



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.014.1.2023

Prof. dr hab. Janusz Kowalewski
Dyrektor Centrum Onkologii im. prof. Franciszka
Łukaszczyka w Bydgoszczy

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy, ul. I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Prof. dr hab. n. med. Janusz Kowalewski – Dyrektor CO ² .
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do zakończenia czynności kontrolnych ³ , z wykorzystaniem dowodów sporządzanych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	1. Sylwia Woźniak-Waszak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/88/2023 z 30 maja 2023 r. 2. Mateusz Grynicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/93/2023 z 30 maja 2023 r. (akta kontroli str. 1-5, 629)

¹ Dalej: „Centrum”, „CO” lub „Szpital”.

² Od 11 grudnia 2014 r.

³ Tj. do dnia 2 października 2023 r.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, Centrum spełniało wymogi określone przez Ministra Zdrowia, niezbędne do zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia⁶ oraz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego, w tym w zakresie kompleksowości świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Pacjentom zapewniono dostępność do ww. świadczeń. Rzetelnie realizowano zadania powierzone przez Ministra Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej⁷ oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych⁸.

Pozytywnie należy ocenić, że Centrum posiadało wymagane komórki organizacyjne, w tym zakłady diagnostyczne, zapewniało wykwalifikowany personel oraz odpowiedni sprzęt i wyposażenie. Czynności związane z przygotowaniem leków cytostatycznych przed ich podaniem dokonywane były w wydzielonych pomieszczeniach. Zapewniono nadzorowany przebieg: procesu składania zapotrzebowań żywieniowych i dystrybucji posiłków, usługi żywienia zbiorowego, realizacji leczenia żywieniowego, a także określono zasady prowadzenia poradnictwa dietetycznego. Centrum we własnym zakresie wykonywało badania materiału biologicznego i badania genetyczne. Przeprowadzane były corocznie kliniczne audyty wewnętrzne. W sposób rzetelny wypełniano karty zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a⁹ oraz terminowo przekazywano je do Krajowego Rejestru Nowotworów¹⁰.

Pozytywnie należy też ocenić, że pacjenci pierwszorazowi mieli wyznaczany termin udzielenia świadczenia zgodnie z kolejnością zgłoszenia, a listy oczekujących prowadzono w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Karty diagnostyki i leczenia onkologicznego¹¹ wystawiane przez Centrum były kompletne, w szczególności zawierały kody i nazwy jednostki chorobowej oraz informacje na temat ustalonego planu leczenia. Pacjentom wyznaczano koordynatora leczenia onkologicznego. W Centrum realizowano profilaktyczne programy zdrowotne, tj.: m.in. program profilaktyki raka piersi, program profilaktyki raka szyjki macicy oraz program badań przesiewowych raka jelita grubego. W ramach środków przyznawanych przez Ministra Zdrowia dokonywano zakupów nowego oraz wymiany starego sprzętu medycznego, zamieszczając stosowne informacje na stronie internetowej. Centrum prowadziło też Biuro Rejestracji Wojewódzkiego Kujawsko-Pomorskiego Rejestru Nowotworów Złośliwych, które podejmowało skuteczne działania w celu zapewnienia kompletności danych podawanych przez świadczeniodawców w kartach MZ/N-1a.

Negatywnie oceniono natomiast przypadki:

- wykazywania w zasobach do umów zawartych z NFZ sprzętu, który został wycofany z eksploatacji i odpisany z ewidencji księgowej środków trwałych, co stanowiło naruszenie § 9 pkt 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹²;

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej: „NFZ”.

⁷ Dalej: „NSO”.

⁸ Dalej: „NPZChN”.

⁹ Dalej: „karta MZ/N-1a”.

¹⁰ Dalej: „KRN”.

¹¹ Dalej: „karta DiLO”.

¹² Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, dalej: „rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

- sporządzenia raportów z wewnętrznego audytu klinicznego z naruszeniem terminu wskazanego w art. 33v ust. 6 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe¹³, tj. z opóźnieniem odpowiednio sześć i pięć dni;
- nieprzekazywania lub przekazywania z ponad półrocznym opóźnieniem kopii raportów z audytów wewnętrznych właściwej komisji procedur i audytów, co stanowiło naruszenie art. 33v ust. 7 Prawa atomowego¹⁴;
- nierzetelnego, tj. niezgodnego z zaleceniami producenta, prowadzenia dokumentacji technicznej dla jednej z czterech komór laminarnych w Pracowni Cytostatycznej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Centrum udzielało świadczeń zdrowotnych w zakresie: opieki stacjonarnej z uwzględnieniem świadczeń wysoko specjalistycznych, opieki ambulatoryjnej, diagnostyki, rehabilitacji, profilaktyki i promocji zdrowia.

Weryfikacji poddano spełnianie przez Centrum wymagań¹⁶:

- ogólnych, określonych dla udzielania świadczeń na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- realizacji świadczeń ambulatoryjnych (na podstawie świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej – diagnostyka onkologiczna);
- realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego:
 - na podstawie świadczenia ginekologia onkologiczna – hospitalizacja;
 - kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON Pierś);
 - kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG);
- realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych:
 - programu profilaktyki raka piersi (etap podstawowy w pracowni stacjonarnej i mobilnej, etap pogłębionej diagnostyki);
 - programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy¹⁷, etap diagnostyczny, etap pogłębionej diagnostyki);
 - programu badań przesiewowych raka jelita grubego.

Centrum spełniało warunki realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego określone § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁸ oraz § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

¹³ Dz. U. z 2021 r., poz. 1941 ze zm., dalej: Prawo atomowe.

¹⁴ Wejście w życie z dniem 29 września 2019 r. na podstawie ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1593).

¹⁵ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁶ Na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia: a) kod 020000716230001/B0007/PSZ z 30.12.2022 r. wraz z aneksami (dalej: umowa PSZ); b) kod 020000716230006 – aneks z 22.12.2022 r. określający w 2023 r. warunki realizacji umowy, c) kod 020000716230006 – aneks z 22.12.2022 r. określający w 2023 r. warunki realizacji umowy.

¹⁷ Zgodnie z zawartymi umowami etap podstawowy programu profilaktyki raka szyjki macicy ujęty był w umowie PSZ - zakres skierowany z świadczeniami w zakresie położnictwa i ginekologii.

¹⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego”.

gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁹. W CO opracowano i wdrożono procedury postępowania oraz organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, powołano wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego, udzielano świadczeń diagnostyki onkologicznej (m.in. w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej, badań endoskopowych), w lokalizacji znajdowały się oddziały o profilu zabiegowym oraz udzielano świadczeń w zakresie chemioterapii, radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej.

(akta kontroli str. 6-95, 96-97, 262, 322-323, 378, 383, 1281-1311)

Weryfikacja spełniania przez CO warunków realizacji świadczeń ambulatoryjnych (na podstawie świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej – diagnostyka onkologiczna) wykazała, że Centrum spełniało warunki realizacji ww. świadczenia określone w lp. 39 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń ambulatoryjnych, tj. zapewniono: personel o wymaganych kwalifikacjach (m.in. lekarzy specjalistów chirurgii klatki piersiowej), odpowiedni sprzęt i wyposażenie (w tym USG, RTG, spirometr), dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych.

(akta kontroli str. 96-97, 101-102, 103)

Weryfikacja spełniania przez CO warunków realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego (na podstawie świadczenia ginekologia onkologiczna – hospitalizacja) wykazała, że Centrum spełniało warunki realizacji ww. świadczenia określone w lp. 40 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, tj. zapewniono: całodobową opiekę we wszystkie dni tygodnia; blok operacyjny; personel o wymaganych kwalifikacjach (m.in. lekarzy specjalistów ginekologii onkologicznej i chirurgii onkologicznej; pielęgniarki ze specjalizacją pielęgniarstwa onkologicznego i położne ze specjalizacją ginekologiczno-położniczą); odpowiedni sprzęt i wyposażenie (kardiomonitor i kolposkop); dostęp do badań histopatologicznych.

(akta kontroli str. 96-100, 103-106)

Weryfikacja spełniania przez CO warunków realizacji świadczeń z zakresu KON Piersi i KON-JG wykazała, że Centrum spełniało warunki realizacji ww. świadczeń określone w lp. 2 oraz 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, tj. m.in.:

- Centrum posiadało w lokalizacji wymagane komórki organizacyjne²⁰, w tym zakłady diagnostyczne²¹ wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
- udzielano w lokalizacji świadczeń m.in. z zakresu: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, chemioterapii (hospitalizacja, w trybie jednodniowym, w warunkach ambulatoryjnych), programów lekowych (leczenie chorych na raka piersi), genetyki, radioterapii, teleradioterapii, brachyterapii, rekonstrukcji piersi, rehabilitacji, medycyny nuklearnej, pozytonowej tomografii emisyjnej, rezonansu magnetycznego, leczenia skojarzonego, leczenia żywieniowego;

¹⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń z zakresu AOS” lub „rozporządzenie w sprawie świadczeń ambulatoryjnych”.

²⁰ M.in. Oddziały Kliniczne: Chirurgii Onkologicznej, Ginekologii Onkologicznej, Onkologii, Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Radioterapii, Brachyterapii; Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Dział Sal Operacyjnych, Zakłady: Patologii Nowotworów i Patomorfologii, Endoskopii, Radioterapii, Brachyterapii, Medycyny Nuklearnej, Diagnostyki Laboratoryjnej, Mikrobiologii, Genetyki i Onkologii Molekularnej, Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej, Psychologii Klinicznej; Poradnie: Onkologiczną, Chirurgii Onkologicznej, Genetyczną, Radioterapii, Gastroenterologiczną, Stomijną, Zespół Żywienia Klinicznego, Ambulatorium Chemioterapii; ponadto we Wrocławku funkcjonowała filia Centrum Diagnostyczno-Leczniczego oraz Zakład Radioterapii.

²¹ Mikrobiologii, Diagnostyki Laboratoryjnej, Genetyki i Onkologii Molekularnej.

- zapewniono personel o wymaganych kwalifikacjach (m.in. lekarzy specjalistów onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej, ginekologii onkologicznej, radioterapii onkologicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, gastroenterologii, patomorfologii, psychologów klinicznych, fizjoterapeutów);
- w Centrum organizowano konferencje naukowe / sympozja / warsztaty z chirurgii onkologicznej.

(akta kontroli str. 6-95, 105-161, 169-262, 285-287)

Odnosnie współpracy z innymi podmiotami oraz zapewnienia dostępu do realizacji świadczeń bliżej miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta, Dyrektor ds. Organizacyjnych i Rozwoju wskazała, że Centrum spełniało wszystkie warunki realizacji umowy w zakresie KON-Pierś. Świadczenie pełnych usług w zakresie diagnostyki, leczenia oraz monitorowania czyniło CO samowystarczalnym, nie było konieczności zawierania osobnych umów na realizację świadczeń, mogących bezpośrednio wpływać na prowadzenie sprawniejszej diagnostyki i/lub terapii onkologicznej (...). Świadczenie usług w ramach diagnostyki, specjalistycznych konsultacji, leczenia operacyjnego, radioterapii, chemioterapii, rehabilitacji leczniczej przyciągało pacjentów z całej Polski. W związku z powyższym nie istniały żadne przesłanki do tego, aby zawierać umowy na podwykonawstwo i/lub wspólnego realizowania umowy z innymi świadczeniodawcami dla osób prowadzonych w ramach KON-JG.

(akta kontroli str. 264, 265)

W odniesieniu do spełniania wymogów udzielania świadczeń w zakresie KON-Pierś:

- zapewniono personel o wymaganym doświadczeniu²²;
- przeprowadzono leczenie operacyjne co najmniej 250 nowo zdiagnozowanych przypadków nowotworu piersi w roku kalendarzowym (1591 w 2022 r.);
- w lokalizacji realizowano program profilaktyki raka piersi;
- zapewniono dostęp do paliatywnej opieki medycznej;
- powierzono Wojewódzkiemu Centrum Onkologii w Gdańsku wykonywanie badań diagnostycznych (mammografia z tomosyntezą jednej i obu piersi);
- zawarto umowę współpracy i koordynacji w zakresie porady i doboru protezy piersi dla pacjentek onkologicznych leczonych na Oddziale Klinicznym Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej CO;
- opracowano instrukcję „Ośrodek narządowy leczenia raka piersi – senologiczny w Centrum Onkologii”.

(akta kontroli str. 163-169, 267-271, 273-284, 288-333)

W odniesieniu do spełniania wymogów udzielania świadczeń w zakresie KON-JG:

- opracowano „Wytyczne skojarzonego leczenia raka jelita grubego”;
- w strukturze Centrum wyodrębniono Pracownię Endoskopii Zabiegowej z możliwością wykonywania pełnego zakresu procedur zabiegowych;
- zapewniono personel o odpowiednim doświadczeniu²³;

²² Tj. m.in.: a) lekarzy ze specjalizacją w zakresie chirurgii onkologicznej posiadających udokumentowane certyfikatami szkolenia w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej piersi; z doświadczeniem w wykonaniu co najmniej 50 zabiegów operacyjnych potwierdzonym przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej; b) lekarzy specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej z doświadczeniem opisanym ponad 1000 badań mammograficznych diagnostycznych i skrinigowych potwierdzonym przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej; c) lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie patomorfologii z doświadczeniem dokonania co najmniej 150 rozpoznaw pierwotnego raka piersi w grupie świadczeniobiorców w dowolnym wieku, we wszystkich stadiach zaawansowania, potwierdzonym przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie patomorfologii.

²³ Tj. m.in.: a) lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej z doświadczeniem w leczeniu nowotworu przewodu pokarmowego potwierdzonym przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radioterapii onkologicznej; b) lekarzy specjalistów onkologii klinicznej z doświadczeniem w stosowaniu terapii anty-VEGF i anty-EGFR w leczeniu raka jelita grubego, potwierdzonym przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej; c) co najmniej dwóch lekarzy

- realizowano zabiegi z zastosowaniem technik laparoskopowych;
- w Centrum realizowano zabiegi z chirurgii wątroby, chirurgii klatki piersiowej oraz chirurgii cytoredukcyjnej z HIPEC;
- CO współpracowało ze Szpitalem Uniwersyteckim nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczy specjalizującym się w zabiegach chirurgii wątroby;
- CO współpracowało ze Szpitalem Uniwersyteckim nr 2 im. Bizziela w Bydgoszczy w zakresie neurochirurgii;
- Zakład Patologii Nowotworów i Patomorfologii uczestniczył w zewnętrznych kontrolach jakości;
- realizowano program badań przesiewowych raka jelita grubego;
- zrealizowano co najmniej 75 zabiegów usunięcia pierwotnego nowotworu jelita grubego (tj. 530 w 2021 r. i 267 w 2022 r.);
- zrealizowano co najmniej 200 kolonoskopii (tj. 396 w 2021 r. i 3 950 w 2022 r.).

(akta kontroli str. 16, 163-169, 334-383)

CO spełniało warunki realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych (raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego) określone w lp. 2, 3 oraz 8 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych²⁴, tj. m.in.:

- zapewniono personel o wymaganych kwalifikacjach²⁵;
- Centrum posiadało w lokalizacji Zakład Patologii Nowotworów i Patomorfologii (m.in. z pracownią cytologii ginekologicznej i nie ginekologicznej) oraz Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
- zapewniono wymagany sprzęt i wyposażenie;
- uzyskano pozytywne wyniki kontroli jakości badań mammograficznych;
- uzyskano pozytywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.

(akta kontroli str. 384-493)

Analiza dokumentacji dotyczącej sprzętu medycznego wykazała, że:

- w 22 na 28 badanych przypadków sprzęt był sprawny technicznie, co potwierdzały przeglądy okresowe przeprowadzone w okresie od stycznia do września 2023 r.;
- w sześciu na 28 badanych przypadków sprzęt (pięć mikroskopów i jeden kolposkop) został wycofany z eksploatacji i odpisany z ewidencji księgowej środków trwałych w 2016 r. i w latach wcześniejszych, a pomimo tego w kontrolowanym okresie Centrum wykazywało²⁶ ten sprzęt w umowach PSZ oraz o udzielanie świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, co szerzej opisano w sekcji nieprawidłowości. Brak powyższego sprzętu nie miał wpływu na spełnianie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i programów zdrowotnych, określonych w odpowiednich rozporządzeniach Ministra Zdrowia.

W toku oględzin wybranego sprzętu medycznego, wykazanego w zasobach do aktualnie obowiązujących umów PSZ oraz o udzielanie świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, stwierdzono m.in. że:

specjalistów chirurgii onkologicznej wykonało w roli operatora co najmniej 15 zabiegów usunięcia pierwotnego nowotworu jelita grubego (w 2021 r. i 2022 r. ponad 30).

²⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 916, dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń z zakresu programów zdrowotnych”.

²⁵ Tj. m.in. lekarzy specjalistów: położnictwa i ginekologii, patomorfologii, chirurgii onkologicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, gastroenterologii, anestezjologii i intensywnej terapii, techników elektromedycyny, położne, pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarki z ukończonym kursem specjalistycznym w zakresie endoskopii.

²⁶ Por. załączniki: Harmonogram – zasoby.

- w 21 na 22 badane przypadki Centrum dysponowało sprzętem²⁷ zgodnie z wykazem zasobów do ww. umów z NFZ; w jednym na 22 badane przypadki sprzęt nie był już użytkowany, gdyż toczyła się nowo wszczęta procedura jego likwidacji;
- obiektywy oraz okulary mikroskopów, wykorzystywanych na etapie diagnostycznym w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy, posiadały oznaczenia potwierdzające możliwość uzyskania co najmniej 400-krotnego powiększenia.

(akta kontroli str. 207, 256, 444, 455, 457, 463, 474, 480, 485, 486, 492, 1270-1280, 1312-1325)

1.2. W kontrolowanym okresie w strukturze Apteki Szpitalnej Centrum wyodrębniona była Pracownia Cytostatyczna. W toku kontroli stwierdzono, że pracownia ta składała się z następujących, wydzielonych pomieszczeń:

- magazynu leków cytostatycznych, wyposażonego m.in. w chłodziarki farmaceutyczne, szafy na leki oraz zestaw awaryjny na wypadek skażenia lekami niebezpiecznymi;
- pomieszczenia przygotowania, w którym leki były przygotowywane do przekazania do pomieszczenia aseptycznego, wyposażonego m.in. w blaty robocze oraz drugi zestaw awaryjny na wypadek skażenia lekami niebezpiecznymi;
- służby personalnej brudnej, tj. strefy brudnej;
- służby personalnej czystej, tj. strefy czystej, gdzie pracownicy zakładali środki ochrony indywidualnej;
- pomieszczenia aseptycznego²⁸, w którym przygotowywane były dawki leków cytostatycznych – przez dwuosobowe zespoły, składające się z farmaceuty (przygotowującego dawkę w komorze laminarnej) oraz technika farmaceutycznego (wykonującego czynności pomocnicze); w pomieszczeniu tym znajdowały się m.in. cztery komory laminarne²⁹ do pracy z lekami cytostatycznymi;
- pomieszczenia odbiorczego, w którym następował odbiór przygotowanych dawek leków cytostatycznych i ich przygotowanie do transportu do odbiorcy, a także weryfikacja zleceń, przygotowanie protokołów produkcji, drukowanie etykiet preparatów; pomieszczenie to było wyposażone m.in. w blaty robocze, dźwig towarowy oraz wózki do przewozu leków cytostatycznych.

Przy przygotowaniu dawek leków cytostatycznych pracowały osoby ubrane w rękawiczki, kombinezony i maski. Filtry HEPA klasy H13 rozmieszczone były w: ośmiu nawiewnikach w pomieszczeniu aseptycznym, nawiewniku w służbie personalnej czystej, nawiewniku w służbie personalnej brudnej i nawiewniku w pomieszczeniu przygotowawczym. W Pracowni Cytostatycznej funkcjonował system wentylacji zapewniający zachowanie różnic ciśnienia pomiędzy: pomieszczeniem przygotowawczym, służą brudną, służą czystą i pomieszczeniem aseptycznym. Pomiar różnicy ciśnień w ww. pomieszczeniach umożliwiały zamontowane urządzenia kontrolne. Do transportu leków cytostatycznych z Apteki Szpitalnej do magazynu Pracowni Cytostatycznej oraz z pomieszczenia odbiorczego ww. pracowni do dyżurki pielęgniarskiej w Oddziale Klinicznym Onkologii wykorzystywano opakowania zbiorcze wykonane z twardego, odpornego na przebicie materiału. Przy transporcie leków cytostatycznych do Centrum Diagnostyczno-Leczniczego – filii we Włocławku wykorzystywano m.in. przenośną lodówkę kompresorową³⁰.

²⁷ Według rodzaju dostępności: w miejscu lub w lokalizacji.

²⁸ Tzw. „box” lub „strefa B”.

²⁹ Wnętrze każdej z komór laminarnych, tj. tzw. „strefa A”, znajdowało się w otoczeniu tzw. „strefy B”.

³⁰ Umieszczano w niej leki cytostatyczne wymagające podczas transportu temperatury od 2°C do 8°C.

W toku analizy dokumentacji Centrum stwierdzono w szczególności, że:

- wyniki badań przeprowadzonych we wrześniu 2021 r. potwierdzały integralność i szczelność mocowania filtrów HEPA w pomieszczeniach Pracowni Cytostatycznej;
- wyniki pomiarów klasy czystości mikrobiologicznej środowiska z marca i czerwca 2023 r. dla blatów komór laminarnych potwierdziły spełnianie wymogów dla klasy czystości A; wyniki ww. pomiarów z czerwca 2023 r. dla rękawiczek wykorzystywanych do pracy w komorach laminarnych potwierdziły spełnianie wymogów dla klasy czystości A, a dla rękawiczek wykorzystywanych do pracy poza komorami laminarnymi – spełnianie wymogów dla klasy czystości B;
- wyniki kontroli wewnętrznej z marca 2023 r. w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w Pracowni Cytostatycznej potwierdzały, że w pracowni znajdowały się preparaty dezynfekcyjne z prawidłowymi terminami ważności, segregacja odpadów medycznych prowadzona była prawidłowo, skuteczność dezynfekcji powierzchni w pracowni klasyfikowała się na niskim poziomie ryzyka;
- ostatni przegląd okresowy każdej z czterech komór laminarnych³¹ został wykonany w styczniu 2023 r. i potwierdzał ich sprawność techniczną; w jednym przypadku dokumentacja techniczna prowadzona była niezgodnie z zaleceniami producenta, co opisano szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości;
- pracownicy Pracowni Cytostatycznej byli regularnie szkoleni w zakresie obsługi komór laminarnych oraz sporządzania preparatów cytostatycznych.

(akta kontroli str. 724-754)

1.3. W latach 2019-2023 (I kwartał) w Centrum obowiązywały w szczególności:

- instrukcja J-302-001 pn. „Organizacja żywienia pacjentów hospitalizowanych w oddziałach łóżkowych”³², której celem było zapewnienie prawidłowego i nadzorowanego przebiegu procesu składania zapotrzebowań żywieniowych i dystrybucji posiłków, w systemie restauracyjnym oraz oddziałowym, zgodnie z wymogami HACCP³³;
- procedura P-302 pn. „Żywienie zbiorowe”³⁴, której celem było zapewnienie prawidłowego i nadzorowanego przebiegu usługi żywienia zbiorowego, realizowanej przez firmę zewnętrzną dla Centrum³⁵. Procedura przewidywała żywienie pacjentów hospitalizowanych w Centrum w ramach diet³⁶, a także udostępnienie charakterystyki przygotowania diet wykonawcy ww. usługi³⁷;
- instrukcja J-210-17 pn. „Terapia żywienia dojelitowego i pozajelitowego”³⁸, której celem było zapewnienie prawidłowego i nadzorowanego przebiegu realizacji

³¹ Wyprodukowanych i zakupionych w 2021 r.

³² Edycja 12 (zatwierdzona 10 października 2018 r.), edycja 13 (zatwierdzona 12 sierpnia 2019 r.) i edycja 14 (zatwierdzona 31 stycznia 2022 r.).

³³ System analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli (Hazard Analysis and Critical Control Points, system HACCP) - postępowanie mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności przez identyfikację i oszacowanie skali zagrożeń z punktu widzenia wymagań zdrowotnych żywności oraz ryzyka wystąpienia zagrożeń podczas przebiegu wszystkich etapów produkcji i obrotu żywnością.

³⁴ Edycja 14 (zatwierdzona 10 października 2018 r.), edycja 15 (zatwierdzona 12 sierpnia 2019 r.) i edycja 16 (zatwierdzona 17 lutego 2022 r.).

³⁵ W latach 2019-2023 (I kwartał) Centrum korzystało z usług żywienia zbiorowego świadczonych przez wykonawcę wybranego w trybie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w oparciu dwie umowy zawarte na okres 36 miesięcy, tj.: [1] umowę nr 201/ZPP/2018 z 14 listopada 2018 r. o wartości 6 787,6 tys. zł netto (7 330,6 tys. zł brutto); [2] umowę nr 680/MŻK/2022 z 20 grudnia 2022 r. o wartości 9 278,2 tys. zł netto (10 020,4 tys. zł brutto).

³⁶ Według obowiązującej w Centrum nomenklatury przedstawionej w załączniku Z-302-000-001 pn. „Zestawienie diet stosowanych w leczeniu pacjentów w Centrum Onkologii”. Dla diet w żywieniu w restauracji i diet w żywieniu w oddziałach określono ich charakterystykę, w szczególności: wartość energetyczną wyrażoną w kcal/dobę, skład (produkty dozwolone i przeciwwskazane), dozwolone techniki kulinarne.

³⁷ Charakterystyka przygotowania diet udostępniona wykonawcy usługi żywienia określała m.in. przykładowe gramatury gotowych porcji / produktów planowanych na śniadanie, obiad i kolację dla pacjentów żywionych w oddziałach, a także opisywała przykładowe diety na indywidualne zlecenie lekarskie.

³⁸ Aktualna edycja 6.

leczenia żywieniowego (żywienia dojelitowego i pozajelitowego) pacjenta hospitalizowanego we wszystkich oddziałach Centrum;

- instrukcja J-302-002 pn. „Poradnictwo dietetyczne”³⁹, która określała zasady prowadzenia poradnictwa dietetycznego dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych.

Liczba dietetyków zatrudnionych w Centrum wynosiła: w 2019 r. – dwóch, w 2020 r. – dwóch, w 2021 r. – pięciu, w 2022 r. – sześciu, w I kwartale 2023 r. – sześciu⁴⁰.

Do zadań dietetyka należało w szczególności: [1] prowadzenie ewidencji ilościowej i rodzajowej posiłków wydawanych codziennie na poszczególne oddziały; [2] kontrola nad systemem dystrybucji posiłków; [3] uzgadnianie zmian w zakresie zleconych diet w porozumieniu z personelem medycznym; [4] udział w prowadzeniu poradnictwa dietetycznego dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach Centrum wraz z prowadzeniem dokumentacji; [5] prowadzenie edukacji żywieniowej dla pacjentów oddziałów łóżkowych oraz pacjentów leczonych ambulatoryjnie.

Do zadań dietetyka należała także realizacja zadań przypisanych Zespołowi Dietetyków Klinicznych⁴¹, tj. w szczególności: [1] kliniczna ocena stanu odżywienia, planowanie i monitorowanie i dokumentowanie indywidualnej terapii żywieniowej u pacjentów leczonych w Centrum; [2] realizacja i dokumentowanie konsultacji żywieniowych u pacjentów hospitalizowanych; [3] świadczenie porad żywieniowych w wyznaczonym gabinecie konsultacyjnym Polikliniki Centrum.

Na podstawie danych dotyczących żywienia pacjentów w 2023 r. na dwóch oddziałach szpitalnych Centrum o najdłuższym przeciętnym czasie hospitalizacji⁴² stwierdzono w szczególności, że:

- zgodnie z instrukcją J-302-001 sporządzano zapotrzebowanie żywnościowe na śniadanie, obiad i kolację, a także jadłospis dla pacjentów;
- zgodnie z procedurą P-302 dietetyk Centrum przeprowadzał kontrole jakości usługi gastronomicznej;
- według zestawienia wszystkich zamówień i korekt za I kwartał 2023 r. dla Oddziału Klinicznego Brachyterapii, na oddziale tym stosowano 12 rodzajów diet, w tym: dietę mieloną łatwostrawną – Mlk⁴³, dietę cukrzycową, dietę płynną wzmocnioną – Mlk, dietę indywidualną, dietę mieloną łatwostrawną, dietę cukrzycową – Mlk, dietę płynną wzmocnioną dietę mieloną łatwostrawną – Wbł⁴⁴, dietę łatwostrawną, dietę kisiel, dietę płynną wzmocnioną – Ckrz⁴⁵, dietę łatwostrawną – Mlk;
- według zestawienia wszystkich zamówień i korekt za I kwartał 2023 r. dla Oddziału Klinicznego Radioterapii, na oddziale tym stosowano 11 diet, w tym: dietę płynną miksowaną, dietę cukrzycową, dietę indywidualną, dietę podstawową, dietę herbatę, dietę mieloną łatwostrawną, dietę cukrzycową – Mlk, dietę płynną wzmocnioną, dietę ścisłą, dietę łatwostrawną, dietę łatwostrawną – Mlk;
- indywidualna dokumentacja medyczna 20 pacjentów Oddziału Klinicznego Brachyterapii i Oddziału Klinicznego Brachyterapii hospitalizowanych powyżej siedmiu dni potwierdziła, że zostali oni poddani przesiewowej ocenie stanu odżywienia; zalecenia wynikające z tej oceny dotyczyły zastosowania: diety podstawowej – w czterech przypadkach, diety lekkostrawnej – w dziewięciu przypadkach; diety cukrzycowej – w dwóch przypadkach; diety przemysłowej – w trzech przypadkach; diety indywidualnej – w dwóch przypadkach; we wszystkich

³⁹ Aktualna edycja 9.

⁴⁰ Trzech z sześciu dietetyków miało wykształcenie wyższe medyczne, pozostali trzej mieli wykształcenie wyższe.

⁴¹ Zgodnie z procedurą P-106 Zintegrowanego Systemu Zarządzania (załącznikiem Z-106-020).

⁴² Tj.: [1] Oddziale Klinicznym Radioterapii; [2] Oddziale Klinicznym Brachyterapii.

⁴³ Tzn. bez mleka.

⁴⁴ Tzn. wysokobiałkową.

⁴⁵ Tzn. cukrzycową.

przypadkach, w których pacjenci zostali zakwalifikowani do grupy ryzyka rozwoju niedożywienia, przeprowadzono pogłębione badanie obejmujące: wywiad żywieniowy, badania antropometryczne i badania biochemiczne.

(akta kontroli str. 777-794)

1.4. W latach 2019 – 2023 Centrum we własnym zakresie wykonywało badania materiału biologicznego i badania genetyczne.

W okresie od 2019 do 2023 r. (I kwartał) na rzecz pacjentów CO wykonano ogółem 279 041 badań patomorfologicznych i genetycznych (z tego 180 021 na rzecz pacjentów onkologicznych), tj. odpowiednio:

- 88 546 badań histopatologicznych (w tym 74 821 na rzecz pacjentów onkologicznych), w tym odpowiednio 6 751 badań śródoperacyjnych (6 608);
- 36 602 badań immunohistochemicznych (wszystkie na rzecz pacjentów onkologicznych);
- 4 820 konsultacji patomorfologicznych (w tym 3 934 na rzecz pacjentów onkologicznych);
- 65 756 badań cytologicznych (w tym 23 623 na rzecz pacjentów onkologicznych);
- 45 badań cytogenetycznych – hematookologia, wszystkie na rzecz pacjentów onkologicznych;
- 2 321 badań cytogenetycznych – guzy lite FISH, wszystkie na rzecz pacjentów onkologicznych;
- 7 669 badań metodami biologii molekularnej (PCR), wszystkie na rzecz pacjentów onkologicznych;
- 730 badań w zakresie sekwencjonowania następnej generacji, wszystkie na rzecz pacjentów onkologicznych.

W odniesieniu do poszczególnych typów nowotworów największą liczbę badań wykonano pacjentom z: rakiem piersi (17 502 pacjentów), nowotworem układu moczowego (16 395), rakiem płuca (8 085).

Średni koszt diagnostyki histopatologicznej w podziale na poszczególne typy badań w latach 2019 – 2023 (I kwartał) wynosił w przypadku:

- badania histopatologicznego: w 2019 r. – 115, 81 zł, w 2023 (I kwartał) – 376,69 zł;
- badania immunohistochemicznego: 62,37 zł i 287,19 zł;
- konsultacji patomorfologicznej: 150,24 zł i 447,08 zł;
- badania cytologicznego: 49,20 zł i 47,96 zł;
- badania cytogenetycznego – guzy lite FISH: 609,29 zł i 1 277,73 zł;
- badania metodami biologii molekularnej (PCR): 669,43 zł i 950,13 zł;
- sekwencjonowania następnej generacji (NGS): 2 318,32 zł i 3 527,41 zł.

Kierownik Działu Finansowo-Księgowego oraz Kierownik Zespołu ds. Rachunkowości Zarządczej wskazali, że na wzrost kosztów diagnostyki histopatologicznej w latach 2019-2023 (I kwartał) wpływ miał m.in. wzrost kosztów podwykonawstwa medycznego, zużycia energii, amortyzacji sprzętu oraz kosztów pośrednich rozliczanych według przyjętych kluczy podziałowych.

(akta kontroli str. 631-638, 664-665)

1.5. W Centrum zostało opracowanych 288 medycznych procedur radiologicznych⁴⁶. Weryfikacja próby 10 losowo wybranych procedur (3%) wykazała, że zawierały one elementy wskazane w art. 33f ust. 2 pkt 1-3 Prawa atomowego. W latach 2019-2023 w CO były przeprowadzane corocznie kliniczne audyty wewnętrzne w: Zakładzie Medycyny Nuklearnej, Centrum Diagnostyczno-Lecznicznym we Włocławku, Zakładzie

⁴⁶ Obowiązujących na dzień 30 czerwca 2023 r.

Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej, Zakładzie Brachyterapii, Zakładzie Radioterapii w Bydgoszczy i we Włocławku. Ww. audyty przeprowadziły zespoły audytowe powołane przez kierownika jednostki. Z każdego audytu sporządzono stosowny raport, z czego w dwóch przypadkach raporty zostały sporządzone z naruszeniem terminu wskazanego w art. 33v ust. 6 Prawa atomowego, co opisano szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości. Stwierdzono, że w ośmiu przypadkach kopie raportów z audytów wewnętrznych zostały przekazane Komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych w terminie ponad półrocznym od dnia sporządzenia raportów, a 14 raportów z audytów przeprowadzonych w 2019 r. i 2020 r. nie przekazano do ww. Komisji, co opisano szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości. W okresie obejmującym lata 2019-2023 w ramach wewnętrznych audytów klinicznych stwierdzono nieprawidłowości, które dotyczyły: nieterminowego opisu badań (w dwóch audytach, w łącznie 10 przypadkach), nieregularnego prowadzenia testów miesięcznych tomografu, braku określania stopnia zaawansowania klinicznego TNM, opóźnień w zdawaniu dokumentacji do archiwizacji, braku możliwości sprawdzenia dawek jakie otrzymują pacjentki podczas zabiegów wykonywanych mammotomem Mammotest – ze względu na przestarzały sprzęt. W pozostałych przypadkach nie stwierdzano niezgodności, w sześciu audytach formułowano zalecenia (m.in. w zakresie prowadzenia rejestru urządzeń medycznych oraz rejestru ekspozycji medycznych).

W latach 2019-2023 (I półrocze) w CO nie były przeprowadzane kliniczne audyty zewnętrzne.

Powiatowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy przeprowadził w grudniu 2019 r. w CO kontrolę m.in. w zakresie sprawdzenia stanu ochrony radiologicznej oraz przestrzegania przepisów prawnych dotyczących warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego oraz przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące stosowania urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne. W kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie sformułowano zaleceń.

(akta kontroli str. 495-613)

1.6. Według danych dotyczących zgłoszeń kierowanych do Krajowego Rejestru Nowotworów przez Centrum w latach 2019-2020:

- liczba kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a wprowadzonych do bazy KRN wzrosła z 12,4 tys. w 2019 r. do 13,8 tys. w 2020 r.;
- liczba przypadków rozpoznania nowotworu złośliwego spadła z 7,6 tys. w 2019 r. do 5,6 tys. w 2020 r.;
- odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych kartach MZ/N-1a wynosił odpowiednio 91% w 2019 r. i 89% w 2020 r., a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu utrzymywał się w ww. okresie na poziomie 70%;
- odsetek danych zweryfikowanych przez pracowników Biura Rejestracji WK-PRNZ wynosił każdorazowo 100%.

W kwestii spadku liczby przypadków rozpoznania nowotworu złośliwego w Centrum w latach 2019-2020 Dyrektor Centrum wskazał, że było to wynikiem spadku liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego spowodowanego pandemią.

Dyrektor Centrum wskazał także, że zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej dane za 2021 r. i za 2022 r. będą zweryfikowane i kompletne odpowiednio w grudniu 2023 r. i w grudniu 2024 r.

(akta kontroli str. 796, 1124, 1261-1263)

Na podstawie danych⁴⁷ dotyczących kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a dla 20 pacjentów Centrum stwierdzono, że:

- w 19 na 20 przypadków formularze kart zawierały informację dotyczącą rozpoznania histopatologicznego⁴⁸, kod zaawansowania choroby nowotworowej oraz informację o stopniu zaawansowania choroby⁴⁹;
- w uzasadnionych przypadkach formularze kart zawierały także nazwę specyficznych dla nowotworu klasyfikacji zaawansowania oraz określały stadium zaawansowania choroby;
- karty zostały terminowo wysłane do KRN.

(akta kontroli str. 812-839)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W okresie objętym kontrolą w umowach PSZ oraz o udzielanie świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych (w załącznikach: Harmonogram – zasoby) Centrum wykazywało sprzęt (pięć mikroskopów⁵⁰ i jeden kolposkop⁵¹), który został wycofany z eksploatacji i odpisany z ewidencji księgowej środków trwałych w 2016 r. i w latach wcześniejszych.

Zgodnie z § 9 pkt 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca zobowiązany był do udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym.

Według wyjaśnień Kierownika Działu Zamówień Publicznych i Kontraktowania Usług oraz Kierownika Zespołu ds. Technologii Medycznych powyższe było wynikiem przeoczenia. Ww. sprzęt wykazywany na potrzeby realizacji umów z NFZ nie był weryfikowany przez Dział Zamówień i Kontraktowania Usług z danymi w ewidencji środków trwałych, gdyż Zespół ds. Technologii Medycznych w Centrum nie zgłaszał faktu likwidacji tego sprzętu na etapie składania ofert. W związku z ustaleniami kontroli NIK podjęto działania w celu kompleksowego zweryfikowania sprzętu wykazanego na potrzeby realizacji umów z NFZ z danymi w ewidencji środków trwałych. Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Kontraktowania Usług podała, że fakt wykazania ww. sprzętu na potrzeby realizacji umów z NFZ nie miał wpływu na spełnianie przez Centrum minimalnych wymogów w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego czy też z zakresu programów zdrowotnych.

(akta kontroli str. 207, 256, 444, 455, 457, 463, 474, 480, 485, 486, 492, 1270-1280)

2. W dwóch przypadkach raporty z wewnętrznego audytu klinicznego (6/MR/2022 z 29.11.2022 r. i 7/MRW/2022 z 30.11.2022 r.) zostały sporządzone z naruszeniem terminu wskazanego w art. 33v ust. 6 Prawa atomowego, tj. z opóźnieniem odpowiednio sześć i pięć dni.

⁴⁷ Według stanu na 18 lipca 2023 r.

⁴⁸ W jednym przypadku formularz nie zawierał informacji dotyczącej rozpoznania histopatologicznego, gdyż nie upłynął jeszcze termin na uzupełnienie tych informacji.

⁴⁹ W jednym przypadku formularz nie zawierał kodu zaawansowania choroby nowotworowej oraz informacji o stopniu zaawansowania choroby, ale zawierał informację dotyczącą stadium zaawansowania choroby.

⁵⁰ O nr seryjnych: [1] 242556; [2] 28233; [3] 242546; [4] 12; [5] 550454. Mikroskopy te wykazano jako sprzęt w Zakładzie Patologii Nowotworów i Patomorfologii, tj.: a) miejscu udzielania świadczeń w zakresie: KON Pierś, KON-JG, programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny) oraz b) programu profilaktyki raka piersi (etap pogłębionej diagnostyki) realizowanego przez Poradnię Profilaktyki Chorób Piersi we Wrocławku (sprzęt poza lokalizacją).

⁵¹ Nr seryjny 38. Kolposkop ten wykazano jako sprzęt w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia - Poradni Promocji Zdrowia, tj.: a) miejscu udzielania świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi (etap podstawowy i pogłębionej diagnostyki) oraz programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap pogłębionej diagnostyki) oraz b) udzielania świadczeń w zakresie ginekologii i położnictwa przez Poradnię Ginekologiczną we Wrocławku (sprzęt poza lokalizacją).

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że raporty zostały sporządzone w oparciu o informację zawartą w Poleceniu Służbowym, w którym z powodu pomyłki pisarskiej podany został termin 14 dni roboczych zamiast 14 dni. Zatem przywołane raporty zostały przekazane w terminie podanym w poleceniu, skutkując tym samym naruszeniem art. 33v ust. 6 ustawy Prawo atomowe.

(akta kontroli str. 547-549, 580-599, 614, 615)

3. W ośmiu przypadkach (z 32 zbadanych) kopie raportów z audytów wewnętrznych (1/MZM/2021 z 01.06.2021 r., 2/MZR/2021, 3/MZR/2021, 4/MCD/2021 z 30.06.2021 r. oraz 1/MZM/2022 z 01.06.2022 r., 2/MZR/2022, 3/MZR/2022, 4/MCD/2022 z 30.06.2022 r.) zostały przekazane Komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych w terminie ponad półrocznym od dnia sporządzenia raportów (tj. odpowiednio w dniach 17.01.2022 r. oraz 10.01.2023 r.). Ponadto, łącznie 14 raportów z audytów przeprowadzonych w 2019 r. i 2020 r. (z 30.10.2019 r., 31.10.2019 r., 14.11.2019 r., 18.11.2019 r., 29.11.2019 r., 4.12.2019 r., 6.12.2019 r., 28.05.2020 r., 29.05.2020 r., 30.11.2020 r., 11.12.2020 r.) nie przekazano do ww. Komisji.

Stosownie do art. 33v ust. 7 Prawa atomowego⁵² kierownik jednostki ochrony zdrowia przekazuje niezwłocznie kopię raportu właściwej komisji procedur i audytów.

(akta kontroli str. 547-549, 604-613)

Dyrektor Centrum wyjaśnił, że audyty kliniczne realizowane są w oparciu o całoroczny harmonogram publikowany w formie polecenia służbowego, który określa terminy przeprowadzenia audytów, skład zespołów audytowych oraz miejsca realizacji audytów. Raporty z audytów są przekazywane Dyrektorowi Centrum. Mając jednak na uwadze, że realizowane są one w założonych czasookresach, w 2022 r. pierwsza część audytów realizowana była w czerwcu, z kolei druga część w listopadzie, to zostały one wysłane jednocześnie do wszystkich Komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych niezwłocznie po zakończeniu całego cyklu audytowego za 2022 r. Podkreślił, że termin określony w ustawie Prawo atomowe w art. 33v ust. 7 jako „niezwłocznie” ma charakter względny i nie określa żadnej liczby dni. Przyjęto zatem, że wszystkie kopie raportów zostaną przekazane Komisjom jednocześnie po zamknięciu rocznego harmonogramu audytów klinicznych. Wyjaśniając ponadto fakt nieprzekazania Komisjom kopii raportów przeprowadzonych w latach 2019 i 2020 r. Dyrektor Centrum poinformował, że wspomniane Komisje były tworzone dopiero od grudnia 2021 r. Ostatnia z Komisji ds. radiologii i diagnostyki obrazowej została utworzona w maju 2023 r. Z powodu braku składu Komisji kopie raportów z wewnętrznych audytów klinicznych nie były do nich przesyłane. Dotyczyło to 2019 r. i 2020 r.

(akta kontroli str. 614, 615)

NIK zauważa, że termin „niezwłocznie” oznacza termin realny, mający na względzie okoliczności miejsca i czasu. Kopie raportów należało więc przekazać niezwłocznie po utworzeniu komisji.

4. Za nierzetelne należy uznać, że w przypadku jednej⁵³ z czterech komór laminarnych znajdujących się w Pracowni Cytostatycznej Centrum, wbrew zaleceniom producenta⁵⁴, w paszporcie technicznym nie odnotowano daty

⁵² Wejście w życie z dniem 29 września 2019 r. na podstawie ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1593).

⁵³ Dot. komory laminarnej o nr seryjnym 2013000942, nr księgi inwentarzowej 144499 (rok produkcji 2021, data rozpoczęcia eksploatacji: 30.09.2021 r.).

⁵⁴ Por. zalecenia na odwrocie strony tytułowej paszportu technicznego dla komory laminarnej o nr seryjnym 2013000942 o treści: „W rozdziale IV należy odnotować datę rozpoczęcia i zakończenia przestoju aparatury oraz jego przyczyny. Za przestój uważa się niemożliwość korzystania z aparatury w okresie dłuższym niż trzy dni”.

rozpoczęcia i zakończenia przestoju tej aparatury oraz nie wskazano jego przyczyny pomimo, że taki przestój miał miejsce w okresie od 20 lipca 2022 r. do 29 września 2022 r.

Kierownik Pracowni Cytostatycznej wyjaśnił, że przyczyną przestoju było podniesienie blatu komory na wysokość uniemożliwiającą pracę przy komorze. Wskazał, że w ww. okresie do dyspozycji pracowników pracowni były pozostałe trzy komory. Jako powód, dla którego nie odnotowano informacji o ww. przestoju w rozdziale IV paszportu pn. „Przestoje spowodowane uszkodzeniem aparatu, uniemożliwiającym pracę”, podał, że za wystarczające uznano wpisy w rozdziale III paszportu pn. „Remonty, naprawy i badania stanu technicznego”: z 20 lipca 2022 r. o treści „Przegląd okresowy. Aparat niesprawny technicznie” oraz z 29 września 2022 r. o treści „wykonano przegląd walidacyjny. (...) Urządzenie sprawne technicznie...”.

(akta kontroli str. 755-776)

NIK zwraca uwagę, że w ww. przypadku należało prowadzić dokumentację techniczną komory laminarnej zgodnie z zaleceniami producenta.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia, że w kontrolowanym okresie Centrum spełniało wymogi dotyczące udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego oraz programów zdrowotnych. Zachowane zostały warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Zapewniono przygotowanie i dystrybucję posiłków oraz żywienie dostosowane do potrzeb pacjentów onkologicznych. Pacjenci mieli dostęp do niezbędnych badań patomorfologicznych oraz genetycznych. W Centrum opracowano szczegółowe medyczne procedury radiologiczne oraz przeprowadzano wewnętrzne audyty kliniczne procedur radiologicznych. Dochowywano należytej staranności dokonując zgłoszeń nowych rozpoznań oraz podejrzeń nowotworów złośliwych do Krajowego Rejestru Nowotworów.

Negatywnie oceniono: [1] przypadki wykazywania w umowach PSZ oraz o udzielanie świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych sprzętu wycofanego z eksploatacji i odpisanego z ewidencji księgowej; [2] nieterminowe sporządzanie raportów z wewnętrznego audytu klinicznego i nieterminowe ich przekazywanie; [3] przypadek nierzetelnego prowadzenia dokumentacji technicznej sprzętu medycznego.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W kontrolowanym okresie łączna wartość zakontraktowanych przez Centrum świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym wynosiła odpowiednio⁵⁵: w 2019 r. – 301 475,8 tys. zł⁵⁶; w 2020 r. – 330 358,2 tys. zł⁵⁷; w 2021 r. – 374 925,8 tys. zł⁵⁸, w 2022 r. – 504 470,6 tys. zł⁵⁹, w 2023 r. (I kwartał) – 152 128,8 tys. zł.

⁵⁵ Wartości zakontraktowanych świadczeń w latach 2019-2022 uwzględniają wartości umów, a także wartości podpisanych z NFZ ugód z tytułu nadwykonań.

⁵⁶ W tym: wartość umowy – 294 654,8 tys. zł, wartość ugody z NFZ – 6 821 tys. zł.

⁵⁷ W tym: wartość umowy – 328 948 tys. zł, wartość ugody z NFZ – 1 410,2 tys. zł.

⁵⁸ W tym: wartość umowy – 374 729,1 tys. zł, wartość ugody z NFZ – 196,7 tys. zł.

⁵⁹ W tym: wartość umowy – 491 597,6 tys. zł, wartość ugody z NFZ – 12 873 tys. zł.

W okresie obejmującym lata 2019-2022 wystąpiły przypadki:

- niewykonania umów zawartych z NFZ, które w ujęciu kwotowym wynosiły: w 2019 r. – 70,6 tys. zł⁶⁰, w 2020 r. – 71 tys. zł⁶¹, w 2021 r. – 29,9 tys. zł⁶², w 2022 r. – 8,7 tys. zł⁶³;
- niesfinansowania nadwykonań przez NFZ, które w ujęciu kwotowym wynosiły⁶⁴: w 2019 r. – 39,6 tys. zł⁶⁵, w 2020 r. – 108,8 tys. zł⁶⁶, w 2021 r. – 70,3 tys. zł⁶⁷.

Dyrektor Centrum wskazał, że główny wpływ na przypadki niewykonania umów z NFZ miała ilość zgłaszających się pacjentów. Zakwestionowanie nadwykonań wynikało z błędów rozliczeniowych związanych m.in. z współwystępowaniem świadczeń u różnych świadczeniodawców (tzw. koincydencji).

Liczba pacjentów oraz liczba i wartość świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, udzielonych pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego wynosiła odpowiednio: w 2019 r. – 92,4 tys. osób, 308,2 tys. świadczeń i 254 175,1 tys. zł; w 2020 r. – 87,1 tys. osób, 325 tys. świadczeń i 288 473,9 tys. zł, w 2021 r. – 93,8 tys. osób, 354,4 tys. świadczeń i 325 900,3 tys. zł, w 2022 r. – 103,4 tys. osób, 416,7 tys. świadczeń, 438 994,3 tys. zł, w 2023 r. (I kwartał) – 41,9 tys. osób, 114,3 tys. świadczeń, 129 073,4 tys. zł.

(akta kontroli str. 639-662, 1124, 1263-1265)

2.2. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w Centrum wyniósł⁶⁸:

- na koniec I kwartału 2020 r.: 15 dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący – pilny”⁶⁹, 28 dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący – stabilny”⁷⁰, pięć dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący objęty kartą DiLO”⁷¹;

⁶⁰ Dotyczyło umowy nr 17-21/B0007/PSZ: „Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej (poz. 50) oraz „Onkologia kliniczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny (poz. 118).

⁶¹ Dotyczyło umowy nr 17-21/B0007/PSZ: „Teleradioterapia – pakiet onkologiczny (poz. 257).

⁶² Dotyczyło umowy nr 17-21/B0007/PSZ: „Chirurgia onkologiczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 103), „Chirurgia onkologiczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 106), „Onkologia kliniczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 123).

⁶³ Dotyczyło umowy nr 17-22/B0007/PSZ: „Świadczenia w zakresie urologii – diagnostyka onkologiczna” (poz. 25).

⁶⁴ W 2022 r. nie stwierdzono przypadków niesfinansowania nadwykonań przez NFZ.

⁶⁵ Dotyczyło umowy nr 17-21/B0007/PSZ: „Świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej – diagnostyka onkologiczna” (poz. 11), „Świadczenia w zakresie onkologii – Hospitalizacja – diagnostyka onkologiczna” (poz. 55), „Chirurgia onkologiczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 102), „Teleradioterapia – pakiet onkologiczny” (poz. 263).

⁶⁶ Dotyczyło: [1] umowy nr 11-21/B0007/AOS: „Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc – diagnostyka onkologiczna” (poz. 8); [2] umowy nr 17-21/B0007/PSZ: „Świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej – diagnostyka onkologiczna” (poz. 11), „Świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka onkologiczna” (poz. 33), „Chirurgia onkologiczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 102), „Ginekologia onkologiczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 109), „Teleradioterapia – pakiet onkologiczny” (poz. 257).

⁶⁷ Dotyczyło umowy nr 17-21/B0007/PSZ: „Chirurgia onkologiczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 106), „Onkologia kliniczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 120), „Onkologia kliniczna – Hospitalizacja – pakiet onkologiczny” (poz. 123), „Teleradioterapia – pakiet onkologiczny” (poz. 225).

⁶⁸ Średnia ważona czasu oczekiwania, wyliczona na podstawie liczby pacjentów i średniego czasu oczekiwania pacjentów w harmonogramach w I kwartale 2020 r., I kwartale 2021 r., I kwartale 2022 r. i I kwartale 2023 r. Dane dotyczące liczby i średniego czasu oczekiwania pacjentów w harmonogramach w I kwartale 2019 r. były gromadzone w innym układzie (m.in. z pominięciem pacjentów o kategorii „oczekujący objęty kartą DiLO”), dlatego nie zostały uwzględnione. Średnia ważona czasu oczekiwania została wyliczona na podstawie danych w harmonogramach, w których liczba tych pacjentów była różna od zera.

⁶⁹ W harmonogramie pn. „1050-PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA(14073)” średni czas oczekiwania tych pacjentów w harmonogramie był najdłuższy i wynosił 37 dni.

⁷⁰ W harmonogramie pn. „1050-PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA(14073)” średni czas oczekiwania tych pacjentów był najdłuższy i wynosił 88 dni.

⁷¹ W harmonogramie pn. „4244-ODDZIAŁ KLINICZNY BRACHYTERAPII(14935)” średni czas oczekiwania tych pacjentów był najdłuższy i wynosił 11 dni.

- na koniec I kwartału 2021 r.: 13 dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący – pilny”⁷², 27 dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący – stabilny”⁷³, pięć dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący objęty kartą DiLO”⁷⁴;
- na koniec I kwartału 2022 r.: 16 dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący – pilny”⁷⁵, 39 dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący – stabilny”⁷⁶, osiem dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący objęty kartą DiLO”⁷⁷;
- na koniec I kwartału 2023 r.: 24 dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący – pilny”⁷⁸, 32 dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący – stabilny”⁷⁹, osiem dni – dla pacjentów o kategorii „oczekujący objęty kartą DiLO”⁸⁰.

(akta kontroli str. 840-867, 947-949)

Na podstawie danych dotyczących 60 pacjentów w harmonogramach udzielania świadczeń oraz listach oczekujących z I kwartału 2023 r., prowadzonych dla trzech wybranych komórek organizacyjnych Centrum⁸¹, stwierdzono, że:

- w 16 z 60 przypadków pacjentom przyznano status „przyjęty na bieżąco”, tzn. jako termin udzielenia świadczenia wyznaczono im dzień zgłoszenia się w Centrum; w 35 z 60 przypadków pacjentom przyznano status „oczekujący – pilny”, „oczekujący – stabilny” lub „oczekujący objęty DiLO”, tzn. jako termin udzielenia świadczenia wyznaczono im termin wynikający z prowadzonej listy oczekujących, przy czym w 17 przypadkach termin ten był zmieniany (przekładany) z przyczyn leżących po stronie pacjenta⁸²; w dwóch na 60 przypadków pacjentom przyznano status „z prawem do świadczenia poza kolejnością”, tzn. z uwagi na udokumentowany znaczny stopień niepełnosprawności wyznaczono im termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących; w trzech na 60 przypadków pacjentom przyznano status „przyjęty w stanie nagłym”, tzn. pacjenci zostali przyjęci na oddział szpitalny bez skierowania, bezpośrednio z Izby Przyjęć w Centrum; w czterech na 60 przypadków pacjentom przyznano status „kontynuujący leczenie”, tzn. nie zostali oni umieszczeni na żadnej z ww. list oczekujących;
- w dziewięciu na 60 przypadków pacjenci w dniu zgłoszenia się do Centrum byli objęci diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO i prowadzono dla nich odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia, poprzez nadanie im statusu „oczekujący objęty DiLO”;
- harmonogram dla jednej z trzech wybranych komórek Centrum, tj. dla Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej, prowadzony bez konieczności użycia

⁷² W harmonogramie pn. „1050-PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA(14073)” średni czas oczekiwania tych pacjentów w harmonogramie był najdłuższy i wynosił 32 dni.

⁷³ W harmonogramie pn. „1050-PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA(14073)” średni czas oczekiwania tych pacjentów był najdłuższy i wynosił 124 dni.

⁷⁴ W harmonogramie pn. „1270-PORADNIA PULMONOLOGICZNA (52286)” średni czas oczekiwania tych pacjentów był najdłuższy i wynosił 18 dni.

⁷⁵ W harmonogramie pn. „1050-PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA(14073)” średni czas oczekiwania tych pacjentów w harmonogramie był najdłuższy i wynosił 37 dni.

⁷⁶ W harmonogramie pn. „PROC 20013 7222-ZAKŁAD MEDYCYN Y NUKLEARNEJ PRACOWNIA PET-CT (14014)” średni czas oczekiwania tych pacjentów był najdłuższy i wynosił 268 dni.

⁷⁷ W harmonogramie pn. „4540-ODDZIAŁ KLINICZNY NOWOTWORÓW PIERSI I CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ(37729)” średni czas oczekiwania tych pacjentów był najdłuższy i wynosił 32 dni.

⁷⁸ W harmonogramach pn. „1050-PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA(14073)” i „1222-PORADNIA ANESTEZJOLOGICZNA I WALKI Z BÓLEM (14142)” średni czas oczekiwania tych pacjentów w harmonogramie był najdłuższy i wynosił odpowiednio 95 dni i 96 dni.

⁷⁹ W harmonogramie pn. „1050-PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA(14073)” średni czas oczekiwania tych pacjentów był najdłuższy i wynosił 142 dni.

⁸⁰ W harmonogramie pn. „1270-PORADNIA PULMONOLOGICZNA (52286)” średni czas oczekiwania tych pacjentów był najdłuższy i wynosił 40 dni.

⁸¹ Tj.: [1] Poradni Radioterapii; [2] Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej – Pracowni Rezonansu Magnetycznego; [3] Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej. Dla każdej z trzech komórek organizacyjnych badanie przeprowadzono na próbie 20 pacjentów zapisanych w harmonogramie przyjęć.

⁸² M.in.: [1] przesunięcie terminu na wniosek pacjenta; [2] nie stawienie się pacjenta; [3] preferencje co do leczenia u konkretnego lekarza.

aplikacji NFZ⁸³, zawierał wszystkie wymagane dane, w szczególności: dane identyfikacyjne, adresowe i kontaktowe pacjenta, dane dotyczące rozpoznania lub powodu przyjęcia, terminu udzielenia świadczenia oraz kategorii świadczeniobiorcy; harmonogramy dla pozostałych dwóch wybranych komórek Centrum, tj. Poradni Radioterapii oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej – Pracowni Rezonansu Magnetycznego prowadzone były przy użyciu systemu powiązanego w czasie rzeczywistym z ww. aplikacją NFZ;

- wszystkie objęte kontrolą harmonogramy przyjęć były prowadzone w formie elektronicznej;
- pacjenci pierwszorazowi mieli wyznaczany termin udzielenia świadczenia zgodnie z kolejnością zgłoszenia;
- objęte badaniem listy oczekujących prowadzono w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 868-939)

2.3. Według danych Centrum dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego za lata 2019-2023 (I kwartał):

- liczba pacjentów, którzy zgłosili się do Centrum z kartą DiLO wystawioną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wynosiła odpowiednio: w 2019 r. – 6 253 osób, w 2020 r. – 5 971 osób, w 2021 r. – 7 906 osób, w 2022 r. – 9 109 osób, w 2023 r. (I kwartał) – 2 410 osób;
- liczba pacjentów, którzy zgłosili się do Centrum z kartą DiLO wystawioną przez lekarza specjalistę udzielającego świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej u innego świadczeniodawcy wynosiła odpowiednio: w 2019 r. – 1 791 osób, w 2020 r. – 1 559 osób, w 2021 r. – 1 666 osób, w 2022 r. – 1 505 osób, w 2023 r. (I kwartał) – 318 osób;
- liczba pacjentów, którzy zgłosili się do Centrum z kartą DiLO wydaną w ramach programów zdrowotnych wynosiła odpowiednio⁸⁴: w 2019 r. – dwie osoby, w 2020 r. – dwie osoby, w 2022 r. – jedna osoba, w 2023 r. (I kwartał) – jedna osoba;
- liczba kart DiLO wydanych przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Centrum wynosiła odpowiednio: w 2019 r. – 2 080 kart, w 2020 r. – 2 256 kart, w 2021 r. – 2 950 kart, w 2022 r. – 3 190 kart, w 2023 r. (I kwartał) – 966 kart;
- liczba kart DiLO wydanych przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w ramach leczenia szpitalnego w Centrum wynosiła odpowiednio: w 2019 r. – 3 149 kart, w 2020 r. – 3 114 kart, w 2021 r. – 3 332 kart, w 2022 r. – 3 357 kart, w 2023 r. (I kwartał) – 871 kart.

Liczba pacjentów ogółem kształtowała się na poziomie od 97,8 tys. w 2019 r. do 107,4 tys. w 2022 r.⁸⁵, w tym pacjenci z wystawioną kartą DiLO stanowili zaledwie od 39% w 2019 r. do 45% w 2022 r.⁸⁶

Liczba pacjentów pierwszorazowych kształtowała się na następującym poziomie:

⁸³ Tj. AP-KOLCE.

⁸⁴ W 2021 r. do Centrum nie zgłosił się żaden pacjent z kartą DiLO wydaną w ramach programów zdrowotnych.

⁸⁵ W I kwartale 2023 r. – 49,9 tys. pacjentów.

⁸⁶ W I kwartale 2023 r. – 57% pacjentów.

- w zakresie obejmującym ambulatorium chemioterapii – od 79 w 2019 r. do 38 w 2022 r.⁸⁷, w tym pacjenci pierwszorazowi z wystawioną kartą DiLO stanowili od 33% w 2019 r. do 21% w 2022 r.⁸⁸;
- w zakresie obejmującym diagnostykę – od 9,7 tys. w 2019 r. do 11,2 tys. w 2022 r.⁸⁹, w tym pacjenci pierwszorazowi z wystawioną kartą DiLO stanowili od 8% w 2019 r. do 6% w 2022 r.⁹⁰;
- w zakresie obejmującym poradnię – od 12,6 tys. w 2019 r. do 13,9 tys. w 2022 r.⁹¹, w tym pacjenci pierwszorazowi z wystawioną kartą DiLO stanowili od 60% w 2019 r. do 63% w 2022 r.⁹²;
- w zakresie obejmującym radioterapię – od 0,5 tys. w 2019 r. do 0,4 tys. w 2022 r.⁹³, w tym pacjenci pierwszorazowi z wystawioną kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego stanowili od 81% w 2019 r. do 85% w 2022 r.⁹⁴.

(akta kontroli str. 940-947)

Według informacji uzyskanych od Dyrektora Centrum na wysoki odsetek pacjentów leczonych bez karty DiLO w kontrolowanym okresie składały się w szczególności następujące czynniki: [1] liczba pacjentów z placówek zewnętrznych ze skierowaniami bez karty DiLO; [2] przypadki rozliczania świadczenia poza pakietem tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej; [3] diagnostyczne badania kontrolne niewymagające posiadania karty DiLO; [4] liczba pacjentów pozostających w diagnostycznym monitorowaniu efektów leczenia systemowego; [5] przypadki leczenia paliatywnego niezawartego w zakresie pakietu onkologicznego; [6] chemioterapia jako rodzaj leczenia finansowany odrębnie.

(akta kontroli str. 1123, 1260, 1261)

2.4. Na podstawie danych dotyczących 35 pacjentów, z kartą DiLO wystawioną przez Centrum w kontrolowanym okresie, stwierdzono, że:

- wszystkie karty DiLO zawierały wymagane informacje, w szczególności: daty rozpoczęcia i zakończenia diagnostyki (wstępnej i pogłębionej) oraz przeprowadzenia zabiegów diagnostyczno-leczniczych, kody i nazwy jednostki chorobowej na poszczególnych etapach diagnostyki, daty posiedzenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego oraz ustalenia planu leczenia wraz z informacjami na temat składu tego zespołu, dane kontaktowe do wyznaczonego koordynatora leczenia onkologicznego⁹⁵, daty rozpoczęcia leczenia;
- w skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego każdorazowo wchodził trzech specjalistów w wymaganych dziedzinach⁹⁶, w szczególności: onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej albo ogólnej; działania tego zespołu były udokumentowane m.in. poprzez umieszczenie w karcie DiLO informacji na temat ustalonego planu leczenia onkologicznego;
- w uzasadnionych przypadkach w zespole sprawującym opiekę nad pacjentem brali udział także m.in. psycholog, fizjoterapeuta;

⁸⁷ W I kwartale 2023 r. – dziewięciu pacjentów.

⁸⁸ W I kwartale 2023 r. – 22% pacjentów.

⁸⁹ W I kwartale 2023 r. – 2,2 tys. pacjentów.

⁹⁰ W I kwartale 2023 r. – 7% pacjentów.

⁹¹ W I kwartale 2023 r. – 3,8 tys. pacjentów.

⁹² W I kwartale 2023 r. – 60% pacjentów.

⁹³ W I kwartale 2023 r. – 0,1 tys. pacjentów.

⁹⁴ W I kwartale 2023 r. – 88% pacjentów.

⁹⁵ Według informacji uzyskanych od Centrum oraz dokumentacji Centrum koordynatorzy uczestniczyli w posiedzeniach zespołu interdyscyplinarnego.

⁹⁶ Por. Centralny Rejestr Lekarzy [na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej](#); (dostęp: 29 września 2023 r.)

- dane w kartach DiLO każdorazowo zgadzały się z danymi w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów wprowadzonymi do systemu informatycznego Centrum.

(akta kontroli str. 948-1083)

W wyniku analizy danych dotyczących 25 474 przypadków pacjentów z kartą DiLO wystawioną przez Centrum w latach 2019-2023 (I kwartał)⁹⁷, pod kątem terminowości uzyskania świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, stwierdzono w szczególności⁹⁸, że:

- w 25 473 na 25 474 przypadków dotrzymano 14-dniowego terminu na rozpoczęcie diagnostyki wstępnej – od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę osób oczekujących na udzielenie porady onkologicznej na etapie diagnostyki wstępnej do dnia pierwszej porady początkowej na etapie diagnostyki wstępnej⁹⁹;
- w 21 751 na 25 474 przypadków (85,39%) dotrzymano 28-dniowego terminu na realizację diagnostyki wstępnej – od dnia pierwszej porady w ramach diagnostyki wstępnej do dnia zakończenia diagnostyki wstępnej¹⁰⁰;
- w 25 460 na 25 474 przypadków (99,95%) dotrzymano 7-dniowego terminu na rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej – od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej do dnia rozpoczęcia diagnostyki początkowej na etapie diagnostyki pogłębionej¹⁰¹;
- w 22 329 na 25 474 przypadków (87,65%) dotrzymano 21-dniowego terminu na realizację diagnostyki pogłębionej – od dnia rozpoczęcia diagnostyki początkowej na etapie diagnostyki pogłębionej do dnia zakończenia diagnostyki pogłębionej¹⁰²;
- w 25 457 na 25 474 przypadków (99,93%) dotrzymano 7-tygodniowego terminu na realizację diagnostyki onkologicznej – od daty wpisu na listę oczekujących na udzielenie porady onkologicznej na etapie diagnostyki wstępnej do daty zakończenia diagnostyki pogłębionej¹⁰³;
- w 25 460 na 25 474 przypadków (99,95%) dotrzymano 28-dniowego terminu na przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego – od dnia wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na zabieg do dnia zabiegu¹⁰⁴;

⁹⁷ Dane wygenerowane z systemu informatycznego Centrum dla 100% kart DiLO z okresu obejmującego lata 2019-2023 (I kwartał), przekazane w toku kontroli, tj. 3 lipca 2023 r., zawierały 63 760 rekordów (nr identyfikacyjnych pacjenta z przypisanymi im nr kart DiLO). Dane te obejmowały pacjentów Centrum z kartą DiLO wystawioną zarówno przez Centrum, jak i przez świadczeniodawców zewnętrznych. Do analizy terminowości wybrano tylko dane dotyczące pacjentów Centrum z kartami wystawionymi przez Centrum, tj. 25 474 z ww. 63 760 rekordów.

⁹⁸ Przypadki nieterminowej realizacji świadczeń przez Centrum opisane zostały w części dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

⁹⁹ W jednym na 25 474 przypadków Centrum nie dotrzymało 14-dniowego terminu na rozpoczęcie diagnostyki wstępnej określonego w § 6a ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, tj.: termin ten wynosił 27 dni (świadczenia udzielono z opóźnieniem 13 dni).

¹⁰⁰ W 3 723 na 25 474 przypadków (14,61%) nie dotrzymano 28-dniowego terminu na realizację diagnostyki wstępnej¹⁰⁰ określonego w § 6a ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, tj. termin ten wynosił odpowiednio od 29 do 1 004 dni (świadczeń udzielano z opóźnieniem od jednego do 976 dni). W szczególności analiza indywidualnej dokumentacji medycznej 35 pacjentów z kartą DiLO wystawioną przez Centrum wykazała, że w ośmiu przypadkach termin realizacji diagnostyki wstępnej wynosił od 29 do 56 dni.

¹⁰¹ W 14 na 25 474 przypadków (0,05%) nie dotrzymano 7-dniowego terminu na rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej określonego w § 6a ust. 4 pkt 2 lit. a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, tj. termin ten wynosił odpowiednio od ośmiu do 607 dni (świadczeń udzielano z opóźnieniem od jednego do 600 dni).

¹⁰² W 3 145 na 25 474 przypadków (12,35%) nie dotrzymano 21-dniowego terminu na realizację diagnostyki pogłębionej¹⁰² określonego w § 6a ust. 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, tj. termin ten wynosił odpowiednio od 22 do 932 dni (świadczeń udzielano z opóźnieniem od jednego do 911 dni). W szczególności analiza indywidualnej dokumentacji medycznej 35 pacjentów z kartą DiLO wystawioną przez Centrum wykazała, że w 19 przypadkach termin realizacji diagnostyki pogłębionej wynosił od 23 do 98 dni.

¹⁰³ W 17 na 25 474 przypadków (0,07%) nie dotrzymano 7-tygodniowego terminu na realizację diagnostyki onkologicznej¹⁰³ określonego w § 6a ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, tj. termin ten wynosił od 50 do 125 dni (świadczeń udzielano z opóźnieniem od jednego do 76 dni). W szczególności analiza indywidualnej dokumentacji medycznej 35 pacjentów z kartą DiLO wystawioną przez Centrum wykazała, że w 17 przypadkach termin realizacji diagnostyki onkologicznej wynosił od 50 do 125 dni.

¹⁰⁴ W 14 na 25 474 przypadków (0,05%) nie dotrzymano 28-dniowego terminu na przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego określonego w § 4a ust. 1 pkt 2 lit. b tiret 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. termin ten wynosił od 29 do 85 dni (świadczeń udzielano z opóźnieniem od jednego do 57 dni).

- w 25 471 na 25 474 przypadków (99,99%) dotrzymano 28-dniowego terminu na ustalenie planu leczenia onkologicznego – od dnia wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na ustalenie planu leczenia do dnia posiedzenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego i ustalenia tego planu¹⁰⁵.

(akta kontroli str. 947, 948, 950-1096, 1253)

Dyrektor Centrum wskazał, że w celu zapewnienia terminowej realizacji świadczeń w kontrolowanym okresie podjęto szereg działań, w szczególności: [1] umożliwiono pacjentom spoza województwa kujawsko-pomorskiego, objętym ambulatoryjną radioterapią, zakwaterowanie w hotelu przy Centrum, co przyczyniło się do zwiększenia liczby dostępnych łóżek; [2] zwiększono liczbę łóżek szpitalnych w oddziałach oraz liczbę łóżek pobytu dziennego w Ambulatorium Chemioterapii; [3] zatrudniono personel medyczny, w tym: siedmiu lekarzy, dwóch techników, trzy pielęgniarki, dwóch opiekunów; [4] doposażono Centrum w sprzęt diagnostyczny¹⁰⁶. Wystąpiono także do Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ o nadanie pracownikom obsługującym portal SZOI – Obsługa Kart DiLO dodatkowych uprawnień, pozwalających na uzyskiwanie informacji nt. realizacji etapu diagnostyki, jednak nie uzyskano w tym zakresie pozytywnej odpowiedzi.

Odnosnie przypadków nieterminowego przeprowadzenia diagnostyki onkologicznej Dyrektor Centrum wskazał, że każdy z tych przypadków skutkował utratą przez Centrum 30% finansowania. Szacunkowa kwota utraconych z tego tytułu środków wynosiła łącznie 1 203,3 tys. zł¹⁰⁷. Przypadki niedotrzymania terminów na przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego skutkowały koniecznością korekty rozliczenia w zakresie pakietu onkologicznego na rzecz innych zakresów posiadających limit przyznany przez NFZ. Przypadki niedotrzymania terminu na ustalenie planu leczenia onkologicznego również mogły wpłynąć na rozliczenie świadczenia w ramach limitowanych pozycji umowy określonych przez NFZ.

Jako przyczyny nieterminowego przeprowadzenia diagnostyki onkologicznej Dyrektor Centrum wskazał okoliczności niezależne od Centrum, w tym m.in.: [1] konieczność przeprowadzenia specjalistycznych badań dodatkowych oraz konsultacji lekarskich innych specjalności; [2] stan kliniczny pacjentów; [3] wprowadzenie stanu epidemii i zagrożenia epidemiologicznego mogącego ograniczać dostępność do świadczeń zdrowotnych; [4] ograniczony dostęp do lekarza z powodu zakażenia koronawirusem, okresowe zamknięcie oddziału/zakładu, zwiększony reżim sanitarny, choroba i/lub kwarantanna u pacjenta; [5] uwzględnianie woli pacjenta co do terminu realizacji świadczenia¹⁰⁸.

(akta kontroli str. 1120-1260, 1266-1269)

2.5. W okresie objętym kontrolą w Centrum realizowano profilaktyczne programy zdrowotne, tj.: program profilaktyki raka piersi (etap podstawowy, etap pogłębionej

¹⁰⁵ W trzech na 25 474 przypadków (0,01%) nie dotrzymano 28-dniowego terminu na ustalenie planu leczenia onkologicznego określonego w § 4a ust. 1 pkt 2 lit. b tiret 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. termin ten wynosił od 42 do 64 dni (świadczeń udzielano z opóźnieniem od 14 do 36 dni).

¹⁰⁶ W ramach projektów: [1] „Doposażenie klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuca”; [2] „Doposażenie szpitali w województwie kujawsko-pomorskim w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – etap II”; [3] „Zwiększenie dostępności, jakości i bezpieczeństwa specjalistycznych zabiegów onkologicznych świadczonych pacjentom województwa kujawsko-pomorskiego w Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy w okresie pandemii SARS-CoV-2”; [4] „Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego” (w ramach realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej).

¹⁰⁷ Szacunkowa kwota utraconych środków z tytułu nieterminowej realizacji diagnostyki onkologicznej w 23 na 35 przypadków pacjentów z kartą DiLO wystawioną przez Centrum, dla których analizowano indywidualną dokumentację medyczną, wynosiła 4,8 tys. zł.

¹⁰⁸ W toku analizy indywidualnej dokumentacji medycznej 35 pacjentów z kartą DiLO wystawioną przez Centrum w 23 przypadkach stwierdzono przekroczenie terminów realizacji diagnostyki, z czego: [1] w 16 przypadkach przekroczenie tych terminów było spowodowane m.in. koniecznością wykonania dodatkowych badań oraz stanem klinicznym pacjenta; [2] w siedmiu przypadkach przekroczenie tych terminów było spowodowane zmianami (przekładaniem) terminów na prośbę pacjenta.

diagnostyki), program profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy¹⁰⁹, etap diagnostyczny, etap pogłębionej diagnostyki), program badań przesiewowych raka jelita grubego¹¹⁰.

W latach 2019 – 2023 (I kwartał) badaniami objętych zostało w ramach:

- profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy) – 4 353 pacjentów, wartość ww. świadczeń w latach 2022-2023 (I kwartał)¹¹¹ wynosiła 37,3 tys. zł;
- profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny) – 17 177 pacjentów, wartość udzielonych świadczeń wynosiła 438,2 tys. zł;
- profilaktyki raka szyjki macicy (etap pogłębionej diagnostyki) – 491 pacjentów, wartość udzielonych świadczeń wynosiła 164,2 tys. zł;
- profilaktyki raka piersi (etap podstawowy) – 38 307 pacjentów, wartość udzielonych świadczeń wynosiła 3 641,5 tys. zł;
- profilaktyki raka piersi (etap pogłębionej diagnostyki) – 19 347 pacjentów, wartość udzielonych świadczeń wynosiła 1 020,9 tys. zł.

W latach 2019 – 2021 na podstawie umowy zawartej z Ministerstwem Zdrowia (w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych) dotyczącej realizacji programu pn. „Program badań przesiewowych – badania kolonoskopowe” udzielono 2 800 świadczeń jednostkowych¹¹² o łącznej wartości 1 517,8 tys. zł.

W latach 2022 – 2023 (I kwartał) profilaktycznym programem badań przesiewowych raka jelita grubego¹¹³ objęto łącznie 157 pacjentów, o wartości udzielonych świadczeń 148,5 tys. zł, z tego w 2022 r. 12 pacjentów (10,5 tys. zł).

(akta kontroli str. 663-66, 1281, 1310, 1311)

Dyrektor ds. Organizacyjnych i Rozwoju wskazała, że w kontrolowanym okresie Centrum realizowało badania profilaktyczne i diagnostyczne w celu wykluczenia lub potwierdzenia nowotworów. Badania mogły być zlecane w ramach diagnostyki, karty onkologicznej oraz hospitalizacji. Wszelkie badania, których Centrum udzieliło w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wykonywane były na podstawie skierowania od lekarza, który zlecił je pacjentowi ze wskazanymi objawami klinicznymi. Podczas kolejnych wizyt pacjenta z wynikami badań lekarz ustalał dalszy proces terapeutyczny. Badania te nie były finansowane odrębnie przez NFZ (za wyjątkiem diagnostycznej kolonoskopii), a wpływały na wycenę porady, podczas której lekarz omawiał wyniki (podnosząc wartość porady) lub realizowane były w ramach grup JGP¹¹⁴ – podczas hospitalizacji. W związku z powyższym Centrum nie miało możliwości wskazania liczby i wartości świadczeń udzielonych pacjentom z grup wiekowych objętych programami profilaktycznymi, którym udzielono określonych świadczeń¹¹⁵ w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹¹⁶.

(619, 628, 663-667)

Odnosnie do realizacji programu profilaktyki raka jelita grubego w 2022 r. Dyrektor ds. Organizacyjnych i Rozwoju wskazała, że w latach 2019-2021 ww. program był realizowany w oparciu o umowę z Ministrem Zdrowia. W 2022 r. doszło do zmiany płatnika z Ministerstwa Zdrowia na NFZ. Dopiero 23 września 2022 r. Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił postępowanie w trybie

¹⁰⁹ Zgodnie z zawartymi umowami etap podstawowy programu profilaktyki raka szyjki macicy ujęty był w umowie PSZ - zakres skojarzony z świadczeniami w zakresie położnictwa i ginekologii.

¹¹⁰ W latach 2019-2021 jako program finansowany przez Ministerstwo Zdrowia ze środków NPZChN/NSO, a od listopada 2022 r. jako świadczenie gwarantowane finansowane przez NFZ>

¹¹¹ Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego (zakres skojarzony z 02.1450.001.02) w latach 2019-2021 rozliczanie było w ramach ryczałtu w związku z powyższym nie można określić wartości świadczeń zapłaconych przez NFZ.

¹¹² Liczba pacjentów.

¹¹³ Na podstawie umowy z NFZ.

¹¹⁴ Tj. Jednorodnych Grup Pacjentów – grup pacjentów w systemie rozliczania świadczeń zdrowotnych przez NFZ.

¹¹⁵ Tj. cytologia, mammografia, kolonoskopia.

¹¹⁶ Tj. w ramach innych umów niż o udzielanie świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

konkursu na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od 1 grudnia 2022 r. i w latach następnych w rodzaju „programy zdrowotne”. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpiło 21 listopada 2022 r., a umowę podpisano 30 listopada 2022 r. W związku z tym wykonywanie badań kolonoskopowych w ww. zakresie rozpoczęło w grudniu 2022 r. Wartość realizacji umowy z NFZ w 2022 r. była więc uwarunkowana liczbą pacjentów spełniających warunki kwalifikacji do programu, którzy w grudniu 2022 r. zgłosili chęć wykonania badania, zostali skierowani przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub innych poradni specjalistycznych.

(akta kontroli str. 663-665)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia, że w kontrolowanym okresie Centrum zapewniło prawidłowe prowadzenie harmonogramów przyjęć i list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, koordynację świadczeń zleconych na podstawie karty DiLO i organizację wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, jak również udzielało świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych. Stwierdzono przypadki niedotrzymania terminów udzielania świadczeń pacjentom z kartą DiLO wystawioną przez Centrum, które skutkowały utratą środków finansowych o szacunkowej wartości 1 203,3 tys. zł, ale nie wynikały one z okoliczności zależnych od Centrum.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. W latach 2019-2021 w ramach NPZChN Centrum realizowało pięć zadań, na co uzyskało od Ministra Zdrowia środki w łącznej wysokości 5 260,8 tys. zł.¹¹⁷

W latach 2021-2023 w ramach NSO Centrum realizowało osiem zadań, na co uzyskało od Ministra Zdrowia środki w łącznej wysokości 41 700 tys. zł.¹¹⁸

(akta kontroli str. 1097, 1098)

3.2. Na podstawie dokumentacji dotyczącej czterech umów na realizację zadań w ramach NPZChN i NSO stwierdzono w szczególności, że:

¹¹⁷ Tj. na podstawie umów zawartych z Ministrem Zdrowia uzyskano środki na realizację następujących zadań: [1] „Doposażenie klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuca na lata 2018 – 2019” (1 862,8 tys. zł, w tym na 2019 r. – 791,6 tys. zł); [2] „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł I – wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika na lata 2019 – 2021” (2 051,3 tys. zł); [3] „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł II – wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy na lata 2019 – 2021” (193,2 tys. zł); [4] „Program badań przesiewowych raka jelita grubego, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w systemie mieszanym (zapraszano-opportunistycznym) na lata 2019 – 2021” (1 800 tys. zł); [5] „Doposażenie zakładów radioterapii w zakresie zakupu stacji planowania leczenia” (424,7 tys. zł).

¹¹⁸ Tj. na podstawie umów zawartych z Ministrem Zdrowia uzyskano środki na realizację następujących zadań: [1] „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca dla torakochirurgii na lata 2023-2024” (2 850 tys. zł); [2] „Doposażenie zakładów medycyny nuklearnej – wymiana aparatów PET” (15 000 tys. zł); [3] „Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów” (10 000 tys. zł); [4] „Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego” (400 tys. zł); [5] „Doposażenie zakładów radioterapii” – zakup systemu planowania radioterapii lub jego nowych wersji, a także dodatkowych funkcjonalności do posiadanego systemu wraz z niezbędnym sprzętem w 2021 r.” (2 700 tys. zł); [6] „Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej w 2021 r.” (900 tys. zł); [7] „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca w 2021 w zakresie torakochirurgii” (1 350 tys. zł); [8] „Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów – II edycja w 2021 r.” (8 500 tys. zł).

- w przypadku trzech zadań obejmujących zakupy inwestycyjne sprzętu medycznego w ramach NSO¹¹⁹ każdorazowo Centrum spełniało wymagania progowe oraz formalne, określone w ogłoszeniu konkursowym. Zakupów sprzętu Centrum dokonywało w trybie zamówień publicznych. Zachowano terminy płatności dostawcy sprzętu oraz terminy uruchomienia sprzętu. Środki pochodzące z NSO zostały wykorzystane zgodnie z zawartymi umowami, w rozliczeniu z Ministrem Zdrowia nie wskazywano kosztów innych niż koszt zakupu sprzętu i w wymaganych przypadkach przekazywano mu informacje dotyczące wykorzystania sprzętu w danym roku. Na stronie internetowej Centrum oraz tablicach wywieszonych w Centrum informowano o finansowaniu zadania ze środków NSO. Zakupiony sprzęt, w tym akcelerator radioterapeutyczny, cystoskopy giętkie (10 sztuk) oraz sprzęt do rehabilitacji onkologicznej¹²⁰ był sprawny technicznie. W dwóch przypadkach zakupiony został sprzęt, którego wcześniej nie było na stanie Centrum, a w jednym przypadku dokonano wymiany sprzętu użytkowanego przez ponad 10 lat¹²¹;
- w przypadku zadania obejmującego realizację programu zdrowotnego i profilaktycznego w ramach NPZChN¹²² Centrum spełniało wymagania merytoryczne oraz formalne określone w ogłoszeniu konkursowym. Program realizowano zgodnie z zakresem oraz kosztorysami wynikającymi z umowy z Ministrem Zdrowia. Na potrzeby rozliczenia programu Centrum prowadziło odrębną ewidencję księgową i przekazywało wymagane sprawozdania merytoryczno-finansowe z realizacji tej umowy. O osiągnięciu zakładanych celów realizacji programu świadczyło w szczególności: [1] zidentyfikowanie rodzin wysokiego ryzyka zachorowania: w 2019 r. - 249, w 2020 r. - 42, w 2021 r. - 286; [2] objęcie opieką kobiet z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania: w 2019 r. - 850, w 2020 r. - 611, w 2021 r. - 546.

(akta kontroli str. 1099-1119, 1312-1329)

3.3. W kontrolowanym okresie do zadań Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia w Centrum należało m.in. prowadzenie Wojewódzkiego Kujawsko-Pomorskiego Rejestru Nowotworów Złośliwych – Biura Rejestracji¹²³.

Według danych dotyczących wszystkich zgłoszeń kierowanych do KRN przez świadczeniodawców z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2019-2020:

- liczba kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a wprowadzonych do bazy KRN wzrosła z 19,6 tys. w 2019 r. do 21,3 tys. w 2020 r.;
- liczba przypadków rozpoznania nowotworu złośliwego spadła z 11,9 tys. w 2019 r. do 10,1 tys. w 2020 r.;
- odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych kartach MZ/N-1a wynosił odpowiednio 92% i 90%, a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu – odpowiednio 74% i 77%;
- odsetek danych zweryfikowanych przez pracowników Biura Rejestracji WK-PRNZ wynosił każdorazowo 100%.

¹¹⁹ Tj. zadań pn.: [1] „Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego”; [2] „Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej w 2021 r.”; [3] „Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów – II edycja w 2021 r.”.

¹²⁰ Tj.: [1] zestaw do diagnostyki i rehabilitacji kończyn górnych i dolnych; [2] urządzenie do pomiaru parametrów metabolicznych z modulem EKG; [3] dwa urządzenia diagnostyczno-terapeutyczne do rehabilitacji kończyny górnej i ręki; [4] dwa multisensoryczne systemy terapeutyczne do kończyn; [5] zrobotyzowany system do przygotowania do nauki chodu; [6] urządzenie do terapii - rezonans stochastyczny.

¹²¹ Dotyczyło to akceleratora radioterapeutycznego.

¹²² Tj. programu pn. „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe - Moduł I - wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika”.

¹²³ Dalej: „Biuro rejestracji WK-PRNZ”.

W kwestii spadku liczby przypadków rozpoznania nowotworu złośliwego na poziomie województwa w latach 2019-2020 Dyrektor Centrum wskazał, że było to wynikiem spowodowanego pandemią spadku liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego.

Dyrektor Centrum wskazał także, że Biuro Rejestracji WK-PRNZ nie analizuje ww. danych w trybie bieżącym i że zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej dane za 2021 r. i za 2022 r. będą zweryfikowane i kompletne odpowiednio w grudniu 2023 r. i w grudniu 2024 r.

(akta kontroli str. 795, 1124, 1261-1263)

Według informacji Biura Rejestracji WK-PRNZ, w celu zapewnienia w kontrolowanym okresie kompletności danych podawanych przez świadczeniodawców w kartach MZ/N-1a podejmowano szereg działań, w szczególności:

- ogłaszano na stronie internetowej Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ coroczne komunikaty przypominające świadczeniodawcom o obowiązku wypełniania i zgłaszania ww. kart;
- organizowano coroczne szkolenia lub wykłady, na których prezentowano instrukcje dotyczące wypełniania ww. kart (liczba osób objętych szkoleniami lub wykładami wynosiła: w 2019 r. – 75; w 2020 r. – 87; w 2021 r. – 63; w 2022 r. – 89)¹²⁴;
- na bieżąco prowadzono korespondencję ze świadczeniodawcami (w latach 2019-2023 wysłano łącznie ponad 200 pism z prośbą o weryfikację i uzupełnienie brakujących zgłoszeń);
- udostępniano na stronie internetowej¹²⁵ biuletyn pn. „Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w województwie kujawsko-pomorskim w ... roku”.

O pozytywnych efektach działań w zakresie zapewnienia kompletności danych podawanych przez świadczeniodawców w kartach MZ/N-1a świadczyło w szczególności:

- uzupełnienie postaci histologicznej: w 2019 r. – w 264 przypadkach, w 2020 r. – w 192 przypadkach; w 2021 r. – w 39 przypadkach;
- uzupełnienie nowych przypadków nowotworów in situ: w 2020 r. – o 332; w 2021 r. – o 349; w 2022 r. – o 307;
- wzrost liczby rozpoznań raka in situ szyjki macicy: w 2019 r. – o 167 nowych przypadków; w 2020 r. – o 99 nowych przypadków; w 2021 r. – o 121 nowych przypadków.

(akta kontroli str. 797-811)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Centrum w badanym zakresie. Oferty złożone w postępowaniach konkursowych, w ramach NSO i NPZChN, były sporządzone rzetelnie i zawierały informacje zgodne ze stanem faktycznym, a Centrum spełniało warunki progowe i formalne udziału w konkursach. Realizowano powierzone zadania zgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia, a przy dokonywaniu zakupów inwestycyjnych stosowano prawidłowy tryb wyboru dostawcy. Osiągnięto poprawę działania systemu zbierania i gromadzenia danych statystycznych dotyczących zachorowań na nowotwory, a także sprawną wymianę danych i ich weryfikację.

¹²⁴ Kolejne szkolenia dla świadczeniodawców zaplanowano w IV kwartale 2023 r.

¹²⁵ Por. <https://co.bydgoszcz.pl/profilaktyka/rejestr-nowotworow/> (dostęp: 29 września 2023 r.).

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

- Wnioski
1. Weryfikacja zasobów wykazanych do umów z NFZ.
 2. Terminowe sporządzanie raportów z wewnętrznego audytu klinicznego oraz terminowe przekazywanie ich kopii właściwej komisji procedur i audytów.
 3. Rzetelne prowadzenie dokumentacji technicznej sprzętu medycznego.
 4. Terminowe udzielanie świadczeń pacjentom z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawioną przez Centrum.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Bydgoszcz, 12 października 2023 r.

Kontrolerzy:

(-) Sylwia Woźniak-Waszak
doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p.o. Dyrektor

(-) Tomasz Sobecki

(-) Mateusz Grynicz
główny specjalista kontroli państwowej