



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 411.001.01.2015

R/15/001

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/15/001 - Funkcjonowanie Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Hanna Hawrylik, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 95407 z dnia 7 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa, zwany dalej „Instytutem”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Prof. dr hab. med. Kazimierz Roszkowski-Śliż, Dyrektor. (dowód: akta kontroli str. 1531)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

NIK pozytywnie ocenia prowadzenie przez Instytut działalności diagnostycznej i leczniczej w zakresie chorób płuc oraz realizację zadań dydaktycznych związanych z przygotowaniem kadr medycznych.

Podejmowane przez Kierownictwo Instytutu działania naprawcze w celu osiągnięcia dodatniego wyniku finansowego były jednak niewystarczające. Strata na działalności Instytutu wzrosła z 212.298,49 zł na koniec 2012 r. do 7.567.648,18 zł na koniec 2014 r., a na dzień 30 czerwca 2015 r. wynosiła 6.328.376,70 zł.

Ponadto, ustalono m.in., że:

- liczba pracowników naukowych w Instytucie w Warszawie zmniejszyła się z 59 osób na koniec 2012 r. do 46 osób na koniec czerwca 2015 r., a ich udział w ogólnej liczbie zatrudnienia zmniejszył się z 7,82% do 6,04%; spadek zatrudnienia pracowników naukowych odnotowano także w Oddziale Terenowym Instytut w Rabce-Zdrój z 14 osób na koniec 2012 r. do 10 osób na koniec czerwca 2015 r. Z uwagi na podstawową działalność Instytutu jaką jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych², zmniejszenie zatrudnienia tych pracowników NIK ocenia krytycznie,
- nie podjęto działań zmierzających do uregulowania stanu prawnego funkcjonowania Krajowego Rejestru Raka Płuca,
- nie opracowano „Kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych”, wymaganym art. 29 ust. 2 pkt 5 ustawy o instytutach badawczych i „Perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej”, stosownie do art. 29 ust. 2 pkt 6 tej ustawy.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1095).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zakres i efekty realizacji prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie nauki o gruźlicy i chorobach płuc u dorosłych i dzieci

1.1. Działalność Rady Naukowej Instytutu, jako organu stanowiącego, inicjującego, opiniodawczego i doradczego w zakresie jego działalności statutowej.

Opis stanu
faktycznego

Instytut działa na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych³, ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki⁴ oraz m.in. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵ i statutu zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 15 czerwca 2012 r. Zgodnie z § 2 Statutu, Instytut jest jednostką organizacyjną, wyodrębnioną pod względem prawnym, organizacyjnym i ekonomiczno-finansowym. Instytut posiada osobowość prawną i wpisany jest do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) pod nr 0000141482, jako instytut badawczy. Instytut wpisany jest do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod nr 00000018616. Instytut posiada Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój. Nadzór nad Instytutem sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

Przedmiotem działalności Instytutu jest m.in. prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych w dziedzinie nauki o gruźlicy i chorobach płuc u dorosłych i dzieci na potrzeby systemu ochrony zdrowia, upowszechnianie wyników tych prac oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc⁶.

Zgodnie z art. 29 ust. 1 i 2 ustawy o instytutach badawczych i § 9 statutu z 15 czerwca 2012 r., Rada Naukowa jest organem stanowiącym, inicjującym, opiniodawczym i doradczym Instytutu w zakresie jego działalności statutowej oraz w sprawach rozwoju kadry naukowej i badawczo-technicznej.

Ustalone
nieprawidłowości

Instytut nie opracował „Kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych” oraz „Perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej”, wobec czego Rada Naukowa nie mogła zaopiniować pierwszego z dokumentów i zatwierdzić drugiego, zgodnie z art. 29 ust. 2 pkt 5 i 6 ustawy o instytutach badawczych.

(dowód akta kontroli str. 394 – 415)

Dyrektor Instytutu wyjaśnił, że „Opiniowanie kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych oraz zatwierdzanie perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej, wskazanych w art. 29 ust 2 pkt 5 i 6 ustawy o instytutach badawczych, odbywa się w Instytucie w formie corocznego opiniowania przez Radę Naukową Instytutu dokumentu pn. „Plan Działalności Statutowej” konsumującego ww. punkty ustawy”⁷.

(dowód: akta kontroli str. 629 – 636)

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska Pana Dyrektora w tej sprawie, ponieważ przedstawione w trakcie kontroli „Plany Działalności Statutowej” zawierały wyłącznie tematy i zadania badawcze przewidziane do realizacji na dany rok, natomiast nie określały kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej prac rozwojowych Instytutu, o których mowa w przepisach.

³ Dz. U. z 2015 r., poz. 1095.

⁴ Dz. U. z 2014 r., poz. 1620 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

⁶ Paragraf 3 Statutu Instytutu z dnia 15 czerwca 2012 r.

⁷ Zgodnie z Regulaminem prowadzenia prac naukowo – badawczych w ramach działalności statutowej w Instytucie, wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Nr 7/2010 z dnia 28 maja 2010 r., podstawą przyjęcia do realizacji prac naukowych i rozwojowych w Instytucie jest „Plan Działalności Statutowej”.

Opracowany przez Instytut projekt Regulaminu zarządzania prawami autorskim i prawami własności przemysłowej oraz zasad komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych Instytutu jest dopiero w trakcie uzgodnień, mimo że przepisy art. 24 ust. 1a ustawy o instytutach badawczych, zobowiązujące Dyrektora do ustalenia tego Regulaminu, weszły w życie od 1 października 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 490 – 496)

Dyrektor Instytutu wyjaśnił, że Regulamin zarządzania prawami autorskimi i prawami pokrewnymi oraz prawami własności przemysłowej oraz zasad komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych jest w trakcie opracowywania i zostanie zaopiniowany przez Radę Naukową niezwłocznie po zakończeniu prac nad projektem Regulaminu.

(dowód: akta kontroli str. 629 - 635)

1.2. Skala realizacji działalności naukowej i rozwojowej⁸.

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych, do podstawowej działalności Instytutu należy prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych, przystosowanie i wdrożenie ich wyników do potrzeb praktyki. W związku z prowadzoną działalnością Instytut może m.in.:

- upowszechniać wyniki badań naukowych i prac rozwojowych,
- wykonywać badania i analizy oraz opracowywać opinie i ekspertyzy w zakresie prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych,
- prowadzić działalność wydawniczą związaną z prowadzonymi badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi.

Poza ww. zadaniami, Instytut może prowadzić m.in.:

- studia podyplomowe i doktoranckie, związane z prowadzonymi przez instytut badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi, jeżeli posiada uprawnienia do nadawania stopni naukowych oraz odpowiednie zaplecze i warunki materialno-techniczne,
- inne formy kształcenia, w tym szkolenia i kursy doszkalcające.

1.2.1. Zatrudnienie w Instytucie

W latach 2012 – 2015 (do 30 czerwca) Instytut zatrudniał pracowników: naukowych, badawczo-technicznych, inżynieryjno-technicznych, administracyjno-ekonomicznych, bibliotecznych i dokumentacji naukowej, obsługi, w tym wykonujących zawody medyczne i innych.

W Instytucie w Warszawie zatrudnienie na podstawie umowy o pracę wzrosło z 756 osób (741,33 etatu) na koniec 2012 r. do 764 osób (749,216 etatu) na koniec czerwca 2015 r., tj. o 1,05% w osobach i 1,06% w etatach⁹. Odnotowano także wzrost zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych z 39 osób na koniec 2012 r. do 41 osób na koniec czerwca 2015 r.¹⁰. Natomiast w Oddziale Terenowym Instytutu w Rabce-Zdrój zatrudnienie na podstawie umowy o pracę zmniejszyło się z 293 osób (285,72 etatu) na koniec 2012 r. do 285 osób (279,64 etatu) na koniec czerwca 2015 r., a stan zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych wzrósł z 14 osób na koniec 2012 r. do 15 na koniec czerwca 2015 r.¹¹.

W badanym okresie nastąpił spadek zatrudnienia pracowników naukowych zarówno w Instytucie w Warszawie jak i w Oddziale Terenowym w Rabce-Zdrój.

⁸ Badanie kontrolne dotyczy wyłącznie badań naukowych (projektów badawczych) zakończonych przez Instytut w okresie objętym kontrolą, tj. od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2015 r.

⁹ W latach 2012 – 2015 (I półrocze) zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w Instytucie w Warszawie wynosiło 756 osób na 741,33 etatu na koniec 2012 r., 781 osób na 766,14 etatu na koniec 2013 r., 763 osoby na 748,28 etatu na koniec 2014 r. i 764 osoby na 749,216 etatu na koniec czerwca 2015 r.

¹⁰ W Instytucie w Warszawie na podstawie umów cywilnoprawnych zatrudniono: 39 osób na koniec 2012 r., 34 osoby na koniec 2013 r., 37 osób na koniec 2014 r. oraz 41 osób na koniec czerwca 2015 r.

¹¹ W Oddziale Terenowym Instytutu w Rabce-Zdrój zatrudnienie na podstawie umowy o pracę wynosiło: 293 osoby na 285,72 etatu na koniec 2012 r., 286 osób na 278,89 etatu na koniec 2013 r., 290 osób na 284,64 etatu na koniec 2014 r. i 285 osób na 279,64 etatu na koniec czerwca 2015 r. Na podstawie umów cywilnoprawnych zatrudnionych było 14 osób na koniec 2012 r., 15 na koniec 2013 r., 14 na koniec 2014 r. i 15 osób na koniec czerwca 2015 r.

W Instytucie w Warszawie liczba pracowników naukowych zmniejszyła się z 59 osób (58 etatów) na koniec 2012 r. do 46 osób (45,25 etatu) na koniec czerwca 2015 r., a ich udział w ogólnej liczbie zatrudnienia obniżył się z 7,82% do 6,04%¹². Zmniejszyła się liczba zatrudnionych na stanowiskach: adiunkta z 38 osób (37,6 etatu) na koniec 2012 r. do 25 osób (25 etatu) na koniec czerwca 2015 r. i asystenta z 6 osób (6 etatu) na koniec 2012 r. do 4 osób (4 etatu) na koniec czerwca 2015 r.

Stan zatrudnienia pracowników naukowych w Oddziale Terenowym w Rabce-Zdrój wynosił: 14 osób (13,8 etatu) na koniec 2012 r., 12 osób (11,8 etatu) na koniec 2013 r., 11 osób (10,8 etatu) na koniec 2014 r., 10 osób (10 etatu) na koniec czerwca 2015 r. W Oddziale odnotowano m.in. zmniejszenie zatrudnienia na stanowisku asystenta z 4 osób na koniec 2012 r. do 1 osoby na koniec czerwca 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 513 -534)

W Instytucie obowiązuje Regulamin corocznej oceny pracowników naukowych, wprowadzony zarządzeniem Nr 14/2014 Dyrektora z dnia 27 maja 2014 r., w którym określono tryb i zasady dokonywania indywidualnej oceny pracowników naukowych Instytutu¹³. Ocena ta, jest dokonywana raz w roku, a jej podstawą jest m.in. suma punktów uzyskanych za działalność naukową pracownika naukowego¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 1234 -1260)

W wyniku oceny dokonanej przez Prezydium Rady Naukowej Instytutu¹⁵:

- siedmiu pracowników naukowych uzyskało „0” pkt za działalność naukową za lata 2010 - 2011¹⁶,
- dziewięciu pracowników naukowych uzyskało „0” pkt za działalność naukową za lata 2011 - 2012¹⁷,
- dwóch pracowników naukowych Oddziału Terenowego w Rabce-Zdrój uzyskało „0” pkt za działalność naukową za lata 2012 – 2013 i utraciło status pracownika naukowego¹⁸,
- 12 pracowników utraciło statusu pracownika naukowego uzyskując średnią liczbę 5 pkt rocznie lub mniejszą za działalność naukową za lata 2013 – 2014¹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 1234 -1260; 1194 -1201)

Zmniejszenie liczby pracowników naukowych, jak wyjaśniono, wynikało z przyjęcia w Instytucie zmodyfikowanych zasad oceny indywidualnego dorobku pracowników nauki, które miały na celu poprawę kategorii Instytutu w systemie ocen opracowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, gdzie w rankingu brany jest pod uwagę średni wskaźnik (wynikający z systemu ocen poszczególnych aktywności naukowych) na jednego pracownika naukowego. Zdaniem Dyrektora Instytutu „Udział pracowników naukowych w ogólnym zatrudnieniu nie może abstrahować od tego, że oprócz działalności naukowej, statutową powinnością Instytutu jest działalność lecznicza. Zdecydowana większość pracowników to pracownicy ochrony zdrowia²⁰. (...) Dyrektor zapewnił, że Instytut będzie dążył do zwiększenia zatrudnienia w grupie pracowników naukowych, stosownie

¹² Liczba pracowników naukowych w Instytucie w Warszawie wynosiła: 59 osób na 58 etatu (7,82% ogółem zatrudnionych w etatach) na koniec 2012 r., 58 osób na 57,4 etatu (7,49% ogółem zatrudnionych) na koniec 2013 r., 56 osób na 55,25 etatu (7,38 % ogółem zatrudnionych) na koniec 2014 r., 46 osób na 45,25 etatu (6,04 % ogółem zatrudnionych w etatach) na koniec czerwca 2015 r.

¹³ Wcześniej, obowiązywał Regulamin corocznej oceny pracowników naukowych Instytutu wprowadzony przez Dyrektora Instytutu zarządzeniem nr 41/2012 z dnia 22 listopada 2012 r.

¹⁴ Zgodnie z § 4 Regulaminu corocznej oceny pracowników naukowych Instytutu z dnia 27 maja 2014 r., ocenie podlegają: profesorowie zwyczajni, profesorowie nadzwyczajni, adiunkci, asystenci naukowci.

Ocena pracowników naukowych obejmuje: twórczą działalność naukową w zakresie diagnostyki i leczenia chorób płuc i gruźlicy, podnoszenie kwalifikacji, kształcenie kadry naukowej, upowszechnianie osiągnięć naukowych, w tym poprzez publikacje naukowe, aktywność w pozyskiwaniu pozastatutowych środków finansowych na działalność naukową.

¹⁵ Rada Naukowa uchwała: z 22 listopada 2012 r. Nr 21/XVIII/2012, z 11 kwietnia 2013 r. Nr 38/XVIII, z 10 kwietnia 2014 r. Nr 77/XVIII, z 26 marca 2015 r. Nr 90/XVIII/2015 upoważniła Prezydium Rady Naukowej do dokonania oceny pracowników naukowych, o której mowa w art. 44 ust. 3 ustawy o instytutach badawczych, następstwem, której mogła być utrata statusu pracownika naukowego w przypadku uzyskania średniej liczby 5 pkt rocznie lub mniejszej.

¹⁶ W tym: 6 pracowników Instytutu w Warszawie i 1 pracownik Oddziału Terenowego w Rabce-Zdrój. Uchwała Prezydium Rady Naukowej Instytutu podjęta 29 listopada 2012 r.

¹⁷ W tym: 8 pracowników Instytutu w Warszawie i 1 pracownik Oddziału Terenowego w Rabce-Zdrój. Uchwała Prezydium Rady Naukowej podjęta 18 kwietnia 2013 r.

¹⁸ Uchwała Prezydium rady Naukowej Instytutu podjęta 16 kwietnia 2014 r.

¹⁹ W tym 10 pracowników Instytutu w Warszawie i dwóch Oddziału Terenowego w Rabce-Zdrój. Uchwała Prezydium Rady Naukowej podjęta 1 kwietnia 2015 r.

²⁰ W tym lekarze, pielęgniarki i personel pomocniczy.

do możliwości, jakie stwarza obecny system finansowania nauki, mimo że będzie to utrudnione z uwagi na istniejącą tendencję do zmniejszania dotacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego".

(dowód: akta kontroli str. 506 – 512)

W ocenie NIK zmniejszenie zatrudnienia pracowników naukowych i ich udziału w ogólnej liczbie zatrudnionych w ciągu ostatnich trzech lat jest zjawiskiem niekorzystnym, biorąc pod uwagę podstawową działalność Instytutu jaką jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych²¹. NIK zwraca uwagę, że postępowanie takie, może mieć negatywny wpływ na podejmowanie inicjatyw w zakresie prowadzenia badań naukowych, zwłaszcza, że konsekwencją działalności naukowej jest nadawanie stopni naukowych.

1.2.2. Tematyka i zakres wykonanych badań naukowych i prac rozwojowych

Przychody z tytułu z działalności statutowej Instytutu wyniosły łącznie 19.180.364,70 zł, w tym: 6.956.122,70 zł²² w 2012 r., 5.471.967 zł²³ w 2013 r., 4.673.785 zł²⁴ w 2014 r., 2.078.490 zł w I półroczu 2015 r., a ich udział w przychodach ogółem stanowił odpowiednio: 6,05%, 4,5%, 3,97%, 3,9%.

(dowód: akta kontroli str. 535 – 542)

W badanym okresie dotacja na działalność statutową przekazana przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW) wyniosła łącznie 18.015.280 zł, w tym: 6.677.810 zł w 2012 r., (tj. o 404.581 zł mniej niż w 2011 r.), 5.189.460 zł w 2013 r., (tj. o 1.488.350 zł mniej niż w 2012 r.), 4.379.440 zł w 2014 r., (tj. o 810.020 zł mniej niż w 2013 r.), 1.768.570 zł w I półroczu 2015 r.²⁵

(dowód: akta kontroli str. 507, 535 – 542)

W latach 2012 – 2015, w ramach działalności statutowej, Instytut realizował 11 tematów badawczych²⁶, a poniesione koszty ich wykonania wyniosły 34.582.703,41 zł²⁷, w tym:

- 11.788.207,72 zł w 2012 r., w tym dotacja MNiSW – 6.677.810 zł i środki własne – 5.110.397,72 zł,
- 9.019.964,84 zł w 2013 r., w tym dotacja MNiSW – 5.189.460 zł i środki własne – 3.830.504,84 zł,
- 9.280.792,35 zł w 2014 r., w tym dotacja MNiSW – 4.379.440 zł i środki własne – 4.901.352,35 zł,
- 4.493.738,50 zł w I półroczu 2015 r., w tym z dotacją MNiSW – 1.768.566 zł i środki własne – 2.725.172,50 zł.

(dowód: akta kontroli str. 543- 560)

Realizację tematu badawczego Nr 2 „Ocena sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce” w 2012 r. i 2013 r. przeprowadzono, podobnie jak w latach poprzednich, w oparciu o dane dotyczące nowych zachorowań na gruźlicę zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Zachorowań na Gruźlicę (zwanym również „Rejestrem”), prowadzonym przez Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie gruźlicy

²¹ Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych.

²² W tym: dotacja statutowa – 6.677.810 zł.

²³ W tym: dotacja statutowa – 5.189.460 zł.

²⁴ W tym: dotacja statutowa – 4.379.440 zł.

²⁵ Łączna kwota dotacji: Instytut w Warszawie i Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój.

²⁶ 18 zadań badawczych w 2012 r., 117 w 2013 r. i 2014 i 118 zadań badawczych w 2015 r. Temat 1 - Badania nad ulepszeniem metod rozpoznawania i leczenia gruźlicy i innych zakażeń układu oddechowego (zadania badawcze nr 1.1 – 1.12); Temat 2 - Sytuacja epidemiologiczna i doskonalenie programu zwalczania gruźlicy w Polsce (zadania badawcze nr 2.1-2.3); Temat 3 - Badania nad patogenezą, rozpoznawaniem i leczeniem chorób nowotworowych klatki piersiowej (zadania badawcze nr 3.1-3.22); Temat 4 - Optymalizacja działania diagnostycznego i leczniczego w schorzeniach tchawicy i dużych oskrzeli (zadania badawcze nr 4.1-4.3); Temat 5 - Przewlekła niewydolność oddychania Patogeneza, profilaktyka i leczenie (zadania badawcze nr 5.1-5.9); Temat 6 - Ocena wpływu zaburzeń oddychania w czasie snu na czynność płuc i serca (zadania badawcze nr 6.1-6.11); Temat 7 - Badania nad ulepszeniem metod rozpoznawania i leczenia chorób śródmiąższowych płuc (zadania badawcze nr 7.1-7.24); Temat 8 - Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa (zadania badawcze nr 8.1-8.6); Temat 9 - Badania nad nowymi aspektami patogenezы astmy oskrzelowej oraz usprawnieniu jej rozpoznawania i optymalizacji leczenia (zadania badawcze nr 9.1-9.7); Temat 10 - Badania nad różnymi aspektami etiopatogenezy chorób układu oddechowego i optymalizacją ich leczenia (zadania badawcze nr 10.1-10.8); Temat 11 - Doskonalenie metod rozpoznawania i leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego oraz metod rehabilitacji (zadania badawcze nr 11.1-11.6).

²⁷ W tym dotacja z MNiSW – 18.015.276 zł i środki własne 16.567.427,41 zł.

w Polsce²⁸ jest każdego roku przedstawiana w Biuletynie pn. „Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce”.

Źródło informacji niezbędnych do oceny sytuacji epidemiologicznej stanowiły:

- formularze o symbolu ZLK-2 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy²⁹ przesyłane do Instytutu kwartalnie przez Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne (13) oraz Wojewódzkie Przychodnie Gruźlicy i Chorób Płuc (3),
- wykazy chorych na gruźlicę z dodatnimi posiewami płwociny otrzymywane z laboratoriów prątków gruźlicy z całego kraju, co umożliwiało nadzór nad kompletnością przesyłanych zgłoszeń oraz ocenę zjawiska lekooporności,
- sprawozdania z rocznej działalności terenowych Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc – formularz MZ – 13 – z danymi, które pozwolą m.in. na ocenę chorobowości na gruźlicę z opornością prątków na leki przeciw prątkowe, w tym gruźlicę wielolekooporną,
- dane GUS dotyczące zgonów z powodu gruźlicy pozwalające na ocenę m.in. struktury wieku zmarłych z tego powodu.

Dane epidemiologiczne opublikowane w Biuletynie zostały przeniesione do Raportów z realizacji tego tematu badawczego. Z porównania obu dokumentów wynika, że Raporty zawierają dodatkowe informacje m.in. o sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w innych krajach i o chorobach współistniejących mających wpływ na leczenie gruźlicy.

Koszty realizacji tematu badawczego nr 2 „Ocena sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce” wyniosły łącznie 1.719.400,75 zł, w tym:

- 434.576,62 zł w 2012 r., w tym dotacja z MNiSW – 260.603,84 zł,
- 556.884,15 zł w 2013 r., w tym dotacja z MNiSW – 345.367,99 zł,
- 574.591,67 zł w 2014 r., w tym dotacja z MNiSW – 292.946,38 zł,
- 153.348,31 zł w 2015 r., w tym dotacja z MNiSW – 66.819,42 zł.

(dowód: akta kontroli str. 543-561)

Przychody z tytułu realizacji projektów badawczych wyniosły łącznie 683.107,61 zł, w tym: 349.979,86 zł w 2012 r., 245.901,55 zł w 2013 r., 87.226,20 zł w 2014 r.

W latach 2012 – 2015 (I półrocze) w Instytucie realizowano 17 projektów badawczych, w tym:

- 11 projektów krajowych finansowanych m.in. przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Samorząd Województwa Mazowieckiego, Fundację im. Jakuba Hr. Potockiego, Naukową Fundację Polfarmy, Celon Pharmę oraz firmę farmaceutyczną „Grifols”³⁰,

²⁸ Biuletyn jest przedstawiany środowisku pulmonologicznemu na konferencji corocznie organizowanej przez Instytut. Jest także udostępniany Głównemu Urzędowi Statystycznemu, Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - PZH, Głównej Inspekcji Sanitarnej i Wojewódzkim Stacjom Sanitarно-Epidemiologicznym, Bibliotece Narodowej, Głównej Bibliotece Lekarskiej, a także na prośbę terenowym organom administracji państwowej i samorządowej. Na prośbę GIS i MZ wykonywane są dodatkowo analizy sytuacji w Polsce, która przedstawiana jest na spotkaniach przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (MZ) z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

²⁹ Określono w załączniku nr 3 do rozporządzenia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Zgłoszenie zawiera m.in. dane osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem gruźlicy, informację o wyniku badań: bakteriologicznych płwociny, bakterioskopii/rozmazu, posiewu/hodowli, oraz o metodzie wykrycia u chorego gruźlicy, tj. z objawów chorobowych, ze styczności z chorym, w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym), w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe), przy hospitalizacji, w badaniu sekcijnym, w innych badaniach.

³⁰ 1) Prospektywne badanie nad częstością występowania i postępu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) w praktyce lekarza rodzinnego, stan po 5 latach obserwacji – NN 404 061 538; 2) Poszukiwanie genetycznych uwarunkowań powikłań sercowo – naczyniowych u chorych na obturacyjny bezdech podczas snu - Nr 710/N-CIST/2010-2012; 3) Analiza częstości występowania niedoboru Alfa-1 antytrypsyny u noworodków w województwie mazowieckim – NN 404 081 539/; 4) Charakterystyka fenotypowa i molekularna szczepów *Mycobacterium tuberculosis* opornych na pirazynamid (PZA) wyizolowanych od chorych na gruźlicę w Polsce w latach 2000-2011; 5) Stypendium doktoranckie w ramach projektu samorządu Województwa Mazowieckiego pt. „Potencjał naukowy wsparciem dla gospodarki Mazowsza; 6) Ocena ryzyka transmisji gruźlicy w Polsce u osób pozostających ze sobą w bliskim kontakcie (więźniowie, pensjonariusze domów opieki społecznej, bezdomni i osoby blisko spokrewnione). Opracowanie algorytmu w dochodzeniu do źródła zakażenia gruźlicą – NN 404 572740; 7) Korelacja pomiędzy typem acetylacji a występowaniem niepożądanych objawów w trakcie leczenia gruźlicy – NN 402 559140; 8) Inhibitory activity of alpha-1 antitrypsin genetic variants towards neutrophil serine proteases. European Alpha-1-Antitrypsin Laurell's Training Award (eALTA); 9) Wstępna analiza potencjalnej przydatności neutrofilowych proteaz serynowych jako biomarkerów prognostycznych / predykcyjnych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc; 10) Analiza genetyczna i epigenetyczna markerów nie drobnokomórkowego raka płuca w pozakomórkowych kwasach nukleinowych krążących we krwi obwodowej- perspektywa wykorzystania w praktyce klinicznej; 11) Profilowanie ekspresji mikroRNA jako potencjalnych markerów wrażliwości/oporności komórek niedrobnokomórkowego raka płuca in vitro na odwracalne i nieodwracalne inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR z zastosowaniem sekwencjonowania następnej generacji.

- 6 projektów międzynarodowych finansowanych m.in. przez Komisję Europejską, Fundację Rozwoju Systemu Edukacji, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)³¹.

Na dzień 30 czerwca 2015 r. zakończono 11 projektów badawczych, w tym 5 projektów z 6 międzynarodowych i 8 projektów z 11 krajowych.

Łączny koszt realizacji 17 projektów badawczych na dzień 30 czerwca 2015 r. wyniósł: 2.449.771,32 zł, w tym:

- koszty projektów krajowych – 1.134.920,68 zł, sfinansowane ze źródeł zewnętrznych w kwocie 1.133.50,96 zł i środków własnych – 1.369,72 zł,
- koszty projektów międzynarodowych – 1.314.850,64 zł, sfinansowane ze źródeł zewnętrznych w kwocie 1.188.570,46 zł i środków własnych - 126.280,18 zł.

(dowód: akta kontroli str. 796 – 807)

Analizie szczegółowej poddano projekty badawcze, których realizacja została zakończona:

- projekt „Ocena ryzyka transmisji gruźlicy w Polsce u osób pozostających ze sobą w bliskim kontakcie³²- N N404 572740”, realizowany w latach 2011 – 2014,
- projekt „Analiza częstości występowania niedoboru alfa-1 antytrypsyny u noworodków w województwie mazowieckim”, finansowany ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
- międzynarodowy projekt „Markers for emphysema versus airway disease in COPD” (tytuł polski: Biomarkery rozedmy oraz choroby oskrzeli w POChP.) akronim: EVA, na podstawie umowy nr 200605 zawartej z Komisją Europejską oraz decyzji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr 1323/7,
- międzynarodowy projekt TB PAN-NET: Pan-European network for study and clinical management of drug resistant tuberculosis (tytuł polski: Gruźlica wielolekooporna i o rozszerzonej oporności na leki: aktualny stan wiedzy na temat leczenia) w ramach 7 Programu Ramowego Unii Europejskiej,
- projekt „Introducing standards of the best medical practice for the Patients with inherited Alpha-1 Antitrypsin Deficiency in Central Eastern Europe.” (tytuł polski: Wprowadzanie standardów najlepszej praktyki medycznej w opiece nad chorymi z niedoborem alfa-1-antytrypsyny w Europie Środkowo-Wschodniej”), na podstawie umowy nr 2011 – 1 – PL – LEO04-19715 1 zawartej z Fundacją Rozwoju Systemu Edukacji.

Rezultaty tematów oraz projektów badawczych były wykorzystywane przez Instytut w działalności zarówno klinicznej jak i edukacyjnej. W latach 2012 – 2015 zgromadzono znaczny zbiór wyników, które posłużyły do opracowania nowych metod diagnozowania, usprawnienia profilaktyki i leczenia chorych pulmonologicznych (łącznie 23 pozycji) oraz do opracowania wytycznych dotyczących zastosowania nowych doustnych leków przeciwzakrzepowych; profilaktyki i leczenia żylnych chorób zakrzepowo – zatorowych; rozpoznawania i leczenia POChP, które zostały wydane w formie dokumentu pn. „Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”.
(dowód: akta kontroli str. 924 – 932)

Objęte kontrolą projekty badawcze zrealizowane zostały terminowo, zgodnie z przyjętym harmonogramem lub terminem wskazanym w umowach. Nie wystąpiły przypadki nieterminowego wykonania prac, co mogło spowodować zwiększenie kosztów projektu, w stosunku do ustalonego uprzednio kosztorysu. Projekty badawcze wykonane przez Instytut zostały zaakceptowane i odebrane przez zlecniodawców jako zgodne z umową.

³¹ Projekty we współpracy międzynarodowej: 1) Markers for emphysema versus airway disease in COPD (EVA); 2) PAN-European Network for the Study and Clinical Management of Drug Resistant Tuberculosis. Grant UE 7 PR Health 2007 TB PAN_NET; 3) To Strengthen TB Diagnosis, Drug Susceptibility Testing and International Coordination; 4) Molecular surveillance of MDR TB in Europe; 5) „Introducing Standards of best medical practice for the patients with inherited Alpha-1 Antitrypsin Deficiency in Central Eastern Europe; 6) AIRProm - Airway Disease PRedicting.

³² Więźniowie, pensionariusze domów opieki społecznej, bezdomni i osoby blisko spokrewnione.

1.2.3. Działalność dydaktyczna (edukacyjna) Instytutu w badanym okresie.

W latach 2012 – 2015 w Instytucie nie było nowego naboru na studia doktoranckie. W 2012 r. studia kontynuowały dwie osoby, przy czym jedna złożyła rezygnację i z dniem 22 lutego 2013 r. została skreślona z listy uczestników, a druga kontynuuje studia doktoranckie od 1 lutego 2011 r. W okresie objętym kontrolą żadna osoba nie ukończyła studiów doktoranckich.

(dowód: akta kontroli str. 516)

Na terenie Instytutu w Warszawie była realizowana działalność dydaktyczna m.in. na podstawie:

- dwóch umów zawartych z Marszałkiem Województwa Mazowieckiego³³ na realizację stażu podyplomowego przez 23 lekarzy mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze województwa mazowieckiego. Przychody z tego tytułu wyniosły łącznie 850.803,2 zł, w tym: 475.606,83 zł w 2012 r., 345.711,58 zł w 2013 r., 29.338,93 zł w 2014 r. i 145,86 zł w I połowie 2015 r. Oddział w Rabce-Zdrój nie zawierał umów o realizację stażu podyplomowego,
- 10 umów zawartych z Ministrem Zdrowia na prowadzenie specjalizacji i zawieranie umów o pracę z lekarzami w celu odbycia specjalizacji w ramach etatu rezydenckiego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty³⁴. Instytut uzyskał przychody z tytułu kształcenia 20 rezydentów w kwocie 1.704.541,56 zł, w tym: 581.360,35 zł w 2012 r., 448.456,42 zł w 2013 r., 431.962,20 zł w 2014 r. i 242.762,59 zł w I połowie 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 699- 703;1301; 698; 1302)

W latach 2012 – 2015 (I półrocze) w Instytucie w Warszawie przeprowadzono szkolenia podyplomowe dla 851 lekarzy specjalizujących się m.in. w dziedzinach: chorób płuc, alergologii, pediatrii, w tym 68 pracowników Instytutu. Ponadto, przeprowadzono szkolenia zawodowe i doskonalące (łącznie 515 godzin), w których uczestniczyło 793 lekarzy, w tym 12 zatrudnionych w Instytucie oraz szkolenia wewnątrzzakładowe dla 4.860 osób. Przeprowadzono również szkolenia zawodowe dla 755 pielęgniarek i 16 opiekunek medycznych. W szkoleniach przeddyplomowych, zorganizowanych przez 8 jednostek organizacyjnych Instytutu uczestniczyło łącznie 388 osób.

(dowód: akta kontroli str. 518; 521)

W latach 2012 – 2015 (do 30 czerwca) w Oddziale Terenowym Instytutu w Rabce-Zdrój, w ramach szkoleń podyplomowych, przeprowadzono szkolenia:

- dla 102 lekarzy odbywających staże specjalizacyjne; w tym 23 zatrudnionych w Oddziale w Rabce - Zdrój,
- 7 lekarzy specjalizujących się w ramach etatu rezydenckiego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, uzyskując przychody z tego tytułu w kwocie 240.689 zł (58.185 zł w 2014 r. i 182.504 zł w I półroczu 2015 r.) oraz 55 lekarzy specjalizujących się w trybie innym niż rezydentury.

W Oddziale Terenowym w Rabce-Zdrój zorganizowano szkolenia przeddyplomowe (praktyka studencka, zawodowa) w 18 jednostkach organizacyjnych w liczbie 6.804 godzin ćwiczeń oraz szkolenia podyplomowe dla 100 uczestników kursów specjalizacyjnych, a także szkolenia zawodowe dla 1.645 pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli str. 529-530)

W latach 2012 – 2014 w Instytucie prowadzone były wykłady, seminaria oraz ćwiczenia przy łóżku chorego w języku angielskim dla studentów zagranicznych oraz studentów polskich Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM). W 2012 r. i w 2014 r. w Instytucie odbyło się łącznie 8 spotkań dla 90 lekarzy rodzinnych z powiatów o niskiej wykrywalności raka płuca oraz odbyły się dwutygodniowe szkolenia dla 16 pulmonologów i anestezjologów z ośrodków rejonowych.

³³ Umowa nr 6/ZD/SPP-I/W/SN25/50/12 z 7 marca 2012 r. i umowy nr 113 ZD/SPP-I/W - SN26/50/12 z dnia 24 października 2012 r.

³⁴ Dz. U. z 2015, poz. 464 ze zm.

W ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) w poszczególnych latach 2012 – 2014 w Instytucie przeszkolono po 30 lekarzy na 6 spotkaniach zorganizowanych przez Klinikę Chirurgii Instytutu.

(dowód: akta kontroli str. 518)

1.2.4. W Instytucie opracowano i wdrożono do stosowania następujące procedury:

- diagnostyka i leczenie pozaszpitalnego i szpitalnego zapalenia płuc,
- diagnostyka i leczenie inwazyjnej aspergilozy płuc,
- postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w raku płuca,
- przedoperacyjna diagnostyka guza płuca,
- diagnostyka i leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- Instytut z własnej inicjatywy opracował podręcznik, przedstawiający program zwalczania gruźlicy, oparty na zaleceniach WHO³⁵.

(dowód: akta kontroli str. 633- 634)

1.3. Wykonywanie prac zleconych przez Ministra Zdrowia.

Opis stanu faktycznego

Dyrektor Instytutu wyjaśnił, że Instytut w okresie objętym kontrolą (2012 – 2015) nie wykonywał prac na zlecenie Ministra Zdrowia takich jak: analizy, opinie, opracowania, projekty programów zdrowotnych, projekty aktów wykonawczych.

(dowód: akta kontroli str. 1208 - 1216)

1.4. Przestrzeganie zasad etyki

Opis stanu faktycznego

Zarządzeniem nr 23/2012 z dnia 18 maja 2012 r. Dyrektora Instytutu została powołana na trzyletnią kadencję Komisja Etyki Badań Naukowych³⁶.

Z tytułu działania Komisji wpłynęło na konto Instytutu łącznie 138.000,06 zł³⁷, a wydatki na obsługę posiedzeń i recenzje Komisji wyniosły łącznie: 128.437,59 zł, w tym: 45.150 zł w 2012 r., 38.100 zł w 2013 r., 45.187,59 zł w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 167, 166, 164, 631)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

2. Realizacja umów podpisanych z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

2.1. Sposób organizacji i zakres prowadzonej działalności medycznej

Opis stanu faktycznego

2.1.1. Przedmiotem działalności Instytutu jest m.in. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc³⁸.

Do zadań Instytutu należy m.in.: prowadzenie działalności profilaktycznej, diagnostycznej i leczniczej w zakresie gruźlicy i chorób płuc oraz innej działalności usługowej na potrzeby systemu ochrony zdrowia; tworzenie i rozwijanie baz danych związanych z gruźlicą i chorobami płuc; sprawowanie nadzoru specjalistycznego w zakresie ustalonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia³⁹.

(dowód: akta kontroli str. 5 – 14)

³⁵ Podręcznik Gruźlica - Zalecenia Narodowego Programu Zwalczenia Gruźlicy. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa, 2001). W podręczniku opisano działania o największym znaczeniu w zwalczaniu gruźlicy. Podręcznik został rozesłany do szpitali zajmujących się leczeniem chorych na gruźlicę i do przychodni gruźlicy i chorób płuc w całym kraju. Podręcznik napisano w dwóch wersjach językowych- polskiej i angielskiej (TB manual-NTP guidelines, Warsaw 2001). Wersja angielska jest wykorzystywana przez WHO na kursach szkoleniowych dla osób zarządzających programami zwalczania gruźlicy w krajach Europy Środkowej i w nowoniepodeległych państwach byłego ZSRR.

³⁶ Od 2009 r. w Instytucie działa Komisja Etyki Badań Naukowych powołana zarządzeniem nr 5/2009 Dyrektora Instytutu z dnia 30 kwietnia 2009 r. na trzyletnią kadencję.

³⁷ W tym: 50.000,03 zł w 2012 r. (za wydanie opinii w sprawie projektów badań leków – 26.000,02 zł i rozpatrzenie poprawek do protokołów badań klinicznych leków – 24.000 zł); 38.000 zł w 2013 r. (za wydanie opinii w sprawie projektów badań leków – 8.000 zł i rozpatrzenie poprawek do protokołów badań klinicznych leków – 31.000 zł); 50.000,03 zł w 2014 r. (za wydanie opinii w sprawie projektów badań leków – 26.000,02 zł i rozpatrzenie poprawek do protokołów badań klinicznych leków – 24.000 zł).

³⁸ Paragraf 3 Statutu Instytutu z dnia 15 czerwca 2012 r.

³⁹ Paragraf 4 Statutu Instytutu z 15 czerwca 2012 r.

Strukturę organizacyjną Instytutu określa Regulamin Organizacyjny⁴⁰ ustalony przez Dyrektora zarządzeniem 20/2013 z dnia 2 września 2013 r., ze zmianami wprowadzonymi zarządzeniami Dyrektora: nr 17/2013 z 25 czerwca 2013 r., nr 5/2014 z 10 marca 2014 r.⁴¹, nr 28/2014 z dnia 22 października 2014 r.⁴², nr 6/2015 z dnia 1 kwietnia 2015 r.⁴³, nr 11/2015 z 29 września 2015 r.⁴⁴, nr 12/2015 z dnia 29 września 2015 r.⁴⁵. Zmiany wprowadzono po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej Instytutu i zakładowych organizacji związkowych.

(dowód: akta kontroli str. 808 -923)

Instytut w Warszawie zgłaszał organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zmiany do rejestru, zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(dowód: akta kontroli str. 576 - 580)

2.1.2. Podstawowe kierunki działalności medycznej Instytutu w Warszawie i Oddziału Terenowego w Rabce-Zdrój.

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc prowadzi działalność leczniczą w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Instytut realizuje działalność leczniczą w przedsiębiorstwach:

- Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc – Szpital w Warszawie, w którym funkcjonują m.in. cztery Kliniki z 239 łóżkami⁴⁶ i dwa Oddziały z 45 łóżkami⁴⁷,
- Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc – Przychodnia Przykliniczna w Warszawie z poradniami m.in.: Chirurgii Klatki Piersiowej, Pulmonologiczną, Onkologiczną oraz gabinetami m.in.: zabiegowym, chirurgicznym, diagnostycznym,
- Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc – Szpital w Rabce – Zdrój, w którym funkcjonują cztery Kliniki z 183 łóżkami⁴⁸ i Oddział Laryngologii – Opieki Krótkoterminowej z 10 łóżkami,
- Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc – Specjalistyczne Poradnie Przykliniczne w Rabce-Zdrój z poradniami m.in.: Alergologiczną, Pneumonologiczną, Chirurgii Klatki Piersiowej.

(dowód: akta kontroli str.581 – 582, 808 -923)

2.2. Udział w systemie ochrony zdrowia

2.2.1. Zatrudnienie personelu medycznego

Opis stanu
faktycznego

W Instytucie w Warszawie zatrudnionych było: 126 lekarzy na koniec 2012 r.⁴⁹, 119 na koniec 2013 r.⁵⁰, 117 na koniec w 2014 r.⁵¹ i 119 na koniec czerwca 2015 r.⁵².

⁴⁰ Regulamin Organizacyjny Instytutu stanowił załącznik nr 1 do zarządzenia nr 20/2013 Dyrektora Instytutu z dnia 2 września 2013 r.

⁴¹ Z dniem 31 marca 2014 zlikwidowano Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej.

⁴² Zmiany dotyczyły wprowadzenia stanowiska „Inspektora Ochrony Radiologicznej” i podporządkowania go bezpośrednio Dyrektorowi Instytutu.

⁴³ Z dniem 1 kwietnia 2015 r. zlikwidowano Pracownię Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz Pracownię Badań Regulacji Oddychania w Zakładzie Fizjopatologii Oddychania.

⁴⁴ Zmiany dotyczyły m.in. dodania po § 40, § 40a w brzmieniu „Koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest pielęgniarka anestezyjologiczna, który uczestniczy w operacji pacjenta”.

⁴⁵ Z dniem 31 października 2015 r. zlikwidowano Oddział IX w IV Klinice Chorób Płuc, a z dniem 1 listopada 2015 r. włączono IV Klinikę Chorób Płuc do II Kliniki Chorób Płuc. W skład II Kliniki Chorób Płuc wchodzi: a) Oddział, b) Pracownia Snu, c) Pracownia Badań Czynnościowych, d) Pracownia Domowego leczenia Tlenem. Łóżka zlikwidowanego Oddziału IX w liczbie 9 przeniesiono do II Kliniki Chorób Płuc. Od 1 listopada 2015 r. liczba łóżek w II Klinice Chorób Płuc wynosi 41. Stan łóżek w Pracowni Snu nie uległ zmianie i wynosi 5.

⁴⁶ I Klinika Chorób Płuc – 65 łóżek, II Klinika Chorób Płuc – 46 łóżek, III Klinika Chorób Płuc – 52 łóżka, Klinika Chirurgii – 76 łóżek, w tym 8 łóżek intensywnej opieki medycznej, Oddział Anestezyjologii i Intensywnej Terapii – 22 łóżka w tym 10 łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Instytutu nr 12/2015 z 29 września 2015 w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego Instytutu.

⁴⁷ Oddział XI Chorób Płuc - 23 łóżka i Oddział Anestezyjologii i Intensywnej Terapii – 76 łóżek.

⁴⁸ Klinika Alergologii i Pneumonologii – 80 łóżek, Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej – 15 łóżek, Klinika Pneumonologii i Mukowiscydozy – 60 łóżek, Klinika Pneumonologii – 28 łóżek.

⁴⁹ W tym: 10 rezydentów.

⁵⁰ W tym: 8 rezydentów.

⁵¹ W tym: 9 rezydentów.

⁵² W tym: 10 rezydentów.

Udział lekarzy w strukturze zatrudnienia personelu medycznego w Instytucie w Warszawie stanowił: 24,57 % na koniec 2012 r., 22,35% na koniec 2013 r. 21,83 % na koniec 2014 r. i 21,9% na dzień 30 czerwca 2015 r.

Wśród 126 lekarzy zatrudnionych na koniec 2012 r. - 104 lekarzy (102,75 etatu) posiadało specjalizację, w tym: 42 lekarzy w dziedzinie chorób płuc, 11 w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej, 11 w dziedzinie radiologii, 2 w dziedzinie onkologii, 18 w dziedzinie chorób wewnętrznych, 4 w dziedzinie patomorfologii, 28 w innych dziedzinach niż wymienione, 10 lekarzy było w trakcie specjalizacji (rezydentury).

Ze 119 lekarzy zatrudnionych na koniec czerwca 2015 r. – 12 było w wieku poniżej 35 lat, 27 w wieku 35 – 44 lata, 44 w wieku 45 – 54 lata, 29 w wieku 55 – 64 lat, 7 w wieku 65 lat i powyżej.

(dowód: akta kontroli str. 513 - 534)

W Oddziale Terenowym w Rabce-Zdrój lekarzy zatrudnionych było: 27 (24,25 etatu) na koniec 2012 r., 27 (24,37 etatu) na koniec 2013 r., 24 (22,12 etatu) na koniec 2014 r. i 24 (22,12 etatu) na koniec czerwca 2015 r. Ponadto, na podstawie umów cywilnoprawnych zatrudnionych było 8 lekarzy na koniec 2012 r., 7 na koniec 2013 r., 8 na koniec 2014 r. i 9 lekarzy na koniec czerwca 2015 r.

W Oddziale Terenowym w Rabce-Zdrój na umowę o pracę nie zatrudniano lekarzy ze specjalnością w dziedzinie onkologii, radiologii i chorób wewnętrznych.

Na koniec czerwca 2015 r. w Oddziale Terenowym w Rabce – Zdrój, na podstawie umowy cywilnoprawnej, zatrudnionych było 9 lekarzy specjalistów w dziedzinach: radiologii (1), anestezjologii i intensywnej opieki medycznej (4), rehabilitacji medycznej (1), otolaryngologii (1), transplantologii klinicznej (1), medycyny pracy (1). Wśród tych specjalistów 7 było w wieku 45 – 54 lata i dwóch w wieku 55 – 64 lat.

(dowód: akta kontroli str. 524 - 534)

W sprawie niedoboru specjalistów w dziedzinie onkologii w Instytucie w Warszawie oraz specjalistów w dziedzinie radiologii i otolaryngologii w Rabce-Zdrój, Dyrektor Instytutu m.in. wyjaśnił m.in., że zatrudnieni onkolodzy w IGiChP pełnią jedynie funkcje konsultacyjne, a zatem ich liczba zapewnia właściwą realizację leczenia onkologicznego. Jednakże w trosce o uniknięcie problemu luki pokoleniowej obecnie dwóch lekarzy kończy specjalizację w dziedzinie onkologia kliniczna. Oddział Terenowy Instytutu w Rabce-Zdrój zajmuje się chorobami płuc u dzieci i nie ma tam miejsca na leczenie nowotworów układu oddechowego.

(dowód: akta kontroli str. 509 – 512)

2.2.3. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej

W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2015 r. Instytut w Warszawie realizował świadczenia zakontraktowane przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ (MOW NFZ) w następujących rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)⁵³ ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (AOS – DK)⁵⁴, lecznictwo szpitalne (SZP)⁵⁵, leczenie szpitalne – programy lekowe (SZP-L), świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK)⁵⁶.

Na podstawie 7 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej również „MOW NFZ”), Instytut w Warszawie zrealizował świadczenia o łącznej wartości 265.271.481,85 zł (90,2% wartości zakontraktowanej – 294.100.523,14 zł), w tym:

- 74.090.851,19 zł w 2012 r. tj. 99,3% wartości zakontraktowanej (74.614.725,61 zł),
- 76.707.792,34 zł w 2013 r., tj. 103,7% wartości zakontraktowanej (73.947.986,68 zł),
- 77.401.983,38 zł w 2014 r., tj. 104 % wartości zakontraktowanej (74.398.918,84 zł),

⁵³ W zakresie: gruźlicy i chorób płuc, onkologii, leczenia bólu.

⁵⁴ Badania tomografii komputerowej i badania rezonansu magnetycznego.

⁵⁵ M.in. w zakresie: choroby płuc – hospitalizacja, chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja, Anestezjologia i Intensywna Terapię II Poziom referencyjny – hospitalizacja Izba Przyjęć.

⁵⁶ Tlenoterapia Domowa.

- 37.070.854,94 zł w I połowie 2015 r., tj. 52,1% wartości zakontraktowanej na rok 2015 (71.138.892,02 zł)⁵⁷.

Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach podpisanych z Instytutem przez NFZ wyniosła 10.674.377,49 zł, w tym:

- 4.918.768,93 zł w 2012 r.⁵⁸,
- 2.761.148 zł w 2013 r.⁵⁹,
- 2.994.460,56 zł w 2014 r.⁶⁰.

Główny Księgowy Instytutu wyjaśniła, że należności z tytułu świadczeń wykonanych ponad wartość określoną w umowach z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych, tzw. „nadwykonań”, nie są ewidencjonowane w systemie finansowo-księgowym. Ewidencjonowane są wartości uznane przez NFZ.

Wartość świadczeń tzw. „nadwykonań”, sfinansowanych przez MOW NFZ na dzień 30 czerwca 2015 r. wyniosła łącznie 3.518.788,90 zł, w tym:

- 1.956.958 zł w 2012 r.⁶¹,
- 1.561.830,90 zł w 2013 r.⁶².

Główny Księgowy Instytutu wyjaśniała m.in., że w 2013 r. Instytut skierował sprawę na drogę postępowania sądowego o zapłatę 912.848 zł i 557.920 zł za świadczenia wykonane ponad limit z zakresu chirurgii klatki piersiowej. W grudniu 2014 r. podpisano z NFZ porozumienie pozasądowe na kwotę 682.504,90 zł i 879.326 zł.

(dowód: akta kontroli str. 156; 316 – 338)

Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach z lat poprzednich, które nie zostały rozliczone przez MOW NFZ do 30 czerwca 2015 r., wyniosła 4.641.342,13 zł, w tym:

- 447.564,47 zł – świadczenia wykonane w 2012 r.⁶³,
- 1.199.317,10 zł – świadczenia wykonane w 2013 r.⁶⁴,
- 2.994.460,56 zł – świadczenia wykonane w 2014 r.⁶⁵.

Wartość niewykonanych świadczeń wyniosła łącznie 972.781,23 zł, w tym:

- 971.438,89 zł (725.517,89 pkt rozliczeniowe) w 2012 r.⁶⁶,
- 1.342,34 zł (209,99 pkt rozliczeniowe) w 2013 r.⁶⁷.

(dowód: akta kontroli str. 565 – 569, 696 – 699)

Dyrektor wyjaśnił, że w 2012 r. wartość niewykonanych świadczeń wyniosła 971.438,89 zł i dotyczyła programu lekowego - niedrobnokomórkowego raka płuca. Główną przyczyną niewykonania tych świadczeń była zbyt mała liczba pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego. Przy ogólnej wartości zakontraktowanych świadczeń w 2013 r. niezrealizowane świadczenia stanowiły znikomy procent.

⁵⁷ Dane dot. wartości zakontraktowanych i wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej zostały przedstawione przez Dział ds. Ewidencji i Rozliczania Świadczeń Medycznych w Instytucie w Warszawie.

⁵⁸ W tym m.in. świadczenia w rodzaju: AOS - 116.798 zł, AOS – badania tomografii komputerowej 46.899 zł, badania rezonansu magnetycznego – 58.077 zł, leczenie szpitalne -4.672.790,38 zł, tlenoterapia tlenem -20.268 zł).

⁵⁹ Świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja (D01, D02) – 2.761.148 zł.

⁶⁰ Świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby płuc – hospitalizacja 2.414.868,56 zł, chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja – 561.288 zł, chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja – D01, D02 – 18.304 zł.

⁶¹ W tym: 116.798 zł świadczenia w rodzaju AOS, 104.976 zł świadczenia w rodzaju AOS – świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, 1.712.672 zł świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne, 2.244 zł – chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym, 20.268 zł świadczenia zdrowotne zakontraktowane odrębnie – Tlenoterapia Tlenem.

⁶² Świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja – D01 D02 – 1.561.830,90 zł.

⁶³ W tym: 445.971,92 zł - świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja – D01 D02; 1.692,55 zł – świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym -1.683 zł i substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacja z zakresem skojarzonym – 9,55 zł.

⁶⁴ Świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja – D01, D02 - 1.199.317,10 zł.

⁶⁵ Świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach: choroby płuc – hospitalizacja – 2.414.868,56 zł, chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja – 561.288 zł, chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja- D01, D02 – 18.304 zł.

⁶⁶ Świadczenia w rodzaju AOS – 21,90 zł, w rodzaju AOS – świadczenia diagnostyczne kosztochłonne – 83.079 zł, w rodzaju leczenie szpitalne -38.589,20 zł, leczenie szpitalne – Program lekowy -135.252 zł, leczenie szpitalne - Leki w Programie Lekowym – 573.493,51 zł, leczenie szpitalne – Substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacja z zakresem skojarzonym – 139.251,28 zł, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – 1.752 zł.

⁶⁷ Świadczenia w rodzaju AOS – 38,50 zł, świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby płuc – hospitalizacja – 89,21 zł, chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja – 310,96 zł, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – 768 zł.

(dowód akta kontroli str. 508 -509)

W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2015 r. Oddział Terenowy Instytutu w Rabce-Zdrój realizował świadczenia zakontraktowane przez Małopolski OW NFZ w następujących rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), lecznictwo szpitalne (SZP), leczenie szpitalne – programy lekowe (SZP-L), rehabilitacja lecznicza (REH).

Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) zrealizował świadczenia o łącznej wartości 67.020.486,39 zł (88,9% wartości zakontraktowanej 75.409.441,09 zł), w tym: 17.456.338,60 zł w 2012 r. (98,8% wartości kontraktu -17.672.078,55 zł), 18.892.953,28 zł w 2013 r. (100,2% wartości zakontraktowanej – 18.849.836,32 zł), 20.424.855,82 zł w 2014 r. (105,2% wartości zakontraktowanej – 19.415.929,92 zł) i 10.246.338,60 zł w I połowie 2015 r. (52,6% wartości kontraktu – 19.471.596,30 zł).

Wartość świadczeń wykonanych przez Oddział Terenowy w Rabce Zdrój ponad limit określony w umowach wyniosła 3.724.277,93 zł, w tym:

- 235.238 zł w 2012 r.,
- 1.111.595,68 zł w 2013 r.,
- 2.377.444,25 zł w 2014 r.

Wartość świadczeń sfinansowanych przez MOW NFZ tzw. „nadwykonań” wyniosła łącznie 2.392.540,96 zł, w tym:

- 230.593 zł w 2012 r.,
- 859.081,44 zł w 2013 r.,
- 1.302.866,52 zł w 2014 r.

Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach z lat poprzednich, które nie zostały rozliczone przez MOW NFZ do 30 czerwca 2015 r., wyniosła 1.242.085,33 zł, w tym:

- 4.645 zł – świadczenia wykonane w 2012 r.,
- 162.862,60 zł – świadczenia wykonane w 2013 r.,
- 1.074.577,73 zł – świadczenia wykonane w 2014 r.

Wartość niewykonanych świadczeń wyniosła 331.315,57 zł, w tym:

- 75,82 w 2012 r.,
- 331.239,75 w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 574; 575A)

2.2.4. W badanym okresie w poradniach Przychodni Przyklinicznej w Instytucie w Warszawie leczono 56.673 pacjentów, w tym:

- 16.055 w 2012 r., z tego: 3.941 w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej, 11.424 w Poradni Pulmonologicznej, 674 w Poradni Onkologicznej, 16 w Poradni Leczenia Bólu,
- 15.238 w 2013 r., z tego: 4.031 w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej, 10.455 w Poradni Pulmonologicznej, 677 w Poradni Onkologicznej, 64 w Poradni Leczenia Bólu,
- 15.624 w 2014 r., z tego: 4.258 w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej, 10.722 w Poradni Pulmonologicznej, 644 w Poradni Onkologicznej,
- 9.756 w I półroczu 2015, z tego: 2.663 w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej, 6.595 w Poradni Pulmonologicznej, 498 w Poradni Onkologicznej.

W latach 2012 - 2015 w Specjalistycznych Poradniach Przyklinicznych w Rabce-Zdrój liczba pacjentów wynosiła 6.481, w tym:

- 2.615 w 2012 r., z tego: 1.220 w Poradni Alergologicznej, 563 w Poradni Pneumonologicznej, 272 Chirurgii Klatki Piersiowej, 560 Poradni Rehabilitacyjnej,
- 2.676 w 2013 r., z tego: 1.131 w Poradni Alergologicznej, 681 w Poradni Pneumonologicznej, 275 Chirurgii Klatki Piersiowej, 589 Poradni Rehabilitacyjnej,
- 2.880 w 2014 r., z tego: 1.161 w Poradni Alergologicznej, 809 w Poradni Pneumonologicznej, 307 Chirurgii Klatki Piersiowej, 603 Poradni Rehabilitacyjnej,

- 1.911 w I półroczu 2015 r., z tego: 868 w Poradni Alergologicznej, 541 w Poradni Pneumonologicznej, 151 Chirurgii Klatki Piersiowej, 351 Poradni Rehabilitacyjnej.

2.2.5. Liczba pacjentów hospitalizowanych w Instytucie oraz stopień wykorzystania łóżek szpitalnych.

W latach 2012 – 2015 (I półrocze) liczba pacjentów⁶⁸ hospitalizowanych w Instytucie w Warszawie wynosiła odpowiednio 9.867, 10.927, 11.066, 5.725. Liczba osobodni hospitalizowanych wyniosła 73.718 w 2012 r.⁶⁹, 78.232 w 2013 r., 82.871 w 2014 r., a w I półroczu 2015 – 41.901 osobodni. Średnia liczba łóżek szpitalnych zwiększyła się z 228 w 2012 r. do 284 w I półroczu 2015 r. W Instytucie było 246 łóżek na koniec 2012 r., 284 na koniec 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r. Średni okres pobytu chorego zmniejszył się z 7,32 osobodnia w 2012 r. do 7,12 osobodnia w I półroczu 2015 r. Średnie obłożenia łóżek (w dniach)⁷⁰ wynosiło 317,87 w 2012 r., 296,09 w 2013 r., 291,79 w 2014 r. i 147,53 w I półroczu 2015 r.

(dowód: akta kontroli 562 - 564)

W latach 2012 – 2015 (I półrocze) liczba pacjentów⁷¹ hospitalizowanych w Oddziale Terenowym w Rabce-Zdrój wynosiła odpowiednio 6.483, 6.981, 7.529, 3.836. Liczba osobodni wyniosła 26.335 w 2012 r., 26.811 w 2013 r., 29.060 w 2014 r., a w I półroczu 2015 – 14.823 osobodni. Średnia liczba łóżek szpitalnych wynosiła 193 w 2012 r., 2013 r., 2014, i 30 czerwca 2015 r. W Oddziale w Rabce-Zdrój było 193 łóżka na koniec 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 30 czerwca 2015 r. Średni okres pobytu chorego zmniejszył się z 4,1 osobodnia w 2012 r. do 3,8 osobodnia w I półroczu 2015 r. Średnie obłożenia łóżek (w dniach) wynosiło 136,5 w 2012 r., 138,9 w 2013 r., 150,6 w 2014 r. i 76,8 w I półroczu 2015 r.

(dowód: akta kontroli 564A)

2.2.6. W kontrolowanym okresie w Instytucie w Warszawie leczono:

- 13.275 pacjentów na nowotwór złośliwy układu oddechowego, w tym: 3.656 pacjentów w 2012 r., 3.597 w 2013 r., 3.543 w 2014 r. i 2.479 pacjentów w I półroczu 2015; na nowotwór złośliwy płuca - 12.137 pacjentów, w tym 3.334 w 2012 r., 3.223 w 2013 r., 3.293 w 2014 r. i 2.287 pacjentów w I półroczu 2015 r.⁷²;
- 7.281 pacjentów na POChP⁷³, w tym: 2.303 pacjentów w 2012 r., 1.948 w 2013 r., 1.861 w 2014 r. i 1.169 pacjentów w I półroczu 2015 r.⁷⁴;
- 6.387 pacjentów na sarkoidozę, w tym: 1.817 w 2012 r., 1.741 w 2013 r., 1.764 w 2014 r. i 1.065 pacjentów w I półroczu 2015 r.⁷⁵;
- 589 pacjentów na mukowiscydozę, w tym: 129 pacjentów w 2012 r., 155 w 2013 r., 168 w 2014 r. i 137 pacjentów w I półroczu 2015⁷⁶;
- 171 pacjentów na gruźlicę płuc, w tym: 66 w 2012 r.⁷⁷, 42 w 2013 r.⁷⁸, 41 w 2014 r.⁷⁹, 22 w I półroczu 2015 r.⁸⁰.

(dowód: akta kontroli str. 1460 – 1461)

W kontrolowanym okresie w Oddziale Terenowym Rabka-Zdrój leczono:

- 2.252 pacjentów na mukowiscydozę⁸¹, w tym: 580 pacjentów w 2012 r., 656 w 2013 r., 679 w 2014 r. i 337 pacjentów w I półroczu 2015 r.⁸²;

⁶⁸ Liczba pacjentów w roku pomniejszona o liczbę chorych pozostających z roku poprzedniego (bez ruchu międzyoddziałowego).

⁶⁹ Z Pracownią Snu.

⁷⁰ Z Pracownią Snu.

⁷¹ Liczba pacjentów w roku pomniejszona o liczbę chorych pozostających z roku poprzedniego (bez ruchu międzyoddziałowego).

⁷² Wśród pacjentów leczonych na nowotwór złośliwy płuca najliczniejszą grupę ok. 51% (6.212 osób) stanowili pacjenci w wieku powyżej 65 lat.

⁷³ Ambulatoryjnie – 6.780, hospitalizacja – 501.

⁷⁴ Wśród pacjentów leczonych na POChP 2.621 pacjentów było w wieku powyżej 65 lat.

⁷⁵ Wśród pacjentów leczonych na sarkoidozę ok. 26,7% stanowili pacjenci w wieku od 30 do 39 lat, a ok. 23,6% w wieku od 40 do 49 lat.

⁷⁶ Wśród tych pacjentów najliczniejszą grupę ok. 43% stanowili pacjenci w wieku od 21 do 29 lat.

⁷⁷ W tym: ambulatoryjnie – 28 pacjentów, hospitalizacja – 38 pacjentów.

⁷⁸ W tym: ambulatoryjnie – 13 pacjentów, hospitalizacja – 29 pacjentów.

⁷⁹ W tym: ambulatoryjnie – 7 pacjentów, hospitalizacja – 34 pacjentów.

⁸⁰ W tym: ambulatoryjnie – 10 pacjentów, hospitalizacja – 12 pacjentów; wśród tych pacjentów 47 było w wieku 65 i więcej lat.

⁸¹ Ambulatoryjnie – 151, hospitalizacja – 2.101.

- 104 pacjentów na gruźlicę płuc, w tym: 28 w 2012 r., 32 w 2013 r., 37 w 2014 r., 7 w I półroczu 2015 r.⁸³;
- 15 pacjentów na nowotwór złośliwy układu oddechowego, w tym 11 pacjentów chorych na nowotwór złośliwy płuc.

(dowód: akta kontroli str. 1442-1452)

2.2.7. Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę i wyniki leczenia gruźlicy w Polsce.

Główny Inspektor Sanitarny⁸⁴ w decyzji⁸⁵ z dnia 3 września 2009 r. wskazał Instytut⁸⁶ jako „krajową specjalistyczną jednostkę właściwą w zakresie gruźlicy”. Zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁸⁷ Główny Inspektor Sanitarny lub wskazane przez niego krajowe specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej, prowadzą rejestr zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego⁸⁸. Sposób prowadzenia rejestru zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną oraz zgonów spowodowanych zakażeniem lub chorobą zakaźną, ich podejrzeń, przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego oraz wzorów i terminów przekazywania raportów zawierających ww. informacje, Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 18 maja 2010 r. w tej sprawie⁸⁹.

W strukturze organizacyjnej Instytutu funkcjonuje Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą, który m.in. prowadzi działalność naukowo-badawczą w dziedzinie epidemiologii chorób płuc oraz Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę. Współpracuje on m.in. z organizacjami międzynarodowymi – Światową Organizacją Zdrowia (WHO) i Europejskim Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób Unii Europejskiej (ECDC) w zakresie monitorowania gruźlicy.

Polska ze wskaźnikiem⁹⁰ zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wynoszącym 19,7 w 2010 r., 22,2 w 2011 r., 19,6 w 2012 r., 18,8 w 2013 r., 17,4 w 2014 r. zaliczana jest do krajów o średniej zapadalności⁹¹.

Na gruźlicę płuc zmarło: 609 osób w 2011 r.⁹², 616 osób w 2012 r.⁹³, 518 w 2013 r.⁹⁴. W 2012 nie odnotowano żadnego zgonu na gruźlicę w grupie dzieci do lat 14 i młodzieży w wieku od 15 do 19 lat, natomiast w 2013 r. wśród młodzieży odnotowano zgon jednej osoby z powodu gruźlicy.

Zgodnie z Krajowym Rejestrem Zachorowań na Gruźlicę, w Polsce zarejestrowano spadek zachorowań na gruźlicę wszystkich postaci z 11.477 w 2000 r. do 8.478 w 2011 r., a w okresie objętym kontrolą z 7.542 w 2012 r. do 6.698 w 2014 r.⁹⁵, tj. o 552 mniej niż w 2013 r. (7.250 zachorowań)⁹⁶.

⁸² Wśród pacjentów leczonych na mukowiscydozę 470 pacjentów było w wieku od 0 do 5 lat, 386 w wieku od 6 do 10 lat, 341 w wieku od 11 do 15 lat, 325 w wieku od 16 do 18 lat, 168 w wieku od 19 do 20 lat, 375 w wieku od 21 do 29 lat, 161 w wieku od 30 do 39 lat i 26 pacjentów w wieku od 40 do 49 lat.

⁸³ Wśród 104 pacjentów 62 było w wieku od 0 do 5 lat, 7 od 6 do 10 lat, 11 w wieku od 11 – 15 lat, 23 w wieku 16 – 18 lat i jeden pacjent w wieku 65 i więcej lat.

⁸⁴ Na wniosek Instytutu z dnia 7 lipca 2009 r. o wskazanie Instytutu jako właściwego do prowadzenia Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

⁸⁵ Znak: GIS-EP-022-25 (1)- WE/09.

⁸⁶ Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U z 2013 r., poz. 947 ze zm.).

⁸⁷ Dz. U z 2013 r., poz. 947 ze zm.

⁸⁸ Zawierający: 1) dane ze zgłoszeń, o których mowa w art. 27 ust. 1 i art. 29 ust. 1 pkt 1, 2) dane uzyskane w ramach indywidualnego nadzoru epidemiologicznego obejmujące: a) charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, b) opis okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, c) charakterystykę biologicznego czynnika chorobotwórczego.

⁸⁹ Dz. U. z 2010 r. Nr 94, poz. 610.

⁹⁰ Na 100 tys. ludności.

⁹¹ Dane Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę z 2011 r., 2012 r., 2013 r., 2014 r., 2015 r.

⁹² Współczynnik 1,6 na 100 tys. mieszkańców.

⁹³ Współczynnik 1,6 na 100 tys. mieszkańców.

⁹⁴ Współczynnik 1,3 na 100 tys. mieszkańców.

⁹⁵ Tabela nr 1 publikacji „Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2014 r.

⁹⁶ Dane Krajowego rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

Liczba zachorowań na gruźlicę płuc, potwierdzona bakteriologicznie w latach 2011 – 2014 wynosiła odpowiednio: 5.327, 4.870, 4.663, 4.603⁹⁷.

W grupie do 14 roku życia stwierdzono gruźlicę płuc u 52 dzieci w 2012 r., 62 w 2013 r. i u 44 dzieci w 2014 r.⁹⁸, a gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie u 17 dzieci w 2012 r., u 13 w 2013 r. i u 14 dzieci w 2014 r. Najwyższe współczynniki na 100 tys. ludności zapadalności na gruźlicę u dzieci odnotowano w województwach: mazowieckim – 5,0 w 2012 r., 6,3 w 2013 r., 3,4 w 2014 r. Wśród młodzieży w wieku od 15 do 19 lat potwierdzoną bakteriologicznie gruźlicę stwierdzono u 31 nastolatków w 2013 r. i u 34 w 2014 r. Najwyższą w Polsce zapadalność na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie odnotowano w 2013 r. wśród młodzieży województwa świętokrzyskiego – 4,0 (trzy przypadki), a w 2014 r. wśród młodzieży województwa łódzkiego – 4,7 (6 takich przypadków).

W Polsce utrzymują się znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami. W 2014 r. najwyższą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach: lubelskim – 26,5 na 100 tys. mieszkańców, w śląskim – 25,1, w świętokrzyskim – 23,4, łódzkim – 22,8. Najniższe współczynniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci odnotowano w czterech województwach: wielkopolskim – 9,3, podlaskim – 11,2, warmińsko-mazurskim – 11,5, lubuskim – 14⁹⁹. W 2014 r. najwyższe współczynniki zapadalności na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie zarejestrowano w województwie lubelskim – 18 na 100 tys. mieszkańców, świętokrzyskim – 17,2, śląskim – 15,4 i łódzkim 14,8.

Najwyższy współczynnik zachorowalności na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie (na 100 tys. mieszkańców), zarejestrowano u osób w wieku od 45 do 64 lat, który wynosił: 23,4 (2.466 zachorowań) w 2011 r., 21,2 (2.246 zachorowań) w 2012 r., 20,2 (2.133 zachorowań) w 2013 r., 19,8 (2.073 zachorowań) w 2014 r.¹⁰⁰.

Wśród chorych na gruźlicę zarejestrowanych było 48 cudzoziemców w 2012 r., 52 w 2013 r., 49 w 2014 r.

W latach 2012 – 2013 zwiększyła się liczba chorych na gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na co najmniej 1 lek p/prątkowy. Takich przypadków, zgodnie ze sprawozdaniem MZ – 13 było 112 na koniec 2012 r., 128 na koniec 2013 r. i 110 w 2014 r.. W tej grupie osób zarejestrowano: 35 przypadki gruźlicy wielolekoopornej (MDR-TB) w 2012 r., 44 przypadki w 2013 r. i 21 w 2014 r. Gruźlicę wielolekooporną rozpoznano u 8 cudzoziemców w 2013 r. i 7 w 2014 r.

W 2013 r. pomyślnie leczenie gruźlicy zakończyło 58,8% osób, a gruźlicy płuc 58,2% (57,7% w 2013 r.), 8,6% zmarło (z powodu gruźlicy płuc – 144 osoby, tj. 2% zarejestrowanych), 8% chorych na gruźlicę (583 osoby) przerwało leczenie (8,1% chorych na gruźlicę płuc), 0,1%, tj. u dwóch chorych na gruźlicę płuc leczenie zakończyło się niepowodzeniem, a w odniesieniu do 19% chorych na gruźlicę (1.377 osób) nie przesłano danych o wynikach leczenia (u 18,8% chorych brak wyników leczenia na gruźlicę płuc).

W 2013 r. poza monitoringiem leczenia (wyniki leczenia nieznane) pozostawało łącznie 2.400 chorych, tj. 33,1% zarejestrowanych (33,5% w 2012 r.). Wśród chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie pozostawało poza monitoringiem 31,8% chorych, w tym w grupie leczonych po raz pierwszy – 30,8%, a wśród leczonych po przerwanej terapii tzw. „wznów” 38,9%.

W 2014 r. pomyślnie leczenie gruźlicy zakończyły 1.924 osoby¹⁰¹, tj. 28,7% osób zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Zachorowań na Gruźlicę (6.698 osób), 293 osoby zmarły (4,4%), leczenie przerwało 206 osób (3,1%), jedna osoba nadal leczona (0,01%), 177 osób przeniesiono do innej jednostki (2,6%), a w odniesieniu do 4.080 osób nie przesłano wyników leczenia (60,9%).

⁹⁷ Tabela V publikacji „Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2014 r.

⁹⁸ Tabela nr IV Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2014 r.

⁹⁹ „Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2014 r.” pod redakcją dr n. med. M. Korzeniewskiej – Kosela, kierownika Zakładu Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc; Warszawa 2015.

¹⁰⁰ Dane Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

¹⁰¹ 962 osoby „wyleczone” i 962 osoby „leczenie zakończone”.

NIK zwraca uwagę na wysoki odsetek chorych, których wyniki leczenia nie zostały przesłane przez lekarzy do Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę. O ile w 2007 r. odsetek nieprzesłanych do Krajowego Rejestru danych o wynikach leczenia gruźlicy płuc wynosił 5,8% o tyle w 2014 r. już 60,9%. Wśród chorych na gruźlicę wyniki leczenia nie były znane w odniesieniu do:

- 2.526 osób¹⁰² (33,5%) w 2012 r.,
- 2.400 osób (33,1%) w 2013 r.,
- 4.080 osób (60,9%) w 2014 r.

Wyniki leczenia gruźlicy nie osiągają celu wyznaczonego przez WHO, czyli sukcesu leczenia¹⁰³ u 85% wszystkich chorych¹⁰⁴, u których w danym roku rozpoznano gruźlicę. W Polsce nie ma ustawowego obowiązku zgłaszania wyników leczenia gruźlicy. Dane o wynikach leczenia przesyłane są przez lekarzy do Instytutu na zasadzie dobrowolności. Kolejną ważną przyczyną niewystarczająco dobrych wyników leczenia jest brak zorganizowanego systemowo leczenia bezpośrednio nadzorowanego w ambulatoryjnej fazie leczenia gruźlicy. Przeszkodą w osiąganiu dobrych wyników leczenia jest również brak ciągłości opieki nad chorym opuszczającym szpital po zakończeniu intensywnej fazy leczenia przeciwprątkowego. Ponieważ chory ma wolny wybór przychodni, która prowadzić będzie dalsze leczenie, może się zdarzyć, że leczenie nie jest w ogóle kontynuowane.

(dowód: akta kontroli str. 1230 – 1233)

Dyrektor Instytut wyjaśnił m.in., że Instytut występował wielokrotnie do Ministra Zdrowia bezpośrednio lub poprzez GIS o wprowadzenie obowiązku raportowania wyników leczenia.

Z analizy przekazanych pism wynika, że propozycje zmian uregulowań prawnych zgłaszane były Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub jego Zastępcy¹⁰⁵.

(dowód: akta kontroli str. 727 – 754)

W ocenie NIK działania Instytutu w celu zapewnienia rzetelnych danych o wynikach leczenia na gruźlicę były nieskuteczne.

2.2.8. W Instytucie w Warszawie z uwagi na niską wycenę przez NFZ świadczenia „Leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) ≥ 17 r. ż” (grupa D45), zrezygnowano z zatrudniania dodatkowego personelu pielęgniarskiego, mimo że wcześniej podjęto działania zmierzające do utworzenia pododdziału nieinwazyjnej wentylacji (PWN) organizując 4 stanowiska z wyposażeniem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁰⁶.

Dyrektor Instytutu wyjaśnił m.in., że zaproponowana przez NFZ wycena tego świadczenia¹⁰⁷ jako nowej grypy JGP D45 była rażąco niska i nie pokrywała nie tylko rzeczywistych kosztów leczenia, ale także kosztów wyodrębnionej opieki pielęgniarskiej, tak kluczowej w monitorowaniu tej formy terapii. Postulaty pulmonologów uczestniczących przy formułowaniu wymagań wobec NWM zakładały wycenę tego świadczenia na 130-140 pkt, co nie znalazło zrozumienia w NFZ. W efekcie programy nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej praktycznie w Polsce nie ruszyły.

¹⁰² Do tej grupy zaliczeni są chorzy, których wyników nie nadesłano, chorzy, którzy przerwali leczenie lub zostali przeniesieni do innych placówek.

¹⁰³ Kategoria wyleczony i leczenie zakończone.

¹⁰⁴ WHO wyznaczyła cele, do których powinny dążyć wszystkie kraje członkowskie, tj. osiągnięcie sukcesu leczenia u 85% zarejestrowanych w danym roku chorych na gruźlicę.

¹⁰⁵ Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą przedstawił pisma skierowane m.in. do p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 5 listopada 2014 r., w którym przedstawiono propozycje systemowych rozwiązań umożliwiających realizację zobowiązań wynikających z przyjęcia przez Polskę rezolucji 67. Sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia; pismo do Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w MZ z dnia 8 czerwca 2012 r. w sprawie zmiany art. 68 ustawy Prawo farmaceutyczne, umożliwiające chorym na gruźlicę leczenie bezpośrednio nadzorowane (tzw. DOT), będące sposobem opieki nad chorym na gruźlicę zalecanym przez WHO; pismo do Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 2 lutego 2012 r. informujące o braku wyników leczenia wraz z apelem do PWIS i konsultantów wojewódzkich w dziedzinie chorób płuc o nadzór nad ciągłością leczenia oraz pismo do Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 3 listopada 2009 r. informujące o tym, że ustawa nie wprowadziła obowiązku zgłaszania wyników leczenia chorób zakaźnych, co powoduje, że placówki odmawiają przesyłania do Instytutu danych o wynikach leczenia, oraz pismo Głównego Inspektora Sanitarnego do Ministra Zdrowia z 4 lutego 2009 r. informujące o sytuacji epidemiologicznej oraz proponowane zmiany w zakresie organizacji i nadzoru leczenia chorych na gruźlicę.

¹⁰⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

¹⁰⁷ Jedynie na 70 punktów po 52,00 PLN, co daje kwotę 3 640,00 PLN za hospitalizację do 20 dni leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 1208 – 1216)

W Instytucie w Warszawie hospitalizowano łącznie 669 pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową, w tym:

- 175 pacjentów w 2012 r., w tym: 47 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OIOM) i 128 w Oddziale Intensywnej Terapii Pneumonologiczno-Kardiologicznej (OR), a koszty ich leczenia wyniosły odpowiednio 4.970.420 zł i 2.433.236 zł,
- 187 pacjentów w 2013 r., w tym: 53 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OIOM) i 134 w Oddziale Intensywnej Terapii Pneumonologiczno-Kardiologicznej (OR), a koszty ich leczenia wyniosły odpowiednio 6.045.104 zł i 2.068.768 zł,
- 202 pacjentów w 2014 r., w tym: 58 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OIOM) i 144 w Oddziale Intensywnej Terapii Pneumonologiczno-Kardiologicznej (OR), a koszty ich leczenia wyniosły odpowiednio 6.219.564 zł i 2.553.356 zł,
- 105 w I półroczu 2015 r., w tym: 25 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OIOM) i 80 w Oddziale Intensywnej Terapii Pneumonologiczno-Kardiologicznej (OR), a koszty ich leczenia wyniosły odpowiednio 2.581.644 zł i 1.612.156 zł.

(dowód: akta kontroli str. 1208 – 1216)

2.3. Zlecanie wykonywania usług medycznych podmiotom zewnętrznym

Opis stanu faktycznego

Instytut zlecał wykonywanie usług medycznych podmiotom zewnętrznym w sytuacjach, gdy pacjenci wymagali dodatkowych świadczeń, które nie mieszczą się w kompetencjach zatrudnionych w Instytucie lekarzy, np. specjalistów w dziedzinach neurochirurgia, chirurgia szczękowa, itp.

(dowód: akta kontroli str. 509a – 512)

W badanym okresie Instytut w Warszawie podpisał 72 umowy z podmiotami zewnętrznymi o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰⁸, a poniesione koszty z tego tytułu wyniosły łącznie 4.638.255,53 zł, w tym: 601.341,76 zł w 2012 r., 746.323,67 w 2013 r., 2.171.214,18 zł w 2014 r. i 1.119.375,92 zł w I półroczu 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1480 - 1503)

2.4. Program dostosowawczy

Ustalone nieprawidłowości

W trakcie kontroli, Instytut nie przedstawił programu dostosowania do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁰⁹. Przepisy art. 207 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej zobowiązywały podmioty lecznicze niespełniające wymagań¹¹⁰ w dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, do przedstawienia programu dostosowania organowi prowadzącemu rejestr, w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r. wraz z opinią Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

(dowód akta kontroli str. 600 -604)

Przedstawiony przez Instytut Program dostosowania do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej zawierał odstępstwa od wymagań na dzień 5 czerwca 2007 r. oraz planowane terminy ich usunięcie w latach 2007 – 2012.

(dowód: akta kontroli str. 605 -625)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że Instytut na bazie rozporządzenia z 2006 r. realizował program dostosowawczy, którego kontynuacja trwa poza rok 2012, kiedy weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Przedmiotowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2006 r. utraciło moc z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, tj. z dniem 1 lipca 2012 r., wobec czego realizacja

¹⁰⁸ W tym m.in. na wykonanie badań specjalistycznych i diagnostycznych, badań laboratoryjnych i toksykologicznych, konsultacji specjalistycznych, wykonania wyrobów medycznych w zakresie protetyki, zakupu krwi i jej składników.

¹⁰⁹ Tj. od 1 lipca 2012 r.

¹¹⁰ Dotyczących w szczególności warunków: 1) ogólnoprzestrzennych; 2) sanitarnych; 3) instalacyjnych.

programu dostosowawczego z 2006 r. nie zwalniała Instytutu z obowiązku przygotowania programu na podstawie nowych przepisów.

(dowód akta kontroli str. 506 – 512)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (PPIS) w Warszawie poinformował NIK, że na dzień 1 lipca 2012 r. nie przeprowadził kontroli w Instytucie, w związku z powyższym nie można stwierdzić, czy pomieszczenia i urządzenia tego podmiotu leczniczego spełniały wymagania, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W informacji PPIS przedstawił wykaz decyzji wydanych m.in. w okresie od 12 lutego 2013 r. do 19 czerwca 2013 r. o dopuszczeniu do użytkowania pomieszczeń oddziałów szpitalnych lub o spełnieniu warunków sanitarnych wymaganych przy rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ponadto, PPIS poinformował, że w dniu 4 listopada 2015 r. upoważnieni pracownicy PPIS w m. st. Warszawie rozpoczęli kontrolę sanitarną, kompleksową w Instytucie.

Ponadto, kontrola realizacji umowy nr 07R-1-00238-03-01-2011-2014/14 z dnia 23 stycznia 2014 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Izba Przyjęć przeprowadzona przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ¹¹¹ wykazała m.in. niedostosowanie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dla osób niepełnosprawnych do wymogów określonych pkt 2 części I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹².

(dowód akta kontroli str. 600-604)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia krytycznie nieopracowanie przez Instytut programu dostosowania do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

3. Działania dla zapewnienia dostępności diagnostyki i leczenia chorób płuc, w tym ocena prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹³ pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

W Instytucie nie określono i nie wdrożono zasad prowadzenia list oczekujących na wykonanie świadczenia zdrowotnego, określających m.in. zakres danych jakie winny być uzyskane od pacjenta i wprowadzone do systemu, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c-i oraz pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz osoby odpowiedzialne w oddziałach szpitalnych za nadzór nad prawidłowością prowadzenia list oczekujących i przestrzegania zasad umieszczania na niej pacjentów.

Dyrektor Instytutu nie wyjaśnił przyczyn nieokreślenia zasad prowadzenia list oczekujących, natomiast stwierdził m.in., że jest na bieżąco informowany o pracach Zespołu.

(dowód: akta kontroli str. 933 - 952)

Zespół Oceny Przyjęć do Klinik w składzie trzyosobowym, powołany przez Dyrektora Instytutu Zarządzeniem nr 29/2014 z dnia 22 października 2014 w raportach (14) nie stwierdził uchybień w zakresie prowadzenia dokumentacji, czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczynach zmian terminów udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 584 - 599)

¹¹¹ W okresie od 22.09.2014 do 23.10.2014 r.

¹¹² Dz. U. poz. 739.

¹¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

Dyrektor Instytutu wyjaśnił m.in., że przypadki wymagające pilnej hospitalizacji są przyjmowane z pominięciem wpisu na listę oczekujących. Ma to oczywiście wpływ na termin hospitalizacji pacjentów wpisanych na listę oczekujących i dlatego podawany w momencie wpisu do kolejki planowany termin hospitalizacji jest bardzo niedokładny.

(dowód: akta kontroli str. 933)

Instytut w Warszawie nie informował pisemnie pacjentów zapisujących się na udzielanie świadczeń (AOS i Szpital) o terminie udzielenia świadczenia lub jego zmianie oraz nie uzasadniał pisemnie przyczyny wyboru tego terminu do czego zobowiązuje art. 20 ust. 2 pkt. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Dyrektor wyjaśnił, że w kontekście rzeczywistego funkcjonowania list oczekujących stawiane przez NFZ wymaganie informowania wszystkich oczekujących pacjentów o zmianach w terminie planowanej hospitalizacji jest całkowicie nierealistyczne. Wiązałoby się z codziennym wykonywaniem dużej liczby telefonów i wysyłaniem listów o zachodzących zmianach, co całkowicie sparaliżowałoby funkcjonowanie sekretariatów klinik. Długie terminy oczekiwania najczęściej wynikają z niemożności stawienia się pacjenta w proponowanym terminie. Podobnie kilkakrotna odmowa hospitalizacji w proponowanym terminie kończąca się rezygnacją z leczenia jest najczęstszą przyczyną skreślenia z listy oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 933)

W Instytucie w Warszawie listy oczekujących prowadzone są w systemie informatycznym CliniNET odrębnie dla każdego oddziału, a pacjenci wpisywani są na listy na bieżąco, tj. w dniu ustalenia terminu przyjęcia.

(dowód: akta kontroli str. 973)

Na dzień 30 czerwca 2015 r. liczba oczekujących w Instytucie w Warszawie na udzielenie świadczenia zdrowotnego wynosiła:

- 1.927 osób do Przychodni Przychodni, w tym: do Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej 568 osób (średni czas oczekiwania 78 dni – przypadek stabilny i 15 dni – przypadek pilny, Poradni Pulmonologicznej – 1.300 osób (średni czas oczekiwania 87 dni – przypadek stabilny i 38 dni przypadek pilny; Poradni Onkologicznej – 59 osób – średni czas oczekiwania 19 dni – przypadek stabilny i bez oczekiwania przypadki pilne,
- 92 osoby do Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, średni czas oczekiwania 18 dni – przypadek stabilny i 3 dni – przypadek pilny,
- 284 osoby do I – IV Kliniki Chorób Płuc – średni czas oczekiwania 27 dni – przypadek stabilny i 27 dni przypadek pilny.

(dowód: akta kontroli 1202 -1202A)

W sprawie przyczyn tworzenia się kolejki oczekujących Dyrektor Instytutu wyjaśnił m.in. wprowadzone do kontraktów limity zakupu świadczeń powodują, że jednostki (w tym Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc), które cieszą się dobrą opinią, przeżywają silny napór pacjentów, dodatkowo powiększony zniesieniem przed laty poziomów referencyjnych. Fundusz w rozliczeniach ze szpitalami/przychodniami dawnego I stopnia referencyjnego oraz z jednostkami dawnego III stopnia referencyjnego stosuje te same stawki. Ma to fatalny skutek dla budżetów jednostek dawnego III stopnia, które z racji zatrudnienia wielu pracowników z wysokimi kwalifikacjami oraz posiadania zaawansowanego sprzętu, mają wysokie koszty gotowości. W tej sytuacji powiększanie bazy do realizacji świadczeń (np. przez zatrudnienie dodatkowych lekarzy i pielęgniarek), aby skrócić listy oczekujących, byłoby działaniem destrukcyjnym dla i tak już trudnej sytuacji ekonomicznej Instytutu.

(dowód: akta kontroli str. 1531 - 1538)

Artykuł 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zobowiązuje kierownika świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, do dokonania okresowej oceny listy oczekujących, co najmniej raz w miesiącu.

W złożonym wyjaśnieniu Dyrektor nie wskazał pracownika Instytutu, któremu powierzył obowiązek dokonywania okresowej oceny list oczekujących na udzielanie świadczeń ambulatoryjnych. Natomiast wyjaśnił m.in. że „Powołanie Zespołu Oceny Przyjęć

w Przychodni Przyklinicznej Instytutu nie ma uzasadnienia merytorycznego. Wyznaczanie terminów wizyt w Przychodni Przyklinicznej jest czynnością administracyjną dokonywaną na podstawie skierowania, bez oceny stanu chorego. W systemie informatycznym Instytutu są wydzielone terminy wizyt dla przypadków pilnych i planowych, i pacjenci są kolejno zapisywani na wolne terminy zgodnie z typem skierowania".

(dowód: akta kontroli str. 934)

Ponadto, Dyrektor Instytutu wyjaśnił, że Instytut dysponuje funkcją umożliwiającą zapisywanie się drogą elektroniczną na wizyty. Nie udostępnia jej jednak pacjentom, ponieważ obecnie brak jest w kraju możliwości autoryzacji takich zapisów.

(dowód: akta kontroli str. 970)

Postępowanie takie było niezgodne z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stanowiącym, że świadczeniodawca jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

4. Sytuacja finansowa Instytutu

4.1. Plan finansowy

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 18 ust. 10 – 12 ustawy o instytutach badawczych, podstawą gospodarowania środkami instytutu¹¹⁴, jest roczny plan finansowy ustalany przez dyrektora Instytutu po zasięgnięciu opinii rady naukowej.

Plany finansowe Instytutu na 2012 r. i 2013 r., składające się z jednostkowych planów finansowych Instytutu w Warszawie i Oddziału Instytutu w Rabce – Zdrój oraz łącznego planu finansowego Instytutu, ustalone przez Dyrektora Instytutu odpowiednio w dniu 27 marca 2012 r. i 5 kwietnia 2013 r. zostały pozytywnie zaopiniowane przez Prezydium Rady Naukowej uchwałą z dnia 28 maja 2013 r. Natomiast plany finansowe Instytutu na 2014 r. i 2015 r. ustalone przez Dyrektora Instytutu odpowiednio w dniu 21 marca 2014 r. i 30 marca 2015 r. zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Naukową uchwałami Nr 80/XVI/2014 z dnia 22 maja 2014 r. i Nr 94/XVIII/2015 z dnia 28 maja 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 124-147)

Dyrektor Instytutu wyjaśnił, że działalność Instytutu prowadzona jest w sposób ciągły, głównym źródłem dochodów są kontrakty na świadczenia medyczne. Opiniowanie wykonania planów finansowych odbywa się z reguły w połączeniu z opiniowaniem sprawozdania finansowego.

(dowód: akta kontroli str. 509 - 512)

Przychody ogółem uzyskane przez Instytut wyniosły: 115.029,3 tys. zł w 2012 r. (103,2% planu – 111.500 tys. zł), 120.692 zł w 2013 r. (104,6% planu – 115.400 tys. zł), 117.571 tys. zł w 2014 r. (96,5% planu – 121.786 tys. zł), 52.917 tys. zł w I połowie 2015 r. (43,4% planu rocznego – 121.992 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 126 - 147)

Należności Instytutu w Warszawie na koniec 2014 r. wyniosły 15.036.224,81 zł, w tym nieprzeterminowane – 14.767.123,29 zł (98,21%) i przeterminowane – 269.101,52 zł (1,79% należności ogółem), w tym:

- powyżej 12 miesięcy – 60.490,23 zł (0,40% należności ogółem),
- od 6 miesięcy do 12 miesięcy – 75.246,68 zł (0,50 % należności ogółem),

¹¹⁴ Zgodnie z art. 18 ust. 7 ustawy o instytutach badawczych, Instytut osiąga przychody w związku z prowadzoną działalnością określoną w art. 2, w tym ze sprzedaży: 1) wyników badań naukowych i prac rozwojowych; 2) patentów, praw ochronnych oraz licencji na stosowanie wynalazków i wzorów użytkowych; 3) prac wdrożeniowych, w tym nadzoru autorskiego; 4) produkcji urządzeń i aparatury oraz innej produkcji lub usług. Ponadto, zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy o instytutach badawczych, Instytut osiąga przychody z dotacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. z 2014 r. poz. 1620 oraz z 2015 r. poz. 249) i ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 9 i art. 21 ust. 6, oraz z innych źródeł.

- od 3 do 6 miesięcy - 32.152,86 zł (0,21 % należności ogółem),
- od 31 dni do 3 miesięcy – 61.253,46 zł (0,41 % należności ogółem),
- od 16 do 30 dni – 17.420,06 zł (0,12 % należności ogółem),
- do 15 dni – 22.538,23 zł (0,15 % należności ogółem).

Należności Instytutu w Oddziale Terenowym Rabka-Zdrój na koniec 2014 r. wyniosły 1.954.288,41 zł, w tym nieprzeterminowane – 1.923.109,07 zł (98,40 %) i przeterminowane

- 31.179,34 zł (1,6.% należności ogółem), w tym:
- powyżej 12 miesięcy – 18.792,34 zł (0,96% należności ogółem),
- od 3 do 6 miesięcy – 7.529 zł (0,39 % należności ogółem),
- od 31 dni do 3 miesięcy – 3.193 zł (0,16 % należności ogółem),
- do 15 dni – 1.665 zł (0,09 % należności ogółem).

(dowód: akta kontroli str. 153)

Koszty rzeczowe i wydatki razem Instytutu wyniosły 115.241,6 tys. zł w 2012 r. (tj. 104,2 % planu – 110.600 tys. zł), 123.474 tys. zł w 2013 r. (tj. 107,3 % planu – 115.100 tys. zł), 125.196 tys. zł w 2014 r. (tj. 103,0 % planu – 121.506 tys. zł), 59.603 tys. zł w 2015 r. (tj. 49,0 % planu rocznego – 121.601 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 124 – 147)

Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania Instytutu (łącznie) wynosiły 151.300.390,46 zł na koniec 2012 r., 153.061.295,57 zł na koniec 2013 r., 144.826.844,86 zł na koniec 2014 r. i 139.557.012,72 zł na 30 czerwca 2015 r., w tym m.in.:

- zobowiązania długoterminowe w wysokości 1.874.999,97 zł na koniec 2014 r. i 6.388.888,89 zł na koniec czerwca 2015 r., na koniec 2012 r. i 2013 r. zobowiązania długoterminowe nie wystąpiły,
- zobowiązania krótkoterminowe w wysokości 12.605.361,30 zł na koniec 2012 r., 18.056.164,39 zł na koniec 2013 r., 20.924.321,57 zł na koniec 2014 r. i 17.051.791,79 zł na koniec czerwca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 154)

Zobowiązania wymagalne wynosiły 4.332.543,82 zł na koniec 2013 r., 4.778.821,41 zł na koniec 2014 r. i 2.886.752,60 zł na 30 czerwca 2015 r.

Na koniec 2014 r. zobowiązania wobec dostawców z tytułu dostaw i usług wyniosły 10.063.312,12 zł, w tym zobowiązania nieprzeterminowane 5.284.490,71 zł (52,52%) i zobowiązania przeterminowane 4.778.821,41 zł (47,48%), w tym:

- do 15 dni – 696.672,43 zł (6,92% zobowiązań ogółem),
- od 16 dni do 30 dni - 745.521,64 zł (7,41% zobowiązań ogółem),
- od 31 do 3 miesięcy – 2.331.557,49 zł (23,17% zobowiązań ogółem),
- do 3 miesięcy do 6 miesięcy – 914.932,17 zł (9,09% zobowiązań ogółem),
- od 6 do 12 miesięcy – 84.397,76 zł (0,83% zobowiązań ogółem),
- powyżej 12 miesięcy – 5.739,92 zł (0,06% zobowiązań ogółem).

(dowód: akta kontroli str. 155)

Dyrektor Instytutu wyjaśnił, że zobowiązania wymagalne występujące na koniec 2013 r., 2014 r. i na dzień 30 czerwca 2015 r. wynikały z niedostatecznego finansowania działalności medycznej przez NFZ oraz działalności statutowej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

(dowód: akta kontroli str. 934)

4.2. Wynik finansowy Instytutu

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Instytut poniósł stratę netto w wysokości:

- 212,3 tys. zł na koniec 2012 r. przy planowanym zysku w kwocie 900 tys. zł,
- 2.782 tys. zł na koniec 2013 r. przy planowanym zysku w kwocie 300 tys. zł,
- 7.625 tys. zł na koniec 2014 r. przy planowanym zysku w kwocie 280 tys. zł,
- 6.686 tys. zł na koniec czerwca 2015 r. przy planowanym zysku w kwocie 391 tys. zł przy planowanym zysku w wysokości – 296 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 124 – 147)

Dyrektor wyjaśnił, że w celu zmniejszenia kosztów prowadzonej działalności, z dniem 31 marca 2013 r. został zlikwidowany Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej. Świadczenia wykonuje firma zewnętrzna i oszczędności z tego tytułu wynoszą około 200.000 zł. miesięcznie. Zużycie leków, materiałów monitorowane jest na bieżąco. Problemem Instytutu nie są koszty, te utrzymują się na porównywalnym poziomie i podlegają ścisłej kontroli. Problemem w osiąganiu dodatnich wyników finansowych są niewystarczające przychody z udzielania świadczeń medycznych wykonywanych na rzecz NFZ oraz z dotacji na działalność naukową.

(dowód: akta kontroli str. 1304 - 1305)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Plan rzeczowo - finansowy na rok 2012 r. ustalony przez Dyrektora Instytutu 27 marca 2012 r. został pozytywnie zaopiniowany przez Prezydium Rady Naukowej Instytutu dopiero w dniu 28 maja 2013 r., tj. z ponad rocznym opóźnieniem, co skutkowało gospodarowaniem środkami finansowymi Instytutu z naruszeniem postanowień art. 18 ust. 10 i 12 ustawy o instytutach badawczych.

(dowód: akta kontroli str. 1539 - 1541)

Dyrektor Instytutu wyjaśnił m.in., że „Plany finansowe są i były opiniowane przez Radę Naukową, za wyjątkiem wskazanego w pytaniu 2012 r., w terminach umożliwiających prowadzenie gospodarki finansowej Instytutu zgodnie z postanowieniami art. 18 ust. 10 i 12 ustawy o Instytutach badawczych”.

(dowód: akta kontroli str. 1207)

2. W planach finansowych Instytutu na 2012 r., 2013 r., 2014 r. i 2015 r. nie wyodrębniono przychodów i kosztów w sposób określony art. 18 ust. 11 ustawy o instytutach badawczych.

W planach finansowych Instytutu po stronie przychodów ujęto: Przychody operacyjne razem (część A.) obejmujące: Przychody z działalności medycznej - pozycja A.1, Przychody z działalności statutowej (naukowej) - pozycja A.2, w tym: dotacje na utrzymanie potencjału badawczego projekty badawcze, Przychody z pozostałej działalności - pozycja A.3, w tym: prowadzenie staży podyplomowych i rezydentur, programy zdrowotne, badania kliniczne i pozostała działalność operacyjna, Przychody z pozostałej działalności (pozostałe przychody operacyjne i finansowe) – poz. A.4, w tym odpisy amortyzacyjne z zakupów inwestycyjnych.

Po stronie kosztów ujęto: Koszty i wydatki razem – pozycja B, obejmujące: Koszty rzeczowe - poz. B.1, (w tym amortyzacja, koszty leków, materiałów i energii, koszty usług obcych (remonty, żywienie chorych, pralni), wynagrodzenia z pochodnymi (składki ZUS), świadczenia na rzecz pracowników, podatki lokalne i opłaty, w tym PFRON, pozostałe koszty działalności podstawowej), Pozostała działalność operacyjna i finansowa – pozycja B.2 oraz wynik finansowy na działalności; w pozycji C planu przedstawiono nakłady inwestycyjne, w tym dotacje na zakupy inwestycyjne i inne źródła finansowania. Zgodnie z dyspozycją powołanego art. 18 ust. 11 ustawy o instytutach badawczych, wszystkie wymienione w tym przepisie pozycje przychodów (przychody własne; dotacje z budżetu państwa) i kosztów (w tym: a) wynagrodzenia i naliczane od nich składki, b) płatności odsetkowe wynikające z zaciągniętych zobowiązań, c) koszty majątkowe), obligatoryjnie powinny być wyodrębnione w planie finansowym Instytutu.

Zgodnie z art. 18 ust. 11 ustawy o instytutach badawczych, roczny plan finansowy obejmuje: 1) przychody własne; 2) dotacje z budżetu państwa; 3) koszty, w tym:

- wynagrodzenia i naliczane od nich składki,
- płatności odsetkowe wynikające z zaciągniętych zobowiązań,
- koszty majątkowe.

(dowód: akta kontroli str. 124 - 147)

Główny Księgowy Instytutu wyjaśniła m.in., że plany finansowe zawierają określone pozycje pod inną nazwą. 1. przychody własne ujęte zostały w części A.1 przychody z działalności medycznej, A.3 – Pozostała działalność, w tym badania kliniczne; 2. Dotacje budżetu ujęte

zostały w części A.2 – dotacje na utrzymanie potencjału badawczego; a po stronie kosztów: a) wynagrodzenia i naliczone od nich składki ujęte są w części B.1 w pozycji wynagrodzenia z pochodnymi (składki ZUS), b) płatności odsetkowe wynikające z zaciągniętych zobowiązań ujęte zostały w części B.2 – pozostała działalność operacyjna i finansowa, c) koszty majątkowe ujęte zostały w części C – zakupy inwestycyjne.

(dowód: akta kontroli str. 156)

3. W Instytucie nie ustalono planu inwestycyjnego określającego rzeczowy zakres inwestycji zakupowych i budowlanych i środków przeznaczonych na ich realizację w latach 2012 – 2015 mimo że zrealizowane zakupy inwestycyjne wyniosły: 74.131,3 tys. zł w 2012 r. (123,6% planu – 60.000 tys. zł), 6.842 tys. zł w 2013 r. (342,1% planu – 2.000 tys. zł), 556 tys. zł w 2014 r. (27,8% planu – 2.000 tys. zł).

W I połowie 2015 r. nie zrealizowano zakupów inwestycyjnych w ramach planowanej kwoty 5.000 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 124 – 147)

Dyrektor wyjaśnił, że planu nie ustalono z uwagi na niedostateczne środki finansowe własne, a planowane inwestycje dotyczyły szacunkowych niezbędnych zakupów w przypadku konieczności wymiany sprzętu.

(dowód: akta kontroli str. 1305)

4. W Instytucie nie ustalono zasad monitorowania wykonania planu finansowego. W badanym okresie na bieżąco nie analizowano wykonania planu finansowego, co skutkowało przekroczeniem planowanych kosztów ogółem o 4,2% w 2012 r., o 7,3%, w 2013 r. i 3% w 2014 r. W 2012 r. planowane koszty, za wyjątkiem amortyzacji, przekroczone w pozostałych pozycjach od 3,5% do 45%. Najwyższe przekroczenia odnotowano w pozycji „Pozostałe koszty działalności podstawowej” o 45%, „Pozostała działalność operacyjna i finansowa” o 41,8%. W 2013 r. planowane koszty, za wyjątkiem kosztów „Pozostała działalność operacyjna i finansowa”, przekroczone od 2,2% do 58,2%. W 2014 r. planowane koszty, za wyjątkiem amortyzacji i wynagrodzeń z pochodnymi (składki ZUS), przekroczone od 1,7% do 643,2%.

Główny księgowy Instytutu wyjaśniła m.in., że pisemne zasady monitorowania wykonania planu finansowego nie zostały ustalone, natomiast plan na bieżąco jest analizowany przez Głównego Księgowego. Natomiast Instytut jest w trakcie wdrożenia procedury analizy realizacji planu w systemie finansowo-księgowym.

(dowód: akta kontroli str. 155)

4.3. Środki uzyskane z Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych oraz z Unii Europejskiej na realizację projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko

W wyniku konkursu ofert przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia w 2012 r.¹¹⁵ i w latach 2013 – 2014¹¹⁶, Instytut w Warszawie został wybrany na realizatora zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii.” Koordynacja zadania na rok 2012, 2013 – 2014, w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, dalej również „NPZChN”.

W ofercie konkursowej na wybór koordynatora zadania na lata 2013 – 2014 w Załączniku nr 6 dot. opracowania „Programu wczesnej diagnostyki raka płuca” podano m.in., że Zespół koordynujący powoła Sieć Pracowni Tomografii Komputerowej, w których możliwe byłoby wykonanie badań niskodawkowej tomografii komputerowej w grupie osób podwyższonego ryzyka zachorowania na raka płuca. Termin utworzenia sieci pracowni TK określono na czerwiec – sierpień 2013 r., a wykonanie badań sierpień – grudzień. Badania tomografii niskodawkowej płuca miały być wykonywane u osób z powiatów o niskim wskaźniku operacyjności, w wieku 55 – 75 lat, palące papierosy min. 1 paczkę dziennie, osoby z nowotworowym wywiadem rodzinnym i narażone na ekspozycje czynników

¹¹⁵ Oferta złożona 19 marca 2012 r.

¹¹⁶ Oferta złożona 23 maja 2013 r.

rakotwórczych, na podstawie skierowań od lekarza rodzinnego, z którym ośrodek badań CT wybrany w trybie konkursu ofert miał nawiązać kontakt.

(dowód akta kontroli str. 980 - 1003)

Zgodnie z zestawieniem zadań NPZChN na 2012 r., 2013 r., 2014 r. Koordynatorem programu (lub osobą zgłaszającą program do realizacji) był Kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej w Instytucie.

Minister Zdrowia podpisał z Instytutem w Warszawie osiem umów na realizację zadania pn. „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” w ramach NPZChN na łączną kwotę 12.581.207 zł, w tym cztery umowy na zakup sprzętu medycznego o wartości 5.274.407 zł¹¹⁷ i cztery umowy na koordynację zadania, realizację „Programu wczesnego wykrywania raka płuca” i jego koordynację, na łączną kwotę 7.306.800 zł¹¹⁸.

W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 września 2015 r., na podstawie umów zawartych z Ministrem Zdrowia zakupiono łącznie 57 pozycji sprzętu medycznego i informatycznego z 60 planowanych do zakupu, o koszcie całkowitym 5.910.454,07 zł, w tym dofinansowanie z NPZChN - 5.026.135,73 zł, z tego:

- 10 pozycji sprzętu w 2012 r. z 11 planowanych, o całkowitym koszcie 2.548.751,42 zł, w tym dofinansowanie z NPZChN – 2.166.438,70 zł (85% całkowitej wartości zakupionego sprzętu); w 2012 r. nie zakupiono jednej pozycji sprzętu¹¹⁹ z trzech planowanych,
- 29 pozycji sprzętu z 31 planowanych do zakupu w 2013 r. o całkowitym koszcie 2.419.165,05 zł, w tym dofinansowanie z NPZChN – 2.058.540,08 zł (85% całkowitej wartości zakupionego sprzętu); W ramach umowy nr 1/11/10/2013/318/250 z dnia 29 lipca 2013 r. nie zrealizowano dwóch pozycji sprzętu planowanych do zakupu w 2013 r., tj. oprogramowania do banku tkanek i zestawu do odwapniania materiału kostnego w celu wykonania preparatów histopatologicznych,
- 18 pozycji sprzętu w 2015 r., zgodnie z umową, o całkowitym koszcie 942.537,60 zł, w tym dofinansowanie z NPZChN – 801.156,95 zł (85% wartości zakupionego sprzętu).

(dowód: akta kontroli str. 224 – 240; 241- 252)

¹¹⁷ 1). Umowa nr 1/11/11/2012/318/743 z dnia 29.06.2012 r. na realizację programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zadania pn. Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” na zakup sprzętu za kwotę 2.226.000 zł (7 pozycji sprzętu, łącznie 11 szt. sprzętu); 2). Umowa nr 1/11/10/2013/318/250 z dnia 29.07.2013 r. na realizację programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zadania pn. Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” za kwotę 2.177.000 zł (na zakup 12 pozycji sprzętu, łącznie 30 szt.), Aneksem Nr 1 z 11 grudnia 2013 r. do tej umowy, wartość umowy zmniejszono do 2.100.091 zł, 3). Umowa nr 1/11/19/2013/318/621 z dnia 14.08.2013 r. na realizację programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zadania pn. Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” za kwotę 15.000 zł (na zakup serwera), 4). Umowa nr 1/11/11/2015/318/293 z dnia 30.03.2015 r. na realizację programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zadania pn. Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” na zakup sprzętu za kwotę 1.010.225 zł (8 pozycji sprzętu – 18 szt.).

¹¹⁸ 1). Umowa nr 1/11/1/2012/318/295 z dnia 9 maja 2012 r. na realizację programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zadania pn. Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” w kwocie 2.109.800 zł, w tym na: koordynację zadania – 459.200 zł, realizację programu badań wczesnego wykrywania raka piersi - badania CT – 1.500.000 zł, koordynację programu badań wczesnego wykrywania raka płuca – 150.600 zł, 2). Umowa nr 1/11/20/2013/318/631 z dnia 14 sierpnia 2013 r. na realizację programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zadania pn. Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” w kwocie 1.59.800 zł, w tym na: koordynację zadania – 459.200 zł, realizację programu badań wczesnego wykrywania raka piersi - badania CT – 1.050.000 zł, koordynację programu badań wczesnego wykrywania raka płuca – 150.600 zł, 3). Umowa nr 1/11/1/2014/318/554 z dnia 30 czerwca 2014 r. na realizację programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zadania pn. Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” w kwocie 2.109.800 zł, w tym na: koordynację zadania – 459.200 zł, realizację programu badań wczesnego wykrywania raka piersi - badania CT – 1.500.000 zł, koordynację programu badań wczesnego wykrywania raka płuca – 150.600 zł, 4). Umowa nr 1/11/1/2015/318/650 z dnia 16 września 2015 r. na realizację programu zdrowotnego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zadania pn. Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – wyposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” w kwocie 1.427.400 zł, w tym na: koordynację zadania – 419.850 zł, realizację programu badań wczesnego wykrywania raka piersi - badania CT – 900.000 zł, koordynację programu badań wczesnego wykrywania raka płuca – 107.550 zł.

¹¹⁹ O nazwie „mediastinoskop”.

Dyrektor Instytutu wyjaśnił m.in., że Instytut odstąpił od zakupu planowanej liczby urządzeń i oprogramowania z uwagi na przekroczenie planowanego kosztu zakupu. W tym okresie, Instytut nie miał wolnych środków na dopłatę, z własnych funduszy, do zakupów związanych z Programem Raka Płuca. W konsekwencji Instytut nie zrealizował zakupu sprzętu (dwie poz.) i oprogramowania, które były wymienione w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 1328)

Ponadto, na podstawie umowy zawartej z Ministrem Zdrowia nr 1/11/19/2013/318/621 z 14 sierpnia 2013 r. w ramach NPZChN zakupiono serwer za 14.998,62 zł, tj. 100% wartości umowy - 15.000 zł.

(dowód: akta kontroli str. 210 – 223; 265 – 279; 280 – 297)

W konkursie ofert ogłoszonym przez Instytut na wykonanie badań tomografii komputerowej (CT) płuca mogły wziąć udział podmioty lecznicze udzielające specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i chorób nowotworowych, wojewódzkie ośrodki onkologiczne oraz inne podmioty, które zobowiążą się do nawiązania kontaktu z lekarzami rodzinnymi we wskazanych powiatach. Ośrodki te musiały dysponować tomografem komputerowym o wymaganych parametrach, zlokalizowanym na terenie danego powiatu lub w odległości nie większej niż 100 km od miejsca zamieszkania pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 1310)

W wyniku przeprowadzonych konkursów ofert podpisano umowy z podmiotami leczniczymi na wykonywanie badań CT płuca: z 19 ośrodkami w 2012 r., 12 w 2013 r. i 9 w 2014 r.¹²⁰. Udział podmiotów niepublicznych w udzielaniu tych świadczeń wynosił od 40% w 2012 r. do 89% w 2014 r.

Dyrektor wyjaśnił, że w konkursie ofert o wyborze ośrodka CT decydowała cena za badanie.

(dowód: akta kontroli str. 1310)

Tymczasem, z analizy 14 ofert złożonych w 2014 r. wynika, że tylko 3 oferentów przedstawiło jednostkową cenę wykonania badania bez opisu, zgodnie z ogłoszeniem o konkursie, natomiast w 11 ofertach brak było jednoznacznej informacji o składowych ceny.

W latach 2012 – 2014 Ministerstwo Zdrowia przekazało na realizację „Programu wczesnego wykrywania raka płuca” i jego koordynację 5.651.083,82 zł¹²¹, z tego wykorzystano 4.806.198,38 zł¹²², w tym:

- 1.696.227,02 w 2012 r., w tym: na wykonania 4.447 badań CT płuca – 1.139.680,56 zł, na koordynację programu wczesnego wykrywania raka płuca – 128.889,20 zł¹²³, koordynację zadania – 427.657,26 zł¹²⁴,
- 1.587.101,10 zł w 2013 r., w tym na wykonanie 4.081 badań CT płuca – 1.044.388,50 zł, na koordynację programu wczesnego wykrywania raka płuca – 118.905,29 zł¹²⁵, na koordynację zadania – 423.807,31 zł¹²⁶,

¹²⁰ Dane pochodzą ze Sprawozdań merytorycznych z realizacji programu w latach 2012 – 2014.

¹²¹ 2.039.908,25 zł w 2012 r., 1.592.713,92 zł w 2013 r., 2.018.461,65 zł w 2014 r.

¹²² Niewykorzystane środki w kwocie 844.885,44 zł, zostały zwrócone Ministerstwu Zdrowia w następujących terminach i kwotach: 31 grudnia 2012 r. kwota 343.681,23 zł, 30 grudnia 2013 r. kwota 5.612,82 zł, 12 stycznia 2015 r. kwota 495.591,39 zł.

¹²³ W tym: delegacje i organizowanie spotkań oraz wizyt koordynacyjnych oraz sprawdzających prawidłowość wstępnych danych podanych w ankietach – 9.992,22 zł, Szkolenia dla ośrodków biorących udział w programie – 13.686,36 zł, obsługa i nadzór sprzętu i programu komputerowego – 10.000 zł, Sprawozdanie merytoryczne baz danych we wszystkich ośrodkach – 13.070,58 zł, wynagrodzenia dla osób prowadzących koordynację (2 osoby x 12 miesięcy) - 67.452,62 zł, utrzymanie 2 linii telefonicznych: infolinia + telefon informacyjny – 2.137,12 zł, materiały biurowe – 5.020,85 zł, zakup drobnego sprzętu – 7.529,45 zł.

¹²⁴ W tym: opracowanie i wprowadzenie do rejestru danych klinicznych i histopatologicznych w ośrodkach pulmonologii i torakochirurgii (ok. 1000 rekordów) – 174.960,58 zł, wynagrodzenia dla wykładowców (nie wyższe niż 300 zł za wykład) – 3.588,22 zł, koszty noclegu i dojazdu dla ok. 30 lekarzy z ośrodków pulmonologii i torakochirurgii – 5.258,69 zł, konferencje uzgodnieniowe dla ośrodków uczestniczących w programie (organizacja 3 spotkań). Koszty noclegów dla min. 30 uczestników – 9.071,08 zł, Funkcjonowanie ośrodka koordynującego dla prawidłowego prowadzenia rejestru: wynagrodzenie 2 lekarzy x 4.000 zł x 12 miesięcy – 95.740,01 zł, 2 sekretarki x 2.500 zł x 12 miesięcy – 59.915 zł, administracja serwera x 12 miesięcy + 23% VAT – 21.960 zł, opieka informatyków dla ośrodków x 12 miesięcy + 23% VAT x 12 miesięcy – 51.240 zł, materiały biurowe – 5.923,68 zł

¹²⁵ W tym: delegacje i organizowanie spotkań oraz wizyt koordynacyjnych oraz sprawdzających prawidłowość wstępnych danych podanych w ankietach – 9.934,95 zł, Szkolenia dla ośrodków biorących udział w programie – 3.938,85 zł, obsługa i nadzór sprzętu i programu komputerowego – 10.000 zł, Sprawozdanie merytoryczne baz danych we wszystkich ośrodkach – 13.005,30 zł, wynagrodzenia dla osób prowadzących koordynację (2 osoby x 12 miesięcy) - 67.492,66 zł, utrzymanie 2 linii telefonicznych: infolinia + telefon informacyjny – 1.264,64 zł, materiały biurowe – 5.270 zł, zakup drobnego sprzętu – 7.998,89 zł.

- 1.522.870,26 zł w 2014 r., w tym: na wykonanie 3.902 badań CT płuca – 1.013.307,97 zł, na koordynację Programu wczesnego wykrywania raka płuca – 108.004,27 zł¹²⁷, na koordynację zadania – 401.558,02 zł¹²⁸.

(dowód: akta kontroli str. 209 - 300)

Umowę na realizację „Programu wczesnego wykrywania raka płuca” w 2015 r. Minister Zdrowia podpisał dopiero 16 września 2015 r., z tego powodu Instytut do 25 października 2015 r. nie otrzymał środków na sfinansowanie kosztów realizacji tego Programu.

W okresie objętym badaniem, koszty wykonania 12.430 badań CT płuca¹²⁹ stanowiły 66,5% wydatków na realizację Programu, 7,4% koszty koordynacji programu, a 26,1% koszty koordynacji zadania.

Koszty wynagrodzeń wszystkich osób zaangażowanych w realizację programu przesiewowego wyniosły 1.507.645,43 zł, tj. 31,4% kwoty wykorzystanej na Program.

Na koordynację Programu wczesnego wykrywania raka płuca wydatkowano łącznie - 355.798,76 zł¹³⁰, w tym m.in.:

- wynagrodzenia dwóch osób zatrudnionych na umowę zlecenia prowadzących koordynację tego Programu wyniosły łącznie 202.441,91 zł, w tym: 67.452,62 zł w 2012 r., 67.492,66 zł w 2013 r., 67.496,63 zł w 2014 r.,
- wynagrodzenia za sprawdzanie merytorycznych baz danych ze wszystkich ośrodków, łącznie 39.174,13 zł, w tym: 13.070,58 zł w 2012 r., 13.005,30 zł w 2013 r., 13.098,25 zł w 2014 r. (w tym jedna osoba koordynująca Program i zadanie).

Na koordynację zadania poniesione koszty wyniosły 1.253.022,59 zł, w tym m.in.

- koszty funkcjonowania ośrodka koordynującego prowadzenie rejestru (wynagrodzenia czterech osób zatrudnionych na umowę zlecenia) - 476.630,56 zł¹³¹,
- koszty serwisu informatycznego, tj. wynagrodzenie dla firmy MALG s.c. - 219.600 zł,
- koszty opracowywania i wprowadzania danych klinicznych i histopatologicznych do Krajowego Rejestru Raka Płuca – 516.339,50 zł.

Warunkiem podpisania umowy z Ministrem Zdrowia na realizację zadania „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii” - zakup sprzętu medycznego było m.in. prowadzenie przez ośrodek rejestru chorych po zakończeniu leczenia – pooperacyjna kontrola wyników leczenia. Tymczasem umowy zostały podpisane przez Instytut z osobami fizycznymi na wprowadzanie do rejestru danych klinicznych i histopatologicznych pacjentów chorych na raka płuca. Uczestniczące w programie ośrodki nie знаły warunków na jakich Instytut podpisywał takie umowy, a ponadto nie zawarto w nich postanowień o zachowaniu tajemnicy danych wrażliwych przy ich przetwarzaniu. Do przetwarzania danych osobowych

¹²⁶ W tym: opracowanie i wprowadzenie do rejestru danych klinicznych i histopatologicznych w ośrodkach pulmonologii i torakochirurgii (ok. 1000 rekordów, 4.000 pacjentów) – 174.998,68 zł, szkolenie w zakresie wczesnej diagnostyki i małoinwazyjnych metod leczenia raka płuca – 11.245,90 zł, wynagrodzenia dla wykładowców (nie wyższe niż 300 zł za wykład) – 1.197,26 zł, koszty noclegu i dojazdu dla ok. 30 lekarzy z ośrodków pulmonologii i torakochirurgii – 10.048,64 zł, konferencje uzgodnieniowe dla ośrodków uczestniczących w programie, koszty noclegów dla min. 30 uczestników – 2.376 zł, Funkcjonowanie ośrodka koordynującego dla prawidłowego prowadzenia rejestru łącznie 155.995,23 zł, w tym: wynagrodzenie 2 lekarzy x 4.000 zł x 12 miesięcy – 95.996,35 zł, 2 sekretarki x 2.500 zł x 12 miesięcy – 59.998,88 zł, administracja serwera x 12 miesięcy + 23% VAT – 21.960 zł, opieka informatyków dla ośrodków x 12 miesięcy + 23% VAT x 12 miesięcy – 51.240 zł, materiały biurowe – 5.991,50 zł

¹²⁷ W tym: delegacje i organizowanie spotkań oraz wizyt koordynacyjnych oraz sprawdzających prawidłowość wstępnych danych podanych w ankietach – 1.794,60 zł, obsługa i nadzór sprzętu i programu komputerowego – 10.000 zł, Sprawozdanie merytoryczne baz danych we wszystkich ośrodkach – 13.098,25 zł, wynagrodzenia dla osób prowadzących koordynację (2 osoby x 12 miesięcy) - 67.496,63 zł, utrzymanie 2 linii telefonicznych: infolinia + telefon informacyjny – 2.258,34 zł, materiały biurowe – 6.000 zł, zakup drobnego sprzętu – 7.356,45 zł.

¹²⁸ W tym: opracowanie i wprowadzenie do rejestru danych klinicznych i histopatologicznych w ośrodkach pulmonologii i torakochirurgii (ok. 1000 rekordów, 4.000 pacjentów) – 166.380,24 zł, Funkcjonowanie ośrodka koordynującego dla prawidłowego prowadzenia rejestru łącznie 155.980,32 zł, w tym: wynagrodzenie 2 lekarzy x 4.000 zł x 12 miesięcy – 95.985,62 zł, 2 sekretarki x 2.500 zł x 12 miesięcy – 59.994,70 zł, administracja serwera x 12 miesięcy + 23% VAT – 21.960 zł, opieka informatyków dla ośrodków x 12 miesięcy + 23% VAT x 12 miesięcy – 51.240 zł, materiały biurowe – 5.997,46 zł.

¹²⁹ Przyjęto dane ze Sprawozdania pn. „Końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe wykorzystania środków publicznych za okres trwania umowy”.

¹³⁰ W tym: 128.889,20 zł w 2012 r., 118.905,26 zł w 2013 r., 108.004,27 zł w 2014 r.

¹³¹ W tym 155.655,01 zł w 2012 r., 155.995,23 zł w 2013 r. i 155.980,32 zł w 2014 r.; w tym jedna osoba koordynująca Program przesiewowy.

mogą być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające upoważnienie nadane przez administratora danych i zobowiązane do zachowania tajemnicy.

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych administrator danych przetwarzający dane powinien dołożyć szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą, a w szczególności jest obowiązany zapewnić, aby dane te były: 1) przetwarzane zgodnie z prawem; 2) zbierane dla oznaczonych, zgodnych z prawem celów i niepoddawane dalszemu przetwarzaniu niezgodnemu z tymi celami; 3) merytorycznie poprawne i adekwatne w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane; 4) przechowywane w postaci umożliwiającej identyfikację osób, których dotyczą, nie dłużej niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania.

W umowach zlecenia zawartych z pracownikami Instytutu na koordynację Programu wczesnego wykrywania raka płuca i koordynację zadania w ramach Programu nie określono szczegółowo zakresu zadań, terminów ich wykonania oraz sposobu potwierdzenia wykonania zadań (czynności), stanowiących podstawę wypłaty wynagrodzeń z tego tytułu. Wykonanie zleconych zadań było potwierdzane przez Kierownika Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej.

W ocenie NIK brak takich zapisów w umowach uniemożliwia rzetelne rozliczenie wykonania zleconych zadań.

Minister Zdrowia w umowie 5/T/20/2006/318/31111 z dnia 31 sierpnia 2006 r. zobowiązał Instytut do realizacji w 2006 r. programu zdrowotnego „Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii w zakresie opracowania programu dla bazy danych o raku płuca w ogólnokrajowej sieci”. W §1 ust. 2 i § 2 ust. 1 i 3 tej umowy postanowiono, że Instytut zakupi oprogramowanie dla bazy danych o raku płuca w ogólnokrajowej sieci, za kwotę nie wyższą niż 80.000 zł, w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹³².

(dowód: akta kontroli str. 1057 – 1064)

W dniu 6 listopada 2006 r. Instytut podpisał umowę Nr 292/41/WR/1/06 z właścicielami firmy „MALG” s. c. z siedzibą w Warszawie, o wykonanie dzieła opisanego w załączniku do tej umowy pn. „Merytoryczny opis zadań”, obejmujący: 1) Modyfikacje oprogramowania, w tym: oprogramowanie na serwer do wymiany „online”, oprogramowanie do utrzymywania bazy danych, modyfikacje istniejącego oprogramowania, 2) Instalacje i konfigurację serwera, 3) instalacje i konfigurację stanowisk w ośrodkach, w tym: instalacje i testy połączenia sieciowego, instalacje oprogramowania systemu „Rak płuca”, konfiguracje dostępu dla systemu „Rak Płuca”, testy poprawności działania systemu „Rak płuca”. Firma „MALG” została wybrana w trybie z wolnej ręki, na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 1b ustawy Prawo zamówień publicznych, tj. z przyczyn związanych z ochroną praw wyłącznych, wynikających z odrębnych przepisów.

Wykonawca zobowiązał się do wykonania dzieła zgodnie z umową i przekazania Instytutowi w stanie umożliwiającym jego wykorzystanie oraz do przeniesienia na Instytut autorskich praw majątkowych do dzieła w dniu przekazania tego dzieła. Podstawą do wystawienia faktury na kwotę 79.910 zł miał być podpisany przez strony protokół odbioru wykonanego dzieła, a integralną jego częścią miały być karty gwarancyjne i licencje oraz inne dokumenty wydane dla użytkownika oprogramowania.

Komisja w składzie trzy osobowym (dwóch lekarzy z Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i informatyk Instytutu) 8 grudnia 2006 r. przyjęła wykonanie pracy bez zastrzeżeń, mimo że nie nastąpiło przeniesienie na Instytut autorskich praw majątkowych do dzieła (oprogramowania) i do protokołu odbioru wyników pracy nie załączono karty gwarancyjnej i licencji oraz innych dokumentów do wydania których zobowiązał się autor dzieła.

Zastępca Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych wyjaśnił m.in., że „umowę w aspekcie opracowania programu dla bazy danych o raku płuca zrealizowano zgodnie

¹³² Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

z zapisami, czego dowodem jest istniejąca od 2006 roku baza raka płuca obsługiwana przez ten program, a także licencja na użytkowanie pierwotnej wersji tego oprogramowania".

(dowód: akta kontroli 1532)

Skutkiem nieprzeniesienia na Instytut autorskich praw majątkowych do oprogramowania był brak możliwości wyboru innej firmy na wykonywanie usług informatycznych związanych z obsługą systemu „Rejestr Raka Płuca”. W konsekwencji, Instytut w latach 2012 - 2014 zawierał z firmą „MALG” coroczne umowy na wykonanie usług informatycznych, o wartości 83.200 zł (w okresie objętym kontrolą łącznie – 249.600 zł).

W ocenie NIK Kierownictwo Instytutu nie dochowało należytej staranności przy realizacji umowy zawartej z firmą „MALG” s.c., na modyfikację oprogramowania nie egzekwując przeniesienia na Instytut autorskich praw majątkowych do oprogramowania oraz wydania karty gwarancyjnej i licencji oraz innych dokumentów.

Zgodnie z załącznikami do umów z firmą „MALG” s.c., w latach 2012 - 2014 r., dane do Rejestru Raka Płuca miały być wprowadzane przez 23 ośrodki torakochirurgii. Tymczasem, w badanym okresie funkcjonowało w Polsce 29 takich ośrodków.

Według Sprawozdania merytorycznego z realizacji Programu przesiewowego dane pacjentów z rozpoznaniem raka płuca były wprowadzane: w 2012 r. przez: 25 ośrodków torakochirurgii i pulmonologii, w 2013 r. 26 i w 2014 r. 25 ośrodków. W trakcie realizacji Programu wczesnego wykrywania raka płuca nie zapewniono pozyskiwania danych od wszystkich 29 ośrodków torakochirurgii w Polsce.

Ponadto, w sprawozdaniach merytorycznych z realizacji tego Programu wskazano podmioty lecznicze, które wprowadzały dane do Krajowego Rejestru Raka Płuca podczas, gdy faktycznie dane były wprowadzone, na podstawie umów zlecenia zawartych pomiędzy Instytutem, a osobami fizycznymi, rekrutującymi się z pracowników tych ośrodków.

Dyrektor Instytutu wyjaśnił m.in., że „Instytut zwrócił się do wszystkich oddziałów i klinik torakochirurgicznych z propozycją przystąpienia do realizacji zadania. Stałe monitorowanie jakości leczenia raka płuca poprzez stworzenie Krajowej Bazy Raka Płuca, łączącej wszystkie realizujące zadanie ośrodki, umożliwia raportowanie na bieżąco danych klinicznych (wykonane badania diagnostyczne, dokładny opis operacji, szczegółowe dane histopatologiczne). Wobec rosnącego znaczenia profilaktyki i znaczenia wykrywania chorych z rakiem płuca we wczesnym stadium zaawansowania, w oparciu o dane zawarte w Krajowej Bazie Raka Płuca istniała możliwość realizacji programu wczesnego wykrywania raka płuca”.

(dowód: akta kontroli str. 1309)

W latach 2012 – 2014 na prowadzenie Krajowego Rejestru Raka Płuca wydatkowano 1.203.570,06 zł¹³³.

Zgodnie z art. 20 ust 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹³⁴ tworzenie rejestrów medycznych następuje w drodze rozporządzenia wydanego przez Ministra Zdrowia. Dyrektor Instytutu wyjaśnił m.in., że „tzw. „Krajowy Rejestr Raka Płuca” nie jest w rzeczywistości rejestrem w rozumieniu prawa. Jest natomiast bazą danych”.

Do dnia 15 listopada 2015 r. Minister Zdrowia nie wydał rozporządzenia w sprawie prowadzenia Krajowego Rejestru Raka Płuca.

(dowód; akta kontroli str. 1311)

Środki pozyskane z Unii Europejskiej

¹³³ Na wydatki związane z prowadzeniem Krajowego Rejestru Raka Płuc złożyło się: 1) Opracowanie i wprowadzanie danych do rejestru, danych klinicznych i histopatologicznych, w ośrodkach pulmonologii i torakochirurgii – 516.339,50 zł (w 2012r. – 174.960,58 zł, w 2013 r. 174.998,68 zł, w 2014 r. 166.380,24 zł), 2) Funkcjonowanie ośrodka koordynującego dla prawidłowego prowadzenia rejestru 467.630,56 zł (w 2012 r. - 155.655,01 zł, w 2013 r. – 155.995,23 zł, w 2014 r. – 155.980,32 zł), 3/ Koszt serwisu serwera i opieki informatycznej dla ośrodków – 219.600,00 zł (w 2012 r. - 73.200 zł, w 2013 r. – 73.200 zł, w 2014 r. – 73.200 zł).

¹³⁴ Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm.

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013, w Instytucie realizowane były trzy projekty współfinansowane ze środków Unii Europejskiej, w tym dwa w Instytucie w Warszawie i jeden projekt w Oddziale Terenowym Instytutu w Rabce-Zdrój, tj.:

1. Projekt nr WND-POIS.12.02.00-00-005/09 pn. „Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie” ramach działania 12.2 - Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym priorytetu XII – Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013¹³⁵. Całkowita wartość projektu wynikająca z umowy o dofinansowanie wyniosła 69.000.000 zł, a kwota dofinansowania: 69.000.000 zł, w tym dofinansowanie z EFRR: 58.650.000 zł. Kwota wypłaconych na rzecz Instytutu środków na realizację projektu wyniosła 67.183.205,95 zł, w tym kwota dofinansowania z EFRR: 57.105.724,98 zł.– kwota dofinansowania. Inwestycja została zakończona w 2013 r. Całkowity koszt inwestycji wyniósł 69.594.389,42 zł.

Minister Zdrowia m.in. wyjaśnił, że w stosunku do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie w ramach projektu POIS.12.02.00-00-005/09 zostały wydane dwie decyzje przez CSIOZ, tj.:

- decyzja z dnia 28 kwietnia 2014 r. dotycząca zwrotu dofinansowania w wysokości 1.563.171,84 zł wraz z odsetkami w wysokości jak dla zaległości podatkowych, podtrzymana przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju na mocy decyzji z dnia 9 czerwca 2015 r. (podstawa prawna art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych),
- decyzja z dnia 23 czerwca 2015 r. (decyzja ostateczna) dotycząca zwrotu odsetek z tytułu nieterminowego rozliczenia zaliczki w złożonym wniosku o płatność w kwocie 1.247.166,00 zł (art. 189 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹³⁶).

Beneficjent złożył wnioski o umorzenie należności publicznoprawnych związanych z ww. decyzjami. Postępowanie w sprawie udzielenia ulgi jest na ostatnim etapie procedowania.

(dowód: akta kontroli str. 1217 - 1228)

2. Projekt nr WND-POIS.12.02.00-00-061/08 pn. „Poprawa efektywności przyjęć oraz dostępności i jakości diagnostyki i terapii chorób płuc (I etap) w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie” w ramach działania 12.2 – Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym priorytetu XII – Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013. Umowa o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.02.00-00-061/08-00 została zawarta 11 sierpnia 2010 r. Całkowita wartość projektu wynikająca z umowy o dofinansowanie - 9.999.780 zł, w tym dofinansowanie z EFRR: 8.499.813 zł. Kwota wypłaconych na rzecz Instytutu środków na realizację projektu – 9.747.703,27 zł, w tym z EFRR: 8.285.547,74 zł. Inwestycja została zakończona w 2012 r. Całkowity koszt inwestycji wyniósł 9.958.033,27 zł.

3. Projekt nr WND-POIS.12.02.00-00-001/09 pn. „Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój”. W ramach działania 12.2 – Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym priorytetu XII – Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013. Umowa o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.02.00-00-001/09-00 z 21 września 2009 r. Całkowita wartość projektu 58.696.733,42 zł, w tym kwota dofinansowania – 56.689.306,19 zł. Kwota wypłacona Instytutowi 56.459.192,21 zł. Całkowity koszt inwestycji wynosi 61.193.863,02 zł.

¹³⁵ Umowa o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.02.00-00-005/09-00 została zawarta 18 września 2009 r., a okres realizacji projektu określono od 1 października 2007 r. do 31 sierpnia 2013 r. Datę zakończenia rzeczowej realizacji projektu wyznaczono na 31 sierpnia 2013 r., a datę zatwierdzenia wniosku o płatność końcową na 29 kwietnia 2014 r.

¹³⁶ Dz.U. z 2013 r., poz.885 ze zm.

Minister Zdrowia wyjaśnił m.in., że odnośnie tego projektu nałożone zostały korekty finansowe dotyczące: wykonania robót budowlanych dla inwestycji obejmującej przebudowę i rozbudowę Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Oddziale w Terenowym w Rabce-Zdroju (znak sprawy PN 20/2007) – korekta 5%. Kwota wydatków uznana za niekwalifikowalne w ramach wniosków o płatność wyniosła 2.361.565,25 zł. Zidentyfikowana nieprawidłowość polegająca na wydłużeniu terminu składania ofert z dnia 22.11.2007 r. do 29.11.2007 r. (tj. o 7 dni) bez publikowania sprostowania (zmiany) ogłoszenia o zamówieniu publicznym w dzienniku urzędowym UE - Wystąpienie nieprawidłowości związanej z brakiem transpozycji prawa unijnego do prawa polskiego - nałożenie korekty finansowej 5%. W stosunku do Oddziału w Rabce-Zdroju w ramach tego projektu wydano decyzję z 12 czerwca 2013 r. o zwrocie odsetek z tytułu nierozliczenia zaliczki w terminie w kwocie 220.933,00 zł. Beneficjent złożył wniosek o umorzenie należności, aktualnie trwa postępowania w drugiej instancji w sprawie udzielenia ulgi. W odniesieniu do projektu POIS.12.02.00-00-001/09 brak informacji na temat prowadzonych postępowań sądowych.

(dowód; akta kontroli str. 1217 - 1228)

Ponadto, w 2011 r. Instytut otrzymał dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego: "Wzrost potencjału badawczego i infrastrukturalnego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie w dziedzinie innowacyjnych technik diagnostycznych" w ramach działania 1.1 „Wzmocnienie sektora badawczo-rozwojowego” - kwota dofinansowania 3.399.673,61 zł. Inwestycja została zakończona w 2013 r. Całkowity koszt inwestycji wynosi 4.016.063 zł.

Wszystkie projekty współfinansowane ze środków Unii Europejskiej osiągnęły planowane wskaźniki rezultatu.

(dowód; akta kontroli str. 1217-1300)

Dyrektor wyjaśnił, że założenia wymienionych projektów przewidywały zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych oraz zwiększenie efektywności obsługi pacjentów Instytutu, a także skrócenie czasu oczekiwania. Wszystkie te cele zostały osiągnięte, z tą wszakże uwagą, że istotny wpływ na podaż usług ma Narodowy Fundusz Zdrowia, określający limity wykonywanych świadczeń. Instytut wykonuje świadczenia ponad limit, w trosce o naszych pacjentów. Fundusz jednak regularnie nie wywiązuje się z obowiązku płacenia za te świadczenia, co rzutuje negatywnie na sytuację finansową Instytutu.

(dowód; akta kontroli 1303 - 1304)

4.4. Kontrole zewnętrzne

Opis stanu faktycznego

W latach 2012 – 2015 (do 11 maja) Instytut był kontrolowany przez 16 podmiotów zewnętrznych, które przeprowadziły łącznie 39 kontroli¹³⁷. W wyniku tych kontroli sformułowano 64 zalecenia pokontrolne¹³⁸, z których do 11 maja 2015 r., zrealizowano 26, w trakcie realizacji było 36 zaleceń, natomiast nie zrealizowano 2 zaleceń pokontrolnych. Dotyczyły one:

- niezapewnienia, zgodnie z wymogami sanitarnymi, szatni przepustowej dla pracowników Zakładu Diagnostyki Molekularnej (pkt 3b Decyzji N/102/2013 r. z dnia 5.04.2013 r. (na wniosek Instytutu PPIS wydłużono termin usunięcia tej nieprawidłowości do 31.12.2015 r.¹³⁹),
- nieustalenia okoliczności i przyczyn zdarzeń wypadkowych związanych ze skałeczeniem, zakłuciem, ułuczeniem ostrymi narzędziami, przedmiotami (z ekspozycja na czynnik biologiczny), jakim ulegli pracownicy Instytutu. Dotyczyło to 30 pracowników Instytutu; (w Nakazie PIP z 28 listopada 2013 r., zobowiązano Dyrektora Instytutu do jego wykonania w terminie do 30.04.2014 r.).

W badanym okresie MOW NFZ przeprowadził siedem kontroli, w tym jedną w 2012 r., dwie w 2013 r., cztery w 2014 r. Z uwagi na negatywną ocenę realizacji czterech z siedmiu

¹³⁷ Na dzień 11 maja 2015 r. kontrole prowadzone przez Mazowiecki Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska i Mazowiecki Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny (wykazane w poz. 39 i poz. 40 zestawienia), nie zostały zakończone.

¹³⁸ Liczba zaleceń nie uwzględnia 6 zaleceń wydanych przez Ministra Zdrowia (kontrola niezakończona).

¹³⁹ Decyzja PPIS Nr N/30/2015 r z 9 lutego 2015 r.

kontrolowanych umów, MOW NFZ nałożył na Instytut karę umowną w łącznej wysokości 46.570,22 zł, w tym:

- 5.260,79 zł w odniesieniu do umowy nr 1-00238-03-01-2011-2013/12 z 13 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie anesteziologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja; środki przekazane na rachunek OW NFZ 6 listopada 2012 r.,
- 10.054,54 zł w odniesieniu do umowy 1-00238-03-01-2011-2013/12 z 13 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach: choroby płuc – hospitalizacja, chirurgia klatki piersiowej – hospitalizacja; środki przekazane na rachunek OW NFZ w dniu 7 stycznia 2014 r.,
- 17.987,29 zł w odniesieniu do umowy nr 1-00238-03-01-2011-2013/13 z dnia 16.01.2013 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja; środki przekazane na rachunek MOW NFZ w dniu 22 sierpnia 2014 r.,
- 10.797,81 zł w odniesieniu do umowy nr 07R-1-00238-03-01-2011-2014/14 z dnia 23.01.2014 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Izba Przyjęć¹⁴⁰; środki przekazane na rachunek MOW NFZ w dniu 16.12.2014 r.,
- 2.469,79 zł w odniesieniu do umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) nr 07R -1-00238-02-01-2011-2013/12 podpisanej 27.02.2012 r. oraz 07R-1-00238-02-01-2011-2013/13 z 18.01.2013 r.; Leczenie Szpitalne nr: 07R -1-00238-03-01-2011-2013/12 z 13.01.2012 r. oraz 07R -1-00238-03-01-2011-2013/13 z 16.01.2013 r.; Świadczenia Zdrowotne Kontraktowane Odrębnie nr.: 07R -1-00238-11-01-2011-2013/12 z 2.02.2012 r. oraz 07R -1-00238-11-01-2011-2013/13 z 21.01.2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 25 – 37)

Wartość nienależnie przekazanych Instytutowi środków finansowych z powodu wadliwie zakwalifikowania świadczeń do kodu JGP wyniosła łącznie 76.024 zł, w tym:

- 13.364 zł - umowa 1-00238-03-01-2011-2013/12 z 13 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach: choroby płuc – hospitalizacja, chirurgia klatki piersiowej – hospitalizacja,
- 62.660 zł - umowa nr 1-00238-03-01-2011-2013/13 z dnia 16.01.2013 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja.

(dowód: akta kontroli str. 25 – 37)

Zgodnie z wystąpieniem pokontrolnym z 5 października 2012 r. podczas realizacji umowy nr 1-00238-03-01-2011-2013/12 z 13 stycznia 2012 r. stwierdzono nieprawidłowości, które dotyczyły m.in. nie zgłaszania zmian personelu udzielającego świadczeń¹⁴¹ i sprzętu wykorzystywanego do ich udzielania¹⁴², niezapewnienia dostępności do realizacji zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych radiologii zabiegowej na naczyniach wewnątrzczaszkowych i obwodowych poprzez zawarcie umowy z innym świadczeniodawcą wykonującym badania z radiologii zabiegowej¹⁴³.

W trakcie kontroli realizacji umowy nr 1-00238-03-01-2011-2013/13 z 16 stycznia 2013 r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii klatki piersiowej – hospitalizacja¹⁴⁴, przeprowadzonej w dniach od 16 lipca 2014 r. do 24 lipca 2014 r. MOW NFZ poddał analizie 46 historii chorób świadczeniobiorców dla których sprawozdano wykonanie badania Rezonansu Magnetycznego (RM) lub Tomografii

¹⁴⁰ Kod zakresu świadczeń 03.4900.008.03.

¹⁴¹ Wymienionych w załączniku nr 2, pn. „Harmonogram – zasoby” do umowy i zgodnie z § 6 ust. 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴¹, będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 84) oraz zgodnie z umową.

¹⁴² W załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy zgodnie z § 2 ust. 7 i 8 umowy zawartej pomiędzy MOW NFZ, a Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc.

¹⁴³ Zgodnie z załącznikiem nr 3 część I lp. 3 w poz. pozostałe wymagania pkt 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 ze zm.) oraz poz. 4 załącznika nr 3 do Zarządzenia 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 20.10.2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

¹⁴⁴ Okres objęty kontrolą od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r.

Komputerowej (TK) w trakcie hospitalizacji w zakresie chirurgii klatki piersiowej. Fundusz zakwestionował wykazanie świadczeń dla 45 z 46 świadczeniobiorców ze względu na zapisy w historiach chorób dokumentujące zaplanowane przyjęcie pacjentów w dobrym stanie ogólnym, bez dolegliwości, wykonania wyłącznie badań obrazowych TK lub RM (w dwóch przypadkach spirometrii), które w odniesieniu do stanu zdrowia pacjentów nie wymagały zaplecza szpitalnego, badania TK lub RM wykonano w związku z problemami zdrowotnymi znajdującym się na etapie nie wymagającym podejmowania niezwłocznej kontynuacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w warunkach szpitalnych. Powyższe nieprawidłowości stanowiły m.in. naruszenie: art. 58 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych i § 11 ust. 5 i 6 Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ

MOW NFZ zakwestionował świadczenia o wartości 62.660 zł i zażądał zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w tej wysokości. Z uwagi na negatywną ocenę realizacji tej umowy MOW NFZ nałożył na Instytut kary umowne w łącznej wysokości 17.987,29 zł (wpłaty dokonano 22 sierpnia 2014 r.).

Dyrektor Instytutu po dokładnym zapoznaniu się ze wszystkimi 46 historiami chorób, jakie były przedmiotem kontroli, w pełni podzielił zarzuty MOW NFZ. Stwierdził m.in., iż tryb diagnostyki przyjęty w omawianych przypadkach wynikał z wyjątkowego niechlujstwa i niefrasobliwości, a osoby odpowiedzialne za zaistniały stan rzeczy zostaną ukarane dyscyplinarnie. Dyrektor Instytutu nie zgłosił zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, poinformował natomiast o podjęciu działań w celu realizacji zaleceń pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 25 – 37)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

5. Nadzór nad działalnością Instytutu

Opis stanu
faktycznego

5.1. W latach 2012 – 2015 (do czerwca) Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg w Ministerstwie Zdrowia (MZ) przeprowadził w Instytucie jedną kontrolę¹⁴⁵ w zakresie:

- zgodności działań Instytutu z przepisami prawa i statutem,
- realizacji podstawowych zadań Instytutu określonych w art. 2 ust. 3 pkt 1 ustawy o instytutach badawczych,
- prawidłowości wydatkowania środków finansowych.

Kontrola została przeprowadzona w trybie zwykłym¹⁴⁶, w okresie od 7 kwietnia 2014 r. do 9 maja 2014 r., na podstawie art. 6 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej¹⁴⁷ w związku z art. 36 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych, który stanowi, że minister nadzorujący, nie rzadziej niż raz na 3 lata, przeprowadza kontrolę Instytutu. Kontrolą objęto lata 2012 – 2013.

W „Wystąpieniu pokontrolnym”¹⁴⁸ z 12 czerwca 2015 r. zobowiązano Dyrektora Instytutu i Przewodniczącą Rady Naukowej m.in. do:

- 1) dążenia do zwiększenia zatrudnienia w grupie pracowników naukowych;
- 2) prowadzenia analiz przydatności i stopnia wykorzystania do prowadzonej działalności operacyjnej mienia będącego w dyspozycji Instytutu;
- 3) opiniowania przez Radę Naukową planu finansowego w terminach umożliwiających prowadzenie gospodarki finansowej Instytutu zgodnie z postanowieniami art. 18 ust. 10 i 12 ustawy o instytutach badawczych;
- 5) zintensyfikowania działań mających na celu zmniejszenie straty finansowej Instytutu oraz podjęcie konkretnych działań naprawczych i restrukturyzacyjnych, w tym opracowanie programu naprawczego;
- 6) bezwzględne stosowanie przepisów art. 39 ust. 2 ustawy o instytutach badawczych, który stanowi, iż w Instytucie badawczym nie może istnieć stosunek bezpośredniej podległości służbowej między małżonkami oraz osobami pozostającymi ze sobą w stosunku

¹⁴⁵ W okresie od 7 kwietnia 2014 r. do 9 maja 2014 r.

¹⁴⁶ Art. 11 ustawy z dnia 5 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej stanowi, iż kontrole przeprowadza się w trybie zwykłym lub uproszczonym (Dz.U. z 2011 r., Nr 185, poz. 1092).

¹⁴⁷ Dz. U. Nr 185, poz. 1092.

¹⁴⁸ DNA.092.1.2015.7.MW.

pokrewieństwa do drugiego stopnia włącznie lub powinowactwa pierwszego stopnia oraz w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

(dowód: akta kontroli str. 48 - 77)

Dyrektor Instytutu w piśmie z dnia 30 czerwca 2015 r. poinformował Ministra Zdrowia o sposobie wykonania zaleceń i podjętych działaniach w celu realizacji wniosków pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 626 - 627)

W latach 2007 – 2011, Departament Nadzoru i Kontroli w MZ przeprowadził tylko jedną kontrolę w Instytucie w zakresie „Wykorzystania dotacji z rezerwy celowej przeznaczonej na realizację Programu Pomocy Publicznej i Restrukturyzacji.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁴⁹, wnosi o:

1. dostosowanie planu finansowego Instytutu do wymagań określonych przepisami art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych,
2. ustalanie planu finansowego Instytutu na dany rok budżetowy w terminie umożliwiającym Radzie Naukowej wydanie opinii, a Instytutowi rozpoczęcie jego realizacji od początku roku kalendarzowego, stosownie do art. 18 ust. 10 ustawy o instytutach badawczych,
3. bieżące analizowanie wykonania planu finansowego i dokumentowanie wyników tych analiz,
4. podjęcie działań mających na celu zmniejszenie straty finansowej Instytutu, w tym opracowanie programu naprawczego;
5. opracowanie programu dostosowania pomieszczeń i urządzeń Instytutu do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
6. wprowadzenie do umów zlecenia na koordynację Programu wczesnego wykrywania raka płuca i koordynację zadania, postanowień określających zakres zadań, terminy ich wykonania oraz sposób potwierdzenia wykonania zleconych zadań;
7. przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych oraz wprowadzenie stosownych klauzul w umowach zlecenia z osobami fizycznymi wprowadzającymi dane kliniczne i histopatologiczne pacjentów chorych na raka płuca do Krajowego Rejestru Raka Płuca,
8. opracowanie „Kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych” oraz „Perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej”,
9. podjęcie działań w celu umożliwienia świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia,
10. podjęcie działań na rzecz uzupełnienia niedoboru lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii i radiologii w Instytucie,
11. upoważnienie pracownika do dokonywania oceny list oczekujących w Przychodni Przyklinicznej Instytutu w Warszawie, co najmniej raz w miesiącu,

¹⁴⁹ Dz.U. z 2015 r., poz. 1096.

12. informowanie pisemnie pacjentów zapisujących się na udzielanie świadczeń (AOS i Szpital) o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem wyboru tego terminu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, dnia 22 grudnia 2015 r.

Kontroler

Hanna Hawrylik

Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

Wicedyrektor

Marek Trosiński


podpis


podpis
