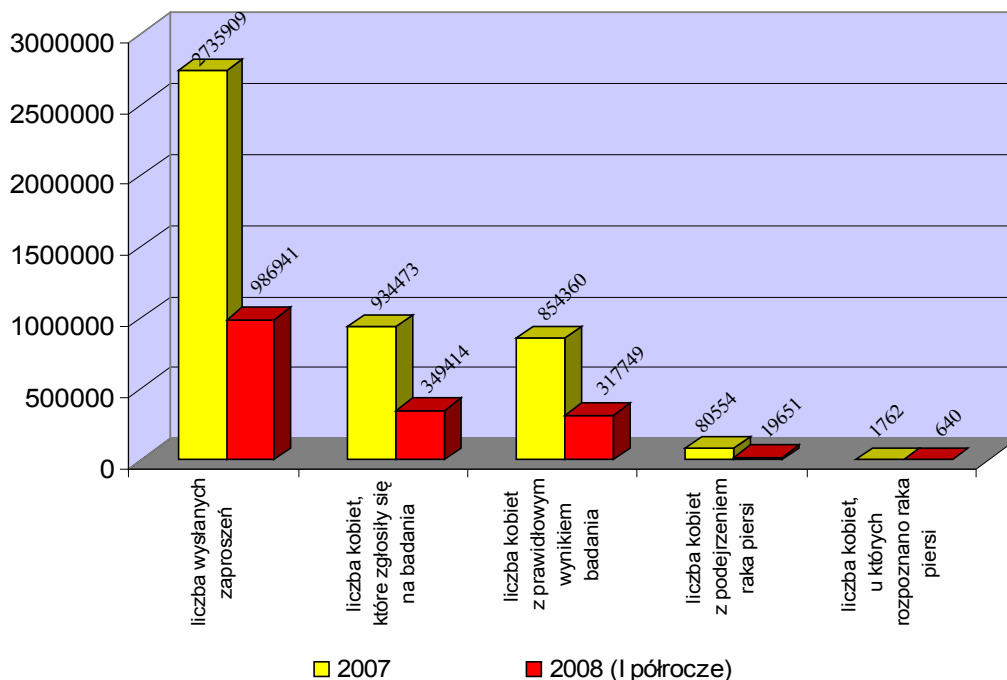
¹⁵⁵ Według Centralnego Ośrodka program profilaktyki raka szyjki zostało wysłanych 8.688.854 zaproszeń.

¹⁵⁶ Według Centralnego Ośrodka Koordynującego programu profilaktyki raka piersi zostało wysłanych 3.722.850 zaproszeń.

Program profilaktyki raka szyjki macicy



Program profilaktyki raka piersi



Według zaś danych Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących na badania profilaktyczne raka szyjki macicy zgłosiło się 1.018.001 kobiet (15,5% z 6.551.697 zaproszonych), a na badania profilaktyczne raka piersi 1.185.862 kobiet (34,7% z 3.420.135 zaproszonych).

W wyniku badań profilaktycznych, przeprowadzonych w latach 2007-2008 (I półrocze) raka szyjki macicy rozpoznano, u 127 kobiet - według Centrali NFZ, 1.326 - według COK i u 4.219 kobiet - według WOK, raka piersi natomiast u 2.473 kobiet - według Centrali NFZ, 2.402 - według COK i 4.710 kobiet - według WOK.

W ocenie NIK, tak znaczące różnice przedstawionych danych wynikają z wadliwego przepływu informacji pomiędzy tymi jednostkami, z różnych terminów generowania danych z systemu informatycznego SIMP oraz niejednoznacznych kryteriów oceny wyników badań.

Ponadto, Fundusz nie zapewnił kompatybilności programów informatycznych gromadzących informacje o świadczeniach profilaktycznych, udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

3.2.4.2. Realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych raka szyjki macicy i raka piersi finansowanych ze środków własnych Funduszu.

3.2.4.2.1. Profilaktyczne programy zdrowotne raka szyjki macicy i raka piersi zatwierdzone zostały do realizacji zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr: 86/2005, 38/2006, 53/2006, 6/2007¹⁵⁷. Warunki zawierania umów w tym okresie i ich realizacji, Prezes Funduszu określił w zarządzeniach Nr: 87/2005, 103/2005, 109/2005, 39/2006, 54/2006, 83/2006, 66/2007/DSOZ¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Zarządzenia Prezesa NFZ:

- Nr 86/2005 z dnia 13 października 2005 r. w sprawie zatwierdzenia do realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych,
- Nr 38/2006 z dnia 20 lipca 2006 r. w sprawie zatwierdzenia do realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych,
- Nr 53/2006 z dnia 25 sierpnia 2006 r. w sprawie zatwierdzenia do realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych,
- Nr 6/2007 z dnia 24 stycznia 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zatwierdzenia do realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

¹⁵⁸ Zarządzenia Prezesa NFZ:

- Nr 87/2005 z dnia 13 października 2005 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne”,
- Nr 103/2005 z 1 grudnia 2005 r. zmieniające zarządzenie Nr 87/2005 Prezesa NFZ z 13 października 2005 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne”,
- Nr 109/2005 z dnia 30 grudnia 2005 r. zmieniające zarządzenie Nr 103/2005 Prezesa NFZ z 1 grudnia 2005 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne”,

NIK zwraca uwagę na niespójność danych przedstawionych przez Centralę Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu¹⁵⁹ w zakresie kosztów poniesionych na zakup świadczeń objętych kontrolą.

W badanym okresie, według Centrali Funduszu, koszty tych świadczeń wyniosły 184.893 tys. zł, w tym 56.117 tys. zł w ramach programu raka szyjki macicy¹⁶⁰ i 128.776 tys. zł w ramach programu raka piersi¹⁶¹.

Tymczasem, z analizy danych przedstawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wynika, że koszty świadczeń zrealizowanych w ramach ww. programów wyniosły 182.958,2 tys. zł, w tym 55.483,2 tys. zł w ramach profilaktyki raka szyjki macicy i 127.475 tys. zł w ramach profilaktyki raka piersi.

Zastrzeżenia NIK budzi sposób planowania kosztów świadczeń zdrowotnych i potrzeb ubezpieczonych w zakresie profilaktycznych programów: raka szyjki macicy i raka piersi.

Planując koszty ich realizacji oddziały wojewódzkie Funduszu nie dostosowały ich do realnych możliwości świadczeniodawców, dopuszczając do niewykorzystania planowanych środków na łączną kwotę 88.159,3 tys. zł (32,5% planu)¹⁶².

W 3 OW NFZ, z 16 kontrolowanych, systematycznie zwiększano planowane koszty świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, mimo wysokiego poziomu niewykorzystania środków w latach poprzednich, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

W Dolnośląskim OW NFZ wartość zakontraktowanych świadczeń w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy zwiększono z 1.787,5 tys. zł w 2006 r.

- Nr 39/2006 z dnia 20 lipca 2006 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne”;

- Nr 54/2006 z dnia 25 sierpnia 2006 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne”;

- Nr 83/2006 z dnia 18 września 2006 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne”;

- Nr 66/2007/DSOZ z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

¹⁵⁹ Zwany w dalszej części informacji także „Oddziałem” lub „OW NFZ”.

¹⁶⁰ Koszty świadczeń w ramach programu raka szyjki macicy, w odniesieniu do publicznych zoz, wyniosły 25.204 tys. zł (62,9% wartości kontraktu), i 30.913,3 tys. zł niepublicznych zoz (tj. 65,6% wartości kontraktu).

¹⁶¹ Koszty świadczeń w ramach programu raka piersi, w odniesieniu do podmiotów publicznych, wyniosły 50.986,5 tys. zł (stanowiło to 71,9% wartości zakontraktowanych świadczeń) i 77.788,9 tys. zł niepublicznych zoz (tj. 80,9% wartości kontraktów).

¹⁶² Na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi niewykorzystano, w odniesieniu do planu, odpowiednio 40.347,4 tys. zł i 47.811,9 tys. zł.

do 3.082,8 tys. zł w 2007 r. i 5.026,8 tys. zł w 2008 r., podczas gdy zrealizowane świadczenia stanowiły kolejno 63,2%, 66% i 27,8% wartości kontraktu. W profilaktyce raka piersi na lata 2006-2008 zostały zakontraktowane świadczenia o wartości odpowiednio: 3.968,1 tys. zł, 7.006 tys. zł i 7.248,3 tys. zł, które zostały zrealizowane w 82,6%, 78% i 36,5%.

W Podlaskim OW NFZ wartość kontraktów w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy w 2006 r. wzrosła z 964,8 tys. zł do 1.500,6 tys. zł (o 55,5%), a w 2007 r. z 1.502,4 tys. zł do 2.906,7 tys. zł (o 93,5%), podczas gdy świadczeniodawcy zrealizowali świadczenia odpowiednio w 76,6% i 66,2% wartości kontraktu. W I połowie 2008 r. opłacono świadczenia o wartości 634,3 tys. zł, tj. 30% wartości zawartych umów. W przypadku profilaktyki raka piersi wartość kontraktów zwiększono w 2006 r. z 778,6 tys. zł do 859,4 tys. zł (o 10,4%), a w 2007 r. z 2.542,1 tys. zł do 2.713 tys. zł (o 6,7%), mimo że świadczeniodawcy zrealizowali świadczenia o wartości niższej nawet od pierwotnie zakontraktowanych.

W okresie objętym kontrolą, zakontraktowane świadczenia w rodzaju profilaktyczne programy raka szyjki macicy i raka piersi zostały wykonane w 68,9%. Realizacja świadczeń w zakresie programu raka szyjki macicy wynosiła od 39,8% w Dolnośląskim OW NFZ do 79,7% w Lubelskim OW NFZ, a w zakresie programu raka piersi od 49,4% w Podlaskim OW NFZ do 83,3% w Wielkopolskim OW.

Oddziały Funduszu, poza monitami z prośbą o wyjaśnienie przyczyn nierealizowania świadczeń, nie podejmowały działań dyscyplinujących wobec tych świadczeniodawców. Tylko w Śląskim OW, w sytuacji niewywiązywania się z obowiązku udzielania świadczeń, zmniejszono wartość kontraktu, a uwolnione środki przeznaczono na zakup ich u innego świadczeniodawcy. Nie korzystano również z § 42 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶³ lub art. 491 § 2 ustawy z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny¹⁶⁴, w celu gospodarnego zarządzania środkami publicznymi i wykorzystania ich w innych obszarach, w których występowały niezaspokojone potrzeby.

W Dolnośląskim OW NFZ w 2006 r. świadczeń zdrowotnych w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy nie realizowało 6 z 91 świadczeniodawców, 6 z 98 świadczeniodawców w 2007 r. i aż 127 świadczeniodawców z 276 (46 %) w I półroczu 2008 r. W zakresie profilaktyki raka piersi w 2006 r. umowy nie były realizowane przez 4 z 25 świadczeniodawców, 3 z 26 w 2007 r. i 8 z 30 świadczeniodawców w I półroczu 2008 r.

W Lubelskim OW NFZ odnotowano wzrost niewykorzystanych środków przeznaczonych na realizację ww. programów z 477,9 tys. zł w 2006 r. do 1.304,2 tys. zł w 2007 r., tj. o 272,9%. W I półroczu 2008 r. nie zostały natomiast wykorzystane środki w wysokości 968,8 tys. zł. W 2007 r. część

¹⁶³ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

¹⁶⁴ Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.

świadczeniodawców¹⁶⁵ nie zrealizowała w pełni kontraktów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki raka piersi. Pomimo tego Oddział nie aneksował umów z tymi świadczeniodawcami w celu zmniejszenia kontraktu i nie skorzystał w trakcie roku z przepisu art. 491 § 2 Kodeksu cywilnego.

W Zachodniopomorskim OW NFZ 7 świadczeniodawców w ogóle nie realizowało umów programu raka szyjki macicy w latach 2006-2008 (I półrocze).

W 4 oddziałach wojewódzkich NFZ (25% skontrolowanych) nie zabezpieczono w latach 2006-2008 (I półrocze) pełnego dostępu do świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne. Przyczyną tego było nierównomierne rozmieszczenie bazy materialnej (brak pracowni mammograficznych lub niespełnianie przez nie wymaganych warunków) i kadrowej świadczeniodawców.

W 2006 r. w 5, a w 2007 r. w 3 powiatach województwa lubelskiego, na 24, nie zakontraktowano świadczeń w programie profilaktyki raka szyjki macicy. W przypadku programu profilaktyki raka piersi, w 2006 r. nie zabezpieczono dostępu do świadczeń w 12 powiatach, a w latach 2007 – 2008, odpowiednio 13 i 11 powiatów.

W województwie wielkopolskim badania profilaktyczne w ramach programu raka piersi, na etapie podstawowym, zakontraktowano tylko w 16 spośród 35 powiatów, a na etapie pogłębionej diagnostyki, zaledwie w 8 powiatach. W latach 2006-2007 badania profilaktyczne programu raka szyjki macicy, na etapie podstawowym, dostępne były w 22 powiatach, a na etapie diagnostycznym zaledwie w 7 powiatach w 2006 r. i 4 powiatach w 2008 r.

Zgodnie z art. 6 pkt 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy do zadań władz publicznych.

Dziesięć OW Funduszu (62,5% skontrolowanych) w stopniu niedostatecznym weryfikowało prawdziwość danych przedstawionych przez świadczeniodawców w ofertach, dotyczących wymagań w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, wyposażenia w aparaturę medyczną oraz wymaganej liczby badań cytologicznych i mammograficznych wykonywanych rocznie, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

W Lubelskim OW NFZ w 2006 r. spośród 10 zbadanych ofert¹⁶⁶ na realizację programu profilaktyki raka piersi, 5 świadczeniodawców na etapie pogłębionej

¹⁶⁵ Przykładowo: Zespół Leczniczo-Diagnostyczny „Kopernik” Sp. z o. o. zakontraktował w ww. etapie programu 25.386 pkt., wykonał 8.523 pkt.; FADO S.A. NZOZ Centrum Usług Medycznych zakontraktowało 56.490 pkt., wykonało 32.292 pkt., NZOZ „Medica” zakontraktował 63.000 pkt., wykonał 29.151 pkt.

¹⁶⁶ Badaniu poddano 10 kolejnych ofert świadczeniodawców, którzy zawarli z Oddziałem umowy o największej wartości.

diagnostyki¹⁶⁷ oraz 3 na etapie podstawowym¹⁶⁸, nie spełniało wymogów dotyczących kwalifikacji personelu medycznego, zaś jeden świadczeniodawca nie posiadał odpowiedniej aparatury medycznej.¹⁶⁹ W programie profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny - realizowanego w 2006 r., stwierdzono przypadki zawierania umów ze świadczeniodawcami, których personel medyczny nie posiadał wymaganych kwalifikacji (SPZOZ w Łukowie¹⁷⁰ oraz NZOZ „Klinika” Spółka z o.o.¹⁷¹) lub którzy nie wykonywali wymaganej liczby badań rocznie (SPZOZ w Łukowie). Wątpliwości może jednak budzić dostępność udzielanych świadczeń przez zakłady opieki zdrowotnej, z uwagi na niepełny wymiar czasu pracy lekarzy. Jak wynika bowiem z ustaleń kontroli, 269 osób z personelu medycznego, udzielającego świadczeń w I półroczu 2008 r. w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy), pracowało na 96,5 etatach¹⁷².

W latach 2006-2007 były podpisywane umowy o udzielanie świadczeń w zakresie profilaktyki raka piersi ze świadczeniodawcami, którzy nie spełniali wymaganego kryterium 2000 badań mammograficznych wykonywanych w ciągu roku (przez **Łódzki OW NFZ** w 2 przypadkach, a **Mazowiecki OW NFZ** w 3 przypadkach). Motywem powyższego działania była potrzeba zabezpieczenia dostępności do tego typu świadczeń w trybie stacjonarnym przez jedynych świadczeniodawców na danym terenie.

Opolski OW NFZ w 2008 r. podpisał umowę o wykonywanie badań mammograficznych z NZOZ Onkovit w Nysie, mimo że jakość zdjęć (wykonywanych na mammografie podwykonawcy – Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nysie) nie była na odpowiednim poziomie. Choć Oddział otrzymał w grudniu 2007 r. z Wojewódzkiego Ośrodka Koordynacji programu wczesnego wykrywania raka piersi informację, że trzy ośrodki w regionie (spośród pięciu skontrolowanych przez WOK) realizują badania mammograficzne na nieodpowiednim poziomie – nie podjął działań mających na celu zweryfikowanie wyników kontroli pod kątem jakości udzielanych świadczeń.

Osiem oddziałów Funduszu (50% skontrolowanych) nie podejmowało systemowych działań zmierzających do koordynacji realizowanych przez siebie programów profilaktycznych z programami finansowanymi przez jednostki samorządu

¹⁶⁷ Byli to następujący świadczeniodawcy: Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu (świadczeniodawca podał, że nie zatrudnia patomorfologa); Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1 (świadczeniodawca podał, że nie zapewnia współpracy z fizykiem medycznym); Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Biała Podlaska, ul. Terebelska 57-65 (świadczeniodawca podał, że nie zapewnia współpracy z fizykiem medycznym); Centrum Medyczne „Sanitas” Sp. z o. o. ul. Hempla 5, Lublin (świadczeniodawca podał, że nie zatrudnia lekarza ze specjalizacją onkologia kliniczna); Centrum Usług Medycznych „Sonologic” Obuchowicz Dariusz, ul. Kilińskiego 75, Zamość (świadczeniodawca podał, że nie zatrudnia patomorfologa).

¹⁶⁸ Świadczeniodawcy: Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Biała Podlaska, ul. Terebelska 57-65 oraz Centrum Medyczne „Sanitas” Sp. z o. o. ul. Hempla 5, Lublin podali, że na etapie podstawowym nie zapewniają współpracy z fizykiem medycznym.

¹⁶⁹ SPZOZ w Puławach ul. Bema 1 wykazał, że nie posiada sprzętu do biopsji gruboigłowej.

¹⁷⁰ Świadczeniodawca podał, że zatrudnia jednego patomorfologa, choć wymagane było zatrudnienie 2 lekarzy o tej specjalności.

¹⁷¹ Świadczeniodawca podał, że kierownikiem pracowni nie jest patomorfolog.

¹⁷² Równoważnik etatowy wyliczono na podstawie wskaźników określonych w art. 32g ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przyjmując 37,5 godz./tyg.; dane dotyczące specjalizacji zostały wygenerowane z systemu informatycznego NFZ, wg stanu na dzień 8.09.2008.

terytorialnego, choć, jak stanowi art. 107 ust. 5 i 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dyrektor oddziału, wykonując swoje zadania współpracuje m.in. z organami jednostek samorządu terytorialnego. W konsekwencji prowadziło to do nieefektywnego wydatkowania środków publicznych i naruszało art. 35 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, który stanowi, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów. W ocenie NIK, koordynacja tych działań umożliwiłaby realokację środków oddziałów i skierowanie ich w obszary, w których pojawiają się inne, niezaspokojone potrzeby.

Podlaski OW NFZ nie współpracował z wojewodą podlaskim, marszałkiem województwa podlaskiego i konsultantami wojewódzkimi poszczególnych specjalności. Przedstawiciele samorządu nie uczestniczyli w planowaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. W konsekwencji OW nie posiadał żadnych informacji o programach zdrowotnych, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Tymczasem Miasto Białystok w 2006 i 2007 roku dofinansowało kwotą 34 tys. zł badania mammograficzne kobiet w wieku 40 – 49 lat, a samorzady Miasta Łomży i powiatu sokólskiego finansowały zabiegi rehabilitacyjne kobiet po mastektomii i naukę samobadania piersi.

Oddziały Funduszu nie dokonywały w latach 2006-2008 (I półrocze) analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne oraz nie żądano od świadczeniodawców przedstawiania ich kalkulacji, co naruszało postanowienia art. 97 ust. 3 pkt 1 oraz art. 148 pkt 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷³.

Oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły u 106 świadczeniodawców (w tym 59 niepublicznych) kontrole prawidłowości realizacji programów profilaktyki (37 dot. programu profilaktyki raka piersi i 69 raka szyjki macicy). W 73 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości (w tym u 38 świadczeniodawców niepublicznych), polegające na niezgłoszeniu zmian w wykazie personelu medycznego, nieprzestrzeganiu godzin udzielania świadczeń z harmonogramem pracy, prowadzeniu dokumentacji niezgodnie z określonymi wymogami, niewłaściwych kwalifikacjach personelu medycznego udzielającego świadczeń, braku wymaganych testów jakości sprzętu mammograficznego,

¹⁷³ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 – art. 97 ust. 3 pkt 1 – „Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”; art. 148 pkt 2 – „Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów”.

braku podwójnego (wykonanego przez dwóch niezależnych lekarzy radiologów) odczytu zdjęć mammograficznych, nieuprawnionej przerwie w udzielaniu świadczeń, rozliczaniu świadczeń (badania mammograficzne) wykonanych pacjentkom przed upływem 24 miesięcy od poprzedniego badania. Zakwestionowane zostały środki finansowe w wysokości 53 tys. zł, a 22 świadczeniodawcom naliczono kary umowne w ogólnej wysokości 18 tys. zł.

W latach 2006-2008 (I półrocze) Fundusz finansował badania diagnostyczne w zakresie chorób nowotworowych, przy zastosowaniu techniki tomografii pozytonowej (PET), w oparciu o umowy podpisane ze świadczeniodawcami.

Kontrolą objęto 3 spośród 5 publicznych ośrodków tomografii pozytonowej funkcjonujących w tym okresie. Kontrolowane ośrodki zostały ocenione pozytywnie.

W umowach zawartych z Centrum Onkologii w Bydgoszczy na lata 2007-2008 liczba zakontraktowanych badań (2.300 i 1.211) była znacznie niższa od przedstawionej w ofertach (po 5.000 badań). Jednostkową cenę wykonania jednego badania w umowach określono odpowiednio na 4.520 zł i 4.600 zł.

Dolnośląski OW NFZ podpisał umowę z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Dolnośląskie Centrum Medycyny Nuklearnej (DCMN) na wykonanie badań diagnostycznych, przyjmując cenę za jedno badanie, wyliczoną przez Oddział Kujawsko-Pomorski NFZ, w wysokości 4.500 zł, bez przeprowadzenia własnej kalkulacji kosztów. Wykonane badania przez DCMN znacząco przekraczały liczbę badań zakontraktowanych w pierwotnych umowach. Według umowy z sierpnia 2007 r. wartość zakontraktowanych badań wynosiła 452 tys. zł, zrealizowano natomiast badania na kwotę 1.320 tys. zł, tj. o 192 % więcej niż zakładała umowa pierwotna. W 2008 r. zawarto umowę na kwotę 1.085 tys. zł, według stanu na 30 czerwca 2008 r., wartość wykonanych badań wynosiła 3.643 tys. zł, tj. o 264,3 % więcej niż wartość zawartej umowy (w sierpniu 2008 r. zawarto dwa aneksy do umowy).

Fundusz nie zapewnił równego traktowania świadczeniodawców realizujących, w kontrolowanym okresie, badania tomografii pozytonowej, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

3.2.4.3. Realizacja świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne raka szyjki macicy i raka piersi.

Zakłady opieki zdrowotnej udzielały świadczeń zdrowotnych w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne na podstawie umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia, które były poprzedzone konkursem ofert albo rokowaniami¹⁷⁴.

W badanym okresie obowiązywały zasady kontraktowania ww. świadczeń, określone przez Prezesa NFZ. Minister Zdrowia nie skorzystał bowiem z możliwości określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych (zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy o zoz), o co NIK postulowała od 2004 r.¹⁷⁵ Warunkiem podpisania umów na udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne z Narodowym Funduszem Zdrowia był obowiązek wyposażenia zakładu w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną oraz zatrudnienie kadry medycznej¹⁷⁶, zgodnie z warunkami określonymi przez Prezesa NFZ.

NIK skontrolowała 47 świadczeniodawców realizujących profilaktyczne programy zdrowotne¹⁷⁷, w tym 39 udzielających świadczeń zarówno w zakresie raka piersi, jak i szyjki macicy, 6 w zakresie raka piersi i 2 w zakresie raka szyjki macicy, z czego aż 59,6% świadczeniodawców realizujących badania profilaktyczne przedstawiło w ofertach nierzetelne dane. Sześciu świadczeniodawców realizujących program profilaktyki raka piersi (13,3%) nie spełniało wymagań zarówno w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, jak i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną¹⁷⁸, 7 w zakresie

¹⁷⁴ Art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁷⁵ Patrz przypis 37.

¹⁷⁶ Np. w pracowni mammograficznej winno być zatrudnionych m.in. 2 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, posiadać udokumentowane szkolenie w zakresie wykrywania i diagnostyki raka piersi (10 dni) i szkolenie w zakresie interpretacji mammografii skryningowej. Dodatkowo na etapie pogłębionej diagnostyki:

- 1) lekarz ze specjalizacją w dziedzinie onkologii klinicznej,
- 2) lekarz ze specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub inny specjalista z zaświadczeniem o dopuszczeniu do wykonywania określonych badań diagnostycznych (USG piersi),
- 3) lekarz ze specjalizacją w dziedzinie patomorfologii.

¹⁷⁷ Kontrolą objęto 48 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym jeden świadczeniodawca nie realizował programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.

¹⁷⁸ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze, Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Beskidzkie Centrum Onkologii im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej.

wyposażenia pracowni mammograficznej (15,6%)¹⁷⁹, 6 natomiast (13,3%) nie zatrudniało personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach¹⁸⁰.

*Dyrektor **Samodzielnego Publicznego ZOZ w Krotoszynie** w ofercie na 2006 r. i dokumentacji aktualizacyjnej na 2007 r. i 2008 r. potwierdził spełnianie warunków określonych przez Prezesa NFZ, pomimo że SP ZOZ nie posiadał odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej oraz nie zatrudniał kadry medycznej o wymaganych kwalifikacjach.*

Aparat mammograficzny, wykorzystywany do badań profilaktycznych nie spełniał wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznych¹⁸¹ Wyniki kontroli jakości, przeprowadzonej w 2007 r. przez WOK, wykazały nieodpowiedni poziom wykonywania badań mammograficznych oraz niewłaściwe, w stosunku do wymagań NFZ, wyposażenie pracowni mammograficznej. Brakujące wyposażenie pracowni w kamery i fantom uzupełnione zostało dopiero w II kwartale 2007 r. W Zakładzie tylko jeden technik elektroradiologii, spośród sześciu wykonujących mammografię, spełniał wymagania w zakresie wykonania co najmniej 20 mammografii tygodniowo. Szpital nie współpracował także z fizykiem lub inżynierem medycznym. Dwóch lekarzy radiologów spośród czterech wykonujących badania mammograficzne nie udokumentowało wymaganego 10-dniowego szkolenia w zakresie wykrywania i diagnostyki raka piersi oraz miesięcznego szkolenia w zakresie interpretacji mammografii skryningowej i diagnostycznej. Z kolei dwóch z trzech zatrudnionych lekarzy radiologów nie udokumentowało faktu interpretowania w roku poprzednim co najmniej 500 mammografii, wymaganej przez Fundusz.

Przedstawione powyżej fakty wskazują na uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa z art. 271 § 3 ustawy – Kodeks karny przez dyrektora Samodzielnego Publicznego ZOZ w Krotoszynie.

*Dyrektor **Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie** w formularzu aktualizacyjnym, z 26 listopada 2007 r., do oferty na 2008 r., potwierdził posiadanie 2 aparatów mammograficznych, podczas gdy 15 maja 2007 r. jeden z nich, aparat firmy Philips, został wyłączony z dalszej eksploatacji ze względu na zły stan techniczny¹⁸². W dniu składania oferty w Szpitalu funkcjonował tylko 1 aparat mammograficzny, firmy Toshiba. Ponadto, w części ankietowej ww. formularza stwierdzono, że przeprowadzone testy specjalistyczne potwierdziły sprawność obydwu aparatów, mimo że testy z 11 września 2007 r. wykazały, że jeden z nich był wadliwy. Audyt kliniczny przeprowadzony przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący ww. program 28*

¹⁷⁹ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie, Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie, Akademickie Centrum Kliniczne – Szpital Akademii Medycznej w Gdańsku, Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Szpital Wojewódzki SPZOZ im. Św. Łukasza w Tarnowie, Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli,

¹⁸⁰ Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie, Szpital Specjalistyczny w Brzozowie – Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. J. Bielawskiego, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu.

¹⁸¹ Dz. U. Nr 194, poz. 1625.

¹⁸² Mammograf Diagnost Philips skasowano 3 kwietnia 2008 r. z powodu złego stanu technicznego i wyeksploatowania w 75%, a naprawa jego byłaby nieopłacalna.

sierpnia 2007 r. wykazał natomiast, że aparat Toshiba nie nadaje się do badań mammograficznych. W okresie objętym kontrolą Szpital wykonywał więc badania mammograficzne aparatami, które nie były serwisowane zgodnie z art. 4 ust. 4 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych¹⁸³, w związku z § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych¹⁸⁴. Szpital nie informował Lubelskiego OW NFZ oraz Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie o stwierdzonych przestojach i awariach obydwu aparatów mammograficznych, nie dopełniając tym samym obowiązku wynikającego z art. 8a ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe¹⁸⁵. W czerwcu 2008 r. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę w Szpitalu, w tym m.in. aparatu mammograficznego firmy Toshiba. W wyniku przeprowadzonych testów akceptacyjnych stwierdzono, że mammograf nie spełniał wymagań i wydano decyzję o niedopuszczeniu go do dalszego użytkowania.

W przypadku jednego świadczeniodawcy kontrola stwierdziła niewykorzystanie sprzętu do badań histopatologicznych przez ponad 2 lata, co NIK ocenia jako działanie niegospodarne i nierzetelne.

SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku wymagany przez NFZ dostęp do badań histopatologicznych zapewnił zlecając ich wykonywanie Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Akademickiemu Ośrodkowi Diagnostyki Patomorfologicznej w Białymstoku (NZOZ). Podjęto też działania na rzecz wykonywania takich badań we własnej pracowni, jednak pomimo zakupienia – ze środków Unii Europejskiej w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego i własnych Samorządu Województwa Podlaskiego – i zainstalowania 12 maja 2006 r. odpowiednich urządzeń medycznych, o łącznej wartości 142,3 tys. zł, do zakończenia kontroli NIK nie użytkowano ww. sprzętu. Główną tego przyczyną było niezatrudnienie specjalistów patomorfologów oraz brak niezbędnego wyposażenia o wartości około 60 tys. zł. Tymczasem, od czerwca 2006 r. do sierpnia 2008 r. za wykonywanie badań histopatologicznych Szpital zapłacił NZOZ ogółem 1.481,8 tys. zł.

Skontrolowano 41 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. NIK negatywnie oceniła realizację ww. programu przez jednego świadczeniodawcę. Oferty złożone przez 9 zakładów (22%) nie spełniały wymagań określonych w tym programie, w tym 5 (12,2%) w zakresie kwalifikacji personelu medycznego¹⁸⁶.

¹⁸³ Dz. U. Nr 93, poz. 896; art. 4 ust. 4 ww. ustawy stanowił, że użytkownicy wyrobów medycznych są obowiązani do zachowania należytej staranności m.in. w zakresie przeprowadzania przeglądów i konserwacji, a w szczególności do przestrzegania instrukcji używania dostarczonej przez wytwórcę.

¹⁸⁴ Dz. U. Nr 197, poz. 1643.

¹⁸⁵ Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276.

¹⁸⁶ Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. T. Sokołowskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

Dyrektor SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, w ofertach na 2006, 2007 i 2008 r. potwierdziła fakt zatrudniania specjalistów o wymaganych przez NFZ kwalifikacjach i szkoleniach. Poświadczyła w nich także przyjęcie do stosowania szczegółowych materiałów informacyjnych NFZ na 2006 i 2007 r. oraz warunków realizacji umów w 2008 r., mimo że zakład nie zatrudniał tych specjalistów. Kierownikiem Pracowni Diagnostyki Histopatologicznej i Cytologicznej był patomorfolog ze specjalizacją pierwszego stopnia, podczas gdy warunkiem zawarcia umowy z NFZ na realizację tego programu¹⁸⁷ był obowiązek zatrudnienia patomorfologa specjalisty lub ze specjalizacją drugiego stopnia. Ponadto, w pracowni wykonano łącznie 4.691 badań cytologicznych-ginekologicznych, mimo że NFZ wymagał wykonywania co najmniej 8.000 badań,

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie kadra lekarska,¹⁸⁸ udzielająca świadczeń (na etapie pogłębionej diagnostyki raka szyjki macicy), nie odbyła szkoleń z zakresu badań kolposkopowych w latach 2005–2007, choć taki wymóg nakładały przepisy zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁸⁹.

W SP Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim świadczenia na etapie podstawowym profilaktyki raka szyjki macicy udzielał lekarz rezydent bez specjalizacji w dziedzinie ginekologii i położnictwa, nieposiadający kwalifikacji określonych zarządzeniach Prezesa NFZ¹⁹⁰. Przyczyną tego stanu był brak specjalistów zainteresowanych wykonywaniem tej pracy.

Negatywna ocena **Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie**, wynikała ze stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących m.in.:

- nierzetelnie sporządzanych ofert o udzielanie świadczeń ww. programu¹⁹¹,
- zlecenia bieżącego serwisu kolposkopu, wykorzystywanego do badań diagnostycznych raka szyjki macicy firmie, która nie była autoryzowanym serwisantem, co nie odpowiadało dyspozycji wynikającej z art. 4 ust. 4 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach

¹⁸⁷ Na etapie diagnostycznym.

¹⁸⁸ Dotyczy lekarzy specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa.

¹⁸⁹ Zgodnie z załącznikiem Nr 5 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 87/2005 z 13.10.2005 r. (ze zm.) świadczeń w programie profilaktyki raka szyjki macicy na etapie pogłębionej diagnostyki mogli udzielać lekarze ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z udokumentowanym szkoleniem w wykonywaniu badań kolposkopowych. Również w załączniku Nr 5 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 83/2006 z dnia 18 września 2006 r. (zastosowanie od 1 stycznia 2007 r.), powtórzono ten przepis.

¹⁹⁰ Zarządzenia Nr 87/2005 z dnia 13.10.2005 r., Nr 54/2006 z dnia 25.08.2006 r. oraz Nr 66/2007/DSOZ z dnia 20.09.2007 r. w sprawie szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne.

¹⁹¹ Świadczą o tym następujące fakty: a) w ofercie z 23 października 2006 r., dotyczącej udzielania świadczeń w 2007 r., Szpital podał, że posiada sprzęt do automatycznego barwienia preparatów cytologicznych, choć nie było to zgodne ze stanem faktycznym, b) w ofercie na rok 2006, Szpital podał, że osoby dokonujące mikroskopowej oceny preparatów wykonują co najmniej 4000 badań rocznie (tzw. „wymóg konieczny” NFZ), podczas gdy pracownia histopatologiczna wykonała w 2005 r. 2.674, a w 2006 r. 2.736 badań. Dopiero w ofercie na 2007 r. oraz formularzu aktualizacyjnym na 2008 r. Szpital poinformował Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ, że nie spełnia tego wymogu.

medycznych¹⁹², w związku z § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych¹⁹³, zgodnie z którym świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach (...) wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty (...) potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty,

- pracownia histopatologiczna nie miała elektronicznej bazy danych kobiet i wyników ich badań w latach 2006-2008 (I półrocze), pomimo że wymóg taki został nałożony na świadczeniodawców zarządzeniami Prezesa NFZ¹⁹⁴.

Piętnastu, z 47 świadczeniodawców¹⁹⁵ realizujących badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi (31,9%), nie prowadziło rachunku kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, co oznacza, że nie było realizowane w kontrolowanym okresie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej¹⁹⁶. Pozbawiono się tym samym istotnego narzędzia informacyjnego, decyzyjnego i kontrolnego.

Jako działanie nierzetelne NIK ocenia niewywiązywanie się przez świadczeniodawców z obowiązku wypełniania i przekazywania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego (sprawozdanie MZ/N-1a) regionalnemu rejestrowi nowotworów, o którym mowa w rozporządzeniach Rady Ministrów¹⁹⁷.

Na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej¹⁹⁸ oraz rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej, określonych na poszczególne lata 2006-2008, zakłady opieki zdrowotnej były zobowiązane do przekazywania regionalnemu rejestrowi onkologicznemu raz w miesiącu

¹⁹² Patrz przypis 183.

¹⁹³ Dz. U. Nr 197, poz. 1643 ze zm. Ww. rozporządzenie zostało uchylone z dniem 30 marca 2008 r.

¹⁹⁴ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 87/2005 z 13.10.2005 r. (ze zm.), zarządzenie Prezesa NFZ Nr 83/2006 z dnia 18 września 2006 r. (ze zm.), zarządzenie Prezesa NFZ Nr 66/2007/DSOZ z 20 września 2007 r.

¹⁹⁵ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, Wojewódzkie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gdańsku, Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. T. Sokołowskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szpital Wojewódzki w Koszalinie, ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Beskidzkie Centrum Onkologii im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze, Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli, Samodzielny Publiczny ZOZ Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim.

¹⁹⁶ Dz. U. Nr 164, poz. 1194.

¹⁹⁷ Patrz przypis 22.

¹⁹⁸ Patrz przypis 86.

(do 15 dnia miesiąca) zgłoszenia przypadku rozpoznania lub podejrzenia nowotworu złośliwego o symbolu MZ/N-1a.

W 16 zakładach z 48 kontrolowanych (33,3%) nie realizowano ww. obowiązku w ogóle lub z opóźnieniem wynoszącym nawet 9 lat, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne¹⁹⁹.

Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza w Tarnowie w badanym okresie przekazał do regionalnego rejestru ogółem 7.065 kart zgłoszeń nowotworu złośliwego, w tym 1.556 w 2006 r., 2.467 w 2007 r. i 3.042 w I półroczu 2008 r. Wśród ogólnej liczby tych kart, co najmniej 1.406 dotyczyło nowotworów wykrytych w okresie od pół roku nawet do 9 lat przed wysłaniem karty (np. 29 lutego 2008 r. wysłano 54 karty z Poradni Urologicznej Szpitala, z których 5 dotyczyło osób, u których nowotwór złośliwy wykryty został w latach 1997-1999).

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie nie przekazywał do Podkarpackiego Rejestru Nowotworów, w latach 2006-2008 (I półrocze), kart zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ/N-1a), mimo że u 13 pacjentek rozpoznano raka piersi. Zostały one przekazane do Podkarpackiego Rejestru Nowotworów dopiero 30 października 2008 r. (w trakcie kontroli).

Lekarze Wojewódzkiej Przychodni dla Kobiet w SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku nie wypełniali kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a, pomimo podejrzenia nowotworu. Było to niezgodne z instrukcją wypełniania karty, zamieszczoną w załączniku Nr 3 do rozporządzeń Prezesa Rady Ministrów z 24 sierpnia 2005 r., 22 grudnia 2006 r. i 17 stycznia 2008 r.²⁰⁰ w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania (...) – na lata 2006-2008. W rezultacie informacje te nie zostały przekazane do regionalnego rejestru onkologicznego.

¹⁹⁹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie, Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku, Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach, Szpital Wojewódzki SPZOZ im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze, Specjalistyczny Szpital Miejski w Toruniu, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, Beskidzkie Centrum Onkologii im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie, Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Olsztynie, Specjalistyczne Centrum Medyczne SPZOZ w Polanicy Zdroju, Szpital Wojewódzki w Koszalinie.

²⁰⁰ Dz. U. z 2005 r. Nr 206, poz. 1707 ze zm., Dz. U. z 2006 r. Nr 245, poz. 1781 ze zm. i Dz. U. z 2008 r. Nr 36, poz. 202 ze zm.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1 Przygotowanie kontroli.

Program kontroli opracowany został w oparciu o informacje przekazane przez Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, skarg pacjentów na działania zakładów opieki zdrowotnej, materiałów prasowych dotyczących przedmiotu kontroli.

Do badania kontrolnego wybrano jednostki odpowiedzialne za przygotowanie i wdrożenie Narodowego programu (Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz świadczeniodawców realizujących i koordynujących zadania Programu, kierując się wysokością przyznanych na ten cel środków (COK, WOK i spzoz).

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.

Postępowanie kontrolne zakończono 4 lutego 2009 r. Stwierdzone nieprawidłowości oraz wnioski wynikające z ustaleń przedstawionych w protokołach kontroli omówione zostały na 17 naradach. Dwie jednostki²⁰¹ spośród 66 skontrolowanych odwołały się od ustaleń zawartych w protokołach kontroli. Do kierowników wszystkich 66 skontrolowanych jednostek skierowano wystąpienia pokontrolne, zawierające uwagi, oceny oraz wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. W 5 przypadkach kierownicy skontrolowanych jednostek skorzystali z przysługującego im prawa i zgłosili zastrzeżenia do ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych²⁰². Ogółem złożyli oni 24 zastrzeżenia, z których 14 oddalono, 5 przyjęto w całości oraz 5 uwzględniono częściowo. W odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne kierownicy jednostek kontrolowanych informowali o podjętych działaniach zmierzających do usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowościach.

²⁰¹ Ministerstwo Zdrowia i Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ.

²⁰² Ministerstwo Zdrowia, Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ, Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ (odmowa przyjęcia zastrzeżeń z powodu złożenia ich po terminie określonym w ustawie o NIK).

Z ogólnej liczby 199 wniosków pokontrolnych 92 zrealizowano, a 39 pozostawało w fazie realizacji. Według stanu na dzień 26 maja 2009 r. do zrealizowania pozostało 68 wniosków pokontrolnych.

W wystąpieniu skierowanym do Ministra Zdrowia NIK wnioskowała o:

- zapewnienie bezstronności komisji konkursowych w wyborach realizatorów poszczególnych zadań Programu;
- wydanie rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej, w odniesieniu do lekarzy, stosownie do art. 10 ust. 4 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- wyegzekwowanie od konsultantów krajowych, w dziedzinach związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym, realizacji zadań wynikających z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich, w tym m.in. sporządzania opinii o potrzebach kadrowych;
- zweryfikowanie założeń programu „Tomografii Pozytonowej - budowa sieci ośrodków PET-CT”, pod kątem zapewnienia równomiernego dostępu do badań tomografii pozytonowej w skali kraju, z uwzględnieniem możliwości finansowania kosztów badań przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- przeprowadzanie kontroli prawidłowości wykorzystania środków finansowych na realizację NPZChN, odpowiednio do wymagań ustawy o finansach publicznych;
- przeszkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach programów: „Szkolenie lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe minimum onkologiczne” oraz „Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym” we wszystkich województwach.

W wystąpieniu skierowanym do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia NIK wnioskowała o:

- wprowadzenie obowiązku przedstawiania przez świadczeniodawców w składanych ofertach kalkulacji kosztów badań, stanowiących jeden z wymaganych elementów prawidłowego zawierania umów,

-wprowadzenie zasady weryfikacji prawidłowości ofert świadczeniodawców (w tym składanych przez nich oświadczeń), w odniesieniu do podmiotów, u których stwierdzono istotne nieprawidłowości podczas kontroli realizacji poprzedniej umowy.

W wystąpieniach skierowanych do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia NIK wnioskowoła m.in. o:

-rzetelne planowanie środków finansowych na realizację programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy oraz na realizację badań diagnostycznych przy zastosowaniu techniki pozytonowej (PET),

-zbieranie od świadczeniodawców i analizowanie informacji o kalkulacji kosztów świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego,

-zawieranie umów z zakładami opieki zdrowotnej o udzielanie świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, które spełniają wszystkie wymogi określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,

-monitorowanie wykonania umów o realizację programów profilaktycznych oraz ewentualne ich rozwiązywanie na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego i ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacji, gdy świadczeniodawca nie realizuje zawartego kontraktu,

-określenie zasad i zapewnienie współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego w celu monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi,

-nawiązanie konstruktywnej współpracy z konsultantami wojewódzkimi w zakresie realizacji programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy,

-zwiększenie liczby kontroli świadczeniodawców wykonujących badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi,

-przeprowadzenie analizy ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń w ramach programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, uwzględniającej w szczególności niepełny wymiar czasu pracy personelu medycznego.

W wystąpieniach, skierowanych do kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej NIK wnioskowoła m.in. o:

-rzetelne sporządzanie ofert składanych do NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, poprzez przedstawianie aktualnych i zgodnych ze stanem faktycznym informacji o wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną oraz personel medyczny,

- podjęcie działań organizacyjnych mających na celu skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia napromieniowaniem jonizującym,
- podjęcie działań w celu uzyskania zgody na prowadzenie przez zakłady działalności z wykorzystaniem promieniowania jonizującego,
- prowadzenie dokumentacji stanu technicznego aparatury medycznej, w tym paszportów urządzeń technicznych oraz dokonywanie serwisu i przeglądów technicznych sprzętu medycznego przez uprawnione podmioty,
- prowadzenie rachunku kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, według zasad określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r.,
- prowadzenie ewidencji kosztów związanych z realizacją programów zdrowotnych raka piersi oraz raka szyjki macicy w podziale na procedury medyczne,
- rzetelne rozliczanie środków wydatkowanych na realizację zadań wynikających z umów zawartych z Ministrem Zdrowia na koordynację programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi (WOK) oraz na prowadzenie regionalnych rejestrów nowotworów.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości w wymiarze finansowym stanowiły ogółem 16.550 tys. zł. Kwota ta obejmowała m.in.:

- kwoty wydatkowane niegospodarnie, niecelowo i nierzetelnie – 1.260 tys. zł,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa – 3.602 tys. zł,
- nieprawidłowości w wymiarze finansowym, które będą skutkowały wydatkowaniem środków w 2009 r. – 10.000 tys. zł.

Uzyskane korzyści finansowe wyniosły 19 tys. zł i obejmowały pożytki finansowe w postaci należnych środków publicznych.

Według stanu na 7 września 2009 r. NIK skierowała jedno zawiadomienie o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych²⁰³. W trakcie przygotowywania są dwa zawiadomienia o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa²⁰⁴.

²⁰³ Delegatura NIK w Katowicach skierowała 21 maja 2009 r. zawiadomienie o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych przez dyrektora Szpitala im. S. Leszczyńskiego w Katowicach.

²⁰⁴ Delegatura NIK w Opolu przygotowała projekt zawiadomienia o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez pracowników Samodzielny Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu oraz Delegatura NIK w Poznaniu poinformowała o przygotowaniu zawiadomienia o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez dyrektora SP ZOZ w Krotoszynie.

Załączniki

- Załącznik Nr 1 – Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli
- Załącznik Nr 2 – Wykaz jednostek objętych kontrolą.
- Załącznik Nr 3 – Wydatki z budżetu państwa na realizację Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w latach 2006-2008 (I półrocze).
- Załącznik Nr 4 – Wykaz aktów prawnych dotyczących tematyki kontroli.

Załącznik Nr 1

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Narodowy Fundusz Zdrowia
11. Rzecznik Praw Obywatelskich
12. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego

Załącznik Nr 2

Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Białymstoku	1. Podlaski OW NFZ 2. Białostockie Centrum Onkologii 3. SP Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku 4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
2.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	1. Kujawsko-Pomorski OW NFZ 2. Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy 3. Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu 4. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu
3.	Delegatura NIK w Katowicach	1. Śląski OW NFZ 2. Centrum Onkologii Instytut M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach 3. Szpital im. S. Leszczyńskiego w Katowicach 4. Beskidzkie Centrum Onkologii im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
4.	Delegatura NIK w Kielcach	1. Świętokrzyski OW NFZ 2. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach 3. Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim 4. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sandomierzu
5.	Delegatura NIK w Krakowie	1. Małopolski OW NFZ 2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie 3. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie 4. Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie
6.	Delegatura NIK w Łodzi	1. Łódzki OW NFZ 2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi 3. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi 4. Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach
7.	Delegatura NIK w Olsztynie	1. Warmińsko-Mazurski OW NFZ 2. Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie 3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie 4. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu
8.	Delegatura NIK w Opolu	1. Opolski OW NFZ 2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej–Opolskie Centrum Onkologii w Opolu 3. Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu 4. Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie
9.	Delegatura NIK w Poznaniu	1. Wielkopolski OW NFZ 2. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu 3. Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

- | | | |
|-----|---|--|
| | | 4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie |
| 10. | Delegatura NIK w Rzeszowie | 1. Podkarpacki OW NFZ
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina w Rzeszowie
3. Szpital Specjalistyczny w Brzozowie, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku |
| 11. | Delegatura NIK w Szczecinie | 1. Zachodniopomorski OW NFZ
2. Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie
3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. T. Sokołowskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
4. Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie |
| 12. | Delegatura NIK w Warszawie | 1. Mazowiecki OW NFZ
2. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie
3. Samodzielny Publiczny ZOZ Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim |
| 13. | Delegatura NIK we Wrocławiu | 1. Dolnośląski OW NFZ
2. Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
3. Specjalistyczne Centrum Medyczne w Polanicy Zdroju
4. Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu |
| 14. | Delegatura NIK w Zielonej Górze | 1. Lubuski OW NFZ
2. Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze
3. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim
4. Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli |
| 15. | Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia | 1. Centrala NFZ
2. Ministerstwo Zdrowia
3. Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
4. Lubelski OW NFZ
5. Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie
6. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie
7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie
8. Pomorski OW NFZ
9. Akademickie Centrum Kliniczne – Szpital Akademii Medycznej w Gdańsku ²⁰⁵
10. Szpital Morski im. PCK w Gdyni
11. Wojewódzkie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gdańsku |

²⁰⁵ Obecnie Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.

3

Wydatki poniesione z budżetu państwa w części 46-Zdrowie na realizację „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006-2008 (I półrocze)

Lp.	Wyszczególnienie	2006 r.					2007 r.					2008 r. (I półrocze)	
		Plan po zmianach	Wykonanie			Wydatkowane środki w 2007 r. w ramach wydatków niewygasających	Plan po zmianach	Wykonanie			Plan po zmianach	Wykonanie I półrocze 2008 r.	
			Ogółem kol. 5+7	Wydatki w 2006 r. (wykonanie z uwzględnieniem zwrotów)	w tym zobowiązania z roku 2005			Ogółem kol. 9+11	Wydatki w 2007 r. (wykonanie z uwzględnieniem zwrotów)	w tym: zobowiązania z roku 2006			Wydatkowane środki w 2008 r. w ramach wydatków niewygasających
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, w tym wybrane zadania	250 004,72	239 558,06	218 225,78	4,72	21 332,28	271 900,00	269 378,11	253 945,14	216,88	15 432,97	250 000,00	1 990,31
1.1.	Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy	20 043,62	15 158,12	7 656,93		7 501,18	12 580,20	11 994,82	7 596,72	1,00	4 398,09	10 651,80	762,44
	W tym:												
1.1.1	Część administracyjno logistyczna		4 931,91	4 931,91				6 761,59	6 761,59			7 998,80	762,44
1.2.	Populacyjny program wykrywania raka piersi	10 553,45	9 674,40	5 717,62		3 956,78	19 411,80	18 704,79	14 229,58		4 475,21	10 587,50	989,62
	w tym												
1.2.1.	Część administracyjno logistyczna		1 612,40	1 612,40				7 136,25	7 136,25			8 564,00	989,62
1.3	Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego	12 248,98	11 466,41	11 466,41	4,72		14 215,21	14 189,11	14 189,11	215,88		14 577,89	0,00

1.4.	Program poprawy działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworowych	2 242,10	2 118,58	2 118,58		2 050,00	2 033,25	2 033,25		2 100,00	42,53	
1.5.	Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej - doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii	162 675,25	162 402,28	161 458,74		943,53	145 117,34	145 092,76	145 092,76		123 385,00	0,00
1.6.	Tomografii Pozytonowej PET- budowa sieci ośrodków PET	7 900,40	7 324,78	0,00		7 324,78	30 000,00	29 997,78	27 997,78	2 000,00	45 001,81	0,00
1.7.	Szkolenie lekarzy rodzinnych i podstawowe opieki zdrowotnej - jednodniowe minimum onkologiczne	553,82	545,37	545,37			751,87	751,76	751,76		533,71	0,00
1.8.	Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym	2 263,97	2 256,37	2 256,37			2 442,63	2 441,36	2 441,36		2 434,92	0,00
1.9.	Modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych	1 247,13	1 038,41	1 038,41			1 500,00	1 496,99	1 496,99		3 279,19	0,00

Załącznik Nr 4

Wykaz aktów prawnych dotyczących tematyki kontroli.

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. Nr 143, poz. 1200 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419) – obowiązuje od 5 czerwca 2009 r.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188, poz. 1582 ze zm.).

-
14. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.) – obowiązuje od 9.12.2006 r.
 15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 131, poz. 1099).
 16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).
 17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 148, poz. 1232) – uchylone z dniem 20 września 2007 r.
 18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 171, poz. 1210) - weszło w życie z dniem 20 września 2007 r.
 19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643) – uchylone z dniem 30 marca 2008 r.
 20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) – weszło w życie 13 maja 2008 r.
 21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).