



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.30.2.2023

Pan
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Skłodowski
Dyrektor
Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego
Instytutu Badawczego Oddział w Gliwicach

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902) Najwyższa Izba Kontroli wyłączyła jawność informacji ze względu na prywatność osoby fizycznej, poprzez usunięcie fragmentów wystąpienia pokontrolnego w miejscach oznaczonych nawiasem [...].

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach Wybrzeże Armii Krajowej 15; 44-102 Gliwice ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Skłodowski, od 29 kwietnia 2016 r. do nadal.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego. 2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego. 3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli ² , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Bogusława Pała, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/182/2023 z 16 sierpnia 2023 r. 2. Szymon Gruca, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/183/2023 z 16 sierpnia 2023 r. 3. Kinga Kołodziejczyk, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/184/2023 z 16 sierpnia 2023 r.

(akta kontroli str.1-6)

¹ Dalej: „Instytut” lub „NIO w Gliwicach”.

² 17 października 2023 r.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Instytut w okresie objętym kontrolą realizował świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego wszystkich rodzajów nowotworów we wszystkich stopniach zaawansowania. Podczas diagnostyki i leczenia stosowano dostępne metody i wykorzystywano sprzęt do wykonywania badań endoskopowych (kolonoskopy, gastroskopy) i obrazowych (tomografy, mammografy), natomiast leczenie za pomocą wysokich dawek promieniowania jonizującego – radioterapię przeprowadzono z wykorzystaniem akceleratorów, a brachyterapię z wykorzystaniem aparatu HDR. Ponadto w Instytucie realizowane były programy lekowe, w ramach których umożliwiono pacjentom otrzymanie najnowszych leków dopuszczonych do leczenia onkologicznego. Badania genetyczne oraz histopatologiczne wykonywano na miejscu. Pacjenci mogli również skorzystać ze świadczeń dostępnych w Poradni Genetycznej i Żywnieniowej. Instytut spełniał wymogi dotyczące wyposażenia w sprzęt oraz kadrę medyczną nałożone na placówki ochrony zdrowia realizujące świadczenia z zakresu onkologii.

Status Centrum Kompetencji Raka Piersi (KON-Pierś) oraz Raka Jelita Grubego (KON-JG) umożliwiał realizację kompleksowej opieki nad pacjentem przez powołane do tego zespoły specjalistów. W ramach Profilaktycznych Programów Zdrowotnych z zakresu profilaktyki raka piersi oraz raka szyjki macicy, świadczeniobiorcy otrzymywali pełen zakres badań, zarówno podczas diagnostyki wstępnej, jak i pogłębionej.

Pracownicy Instytutu rzetelnie i prawidłowo prowadzili listy oczekujących na przyjęcie pacjentów. W Instytucie dbano również o bezpieczeństwo pracowników przygotowujących i podających pacjentom leki cytostatyczne, jak również pracowników narażonych na wysokie dawki promieniowania jonizującego.

Pacjentom zapewniono opiekę psychologów, fizjoterapeutów oraz dietetyków, a podczas leczenia pacjenci poddawani byli ocenie stanu odżywienia, który to stan był na bieżąco monitorowany i w razie potrzeby związanej z komplikacjami zdrowotnymi lub ryzykiem niedożywienia wdrażano odpowiednie działania na podstawie opracowanych standardów i procedur dotyczących żywienia.

W latach 2019-2023 (I kwartał) Instytut prawidłowo realizował umowy zawarte z Ministerstwem Zdrowia⁵ w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej⁶ i/lub Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych⁷ na zakup sprzętu (akceleratory, sprzęt do brachyterapii, zakup dodatkowych funkcjonalności do posiadanego systemu planowania radioterapii [oprogramowania] wraz z niezbędnym sprzętem, sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków oraz sprzęt do rehabilitacji onkologicznej).

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieprzeprowadzania wewnętrznych audytów klinicznych na podstawie art. 33u w związku z art. 33v ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁸, a także, w dwóch przypadkach, przekroczenia terminów wynikających z realizacji tzw. „Szybkiej ścieżki onkologicznej” w ramach wydawanych pacjentom Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO)⁹, gdzie przekroczenie dotyczyło czasu trwania diagnostyki pogłębionej oraz terminu podjęcia leczenia.

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

⁵ Dalej: „MZ”.

⁶ Dalej: „NSO”.

⁷ Dalej: „NPZChN”.

⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1173, dalej: ustawa Prawo atomowe.

⁹ Dalej: „Karta DILO”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1 W Instytucie prowadzono diagnostykę i leczenie następujących rodzajów nowotworów:

- guzy neuroendokryne, w przypadku tego typu nowotworów w zależności od stopnia zaawansowania choroby stosowano: leczenie operacyjne, leczenie endoskopowe, leczenie hormonalne, leczenie radioizotopowe, chemioterapię oraz terapię molekularnie celowaną. Każdorazowo wybór właściwej formy leczenia omawiany był przez wielodyscyplinarne forum specjalistów;
- rak piersi, w przypadku tego typu nowotworów w zależności od typu histologicznego, zaawansowania, obciążenia genetycznego (dodatni wynik BRCA), chorób współistniejących i stanu ogólnego pacjenta stosowano wycięcie guza w piersi (leczenie oszczędzające) z ewentualną następową radioterapią, usunięcie całej piersi (mastektomia) wraz z pachowymi węzłami wartowniczymi, chemioterapię (przed lub po zabiegu operacyjnym), radioterapię, hormonoterapię (u pacjentów z hormonowrażliwym rakiem piersi), terapię celowaną (u pacjentów z rakiem wykazującym wrażliwość na Herceptynę);
- nowotwory głowy i szyi - najczęściej stosowane leczenie nowotworów tego typu było skojarzone: operacyjne z radioterapią i chemioterapią. Kolejność tych metod i ich rodzaj były ustalane indywidualnie;
- rak przełyku – leczeniem z wyboru było leczenie operacyjne, w zależności od stopnia zaawansowania choroby. W przypadku zaawansowanych nowotworów dodatkowo stosowana była chemioterapia i radioterapia;
- rak jelita grubego, w przypadku tego nowotworu metodą z wyboru było leczenie operacyjne polegające na usunięciu fragmentu jelita, w którym znajdował się guz wraz z przylegającymi węzłami chłonnymi. W przypadku raka zlokalizowanego w odbytnicy możliwe było leczenie operacyjne z intencją zachowania zwieraczy odbytu, poprzedzone radiochemioterapią. Radioterapia z chemioterapią stanowiły leczenie uzupełniające.
- rak żołądka – w przypadku tego typu nowotworów stosowane było leczenie operacyjne, radioterapia dojamowa z chemioterapią, jako leczenie uzupełniające lub jako leczenie wstępne przed zabiegiem operacyjnym;
- rak wątroby w przypadku tego nowotworu metodą z wyboru było leczenie operacyjne (wycięcie guza z marginesem zdrowych tkanek, również termoablacja) lub wycięcie całego narządu i jego przeszczep. Leczenie operacyjne lub radioterapię stosowano w przypadku ognisk przerzutowych do wątroby (nowotwór o różnej lokalizacji);
- rak trzustki - jeżeli umożliwiał to stopień zaawansowania choroby to terapią z wyboru było leczenie operacyjne polegające na wycięciu miejscowym guza lub całego narządu, sąsiednich węzłów chłonnych oraz w razie konieczności,

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

niektórych narządów jamy brzusznej. Radioterapia była stosowana jako leczenie uzupełniające, zazwyczaj w skojarzeniu z chemioterapią;

- rak tarczycy – sposób leczenia był uzależniony od stopnia zaawansowania choroby. Preferowane było leczenie operacyjne wraz z wycięciem części węzłów chłonnych szyi, uzupełnione w uzasadnionych przypadkach terapią izotopem (I 131). Ponadto stosowane było leczenie supresyjne tyroksyną, w celu uzupełnienia niedoborów hormonalnych. Optymalne metody leczenia były dobierane indywidualnie przez zespół specjalistów;
- rak płuca - w przypadku raka niedrobnokomórkowego dominującą metodą leczenia było leczenie operacyjne na wczesnym etapie choroby. W indywidualnych przypadkach wymagana była uzupełniająca radioterapia i chemioterapia. W leczeniu raka drobnokomórkowego dominującą była wielolekowa chemioterapia. Radioterapia była stosowana jako leczenie uzupełniające w celu eliminacji lub ograniczenia dużej masy guza w płucu;
- guzy mózgu i ośrodkowego układu nerwowego - leczenie zależało od typu histopatologicznego nowotworu, jego lokalizacji oraz stanu ogólnego pacjenta. Podstawową metodą było leczenie chirurgiczne, które często było nieradykalne i wymagało uzupełniającej radioterapii. W związku z nowoczesną techniką napromieniania (stereotaksja), możliwe było podanie wysokich dawek promieniowania w objętości guza przy jednoczesnym zaoszczędzeniu otaczających struktur mózgu nie zajętych nowotworem. Radioterapia była często stosowana jako samodzielne leczenie przerzutów w mózgu. Nierzadko stosowana była chemioterapia, często równocześnie z radioterapią;
- rak szyjki macicy - w przypadku wykrycia bardzo wczesnej postaci raka nieinwazyjnego stosowano zabieg konizacji¹¹, który prowadził do trwałego wyleczenia i zachowania zdolności rozrodczej. W wyższym stopniu zaawansowania raka (w postaci ograniczonej do szyjki macicy) wiodącym było leczenie chirurgiczne, polegające na wycięciu całej szyjki macicy bez lub wraz z przydatkami. Radioterapia (brachyterapia) stosowana była jako leczenie uzupełniające w uzasadnionych przypadkach. W indywidualnych sytuacjach radioterapia wraz z brachyterapią stosowane były jako samodzielna metoda leczenia. W niektórych przypadkach znajdowała również zastosowanie uzupełniająca chemioterapia;
- rak jajnika – wiodącym sposobem postępowania było leczenie chirurgiczne w stadium ograniczonym do miednicy małej, polegające na wykonaniu rozległego zabiegu operacyjnego obejmującego usunięcie całego narządu rodniczego oraz węzłów chłonnych i niektórych narządów w obrębie jamy brzusznej, np. sieci oraz pobrania wycinków lub węzłów chłonnych z obszaru jamy brzusznej. Chemioterapia (wielolekowa) była z reguły stosowana jako leczenie uzupełniające lub wyłączone w przypadkach nieoperacyjnych;
- rak jądra - najczęściej stosowano leczenie operacyjne (usunięcie jądra). W zależności od typu histologicznego nowotworu, radioterapia i chemioterapia stanowiły leczenie uzupełniające. Chemioterapia była wysoce skuteczna w przypadku raka zarodkowego;
- rak gruczołu krokowego (prostaty) – leczenie operacyjne lub samodzielna radioterapia stanowiły metody leczenia z wyboru. Podczas leczenia tego typu nowotworów uwzględniano również hormonoterapię i chemioterapię;

¹¹ Klinowe wycięcie pochwowej części szyjki macicy.

- rak nerki - terapią z wyboru było leczenie operacyjne polegające na wycięciu całej nerki z otaczającymi tkankami zdrowymi oraz sąsiednimi węzłami chłonnymi. Radioterapia stanowiła uzupełnienie leczenia operacyjnego, stosowana była również jako leczenie paliatywne przerzutów nowotworowych. Chemioterapię stosowano jako leczenie paliatywne u chorych z rozsiałym procesem nowotworowym;
- rak pęcherza moczowego - w zależności od stopnia zaawansowania rozważano leczenie operacyjne lub radioterapię (jako metodę samodzielną lub uzupełniającą). Chemioterapia stosowana była jako leczenie wstępne lub uzupełniające;
- czerniak – podstawową metodą leczenia było leczenie chirurgiczne. Zakres zabiegu operacyjnego zależał od stopnia zaawansowania choroby, obejmował usunięcie podejrzanej zmiany (z szerokim marginesem zdrowych tkanek) oraz regionalnych węzłów chłonnych. Radioterapia była leczeniem uzupełniającym, a chemioterapię stosowano u pacjentów z zaawansowanym lub rozsiałym czerniakiem wraz z hormono- i immunoterapią;
- rak skóry – wiodącą metodą leczenia było leczenie operacyjne. W przypadku lokalizacji na czole, centralnej części twarzy i skórze owłosionej radioterapia stanowiła równorzędną, alternatywną metodę leczenia;
- ziarnica złośliwa - wiodącą metodą leczenia była chemioterapia. Radioterapia obejmowała nad- lub podprzeponowy układ węzłów chłonnych;
- nowotwory układu krwiotwórczego – w przypadkach tego typu nowotworów prowadzono leczenie za pomocą chemioterapii, immunochemioterapii oraz terapii immunomodulującej, leczenia celowanego, transplantacji komórek krwiotwórczych;
- chłoniaki - podstawową metodą leczenia była chemioterapia, której rodzaj i intensywność zależały od typu chłoniaka, stadium zaawansowania choroby i stanu ogólnego pacjenta. Zastosowanie znajdowała również radioterapia w przypadku zlokalizowanych mas nowotworowych, np. obejmujących grupę węzłów chłonnych powierzchownych lub w śródpiersiu. W przypadku rozsiewu z zajęciem szpiku kostnego stosowano napromienianie całego ciała z następnym przeszczepem szpiku;
- mięsaki tkanek miękkich - metodą z wyboru było leczenie operacyjne, nierzadko rozległe. Radioterapia i chemioterapia stanowiły leczenie uzupełniające w przypadku typów chemo- i radiowrażliwych.

Do diagnostyki onkologicznej poza badaniem klinicznym (palpacyjnym) stosowano również szczegółowy wywiad, ponadto wykorzystywano: zdjęcia rentgenowskie¹², tomografię komputerową¹³, rezonans magnetyczny¹⁴, tomografię pozytonową¹⁵, mammografię, histopatologię, morfologię krwi, badanie biochemiczne, immunohistochemię, diagnostykę genetyczną i molekularną.

(akta kontroli str.948-961, 1213-1326)

¹² Dalej: „Rtg”.

¹³ Dalej: „TK”.

¹⁴ Dalej: „NMR”.

¹⁵ Dalej: „PET”.

W Instytucie realizowano również leczenie w ramach 42 Programów lekowych¹⁶.

Instytut posiadał status Centrum Kompetencji Raka Piersi¹⁷ oraz Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego¹⁸.

W zakresie badań przesiewowych raka jelita grubego Instytut zawarł porozumienie¹⁹ o współpracy z Beskidzkim Centrum Onkologii²⁰. Porozumienie zostało zawarte na czas nieokreślony i obejmowało okres realizacji świadczeń w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z rakiem jelita grubego od 1 czerwca 2021 r., czyli od momentu obowiązywania umowy z NFZ w tym zakresie. W okresie objętym kontrolą nie występowały przerwy w udzielaniu świadczeń.

(akta kontroli str.1406-1412, 1844)

Z informacji pozyskanych od Zastępcy Dyrektora ds. Organizacji i Zarządzania Beskidzkiego Centrum Onkologii wynika, że *zawarcie porozumienia było jednym z warunków wymaganych do zawarcia umowy z NFZ na realizację onkologicznych świadczeń kompleksowych (KON-JG)*.

(akta kontroli str. 1930-1933)

W Instytucie prowadzono Profilaktyczne Programy Zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi oraz profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyki podstawowej i pogłębionej).

(akta kontroli str. 962-967)

W toku oględzin przeprowadzonych na III Oddziale Chirurgii Onkologicznej oraz w Przychodni Przyklinicznej – Poradni Chirurgii Onkologicznej, Poradni Ginekologii Onkologicznej, Pracowni Endoskopii oraz w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki

¹⁶ Programy lekowe obejmowały następujące nowotwory oraz leki stosowane w ich leczeniu: 1. raka piersi, 2. nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), 3. zaawansowanego raka przełyku i żołądka, 4. chłoniaki złośliwe, 5. raka nerki, 6. raka wątrobowokomórkowego, 7. niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca, 8. zaawansowanego raka jelita grubego, 9. czerniaka skóry lub błon śluzowych, 10. raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej, 11. pierwotne chłoniaki skórne T-komórkowe, 12. płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi, 13. oporną na kastrację raka gruczołu krokowego, 14. wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynnego trzustki, 15. chłoniaki CD30+, 16. gruczolakoraka trzustki, 17. przewlekłą białaczkę szpikową, 18. szpiczaka plazmocytozy, 19. ostrą białaczkę limfoblastyczną, 20. Przewlekłą białaczkę limfocytową obinutuzumabem, 21. mielofibrozę pierwotną oraz mielofibrozę wtórną w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej, 22. anemię zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5Q, 23. przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem, 24. pierwotną małopłytkowość immunologiczną (dorośli pacjenci), 25. Akromegalię, 26. oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu, 27. przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem, 28. mięsaki tkanek miękkich, 29. zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem, 30. stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, 31. zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu, 32. leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana, 33. leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną, 34. leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem, 35. leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie, 36. leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy, 37. leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową, 38. leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej, 39. leczenie raka z komórek Merkla awelumabem, 40. leczenie pacjentów z chorobą Cushinga, 41. leczenie pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróżnicowanym (brodawkowatym/pęcherzykowatym/oksyfilnym - z komórek Hurthle'a) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym, 42. leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe.

¹⁷ Tzw. Breast Cancer Unit, dalej: „BCU” lub „KON-Piers”.

¹⁸ Dalej: „KON-JG”.

¹⁹ Porozumienie z dnia 21 kwietnia 2021 r.

²⁰ Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej.

Obrazowej²¹ stwierdzono, że faktyczne wyposażenie Oddziału i Poradni w sprzęt medyczny było zgodne z warunkami określonymi w § 4a oraz w załącznikach nr 3²² i 3a²³ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁴ oraz z warunkami określonymi w § 6a oraz w załącznikach nr 1²⁵, 4 i 5²⁶ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁷. Sprzęt i aparatura stanowiące wyposażenie oddziału, poradni i pracowni miały stosowne certyfikaty i orzeczenia dopuszczające do użycia oraz aktualne przeglądy techniczne²⁸.

(akta kontroli str. 1327-1364)

Zasoby kadrowe Instytutu²⁹ zgłoszone do Narodowego Funduszu Zdrowia³⁰ były zgodne z zasobami wykazanymi w załączniku do umowy na realizację świadczeń.

(akta kontroli str. 1366-1405)

1.2. Zgodnie z § 35 Regulaminu organizacyjnego w Instytucie działała Apteka, do zadań której należało m.in. przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych.

Warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych określone zostały w instrukcji *Przygotowania pracownika do pracy w pomieszczeniu antyseptycznym PPLC I PZ* z dnia 31 lipca 2017 r.³¹

W okresie objętym kontrolą obowiązywały również instrukcje: *Transport leków cytostatycznych oraz leków do żywienia pozajelitowego przygotowanych przez Aptekę na Oddziały* z dnia 7 lutego 2017 r.³², *Opracowanie zlecenia lekarskiego na preparat cytostatyczny* z dnia 24 kwietnia 2013 r.³³, *Postępowanie awaryjne na wypadek skażenia środowiska pracy substancją cytostatyczną* z dnia 31 lipca

²¹ W Pracowniach: ultrasonografii i mammografii.

²² Część II lp. 1 Chirurgia naczyniowa, lp. 3 Ginekologia, lp. 9 Gastroenterologia, lp. 10 Chemioterapia – leczenie jednego dnia.

²³ lp. 2 (KON-Pierś) i lp. 3 (KON-JG).

²⁴ Dz.U. z 2023 r. poz. 870 ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń w leczeniu szpitalnym”.

²⁵ lp. 6 Endokrynologia, lp. 9 Gastroenterologia, lp. 11 Hematologia, lp. 24 Leczenie bólu, lp. 25 Onkologia, lp. 36 Chirurgia ogólna, lp. 38 Proktologia, lp. 40 Chirurgia onkologiczna

²⁶ lp. 15 Terapia izotopowa, lp. 16 Teleradioterapia radykalna, paliatywna i w leczeniu chorób skóry, lp. 17 Teleradioterapia konformalna z monitoringiem TK, bramkowana, z modulacją intensywności dawki, elektronami, fotonami, lp. 18 Brachyterapia standardowa, lp. 19 Brachyterapia z planowaniem 3D, pkt lp. Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi - moduł diagnostyka nowotworu piersi, lp. 26 Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł, lp. 27 Diagnostyka i monitorowanie w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, lp. 32 Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika, lp. 33 Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy.

²⁷ Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń w AOS”.

²⁸ Data ostatniego przeglądu technicznego: dermatoskop – 31 października 2022 r., USG – 24 stycznia 2023 r., defibrylator – 20 września 2023 r., kardiomonitor z EKG – 20 września 2023 r., pompy infuzyjne – 29 czerwca 2022 r., 13 lipca 2023 r., 14 kwietnia 2023 r., ssaki – 18 listopada 2022 r., aparat rentgenowski – 29 maja 2023 r., bronchoskop – 5 czerwca 2023 r., cystoskop 27 marca 2023 r., mammograf 12 kwietnia 2023 r., rektoskop – 10 lipca 2023 r., tomograf – 22 września 2023 r., gastrokop – 24 kwietnia 2023 r., kolonoskop – 8 września 2023 r.

²⁹ Szczegółowym badaniem zostały objęte zasoby kadrowe w III Oddziale Chirurgii Onkologicznej oraz w Poradni Chirurgii Onkologicznej.

³⁰ Dalej: „NFZ” lub „Fundusz”.

³¹ Nr I-221-006 nr edycji 1.4, dalej „Instrukcji Przygotowania pracownika do pracy w pomieszczeniu antyseptycznym”

³² Nr I-221-007 edycja 1.5

³³ Nr I-221-008 edycja 1.3

2017 r.³⁴, *Postępowanie awaryjne na wypadek bezpośredniego kontaktu z substancją cytostatyczną* z dnia 31 lipca 2017 r.³⁵, *Przygotowanie komory laminarnej* z dnia 31 lipca 2017 r.³⁶

Zgodnie z wymogami Instrukcji Przygotowania pracownika do pracy w pomieszczeniu antyseptycznym pracownicy mieli być wyposażeni w środki ochrony indywidualnej, a mianowicie:

- operator w: 1) fartuch jałowy niepyłący, wzmocniony nieprzepuszczalnym materiałem z przodu i na rękawach, ze ściągaczami przy rękawach, 2) jedną parę rękawic ochronnych posiadających atest do pracy z lekami cytostatycznymi i badania szybkości przenikania cytostatyków, 3) czepek ochronny, 4) maseczkę, 5) obuwie ochronne;
- pomocnik w: 1) fartuch jałowy niepyłący, 2) parę jałowych rękawic ochronnych posiadających atest do pracy z lekami cytostatycznymi, 3) czepek ochronny, 4) maseczkę ochronną, 5) obuwie ochronne.

(akta kontroli str. 36-60)

Pracownia Przygotowywania Leków Cytostatycznych³⁷ stanowiła wydzieloną część Apteki Szpitalnej i umiejscowiona była na II piętrze Instytutu. Pracownia składała się z dwóch miejsc wyposażonych łącznie w osiem komór laminarnych (po cztery komory w każdym z nich) wraz z pomieszczaniami zaplecza technicznego.

Oględziny zostały przeprowadzone w jednym miejscu, w którym w dniu przeprowadzania oględzin przygotowywane były leki cytostatyczne. W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że Pracownia spełniała warunki określone w § 2-3, 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej³⁸. W szczególności: 1) pomieszczenie, w którym przygotowywano leki cytostatyczne, było wyposażone w cztery łóżka laminarne do pracy z tymi lekami; 2) czynności związane z przygotowaniem leków cytostatycznych przed ich podaniem wykonywane były w komorach laminarnych – klasa bezpieczeństwa pomieszczeń typu A; 3) osoby przygotowujące leki ubrane były w specjalne jednorazowe środki ochrony osobistej (kombinezony, fartuchy, rękawice i maseczki), 4) w miejscu tym znajdowało się wydzielone pomieszczenie na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do zniszczenia (rękawiczki, fartuchy, czepki lub maski) i oczyszczenia.

W okresie objętym kontrolą raz do roku wykonywane były przeglądy walidacyjne komór laminarnych przez autoryzowanego serwisanta, podczas których nie stwierdzono konieczności wymiany filtrów HEPA.

(akta kontroli str. 61-113)

1.3. W okresie objętym kontrolą sposób organizowania, przygotowania i dystrybucji posiłków określały przyjęte procedury, instrukcje oraz księgi opracowane w Dziale Żywnienia. Były to: *Procedura Żywnienie zbiorowe – sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie*³⁹ oraz *Instrukcja Wycofanie wyrobów nie spełniających*

³⁴ Nr I-221-009 edycja 1.2

³⁵ Nr I-221-010 edycja 1.2

³⁶ Nr I-221-011 edycja 1.2

³⁷ Dalej: Pracownia.

³⁸ Dz. U. Nr 80, poz. 376, ze zm.

³⁹ Nr P-310 z dnia 15 marca 2023 r. edycja 1.9.

wymagań bezpieczeństwa zdrowotnego⁴⁰, Księga Dobrej Praktyki Produkcyjnej i Higienicznej⁴¹ oraz Księga HACCP⁴².

(akta kontroli str. 116-268)

Instytut przygotowywał posiłki we własnym zakresie za pośrednictwem Działu Żywnienia. W całym okresie objętym kontrolą Instytut zatrudniał czterech dietetyków (starszy dietetyk i dietetyk zatrudniony w Dziale Żywnienia, starszy dietetyk zatrudniony w I Klinice Radioterapii i Chemioterapii, dietetyk zatrudniony w Przychodni Przyklinicznej).

Do zadań Starszego Dietetyka, podlegającego Kierownikowi kuchni, należało np.: planowanie jadłospisów dekadowych i sporządzanie na ich podstawie zapotrzebowania do magazynu, nadzór nad przygotowanymi potrawami wg zasad dietyki i pouczenie personelu o sposobie przygotowania nowo wprowadzonych potraw do produkcji (produkcja próbna), opracowywanie nowych receptur oraz nadzór nad recepturami już istniejącymi, kontrola produktów żywnościowych dostarczanych na kuchnię, ocena organoleptyczna gotowych potraw przed wydaniem na kliniki (smak, jakość temperatura, waga, estetyka wydania), ustalanie diet dla pacjenta na prośbę personelu medycznego.

Do zadań Dietetyka, podlegającego Kierownikowi kuchni, należało np.: dbanie o organizację pracy w restauracji (współpraca z personelem pomocniczym, rozdzielanie obowiązków, nadzór nad utrzymaniem czystości), układanie jadłospisów dekadowych, umieszczanie ich na stronach Instytutu.

Do zadań Starszego Dietetyka, podlegającego Kierownikowi I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii, należało np.: edukacja żywieniowa pacjentów, monitoring stanu odżywiania pacjentów, zlecenie i monitoring żywienia pozajelitowego i dojelitowego, modyfikacja diety oraz suplementacji.

Do zadań Dietetyka, podlegającego Kierownikowi Przychodni Przyklinicznej, należało: edukacja żywieniowa pacjentów, monitorowanie stanu odżywiania pacjentów, modyfikacja diety oraz suplementacji, profilaktyka i promocja zdrowia.

W okresie kontrolowanym w Instytucie stosowano osiem diet głównych: 1) dieta podstawowa, 2) dieta łatwostrawna (w tej grupie: dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu, dieta przeszczepowa), 3) dieta papkowata (w tej grupie: dieta płynna papkowata, dieta płynna wzmocniona), 4) dieta łatwostrawna – cukrzycowa, 5) dieta bogatobłonnikowa, 6) cukrzycowa, 7) kleikowa, 8) specjalna z możliwym opisem (ubogofosforanowa, ubogowapniowa, bezmleczna, wegańska, niskobiałkowa, nerkowa, wegetariańska, bezglutenowa, alergiczna, inne mało spotykane). Nazwę diety, opis oraz wskazanie stosowania w chorobach opisano w Klasyfikacji diet. Opracowano również legendę dot. alergenów w potrawach używaną w Dziale Żywnienia. Uwagi technologiczne do stosowanych produktów umieszczane były w jadłospisie określającym na każdy dzień tygodnia.

(akta kontroli str. 114-115,269-291)

Na przykładzie dokumentacji 20 pacjentów najdłużej hospitalizowanych w Instytucie⁴³, badanej w zakresie zapewnienia pacjentom onkologicznym żywienia dostosowanego do ich potrzeb ustalono, że w całej badanej grupie przeprowadzono

⁴⁰ Nr I-310-001 z 28 maja 2020 r. edycja 1.4.

⁴¹ Z dnia 28 lipca 2021 r. edycja 17.

⁴² Z dnia 3 sierpnia 2021 r. edycja 18.

⁴³ Badanie dokumentacji medycznej dla 20 pacjentów z dwóch oddziałów szpitalnych prowadzących leczenie pacjentów onkologicznych (o najdłuższym przeciętnym czasie hospitalizacji): 10 pacjentów, którzy najdłużej przebywali w I Klinice Radioterapii i Chemioterapii i 10 pacjentów, którzy najdłużej przebywali w III Klinice Radioterapii i Chemioterapii.

wstępne badanie przesiewowe (NRS) i u żadnego z tych pacjentów nie stwierdzono zwiększonego ryzyka związanego ze stanem odżywiania. Diety stosowane wśród pacjentów to np.: dieta lekkostrawna, dieta bogatobiałkowa, dieta wątrobowa.

Z całej badanej grupy, dwóch pacjentów przebywających w I Klinice Radioterapii i Chemioterapii zostało zakwalifikowanych do leczenia żywieniowego, a w przypadku jednego z nich przeprowadzono pogłębione badanie (wywiad żywieniowy, badania biochemiczne), ze wskazaniem na lekkie niedożywienie. Wystąpił również przypadek pacjentki, u której w dokumentacji medycznej wskazywano że „pacjent zjada za mało”, a nie zdecydowano o wykonaniu powtórnego badania przesiewowego (NRS), co Zastępca Kierownika I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii wyjaśnił niedopatrzeniem. Dodał przy tym, że pacjentka w trakcie hospitalizacji *pozostawała pod stałą opieką dietetyka klinicznego i miała zastosowane leczenie żywieniowe, które obejmowało m.in. konsultacje dietetyczne (podczas hospitalizacji regularne cotygodniowe konsultacje z oceną odżywiania) oraz włączenie żywności specjalnego przeznaczenia, które zostało zaimplementowane.*

(akta kontroli str. 292-327,1165,1172 -1173)

1.4. Instytut wykonywał badania histopatologiczne i genetyczne we własnym zakresie. Zakład Patologii Nowotworów wykonywał badania w zakresie patomorfologii, natomiast badania genetyczne wykonywane były przez Zakład Genetyki Klinicznej i Molekularnej. W latach 2019-2023 (I kwartał) liczba wykonanych badań onkologicznych (badań patomorfologicznych i badań genetycznych) wykonanych na rzecz pacjentów świadczeniodawcy wyniosła: 232 632, przy czym liczba ta nie obejmuje danych dotyczących badań histopatologicznych, badań immunohistochemicznych i konsultacji patomorfologicznych wykonanych w latach 2019-2020 i w I kwartale 2021 r. które nie były możliwe do przedstawienia w układzie wymaganym kontrolą, z powodu zmiany systemu informatycznego, która nastąpiła w dniu 20 kwietnia 2021 r. A mianowicie:

- w 2019 r. wykonano: 27 716 badań cytologicznych (wszystkie ginekologiczne); 51 badań cytogenetycznych – hematoonkologia (wszystkie badania FISH); 592 badania cytogenetyczne – guzy lite FISH; 8629 badań metodami biologii molekularnej (PCR) (z wyłączeniem SARS-CoV-2); 429 badań z zakresu sekwencjonowanie następnej generacji (NGS);

- w 2020 r. wykonano: 15 141 badań cytologicznych (wszystkie ginekologiczne); 59 badań cytogenetycznych – hematoonkologia (wszystkie badania FISH); 0 badań cytogenetycznych – guzy lite FISH; 6054 badań metodami biologii molekularnej (PCR) (z wyłączeniem SARS-CoV-2); 1167 badań z zakresu sekwencjonowanie następnej generacji (NGS);

- w 2021 r. wykonano: 8257 badań histopatologicznych (łącznie z cytoblok) (za III kwartały) 17 565 badań immunohistochemicznych (za III kwartały); 3569 konsultacji patomorfologicznych (za III kwartały); 21175 badań cytologicznych, w tym cytologia ginekologiczna – 17 235, cytologia nieginekologiczna - 3851; 248 badań cytogenetycznych – hematoonkologia (wszystkie badania FISH); 592 badania cytogenetyczne – guzy lite FISH; 9155 badań metodami biologii molekularnej (PCR) (z wyłączeniem SARS-CoV-2); 1961 badań z zakresu sekwencjonowanie następnej generacji (NGS);

- w 2022 r. wykonano: 13 896 badań histopatologicznych (łącznie z cytoblok), wśród nich badania śródoperacyjne 2517 takich badań; 33707 badań immunohistochemicznych; 6511 konsultacji patomorfologicznych; 21713 badań cytologicznych, w tym: cytologia ginekologiczna – 15 629, cytologia nieginekologiczna – 5885; 113 badań cytogenetycznych – hematoonkologia (wszystkie FISH); 592 badania cytogenetyczne – guzy lite FISH; 9858 badań metodami biologii molekularnej

(PCR) (z wyłączeniem SARS-CoV-2); 2789 badań z zakresu sekwencjonowanie następnej generacji (NGS);

- w 2023 r. (I kwartał) wykonano: 4255 badań histopatologicznych (łącznie z cytoblok), wśród nich badania śródoperacyjne 888 takich badań; 4660 badań immunohistochemicznych; 249 konsultacji patomorfologicznych; 1558 badań cytologicznych, w tym cytologa ginekologiczna – 3049, cytologia nieginekologiczna – 1558; 42 badania cytogenetyczne – hematookologia (wszystkie FISH); 218 badań cytogenetycznych – guzy łe FISH; 2562 badania metodami biologii molekularnej (PCR) (z wyłączeniem SARS-CoV-2); 933 badania z zakresu sekwencjonowanie następnej generacji (NGS).

Koszt jednostkowy badań według podziału prowadzonego w Instytucie, w latach 2019-2023 (I kwartał) wynosił: histopatologia od 35 zł do 40 zł (w I kwartale 2023 r.); barwienie IHC od 70 zł do 90 zł (w I kwartale 2023 r.); barwienie histochemiczne 20 zł w całym okresie; badanie intra 100 zł w całym okresie; konsultacja od 200 zł do 300 zł (w I kwartale 2023 r.); konsultacja CITO od 300 zł do 350 zł (w I kwartale 2023 r.); konsultacja – badanie molekularne 100 zł w całym okresie; dokrojenie bloczka 20 zł w całym okresie; badanie FISH od 650 zł do 700 zł (w I kwartale 2023 r.); status HPV od 130 zł do 200 zł (w I kwartale 2023 r.); BAC (150, 250, 400, 450) od 100 zł do 300 zł, a w I kwartale 2023 r. od 200 zł do 450 zł; cytologia GYN od 25 zł do 30 zł (w I kwartale 2023 r.), płyny od 30 zł do 50 zł (w I kwartale 2023 r.).

Roczny koszt wykonania badań według ww. podziału, w latach 2019-2023 (I kwartał) wynosił odpowiednio: histopatologia: 2 808 400 zł, 2 799 930 zł, 2 784 985 zł, 3 445 820 zł i 1 192 080 zł; barwienie IHC: 1 980 090 zł, 2 017 750 zł, 1 968 820 zł, 2 339 680 zł, 815 490 zł; barwienie histochemiczne: w latach 2019-2021 r. nie poniesiono kosztów tym zakresie, od 2022 r. - 20 320 zł, 7 320 zł; badanie introwe: 806 200 zł, 748 400 zł, 810 000 zł, 882 400 zł, 252 500 zł; konsultacja: 997 000 zł, 887 200 zł, 1 038 000 zł, 1 267 200 zł, 557 100 zł; konsultacja CITO: 40 500 zł, 7 200 zł, 93 900 zł, 27 300 zł, 19 250 zł; konsultacja – badanie molekularne: w latach 2019-2021 r. nie poniesiono kosztów tym zakresie, od 2022 r. – 5 500 zł, 2 400; dokrojenie bloczka: 17 680 zł, 19 340 zł, 18 500 zł, 37 360 zł, 7 900 zł; badanie FISH: 377 000 zł, 457 600 zł, 397 800 zł, 455 000 zł, 174 300 zł; status HPV: 10 400 zł, 9 490 zł, 12 220 zł, 15 470 zł, 3 600 zł; BAC (150, 250, 400, 450): 1 145 634 zł, 919 555 zł, 1 424 478 zł, 1 510 261 zł, 474 900 zł; cytologia GYN: 4 600 zł, 2 950 zł, 3 850 zł, 4 750 zł, 1 380 zł; płyny: 1 140 zł, 1 170 zł, 1 080 zł, 1 440 zł, 300 zł.

(akta kontroli str.10-20)

Liczba badań patomorfologicznych i badań genetycznych wykonanych w latach 2019-2023 (I kwartał) u pacjentów, z rozpoznaniem najczęściej występującego typu nowotworu wyniosła:

- rak piersi - 5099 pacjentów - 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 3368 badań, w tym badanie śródoperacyjne – 572; 2) badanie immunohistochemiczne – 13 745; 3) konsultacja patomorfologiczna – 606; 4) badanie cytologiczne – 20 (badania nieginekologiczne); 5) badanie cytogenetyczne - hematookologia – 504 (FISH), 6) badania metodami biologii molekularnej (PCR) – 41,

- rak jelita grubego – 2406 pacjentów - 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 507 badań, w tym badanie śródoperacyjne – 7; 2) badanie immunohistochemiczne – 170; 3) konsultacja patomorfologiczna – 127; 4) badania metodami biologii molekularnej (PCR) – 1064; 6) sekwencjonowanie następnej generacji – 1,

- czerniak – 1860 - 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 184 badania, w tym badanie śródoperacyjne – 1; 2) badanie immunohistochemiczne – 342; 3) konsultacja patomorfologiczna – 348; 4) badanie cytologiczne – 10 (badania nieginekologiczne); 5) badania metodami biologii molekularnej (PCR) – 703, 6) sekwencjonowanie następnej generacji – 2,

- chłoniak – 1033 - 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 126 badań, w tym badanie śródoperacyjne – 0; 2) badanie immunohistochemiczne – 1055; 3) konsultacja patomorfologiczna – 82; 4) badanie cytologiczne – 2 (badanie nieginekologiczne); 5) badanie cytogenetyczne - hematologia – 169 (FISH); 6) badania metodami biologii molekularnej (PCR) – 4513.

(akta kontroli str. 21)

1.5. W Instytucie zostały opracowane w formie pisemnej szczegółowe medyczne procedury radiologiczne dotyczące przeprowadzania badań diagnostycznych m.in. z użyciem tomografu komputerowego, rezonansu magnetycznego, mammografu, scyntygrafu oraz leczenia za pomocą radioterapii, teleradioterapii, brachyterapii.

Na podstawie wybranych do szczegółowego badania trzech procedur⁴⁴ stwierdzono, że zawierały one wszystkie elementy opisane w art. 33f ust. 2 ustawy Prawo atomowe.

(akta kontroli str. 1416-1431)

W latach 2019-2023 w Instytucie nie były przeprowadzane zewnętrzne audyty kliniczne jednostek ochrony zdrowia stosujących medyczne procedury radiologiczne. Z informacji uzyskanej od Dyrektora Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia⁴⁵ wynikało, że w latach 2019-2023 Instytut nie został wskazany przez żadną z komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych jako podmiot objęty audytem klinicznym zewnętrznym, zatem audyt w tej jednostce nie został przeprowadzony.

(akta kontroli str. 1917-1918)

W 2019 r. i 2021 r. w Instytucie przeprowadzono audyty kliniczne zdjęć mammograficznych.

Ponadto w ramach kontroli jakości badań mammograficznych realizowanej w ramach zadania pn.: „Poprawa jakości realizowanych w Polsce badań przesiewowych” przez Centralny Ośrodek Koordynujący, w latach 2019-2022 przeprowadzono kontrole jakości ww. badań realizowanych za pomocą dwóch mammografów zainstalowanych z Pracowni Mammograficznej oraz jednego mammografu mobilnego.

(akta kontroli str. 1432-1439, 1540-1777)

W okresie objętym kontrolą w Instytucie przeprowadzono cztery audyty zgodności z wymaganiami norm Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2015⁴⁶, oraz Systemu Zarządzania Środowiskowego ISO 14001:2015⁴⁷. Zakres audytów

⁴⁴ Procedury dot. 1. Galaktografii, 2. Fluoroskopii, jelito grube-dwukontrastowe, 3. Embolizacji przezcewnikowej nowotworów złośliwych.

⁴⁵ Dalej: „KCOR”.

⁴⁶ Certyfikat obejmuje: I. Świadczenia usług medycznych w zakresie: 1. Leczenie szpitalne – świadczenia w oddziałach. 2. Leczenie szpitalne – radioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa. 3. Leczenie szpitalne – chemioterapia. 4. Leczenie szpitalne – programy lekowe. 5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach. 6. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – diagnostyka kosztochłonna. 7. Świadczenia kontraktowane odrębnie. 8. Rehabilitacja lecznicza. 9. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. 10. Profilaktyczne programy zdrowotne. 11. Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. 12. Opieka paliatywna i hospicyjna. 13. Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-PIERS). II. Prowadzenie prac naukowo-badawczych.

⁴⁷ Certyfikat obejmuje: I. Świadczenia usług medycznych w zakresie: 1. Leczenie szpitalne – świadczenia w oddziałach. 2. Leczenie szpitalne – radioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa. 3. Leczenie szpitalne –

przeprowadzonych w Zakładach: Radioterapii, Brachyterapii, Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej, Planowania Radioterapii, Diagnostyki PET, Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Fizyki Medycznej dotyczył nadzoru, realizacji i dokumentowania świadczeń medycznych i diagnostycznych. Wskazane w raportach z audytu „Możliwości poprawy” nie dotyczyły zapisów ustawy Prawo atomowe, lecz niżej wymienionych kwestii:

- braku wskazania osoby odpowiedzialnej za nadzór i realizację wewnętrznych zarządzeń, co może utrudniać egzekwowanie realizacji zadań opisanych w zarządzeniach;
- braku autoryzacji wpisów odnośnie bieżącego utrzymania i przeglądu urządzeń technicznych używanych w Pralni;
- nieusunięcia nieaktualnych kart charakterystyki substancji niebezpiecznych z obowiązującego Spisu substancji i mieszanin niebezpiecznych;
- nieczytelnego nanoszenia wpisów przez serwisantów zewnętrznych w paszportach technicznych urządzeń medycznych;
- braku wskazania minimalnych ilości leków, jakie należy zapewnić w zestawie przeciwwstrząsowym;
- nieprzedstawienia dowodów szkolenia z zakresu epidemiologii w pracy z narażeniem na czynniki biologiczne (odpady medyczne niebezpieczne) dla pracowników Zakładu Utylizacji Odpadów.

(akta kontroli str. 1448-1539)

Ponadto w ramach realizacji procedur ujętych w Zintegrowanym Systemie Zarządzania⁴⁸ w okresie objętym kontrolą, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej przeprowadzono cztery audyty wewnętrzne, podczas których nie dokonano ustaleń.

(akta kontroli str. 1440-1447, 1934-1950)

W latach 2019-2022 r. nie przeprowadzono wewnętrznych audytów klinicznych określonych w art. 33u ust. 1 pkt 1 w związku z art. 33v ust. 1 ustawy Prawo atomowe, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 987-990, 999-1000)

W 2019 r. Wojewódzki Inspektor Sanitarny przeprowadził w Instytucie trzy kontrole w następującym zakresie:

- kontrola spełniania warunków ochrony radiologicznej u wnioskodawcy w związku z wnioskiem o wydanie zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na działanie promieniowania jonizującego;

chemioterapia. 4. Leczenie szpitalne – programy lekowe. 5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach. 6. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – diagnostyka kosztochłonna. 7. Świadczenia kontraktowane odrębnie. 8. Rehabilitacja lecznicza. 9. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. 10. Profilaktyczne programy zdrowotne. 11. Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. 12. Opieka paliatywna i hospicyjna. 13. Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-PIERS).II. Prowadzenie prac naukowo-badawczych.

⁴⁸ Instytut posiada certyfikowany Zintegrowany System Zarządzania zgodny z wymaganiami norm: PN-EN ISO 9001:2015 Systemy zarządzania jakością, PN-EN ISO 14001:2015 Systemy zarządzania środowiskowego. Jednostką certyfikacyjną, która udzieliła rekomendacji i przyznała certyfikaty Det Norske Veritas (DNV). Pierwsza certyfikacja miała miejsce 6 kwietnia 2012 r., certyfikat jest ważny do 5 kwietnia 2024 r. Certyfikat obejmuje następujący zakres: I. Świadczenia usług medycznych w zakresie: 1. Leczenie szpitalne – świadczenia w oddziałach. 2. Leczenie szpitalne – radioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa. 3. Leczenie szpitalne – chemioterapia. 4. Leczenie szpitalne – programy lekowe. 5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach. 6. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – diagnostyka kosztochłonna. 7. Świadczenia kontraktowane odrębnie. 8. Rehabilitacja lecznicza. 9. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. 10. Profilaktyczne programy zdrowotne. 11. Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. 12. Opieka paliatywna i hospicyjna. 13. Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-PIERS). II. Prowadzenie prac naukowo-badawczych.

- kontrola w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej u wnioskodawcy w związku z wnioskiem o wydanie zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na działanie promieniowania jonizującego;
- kontrola w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej w jednostkach organizacyjnych stosujących aparaty rentgenowskie dla celów medycznych.

Podczas ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie wydano zaleceń.

(akta kontroli str. 1778-1810)

1.6 Liczba kart zgłoszeń (MZ/N- 1a) nowych rozpoznań oraz podejrzeń nowotworów złośliwych przesłanych z NIO w Gliwicach do Krajowego Rejestru Nowotworów⁴⁹, w latach 2019-2023 (I kwartał) wyniosła łącznie: 134 268 kart, z tego według statusu: anulowana – 811⁵⁰, szkic – 0, do korekty 24⁵¹, wysłana do KRN⁵² – 55 442, analizowana – 0, zaakceptowana – 77 991⁵³, inne – 0. Odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych przypadkach wynosił: w 2019 r. - 100,0%, w 2020 r. – 100%, w 2021 r. - 98,7%, w 2022 r. – 99,6% i w 2023 r. (I kwartał) – 100,0%, natomiast odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu wynosił w 2019 r. – 91,0%, w 2020 r. – 89,0%, w 2021 r. – 88,0%, w 2022 r. – 76,0%, a w 2023 r. (I kwartał) – 60%. W okresie objętym kontrolą odsetek zgłoszeń z wypełnionym jedynie rozpoznaniem klinicznym ICD-10 wyniósł 0,0%.

(akta kontroli str. 35)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W latach 2019-2022 w Instytucie nie przeprowadzano wewnętrznych audytów klinicznych z zakresu rentgenodiagnostyki oraz radiologii zabiegowej, radioterapii i medycyny nuklearnej, co naruszało obowiązek wynikający z art. 33u ust. 1 pkt 1⁵⁴ w związku z art. 33v ust. 1 pkt 1⁵⁵ ustawy Prawo atomowe.

(akta kontroli str. 1440-1447, 1934-1950)

Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Zarządzania wyjaśniła, że w *NIO-PIB Oddział w Gliwicach* jakość świadczonych procedur medycznych związanych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego jest na bieżąco monitorowana i audytowana. Szeroki wachlarz podejmowanych działań sprawdzających pozwala kontrolować poprawność wykonywanych badań diagnostycznych i prowadzonych terapii z wykorzystaniem promieniowania.

W Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej corocznie przeprowadzane są audyty kliniczne badań mammograficznych. Zakład Medycyny Nuklearnej posiada certyfikaty jakości europejskich towarzystw EURACAN, ENETS CoE oraz ENDO-ERN. Obydwa Zakłady podlegają szczegółowym audytom, podczas których potwierdzana jest najwyższa jakość w zakresie leczenia, opieki nad pacjentem, organizacji jednostki oraz wymogów sprzętowych.

W Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz w Zakładzie Medycyny Nuklearnej prowadzona jest analiza zdjęć odrzuconych oraz kontrola dawek

⁴⁹ Dalej: KRN

⁵⁰ W 2021 r. – trzy karty, w 2022 r. – pięć kart, w 2023 r. (I kwartał) – 803 karty.

⁵¹ W 2019 r. – 20 kart, w 2020 r. – dwie karty i w 2022 r. – dwie karty.

⁵² W 2019 r. – 20 617 kart, w 2020 r. – 2 093 karty, w 2021 r. – 880 kart, w 2022 r. – 7 729 kart, w 2023 (I kwartał) – 24 123 karty.

⁵³ W 2019 r. – 22 695 kart, w 2020 r. – 18 927 kart, w 2021 r. – 12 023 karty, w 2022 r. – 12 235 kart, w 2023 r. (I kwartał) – 12 111 kart.

⁵⁴ Jednostki ochrony zdrowia stosujące medyczne procedury radiologiczne podlegają audytom klinicznym: 1) wewnętrznym; 2) zewnętrznym.

⁵⁵ Audyt kliniczny wewnętrzny jest przeprowadzany nie rzadziej niż co rok, a także: 1) w razie potrzeby – na pisemne polecenie kierownika jednostki ochrony zdrowia.

promieniowania otrzymywanych przez pacjentów. Ustalono dla badań diagnostycznych poziomy referencyjne są na bieżąco monitorowane.

Urządzenia radiologiczne NIO-PIB Oddział w Gliwicach systematycznie podlegają testom kontroli jakości. Sprawność urządzeń potwierdzają pozytywne wyniki wszystkich wykonywanych testów eksploatacyjnych. Przeprowadzane kontrole Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego i Państwowej Agencji Atomistyki pozostają bez uwag i zastrzeżeń w odniesieniu do standardów postępowania i realizacji procedur medycznych.

Szczegółowe medyczne procedury radiologiczne (...), w oparciu o które wykonywane są badania diagnostyczne lub leczenie z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, częściowo zostały umieszczone w Zintegrowanym Systemie Zarządzania NIO-PIB Oddział w Gliwicach. Audyty wewnętrzne przeprowadzane w ramach systemu ZSZ obejmują również weryfikację szczegółowych procedur klinicznych.

Audyty i kontrole przeprowadzane w NIO-PIB Oddział w Gliwicach stanowią wypełnienie wymagań audytów klinicznych wewnętrznych i zewnętrznych, o których mowa w art. 33u ustawy Prawo atomowe (Dz.U. 2023 poz. 1173).

Obowiązujące od dnia 04.01.2023 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych oraz wzoru raportów z ich przeprowadzenia (Dz.U. 2022 poz. 2683) określa zakres audytu klinicznego oraz wzór raportu z przeprowadzonego audytu. Audyty kliniczne wewnętrzne komórek organizacyjnych NIO-PIB Oddział w Gliwicach zgodnie z wymaganiami w/w rozporządzenia zaplanowane są na IV kwartał 2023 r.

(akta kontroli str. 999-1000)

NIK nie kwestionuje przeprowadzanych w Instytucie audytów wewnętrznych ZSZ, o których mowa w złożonych wyjaśnieniach, niemniej jednak zauważa, że audyty te przeprowadzone w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej obejmowały jedynie jeden z zakresów audytów, tj. rentgenodiagnostykę, a w przedłożonych protokołach z audytów wymienione zostały jedynie symbole procedur wewnętrznych podlegających audytowi oraz informacja o braku zaleceń poaudytowych.

Podkreślić należy, że przeprowadzanie klinicznych audytów wewnętrznych na podstawie ustawy Prawo atomowe jest obowiązkowe dla wszystkich podmiotów leczniczych stosujących w procesie diagnostyki i leczenia onkologicznego wysokie dawki promieniowania jonizującego.

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Instytut spełniał wymogi określone przez MZ konieczne do zawarcia umowy z NFZ. W Instytucie pacjentom udzielano świadczeń w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki raka piersi (etap podstawowy i pogłębiony) oraz raka szyjki macicy (etap podstawowy i pogłębiony), zagwarantowane zostały również pacjentom nowoczesne metody diagnostyki i leczenia każdego rodzaju nowotworów. Instytut świadczył kompleksową opiekę zarówno w ramach tzw. pakietu onkologicznego, jak i poza nim. Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono badania patomorfologiczne i genetyczne.

Pracownikom zatrudnionym przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych zapewniono bezpieczeństwo pracy, wyposażono w środki ochrony osobistej.

Przestrzegano przepisów dotyczących opracowania szczegółowych medycznych procedur radiologicznych. Jednakże nie przeprowadzano klinicznych audytów wewnętrznych zgodnie z przepisami ustawy Prawo atomowe.

Terminowo dokonywano zgłoszeń zachorowania na nowotwór złośliwy do WRN. Karty zgłoszenia nowotworów były kompletne i prawidłowo wypełniane.

W Instytucie działała Poradnia Żywieniowa oraz opracowano standardy leczenia pacjentów, które stosowano w trakcie ich leczenia. Każdy pacjent rozpoczynający leczenie podlegał ocenie stanu odżywienia, a ww. ocena była powtarzana w razie konieczności również w trakcie trwania leczenia. Wdrożono zasady systemu HACCP.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Łączna wartość świadczeń zrealizowanych w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w latach 2019-2023 (I kwartał) wyniosła: w 2019 r. – 393 977,6 tys. zł (co stanowiło 99,9% zakontraktowanych świadczeń na kwotę 394 176,0 tys. zł), w 2020 r. – 416 209,7 tys. zł (co stanowiło 98,46 % kwoty 422 710,0 tys. zł), w 2021 r. – 494 979,8 tys. zł (co stanowiło 100,9% kwoty 490 564,2 tys. zł), w 2022 r. – 605 970,6 tys. zł (co stanowiło 100,3% kwoty 604 011,9 tys. zł) i w 2023 r. (I kwartał) – 186 254,5 tys. zł (co stanowiło 105,9 % kwoty 174 008,5 tys. zł).

(akta kontroli str.22-32)

Z-ca Dyrektora ds. Finansów i Zarządzania wyjaśniła, że w odniesieniu do:

- roku 2019 planowana wartość umowy dla zakresu 03.001.309.02. – leki w programie lekowym – leczenie raka piersi wynosiła 29 884 511 zł, czyli o 120 955,95 zł ponad wartość rzeczywiście zrealizowaną. „Niedow wykonanie” w tym produkcie wynika z nieco wyższego planu finansowego, który został podniesiony przez ŚOW NFZ w aneksie nr 18 z dnia 15 października 2019 r. Ponadto świadczenia lekowe uzależnione są m.in. od parametrów pacjentów (wagi, wzrostu) czyli dawkowania na powierzchnię ciała, a zatem nie sposób zaplanować jakie ilości dawek leków zostaną zużyte na poszczególnych pacjentów. Natomiast „niedow wykonanie” w zakresie 03.4540.930.02 - chirurgia onkologiczna – hospitalizacja – pakiet onkologiczny wynika ze zbyt wysokiego planu finansowego określonego przez ŚOW NFZ aneksem nr KR z 14.02.2020 r. czyli po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Ponadto „niedow wykonanie” w lekach w stosunku do planu stanowi zaledwie 0,4 %, a dla świadczeń chirurgii onkologicznej stanowi 0,1%;

- w odniesieniu do roku 2020 i 2021 nie sposób porównywać planu finansowego z rzeczywistą realizacją w poszczególnych zakresach, ponieważ z uwagi na stan epidemii NFZ wprowadził możliwość uzyskania zaliczek na poczet realizacji umowy. NIO-PIB Oddział w Gliwicach skorzystał z tej możliwości, a zaliczki pobrane z NFZ były rozliczane w 2020 i 2021 r. Rozliczenie zaliczek odpowiadało całkowitej wartości zrealizowanych świadczeń, a nie poszczególnym zakresom. Wartości wskazane w planie finansowym nie były aktualizowane przez NFZ w poszczególnych latach i w poszczególnych zakresach, a rozliczanie zaliczek oparte było o plan spłaty generowany przez ŚOW NFZ. Jednakże, w roku 2021 sumaryczna wartość 386 993,44 zł nie została sfinansowana przez NFZ z tytułu nadwykonań;

- w odniesieniu do roku 2022 informuję, że umowa została w pełni rozliczona na podstawie ugody w oparciu o art. 132 c .[ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁶];

⁵⁶ Dz.U. z 2022 r., poz. 2561.

- w odniesieniu do roku 2023 informuję, że okres rozliczeniowy jest w toku zatem nie możemy rozpatrywać „nadwykonań” do bieżącego roku.

(akta kontroli str. 987,991-992)

W okresie objętym kontrolą Instytut realizował świadczenia onkologiczne w 182 zakresach:

a) najwyższe kwoty niewykonanych świadczeń w skali roku dotyczyły zakresu:

- teleradioterapia (kod świadczenia 03.0000.103.02) - w 2020 r. nie zrealizowano w stosunku do zakontraktowanych świadczeń na kwotę 3 093,9 tys. zł (zakontraktowano – 24 744,6 tys. zł, wykonano – 21 650,7 tys. zł),

- chirurgia onkologiczna – hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym (kod świadczenia 03.4540.998.02). W 2020 r. nie wykonano świadczeń na kwotę 1 148,2 tys. zł (zakontraktowano – 6 135,5 tys. zł, wykonano 4 987,3 tys. zł),

- pozytonowa tomografia emisyjna (PET) (kod świadczenia 11.7220.001.12). W 2020 r. nie wykonano świadczeń na kwotę 548,4 tys. zł (zakontraktowano – 14 218,0 tys. zł, wykonano 13 669,6 tys. zł),

- endokrynologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny (kod świadczenia 03.4030.930.02). W 2020 r. nie wykonano świadczeń na kwotę 513,8 tys. zł (zakontraktowano – 20 218,0 tys. zł, wykonano 19 704,3 tys. zł),

b) najwyższe kwoty tzw. nadwykonania w skali roku dotyczyły świadczeń z zakresu:

- chirurgia onkologiczna – hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym (kod świadczenia 03.4540.998.02). W 2021 r. kwota wykonanych w stosunku do zakontraktowanych świadczeń była wyższa o 1 529,07 tys. zł (zakontraktowano – 3 336,2 tys. zł, wykonano – 4 865,2 tys. zł),

- hematologia – hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym (kod świadczenia 03.4070.998.02) – w 2022 r. kwota wykonanych w stosunku do zakontraktowanych świadczeń była wyższa o 1 003,7 tys. zł (zakontraktowano – 3 386,6 tys. zł, wykonano – 4 390,3 tys. zł),

- onkologia kliniczna – hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym (kod świadczenia 03.4240.998.02). W 2022 r. kwota wykonanych w stosunku do zakontraktowanych świadczeń była wyższa o 813,7 tys. zł (zakontraktowano – 3 098,2 tys. zł, wykonano – 3 911,9 tys. zł).

(akta kontroli str.22-32)

Łączna liczba pacjentów i wartość wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, udzielonych pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego w okresie 2019-2023 (I kwartał) zarówno w AOS jak i Szpitalu wyniosła⁵⁷:

- w 2019 r. przyjęto 74 849 pacjentów, którym udzielono 141 808 świadczeń o wartości 198 222,8 tys. zł, z tego w ramach pakietu onkologicznego przyjęto 15 455 pacjentów (20,6%), którym udzielono 19 838 świadczeń (14,0%) o wartości 139 263,2 tys. zł;

- w 2020 r. przyjęto 67 698 pacjentów, którym udzielono 132 719 świadczeń o wartości 191 593,6 tys. zł, z tego w ramach pakietu onkologicznego przyjęto 15 035 pacjentów (22,2%), którym udzielono 19 522 świadczenia (14,7%) o wartości 139 262,2 tys. zł;

⁵⁷ Dotyczy pacjentów z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.

- w 2021 r. przyjęto 69 239 pacjentów, którym udzielono 139 761 świadczeń o wartości 208 844,7 tys. zł, z tego w ramach pakietu onkologicznego przyjęto 20 018 pacjentów (28,9%), którym udzielono 45 532 świadczeń (32,6%) o wartości 164 533,1 tys. zł;
- w 2022 r. przyjęto 77 730 pacjentów, którym udzielono 147 576 świadczeń o wartości 267 096,9 tys. zł, z tego w ramach pakietu onkologicznego przyjęto 32 062 pacjentów (41,2%), którym udzielono 63 932 świadczenia (43,3%) o wartości 219 981,2 tys. zł;
- w 2023 r. (I kwartał) przyjęto 32 512 pacjentów, którym udzielono 44 278 świadczenia o wartości 82 391,0 tys. zł, z tego w ramach pakietu onkologicznego przyjęto 12 433 pacjentów (38,2%), którym udzielono 19 172 świadczenia (43,3%) o wartości 68 670,9 tys. zł.

Udział liczby pacjentów i liczby rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, udzielonych poza pakietem onkologicznym wyniósł odpowiednio: w 2019 r. – 79,3% wszystkich pacjentów (59 394 pacjentów), i 86,0% wszystkich świadczeń (121 970 świadczeń), w 2020 r. 77,8% (52 663 pacjentów) i 85,3% (113 197 świadczeń), w 2021 r. – 71,1% (49 221 pacjentów) i 67,4% (94 229 świadczeń), w 2022 r. – 58,8% (45 668 pacjentów) i 56,7% (83 644 świadczeń) i w 2023 r. (I kwartał) – 61,8% (20 079 pacjentów) i 56,7% (25 106 świadczeń).

(akta kontroli str. 33-34)

Z-ca Dyrektora ds. Finansów i Zarządzania wyjaśniła, że: *zakres pakietu onkologicznego jest dedykowany do rozliczania wyłącznie świadczeń z zakresu diagnostyki wstępnej lub pogłębionej u pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). W przypadku NIO-PIB Oddział w Gliwicach proces diagnostyczny, oparty przede wszystkim na pobraniu materiału podejrzanego do badania histopatologicznego (diagnostyka wstępna) i wykonanie badań obrazowych, immunohistochemicznych i genetycznych (diagnostyka pogłębiona), prowadzony jest w poradniach specjalistycznych, których zadaniem jest przygotowanie pacjenta na konsylium pod kątem rozważenia najskuteczniejszego sposobu leczenia onkologicznego, czyli radykalnego zabiegu operacyjnego. Dlatego też pakiet onkologiczny w poradniach specjalistycznych jest w niewielkim stopniu realizowany, gdyż trafiają tam pacjenci już po konsylium wielodyscyplinarnym, do realizacji leczenia onkologicznego, poradnie te pełnią funkcje przede wszystkim poradni konsultujących.*

Do zakresów „poza pakietem” do rozliczenia trafiają porady specjalistyczne u pacjentów z rozpoznaniem nowotworowymi, będących już po konsylium (wizyty kontrolne w trakcie i po leczeniu), gdyż porad tych według wytycznych Prezesa NFZ nie można rozliczyć w zakresie pakietu onkologicznego. W związku z powyższymi wyjaśnieniami należy stwierdzić, iż odsetek pacjentów rozliczonych w zakresach „pakiet onkologiczny” był adekwatny do liczby pacjentów z kartą DiLO, na rzecz których udzielone świadczenia, zgodnie z wytycznymi Zarządzeń Prezesa NFZ, były możliwe do rozliczenia w danym zakresie.

(akta kontroli str. 987-988,992-993)

2.2. Według stanu na koniec I kwartału w kolejnych latach objętych kontrolą liczba pacjentów oczekujących wyniosła: w 2019 r. – 3 546 pacjentów oczekujących (z tego: 2 350 przypadków stabilnych i 1 196 przypadków pilnych), w 2020 r. – 3 886 (z tego: 2 750 przypadków stabilnych i 1 136 przypadków pilnych), w 2021 r. – 3 157 (z tego: 2 014 przypadków stabilnych i 1 143 przypadki pilne), w 2022 r. – 3 376 (z tego: 2 083 przypadki stabilne i 1 293 przypadki pilne), w 2023 r. – 4 495 (z tego: 2 869 przypadków stabilnych i 1 626 przypadków pilnych).

Największa liczba oczekujących na udzielenie świadczenia i średni czas oczekiwania wystąpiła w⁵⁸:

- 2019 r.: w Poradni Onkologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 447 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 27 dni, w Poradni Genetyki i wyniosła 366 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 106 dni, w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 353 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 133 dni;
- 2020 r.: w Poradni Onkologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 812 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 30 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.), w Poradni Genetyki i wyniosła 778 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 124 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.), w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 382 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 104 dni (w odniesieniu do 2019 r. wystąpił nieznaczny wzrost liczby pacjentów ale spadek średniego czasu oczekiwania);
- 2021 r.: w Poradni Genetyki i wyniosła 600 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 130 dni (w odniesieniu do 2020 r. wystąpił spadek liczby pacjentów ale wzrost średniego czasu oczekiwania), w Poradni Onkologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 660 pacjentów ze średnim czasem

⁵⁸ a) Największa liczba oczekujących w grupie pacjentów o statusie stabilny wystąpiła w:

1) 2019 r.: w Zakładzie Radioterapii i Diagnostyki Obrazowej – świadczenia rezonansu magnetycznego i wyniosła 691 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 177 dni, w Poradni Genetyki i wyniosła 348 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 119 dni, w Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) i wyniosła 339 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 164 dni, 2) 2020 r.: w Poradni Genetyki i wyniosła 679 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 239 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.), w Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 564 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 51 dni, w Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) i wyniosła 381 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 132 dni (w odniesieniu do 2019 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), 3) 2021 r.: w Poradni Genetyki i wyniosła 479 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 301 dni (w odniesieniu do 2020 r. spadła liczba pacjentów, ale wzrósł średni czas oczekiwania), Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 409 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 36 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.), w Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) i wyniosła 354 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 126 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.), 4) 2022 r.: w Poradni Genetyki i wyniosła 526 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 230 dni (w odniesieniu do 2021 r. wzrosła liczba pacjentów, ale spadł średni czas oczekiwania), Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 327 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 53 dni (w odniesieniu do 2021 r. wystąpił spadek liczby pacjentów, ale wzrósł średni czas oczekiwania), w Zakładzie Radioterapii i Diagnostyki Obrazowej – świadczenia rezonansu magnetycznego i wyniosła 221 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 64 dni, 4) 2023 r.: w Poradni Genetyki i wyniosła 972 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 194 dni (w odniesieniu do 2022 r. wzrosła liczba pacjentów, ale spadł średni czas oczekiwania), Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) i wyniosła 469 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 112 dni, Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 435 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 45 dni (w odniesieniu do 2022 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania).

b) Największa liczba oczekujących w grupie pacjentów o statusie pilny wystąpiła w:

1) 2019 r.: w Zakładzie Radioterapii i Diagnostyki Obrazowej – świadczenia rezonansu magnetycznego i wyniosła 363 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 66 dni, w Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 203 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 18 dni, w Poradni Chirurgii Onkologicznej i wyniosła 111 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 26 dni, 2) 2020 r.: w Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 248 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 14 dni (w odniesieniu do 2019 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), w Ośrodku Rehabilitacji Diennej i wyniosła 138 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 111 dni, w Zakładzie Radioterapii i wyniosła 132 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 16 dni, 3) 2021 r.: w Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 251 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 12 dni (w odniesieniu do 2020 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), w Ośrodku Rehabilitacji Diennej i wyniosła 158 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 98 dni (w odniesieniu do 2020 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), w Zakładzie Radioterapii i wyniosła 122 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 12 dni (odnotowano spadek w odniesieniu do 2020 r.), 4) 2022 r.: w Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 327 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 10 dni (w odniesieniu do 2021 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), w Zakładzie Diagnostyki PET i wyniosła 181 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 49 dni, w Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) i wyniosła 113 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 31 dni, 5) 2023 r.: w Poradni Onkologicznej (KOLCE) i wyniosła 362 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 12 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) i wyniosła 324 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 63 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Genetyki i wyniosła 234 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 30 dni.

- oczekiwania 22 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 220 r.), w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 388 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 106 dni;
- 2022 r.: w Poradni Onkologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 654 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 22 dni (w odniesieniu do 2021 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów ale spadek czasu oczekiwania), w Poradni Genetyki i wyniosła 611 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 82 dni (w odniesieniu do 2021 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów ale spadek czasu oczekiwania), w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 320 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 72 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2021 r.);
 - 2023 r.: w Poradni Genetyki i wyniosła 1 206 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 113 dni (wystąpił znaczny wzrost w odniesieniu do 2022 r.); w Poradni Onkologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 797 pacjentów, ze średnim czasem oczekiwania 19 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) i wyniosła 793, ze średnim czasem oczekiwania 82 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.).

(akta kontroli str. 925-934)

Jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora Instytutu:

a) Przyczyną wzrostu liczby pacjentów przyjętych w Poradni Onkologicznej w roku 2020 w odniesieniu do roku 2019 były możliwości organizacyjne NIO-PIB Oddziału w Gliwicach dzięki powstawaniu nowych gabinetów konsultacyjnych. W latach 2021- 2022 ze względu na pandemię nastąpił spadek zgłaszających się na wizytę pierwszorazową pacjentów. Po zakończeniu pandemii w 2023 r. liczba pacjentów oczekujących sukcesywnie wzrasta.

b) Przyczyną wzrostu liczby pacjentów przyjętych w Poradni Genetycznej w roku 2020 w odniesieniu do roku 2019 był wzrost świadomości społecznej o korzyściach wynikających z wykonywania badań genetycznych. W latach 2021- 2022 ze względu na pandemię nastąpił spadek zgłaszających się pacjentów na wizytę pierwszorazową. W roku 2023 ze względu na możliwości organizacyjne w tym możliwości przyjmowania zwiększonej ilości pacjentów pierwszorazowych oraz konieczności wykonania badań genetycznych w celu kwalifikacji pacjentów do leczenia w ramach programów lekowych, nastąpił wzrost liczby pacjentów oczekujących.

c) Nieznaczny wzrost liczby pacjentów w Poradni Endokrynologicznej przyjętych w 2020 r. odnośnie do roku 2019 wynikał z możliwości organizacyjnych NIO- PIB Oddziału w Gliwicach. Lata 2020-2021 były porównywalne, natomiast w roku 2022 ze względu na pandemię nastąpił spadek liczby oczekujących w odniesieniu do roku 2021. W roku 2023 po zakończeniu pandemii nastąpiło wyraźne zwiększenie liczby zgłaszających się osób do naszej placówki ze skierowaniem do Poradni Endokrynologicznej z całej Polski.

(akta kontroli str. 1165,1166-1167)

Najdłuższy średni czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia wystąpił w⁵⁹:

- 2019 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej⁶⁰ – 137 dni, w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) – 133, w Poradni Genetyki – 106;
- 2020 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 172 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.), w Poradni Genetyki – 124 (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.), w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) – 104 (wystąpił spadek w odniesieniu do 2019 r.);
- 2021 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 170 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.), w Poradni Genetyki – 130 (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2020 r.), w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) – 106 (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2020 r.);
- 2022 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 248 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Poradni Genetyki – 82 (wystąpił spadek w odniesieniu do 2021 r.), w Poradni Endokrynologicznej (AP-KOLCE) – 72 (wystąpił spadek w odniesieniu do 2021 r.);
- 2023 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 147 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Genetyki – 113 (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Zwalczania Bólu – 84.

(akta kontroli str. 925-934)

Jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ds. Finansów i Zarządzania Instytutu:

a) *Przyczyną wzrostu średniego czasu oczekiwania w Ośrodku Rehabilitacji Diennej w roku 2020 w porównaniu do roku 2019 było zwiększenie świadomości osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością. W 2020 r. zwiększyła się ilość*

⁵⁹ Najdłuższy średni czas oczekiwania w grupie pacjentów o statusie stabilnym wystąpił w:

1) 2019 r.: w Poradni Genetyki – 366 dni, w Zakładzie Radioterapii i Diagnostyki Obrazowej – świadczenia rezonansu magnetycznego – 177 dni, w Poradni Endokrynologicznej – 164 dni, 2) 2020 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 351 dni, w Poradni Genetyki – 239 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2019 r.), w Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) – 132 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2019 r.), 3) 2021 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 349 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.), w Poradni Genetyki – 301 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2020 r.), w Poradni Endoskopowa - kolonoskopia – 100 dni, 4) 2022 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 331 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2021 r.), w Poradni Genetyki – 230 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2021 r.), w Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) – 112 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2021 r.), 5) 2023 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 273 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Genetyki – 194 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) – 112 dni.

Najdłuższy średni czas oczekiwania w grupie pacjentów o statusie pilnym wystąpił w:

1) 2019 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 78 dni, w Zakładzie Radioterapii i Diagnostyki Obrazowej – świadczenia rezonansu magnetycznego – 66 dni i – świadczenia tomografii komputerowej – 50 dni, 2) 2020 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 111 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.), w Poradni Zwalczania Bólu – 61 dni, Oddziale Hematologii – 53 dni, 3) 2021 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 98 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.), w II Klinice Radioterapii i Chemioterapii – 42 dni, w Oddziale Diennej Chemioterapii – 30 dni, 4) 2022 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 204 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Zakładzie Diagnostyki PET – 49 dni, w Poradni Endoskopowa - kolonoskopia – 38 dni, 4) 2023 r.: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 105 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Zwalczania Bólu – 65 dni, Poradni Endokrynologicznej (KOLCE) – 63 dni.

⁶⁰ Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku dziennym polega na kompleksowej rehabilitacji wielonarządowej ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań onkologicznych. Program rehabilitacji ogólnoustrojowej skierowany jest do pacjentów leczonych onkologicznie z powodu nowotworów o różnym umiejscowieniu, oraz pacjentów z obrzękiem chłonnym o różnej etiologii i umiejscowieniu. W ramach Kompleksowej Opieki Onkologicznej prowadzona była również rehabilitacja osób leczonych z powodu raka piersi (po amputacji, zabiegach oszczędzających pierś i rekonstrukcji piersi), u pacjentów leczonych z powodu nowotworów w regionie głowy i szyi, guzów tkanek miękkich, nowotworów ośrodkowego układu nerwowego, nowotworów narządów rodnych, nowotworów w obrębie jamy brzusznej. W Ośrodku Rehabilitacji Diennej pacjenci, u których w wyniku leczenia onkologicznego wystąpiły zaburzenia artykulacji/ wymowy, dysfagii (polykania), itp. mogli skorzystać z opieki neurologopedycznej.

pacjentów którzy byli przyjęci z kategorią wpisu: posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z tym terminy dla pacjentów oczekujących wydłużyły się. Średni czas oczekiwania w latach 2020-2021 był porównywalny. Natomiast w roku 2022 średni czas oczekiwania znacznie wydłużył się ze względu na wprowadzenie w roku 2021 Kompleksowej Opieki Onkologicznej nad Pacjentem Nowotworowym (KON-PIERSI) (...). Pacjenci objęci leczeniem w ramach Kompleksowej Opieki Onkologicznej nad Pacjentem Nowotworowym otrzymali szybsze terminy z kategorią wpisu: kontynuujący leczenie. Jednocześnie spowodowało to zmniejszenie się pozostałej liczby osób oczekujących w 2023r. ponieważ pacjenci objęci Kompleksową Opieką Onkologiczną, którzy byli do tej pory wpisywani z kategorią wpisu: oczekujący są obecnie wpisywani z kategorią wpisu: kontynuujący leczenie w harmonogramie. Zmniejszenie ilości pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia do których już nie zalicza się pacjentów oczekujących w ramach KON-PIERSI spowodowało zmniejszenie średniego czasu oczekiwania.

- b) Przyczyną spadku średniego czasu oczekiwania w Poradni Endokrynologicznej w roku 2020 w odniesieniu do roku 2019 były możliwości organizacyjne w NIO-PIB Oddziału w Gliwicach, które pozwoliły na przyjęcie porównywalnej liczby osób pierwszorazowych w krótszym czasie. Średni czas oczekiwania w roku 2021 był porównywalny do roku 2020. W roku 2022 ze względu na pandemię do NIO-PIB Oddziału w Gliwicach zgłaszała się mniejsza ilość pacjentów, co spowodowało skrócenie się czasu oczekiwania dla pacjentów pierwszorazowych. W roku 2023 po zakończeniu pandemii nastąpiło wyraźne zwiększenie się liczby zgłaszających się osób, co powoduje wydłużanie czasu oczekiwania.
- c) Przyczyną wzrostu średniego czasu oczekiwania w Poradni Genetycznej w roku 2020 w odniesieniu do roku 2019 było zwiększenie się ilości pacjentów zgłaszających się na wizytę pierwszorazową. Rok 2021 był porównywalny do roku 2020. W roku 2022 średni czas oczekiwania skrócił się dzięki możliwościom organizacyjnym w NIO-PIB Oddziału w Gliwicach. W roku 2023 ze względu na możliwość przyjmowania zwiększonej ilości pacjentów pierwszorazowych oraz konieczności wykonania badań genetycznych w celu kwalifikacji pacjentów do leczenia w ramach programów lekowych, nastąpił wzrost liczby pacjentów oczekujących co powoduje wydłużenie średniego czasu oczekiwania.
- d) Przyczyną wzrostu średniego czasu oczekiwania w Poradni Leczenia Bólu w roku 2023 w odniesieniu do roku 2022 było zwiększenie liczby pacjentów przyjmowanych z planu leczenia, którzy wymagali ciągłego, cyklicznego podawania leków przez co wydłużył się czas oczekiwania pacjentów pierwszorazowych. Od marca 2023 r. dzięki zmianom organizacyjnym w NIO-PIB Oddziale w Gliwicach zwiększono ilość przyjmowania pacjentów pierwszorazowych. Dzięki temu w II kwartale 2023 r. średni czas oczekiwania wyniósł 66 dni a w III kwartale 2023 r. 43 dni.

(akta kontroli str. 1165,1167-1169)

W wyniku badania trzech harmonogramów przyjęć z pierwszego kwartału 2023 r. (Poradnia Onkologiczna (AP-KOLCE), Kolonoskopia (AP-KOLCE), Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej), z uwzględnieniem próby 20 pacjentów kolejno zapisanych w każdym z tych harmonogramów stwierdzono, że harmonogramy prowadzone były w postaci elektronicznej i zawierały dane wynikające z art. 19a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶¹.

⁶¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.

Stwierdzono, że w badanej grupie oczekujących na udzielenie świadczenia było 18 pacjentów: 15 z nich ze statusem „Oczekujący” i trzech ze statusem „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DILO”. Czas oczekiwania tych pacjentów na udzielenie świadczenia wynosił dla pierwszej grupy od trzech do 51 dni (z tego trzy dni dotyczą oczekującego, który nie zgłosił się w wyznaczonym terminie). Natomiast w grupie pacjentów z kartą DILO czas oczekiwania wynosił od dwóch do 14 dni.

Różnice w czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia spowodowane były posiadaniem przez część pacjentów karty DILO, w przypadku których czas na przeprowadzenie diagnostyki jest regulowany wymogami wynikającymi z przepisów prawa. Tym samym pacjenci ze statusem DILO są przyjmowani w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Ponadto w przypadku poradni onkologicznej na harmonogram składają się harmonogramy poszczególnych gabinetów i pracowni, które niezależnie od siebie ustalają terminy przyjęć pacjentów. Innym czynnikiem mającym wpływ na termin udzielenia świadczeń był rodzaj rozpoznania i stopień zaawansowania choroby nowotworowej, który determinował sposób leczenia pacjenta. Ponadto w przypadku harmonogramu związanego z wykonywaniem świadczeń kolonoskopowych wpływ na termin ich realizacji miał również problemy kadrowe związane z niewystarczającą liczbą lekarzy z wymaganą do przeprowadzania tego typu badań specjalizacją.

(akta kontroli str. 962-986)

Na podstawie badania próby⁶² 30 pacjentów dla których została wydana karta DILO⁶³ szczegółowo opisanego pkt. 2.3, 2.4 wystąpienia pokontrolnego oraz szczegółowego badania harmonogramów przyjęć pacjentów do poradni/oddziałów szpitala⁶⁴ stwierdzono, że pacjenci nieobjęci tzw. „szybką ścieżką onkologiczną” oczekiwali na diagnostykę/leczenie znacznie dłużej, aniżeli pacjenci DILO, dla których terminy przeprowadzenia diagnostyki i podjęcia leczenia regulują akty prawne.

2.3. W latach 2019-2023 (I kw.) do Szpitala zgłosiło się 4 778 pacjentów z kartami DILO wystawionymi przez innych świadczeniodawców, w tym 3 167 kart wystawili lekarze POZ, 1 580 kart wystawiono w AOS oraz 31 kart zostało wystawionych w ramach realizacji programów zdrowotnych. W tym samym okresie w Instytucie wystawiono 21 707 kart DILO, w tym w AOS – 17 708 kart, w leczeniu szpitalnym 3 999 kart.

(akta kontroli str. 1855-1856)

Ze szczegółowego badania próby 30 kart DILO⁶⁵ wynikało, że dla każdego z pacjentów wyznaczono Koordynatora leczenia onkologicznego.

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. finansów i Zarządzania wynikało, że: *do zadań koordynatora należy udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynowanie tego procesu, a w szczególności:*

- *ustalanie terminów badań, konsultacji czy zabiegów ustalonych w planie leczenia oraz informowanie o nich pacjenta,*
- *koordynacja wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia,*

⁶² Próba 30 kart DILO została wybrana z wykorzystaniem generatora liczb losowych (Pomocnik Kontrolera). Doboru dokonano z populacji 27 073 kart pacjentów z ustalonym planem leczenia onkologicznego: w jego trakcie lub po zakończeniu.

⁶³ W tym ośmiu pacjentów, dla których Kartę DILO wydał inny świadczeniodawca.

⁶⁴ Poradnia Onkologiczna, Kolonoskopia (KOLCE), Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej.

⁶⁵ Próba 30 kart DILO została wybrana z wykorzystaniem generatora liczb losowych (Pomocnik Kontrolera). Doboru dokonano z populacji 27 073 kart pacjentów z ustalonym planem leczenia onkologicznego: w jego trakcie lub po zakończeniu.

- stały kontakt z pacjentem (telefoniczny, mailowy i osobisty) oraz lekarzem prowadzącym,
- stały kontakt z innymi szpitalami w celu koordynacji terminów posiedzeń dla pacjentów, zgłaszanie potrzeby przekierowania karty DİLO do kontynuacji leczenia,
- tworzenie i kompletowanie dokumentacji medycznej, w tym związanej z planem leczenia.

Koordinator nie dokonywał wpisów w dokumentacji medycznej, wszystkie terminy badań/konsultacji zlecone przez lekarza ustalone są przez sekretarkę lub koordynatora. Terminy badań/konsultacji planowanego dalszego leczenia są dostępne w historii choroby oraz w harmonogramach w systemie AMMS. W przypadku przekładania wizyt pacjentom stosowne adnotacje zostają zamieszczone przez koordynatora w uwagach do rezerwacji w systemie AMMS.

(akta kontroli str.1169-1170,1859-1901,1919-1920)

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Zarządzania: opieka psychoonkologa/psychologa realizowana jest dla wszystkich pacjentów NIO-PIB Oddziału w Gliwicach na podstawie procedury nr P-228: „Opieka psychologiczna - Sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie”. Potrzeba wykonania konsultacji psychologicznej u pacjentów może być zgłoszona przez personel medyczny, samego pacjenta, rodzinę pacjenta. Psycholog na podstawie obserwacji zachowania pacjenta w czasie pobytu pacjenta na oddziale lub na podstawie informacji uzyskanych z dokumentacji medycznej sugerujących wysoki poziom stresu pacjenta również może taką potrzebę wykonania konsultacji zgłosić lekarzowi sprawującemu opiekę nad pacjentem i ją zrealizować. Każda konsultacja, która odbywa się w warunkach oddziału lub w Przychodni jest dokumentowana w systemie AMMS.

Wszyscy pacjenci leczeni w NIO-PIB Oddziale w Gliwicach mają dostęp do opieki fizjoterapeutycznej. Pacjenci w trakcie hospitalizacji są kierowani do fizjoterapii na zlecenie lekarza prowadzącego w uzasadnionych klinicznie przypadkach. U pacjentów ambulatoryjnych fizjoterapia i opieka psychologiczna realizowana jest w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach ośrodka dziennego na podstawie skierowania. Opis procesu opieki fizjoterapeutycznej w NIO-PIB Oddziale w Gliwicach znajduje się w procedurze nr P- 225: „Opieka fizjoterapeutyczna – Sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie”⁶⁶. Opieka fizjoterapeutyczna jest dokumentowana na formularzach wymienionych w procedurze, które znajdują się w systemie AMMS i historii choroby pacjenta.

(akta kontroli str. 1165,1169-1170)

W skład wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych⁶⁷ wchodził lekarze specjaliści wskazani w rozporządzeniu w sprawie świadczeń w leczeniu szpitalnym. Zespoły zostały powołane i działały na podstawie Zarządzeń Dyrektora Instytutu⁶⁸

⁶⁶ Wraz z formularzami służącymi do dokumentowania fizjoterapii jak np. Karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej w klinikach.

⁶⁷ W Instytucie konsylia działały przy każdej z trzech Klinik Radioterapii i Chemioterapii, Klinice Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Zakładzie Radioterapii, Zakładzie Brachyterapii. Konsylia zostały utworzone również w ramach: Zespołu Narządowego Przewodu Pokarmowego, Zespołu Narządowego Przewodu Pokarmowego COLORECTAL UNIT, Zespołu Narządowego Guzów Jajnika, Zespołu Narządowego Głowy i Szyi, Ośrodka Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Układu Wydzielania Wewnętrznego, Zespołu Guzów Tkanek Miękkich, Zespołu ds. Raka i Czerniaka Skóry, Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi – Centrum Kompetencji Raka Piersi.

⁶⁸ Zarządzenie Nr 11/2019 z dnia 12 marca 2019 r., Zarządzenie Nr 12/2022 z dnia 23 lutego 2022 r. oraz Zarządzenie Nr 15/2022 z dnia 9 marca 2022 r. zmieniające Zarządzenie Nr 12/2022.

w sprawie powołania wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych oraz koordynatorów leczenia onkologicznego.

(akta kontroli str. 1023-1025, 1151-1164)

2.4. Z uwagi na dużą liczbę pacjentów, którzy w latach 2019 – 2023 (I kwartał) uzyskali świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zlecone na podstawie kart DILO i wynikający z tego fakt, że z systemów informatycznych Instytutu wygenerowane zostały dane do przeprowadzenia badania terminowości udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego dla 29 843 Kart DILO, powyższe badanie zostało przeprowadzone na próbie 30 kart DILO – opisanej w punkcie nr 2.3.

Na podstawie badania 30 kart DILO ustalono, że:

- w przypadku czterech na 30 pacjentów (tj. 13,3% próby) z wystawioną kartą DILO przeprowadzono diagnostykę wstępną, pogłębianą oraz odbyło się posiedzenie konsylium, na którym ustalono plan leczenia;
- w przypadku jednego pacjenta (tj. 3,33% próby) przeprowadzono diagnostykę wstępną, zabieg diagnostyczno-leczniczy oraz ustalono plan leczenia onkologicznego;
- w przypadku jednego pacjenta (tj. 3,33% próby) przeprowadzono diagnostykę wstępną oraz ustalono plan leczenia onkologicznego;
- w przypadku jednego pacjenta (tj. 3,33% próby) na podstawie karty DILO przeprowadzono zabieg diagnostyczno-leczniczy i ustalono plan leczenia onkologicznego;
- u 17 pacjentów (tj. 56,6 % próby) przeprowadzono diagnostykę pogłębianą oraz ustalono plan leczenia;
- u sześciu pacjentów (tj. 20 % próby) kartę DILO wydano na ustalenie planu leczenia.

Wszyscy pacjenci podjęli leczenie, zgodnie z ustalonym planem, a jeden pacjent, w okresie objętym kontrolą, je zakończył.

W przypadku dwóch pacjentów (tj. 6,6% próby) nie został zachowany 21 dniowy termin realizacji diagnostyki pogłębianej wynikający z § 6a ust. 4 pkt 2 rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych w AOS, a ponadto w jednym przypadku nie zachowano również 14 dniowego terminu na rozpoczęcie leczenia, wynikającego z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1023-1026)

2.5. W okresie objętym kontrolą Instytut udzielał świadczeń w ramach programów profilaktycznych z zakresu:

- raka piersi (etap podstawowy i diagnostyki pogłębianej).

W 2019 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 10 240 pacjentek przeprowadzono badania mammograficzne o wartości 852,6 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębianej 2 301 pacjentom udzielono świadczeń o łącznej wartości 127,5 tys. zł, w tym przeprowadzono: 473 badania mammograficzne, 839 porad, 801 USG piersi, 132 biopsje gruczołowe i 58 biopsji cienkoigłowych.

W 2020 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 5 949 pacjentek przeprowadzono badania mammograficzne o wartości 506 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębianej 1 636 pacjentom udzielono świadczeń o łącznej wartości 99,7 tys. zł, w tym przeprowadzono: 353 badania mammograficzne, 597 porad, 535 USG piersi, 129 biopsji gruczołowych i 24 biopsje cienkoigłowe.

W 2021 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 10 246 pacjentek przeprowadzono badania mammograficzne o wartości 871,4 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębianej

2 150 pacjentom udzielono świadczeń o łącznej wartości 124,8 tys. zł, w tym przeprowadzono: 487 badań mammograficznych, 771 porad, 720 USG piersi, 138 biopsji gruboigłowych i 36 biopsji cienkoigłowych.

W 2022 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 8 630 pacjentek przeprowadzono badania mammograficzne o wartości 928,8 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębionej 2 028 pacjentom udzielono świadczeń o łącznej wartości 144,8 tys. zł, w tym przeprowadzono: 399 badań mammograficznych, 753 porady, 690 USG piersi, 142 biopsje gruboigłowe i 49 biopsji cienkoigłowych.

W I kwartale 2023 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 1 298 pacjentek przeprowadzono badania mammograficzne o wartości 153,8 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębionej 502 pacjentom udzielono świadczeń o łącznej wartości 38,3 tys. zł, w tym przeprowadzono: 120 badań mammograficznych, 184 porady, 167 USG piersi, 26 biopsji gruboigłowych i sześć biopsji cienkoigłowych.

- raka szyjki macicy (etap podstawowy i diagnostyki pogłębionej)

W 2019 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 27 716 pacjentek przeprowadzono badanie cytologiczne o wartości 603,9 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębionej u 111 pacjentek przeprowadzono badania kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego, o wartości 27,3 tys. zł.

W 2020 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 15 141 pacjentek przeprowadzono badanie cytologiczne o wartości 338,5 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębionej u 79 pacjentek przeprowadzono badania kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego, o wartości 22 tys. zł.

W 2021 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 17 146 pacjentek przeprowadzono badanie cytologiczne o wartości 383,3 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębionej u 89 pacjentek przeprowadzono badania kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego, o wartości 24,8 tys. zł.

W 2022 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 15 430 pacjentek przeprowadzono badanie cytologiczne o wartości 435,3 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębionej u 50 pacjentek przeprowadzono badania kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego, o wartości 16,4 tys. zł.

W I kwartale 2023 r. w ramach diagnostyki podstawowej u 2 996 pacjentek przeprowadzono badanie cytologiczne o wartości 98,8 tys. zł. W ramach diagnostyki pogłębionej u dziewięciu pacjentek przeprowadzono badania kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego, o wartości 3,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 1841-1852)

Poza programami profilaktycznymi wykonano:

- świadczenia dotyczące chorób piersi:

W 2019 r. 14 508 pacjentkom wykonano 22 296 badań mammograficznych (68% wszystkich badań mammograficznych – w tym wykonanych w ramach programu profilaktycznego), 7 032 pacjentkom wykonano 8 352 badania USG piersi (91% wszystkich badań USG piersi – w tym wykonanych w ramach programu profilaktycznego), 173 pacjentkom wykonano 175 biopsji gruboigłowych piersi wspomaganych próżnią pod kontrolą USG – takich badań nie wykonywano w ramach programu profilaktycznego, 2 033 pacjentkom wykonano 2 558 biopsji gruboigłowych (95% wszystkich biopsji gruboigłowych piersi - w tym wykonanych w ramach programu profilaktycznego), 611 pacjentkom wykonano 662 biopsje cienkoigłowe (92% wszystkich biopsji cienkoigłowych – w tym wykonanych w ramach programu profilaktycznego).

W 2020 r. 12 286 pacjentkom wykonano 19 044 badania mammograficzne (75% wszystkich), 6 093 pacjentkom wykonano 6 979 badań USG piersi (93% wszystkich),

102 pacjentkom wykonano 106 biopsji gruboigłowych piersi wspomaganych próżnią pod kontrolą USG – takich badań nie wykonywano w ramach programu profilaktycznego, 1 739 pacjentkom wykonano 2 279 biopsji gruboigłowych (95% wszystkich), 323 pacjentkom wykonano 352 biopsje cienkoigłowe (94% wszystkich).

W 2021 r. 11 060 pacjentkom wykonano 18 017 badań mammograficznych (63% wszystkich), 6 016 pacjentkom wykonano 7 127 badań USG piersi (91% wszystkich), 152 pacjentkom wykonano 156 biopsji gruboigłowych piersi wspomaganych próżnią pod kontrolą USG – takich badań nie wykonywano w ramach programu profilaktycznego, 1 948 pacjentkom wykonano 2 631 biopsji gruboigłowych (95% wszystkich), 289 pacjentkom wykonano 306 biopsji cienkoigłowych (89% wszystkich).

W 2022 r. 12 055 pacjentkom wykonano 19 692 badania mammograficzne (69% wszystkich), 6 346 pacjentkom wykonano 7437 badań USG piersi (98% wszystkich), 223 pacjentkom wykonano 235 biopsji gruboigłowych piersi wspomaganych próżnią pod kontrolą USG – takich badań nie wykonywano w ramach programu profilaktycznego, 1 967 pacjentkom wykonano 2 619 biopsji gruboigłowych (99% wszystkich), 270 pacjentkom wykonano 291 biopsji cienkoigłowych (98% wszystkich).

W I kwartale 2023 r. 3 499 pacjentkom wykonano 5 049 badań mammograficznych, 1 966 pacjentkom wykonano 2 020 badań USG piersi, 113 pacjentkom wykonano 113 biopsji gruboigłowych piersi wspomaganych próżnią pod kontrolą USG, 586 pacjentkom wykonano 758 biopsji gruboigłowych, 47 pacjentkom wykonano 51 biopsji cienkoigłowych;

- świadczenia dotyczące chorób w obrębie szyjki macicy:

W 2019 182 pacjentkom wykonano 201 badań cytologicznych (tj. 1% wszystkich), siedmiu pacjentkom wykonano siedem badań kolposkopowych (takich badań nie wykonywano w ramach programu profilaktycznego), pięciu pacjentkom wykonano pięć badań kolposkopowych z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego (tj. 4% wszystkich).

W 2020 r. 112 pacjentkom wykonano 119 badań cytologicznych (tj. 1% wszystkich), u jednej pacjentki wykonano badanie kolposkopowe (takich badań nie wykonywano w ramach programu profilaktycznego), u jednej pacjentki wykonano badanie kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego (tj. 1% wszystkich).

W 2021 r. 120 pacjentkom wykonano 136 badań cytologicznych (tj. 1% wszystkich), u sześciu pacjentek wykonano siedem badań kolposkopowych (takich badań nie wykonywano w ramach programu profilaktycznego), trzem pacjentkom wykonano badania kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego (tj. 3% wszystkich).

W 2022 r. 176 pacjentkom wykonano 206 badań cytologicznych (tj. 1% wszystkich), u czterech pacjentek wykonano cztery badania kolposkopowe (takich badań nie wykonywano w ramach programu profilaktycznego), u czterech pacjentek wykonano cztery badania kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego (tj. 7% wszystkich).

W I kwartale 2023 r. 53 pacjentkom wykonano 53 badania cytologiczne, dziewięciu pacjentkom wykonano dziewięć badań kolposkopowych z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego.

Nie było możliwe podanie wyceny świadczeń realizowanych poza programami profilaktycznymi, gdyż wartość wykonanych świadczeń zawierała się w wartości świadczeń rozliczanych w ramach AOS, zgodnie z Charakterystyką grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych.

(akta kontroli str. 1841-1852)

Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Zarządzania wyjaśniła, że: przyczyny wykonywania większej liczby mammografii, poza programami profilaktycznymi wynikają z rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych w NIO-PIB Oddziale w Gliwicach. Badania poza programami profilaktycznymi zlecane są pacjentom z rozpoznaniem nowotworowym lub podejrzeniem nowotworu, którzy zgłaszają się do Poradni Onkologicznej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Program profilaktyki raka piersi skierowany jest do grupy kobiet najbardziej zagrożonych rakiem piersi – w wieku 50-69 lat. Pacjenci poddający się badaniom przesiewowym w ramach programów profilaktycznych w naszym Instytucie samodzielnie wybierają placówkę spośród wielu oferujących niniejsze świadczenia.

Odnosnie do niewykonywania w ramach programu profilaktycznego biopsji gruczołowej piersi wspomaganych próżnią pod kontrolą USG, Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że: etap pogłębionej diagnostyki Programu profilaktyki raka piersi jest realizowany zgodnie z wytycznymi wskazanymi dla ww. etapu w zasadach określonych w zarządzeniu przez NFZ oraz w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych przez MZ.

Odnosnie do niewykonywania w ramach programu profilaktycznego raka szyjki macicy badań kolposkopowych, Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że: wszystkie kobiety, które zgłosiły się do etapu pogłębionego Programu profilaktyki raka szyjki macicy kwalifikowały się do kolposkopii z celowym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

Natomiast brak wykonywania świadczeń w ramach profilaktyki chorób jelita grubego zdaniem Zastępcy Dyrektora: wynikał z przyczyn organizacyjnych (niewystarczająca ilość lekarzy z odpowiednią specjalizacją). Z tej przyczyny Instytut nie przystąpił do postępowania konkursowego na realizację badań profilaktycznych w ramach profilaktyki raka jelita grubego. W związku z powyższym, badania diagnostyczne kolonoskopowe realizowane były w ramach zawartego kontraktu z NFZ w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych kosztochłonnych.

(akta kontroli str. 1165,1170-1171)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W przypadku dwóch pacjentów⁶⁹ (tj. 6,6% badanej próby) nie został zachowany 21 dniowy czas trwania diagnostyki pogłębionej wynikający z § 6a ust. 4 pkt 2 rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych w AOS, a ponadto w jednym przypadku⁷⁰ nie zachowano również 14 dniowego terminu na ustalenie planu leczenia, wynikającego z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym. I tak:

- w przypadku jednego pacjenta⁷¹ diagnostyka pogłębiona trwała 34 dni (termin został przekroczony o 13 dni);

- w przypadku jednego pacjenta⁷² diagnostyka pogłębiona trwała 39 dni (termin został przekroczony o 18 dni), a leczenie zostało podjęte po 16 dniach od wpisania pacjenta na listę oczekujących (termin został przekroczony o dwa dni).

(akta kontroli str. 1023-1026)

⁶⁹ Pacjenci z Kartami DILO nr: [...], [...].

⁷⁰ Pacjent z Kartą DILO nr [...].

⁷¹ Pacjent z Kartą DILO nr [...].

⁷² Pacjent z Kartą DILO nr [...].

Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Zarządzania wyjaśniła, że *pomimo dołożenia wszelkich starań czas trwania diagnostyki pogłębionej wydłużył się - u jednej z pacjentek do 34, a u kolejnej do 39 dni ze względów organizacyjnych, konieczności poszerzenia diagnostyki, co uniemożliwiło zachowanie wymaganego terminu jej trwania.*

Odnośnie do przekroczenia terminu podjęcia leczenia przez jedną z pacjentek, Zastępca Dyrektora powołując się na komunikat NFZ dot. zawierania i realizacji umów w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers) wyjaśniła, że *nie jest wymagany warunek zachowania 14 dniowego terminu pomiędzy konsylium, a leczeniem operacyjnym.*

(akta kontroli str. 987-990,993-995,997-998,1921-1923)

Zdaniem NIK, informacje, z których wynika brak konieczności zachowania 14 dniowego terminu od ustalenia planu leczenia, do jego podjęcia, na które powołuje się w wyjaśnieniach Zastępcy Dyrektora nie dotyczą pacjentki, wobec której termin ten został przekroczony. Informacje publikowane przez NFZ stanowią odpowiedź na pytanie *Jak należy liczyć termin w przypadku gdy pacjent na radioterapię (np. po zabiegu operacyjnym) zgłasza się do innego Centrum Kompetencji Raka Piersi/Ośrodka Raka Piersi.*

Natomiast pacjentka, której dotyczy przekroczenie terminu rozpoczęcia leczenia miała kartę DILO wystawioną przez AOS Instytutu na diagnostykę pogłębioną, którą przeprowadzano w Instytucie. Następnie ustalono dla niej plan leczenia, które przeprowadzono w Instytucie. Zatem pacjentka nie zgłosiła się na ustalenie planu leczenia i leczenie z innego ośrodka. Ponadto ustalony plan leczenia nie dotyczył radioterapii, lecz w pierwszej kolejności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Ponadto NIK zwraca uwagę, że wprowadzenie tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” miało na celu zagwarantowanie pacjentom chorym onkologicznie szybkiego procesu diagnostyki i leczenia, który powinien trwać maksymalnie siedem tygodni od wydania karty DILO do podjęcia leczenia pacjenta.

OCENA CZĄSTKOWA

Harmonogramy przyjęć pacjentów stanowiące część list przyjęć były oddzielnie prowadzone dla poszczególnych jednostek organizacyjnych Instytutu – oddziałów, poradni, pracowni. Pacjenci byli wprowadzani do harmonogramów i przyjmowani na bieżąco. Instytut posiadał statut Centrum Kompetencji Raka Piersi oraz Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego. Świadczeniobiorcy mogli skorzystać z profilaktycznych programów zdrowotnych diagnostyki i leczenia onkologicznego – profilaktyki raka piersi z dwoma etapami diagnostycznymi – diagnostyką wstępną i pogłębioną oraz profilaktyki raka szyjki macicy obejmującego również obydwie poziomy diagnostyczne. W zakresie profilaktyki raka jelita grubego, Instytut zawarł porozumienie na realizację świadczeń z Beskidzkim Centrum Onkologii, ponadto ten rodzaj świadczeń został wpisany do zadań w ramach NSO. Pomimo realizowania świadczeń w ramach programów profilaktyki zdrowotnej, wiele z nich było udzielanych poza programami w ramach wizyt kontrolnych w AOS z uwagi na kontynuację leczenia w Instytucie.

Odnośnie do terminowości udzielania świadczeń pacjentom posiadającym Kartę DILO, w przebadanej próbie 30 pacjentów stwierdzono dwa przekroczenia terminów związanych z czasem trwania diagnostyki pogłębionej oraz podjęcia leczenia.

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

Opis stanu faktycznego

3.1 W okresie objętym kontrolą Instytut w ramach umów zawartych z Ministrem Zdrowia realizował następujące zadania wynikające z NSO i/lub NPZChN:

W 2019 r.

a) Zadania inwestycyjne:

- Doposażenie zakładów radioterapii w zakresie wymiany akceleratorów (źródło finansowania NPZChN) – wartość umowy⁷³ 7 000 tys. zł (wartość zakupu 11 532,24 tys. zł),
- Doposażenie zakładów radioterapii w zakresie wymiany aparatów HDR⁷⁴ (źródło finansowania NPZChN) – wartość umowy⁷⁵ 2 299,99 tys. zł (wartość zakupu 2 572,83 tys. zł).

b) Inne zadania:

- „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 2018-2021 (źródło finansowania NPZChN) – łączna wartość umowy wraz z aneksami⁷⁶ 1 944,85 tys. zł,
- „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 2018-2021 (źródło finansowania NPZChN) – łączna wartość umowy wraz z aneksami⁷⁷ 92,6 tys. zł.

W 2020 r.

a) Zadania inwestycyjne:

- Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej (źródło finansowania NSO) – wartość umowy⁷⁸ 165,06 tys. zł. (wartość zakupu 16,87 tys. zł.).

⁷³ Umowa nr 1/6/37/2019/27/698 z dnia 6 września 2019 r.

⁷⁴ Aparat do brachyterapii – stosowany podczas kilkunutowych serii napromieniowania komórek nowotworowych źródłem o bardzo wysokiej aktywności promieniotwórczej.

⁷⁵ Umowa nr 1/6/27/2019/27/405 z dnia 27 sierpnia 2019 r.

⁷⁶ Umowa nr 1/5/27/2019/27/156 z dnia 23 maja 2019 r. o wartości 565 86 tys. zł, Aneks nr 1 z dnia 1 października 2020 r. o wartości 499,54 tys. zł, Aneksy do umowy zawarte w 2021 r.: Aneksy od 2 do 4 o łącznej wartości 566,53 tys. zł, Aneksy do umowy zawarte w 2022 r.: Aneksy od 5 do 9 o łącznej wartości 312,92 tys. zł.

⁷⁷ Umowa nr 1/5/55/2019/27/184 z dnia 30 maja 2019 r. o wartości 16,3 tys. zł, Aneks nr 1 zawarty dnia 1 października 2020 r. o wartości 28,37 tys. zł, Aneksy nr 2 i 3 zawarte 31 grudnia 2021 r. i 13 czerwca 2021 r. o łącznej wartości 47,92 tys. zł.

⁷⁸ Umowa nr 1/18/21/2020/27/360 z dnia 25 sierpnia 2020 r.

W 2021 r.

a) Zadania inwestycyjne:

- 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. (źródło finansowania NSO) – wartość umowy⁷⁹ 3 000 tys. zł (wartość zakupu 3 376,4 tys. zł),
- Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej (źródło finansowania NSO) – wartość umowy⁸⁰ 165,06 tys. zł (wartość zakupu 16,87 tys. zł),
- Doposażenie zakładów radioterapii - wymiana aparatów HDR na lata 2021-2022 (źródło finansowania NSO) – wartość umowy⁸¹ 2 500 tys. zł (wartość zakupu 2 584,66 tys. zł).

W 2022 r.

a) Zadania inwestycyjne:

- Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków – dla podmiotów udzielających świadczeń osobom dorosłym (źródło finansowania NSO) – wartość umowy⁸² 1 205 tys. zł (wartość zakupu 1 035,12 tys. zł),
- Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów w 2022 r. (źródło finansowania NSO) – wartość umowy⁸³ 8 500 tys. zł (wartość zakupu 9 502,92 tys. zł),
- Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej w 2021 r. (źródło finansowania NSO) wartość umowy⁸⁴ – 855 tys. zł (wartość zakupu 874,15 tys. zł).

(akta kontroli str. 329-330,905-906)

Szczegółowemu badaniu poddano cztery postępowania konkursowe⁸⁵:

1. Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów w 2022 r.,
2. 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.,
3. Doposażenie zakładów radioterapii w zakresie wymiany akceleratorów w 2019 r.
4. Doposażenie zakładów radioterapii w zakresie wymiany aparatów HDR w 2019 r.

(akta kontroli str. 328-330)

Badanie przeprowadzonych czterech postępowań konkursowych wykazało, że Instytut spełniał warunki progowe i formalne pozwalające na ubieganie się o środki w ramach ww. konkursów, m.in. posiadał akcelerator do wymiany, którego wiek liczony od momentu rozpoczęcia udzielania za jego pomocą świadczeń zdrowotnych

⁷⁹ Umowa nr 1/6/23/2021/27/1070 z dnia 5 listopada 2021 r.

⁸⁰ Umowa nr 1/18/21/2020/27/360 z dnia 25 sierpnia 2020 r.

⁸¹ Umowa nr 1/6/22/2021/27/665 z dnia 6 września 2021 r.

⁸² Umowa nr 1/13/39/2022/27/535 z dnia 15 września 2022 r.

⁸³ Umowa nr 1/6/6/2022/27/412 z dnia 5 sierpnia 2022 r.

⁸⁴ Umowa nr 1/18/42/2022/2021NW/27/191 z dnia 23 marca 2022 r.

⁸⁵ Dobór próby nastąpił w sposób celowy.

do dnia 31 grudnia 2022 r. wyniósł co najmniej 10 lat (wg daty dziennej)⁸⁶, udzielał świadczeń w ramach kontraktu z NFZ w trybie hospitalizacji/hospitalizacji planowej, hospitalizacji jednego dnia z zakresu: onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej oraz chirurgii onkologicznej/chirurgii onkologicznej dla dzieci lub chirurgii dziecięcej, udzielał świadczeń za pomocą aparatu HDR⁸⁷ do brachyterapii, którego wiek liczony od momentu rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych do dnia opublikowania ogłoszenia konkursowego wyniósł 10 lat i więcej.

Do oferty konkursowej zostały dołączone oświadczenia stanowiące część formularzy ofertowych dot. m.in. dysponowania odpowiednim sprzętem, kadrą specjalistyczną, stosowania procedur kontroli jakości radioterapii, prawdziwości danych zawartych w ofercie konkursowej, nieposiadania przychodów z innych źródeł na realizację zadań objętych konkursem. Treść złożonych oświadczeń potwierdzała zgodność ze stanem faktycznym.

(akta kontroli str. 331-360,506-530,621-648

3.2 Środki pochodzące z NSO oraz NPZChN zostały wykorzystane zgodnie z zawartymi umowami. Wszystkie zakupy zrealizowane w ramach czterech postępowań konkursowych wybranych do szczegółowego badania zostały zrealizowane w trybie przetargu nieograniczonego przewidzianego ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych⁸⁸.

W rozliczeniu wskazywano wyłącznie koszty zakupu sprzętu.

Zakupione akceleratorzy: w 2019 r. (wymiana sprzętu) i 2022 r. (doposażenie) oraz aparat HDR (wymiana sprzętu) zostały oddane do użytku w terminach wynikających z umów zawartych z Ministrem Zdrowia:

- akcelerator zakupiony w ramach umowy nr 1/6/37/2019/27/698 został zainstalowany 14 kwietnia 2020 r. i uruchomiony 22 czerwca 2020 r. (termin uruchomienia sprzętu wynikający z § 5 ust. 4 umowy – nie później niż do 30 czerwca 2020 r.), od zainstalowania do uruchomienia aparatu upłynęło 69 dni,
- aparat HDR zakupiony w ramach umowy 1/6/27/2019/27/405 został zainstalowany 26 marca 2020 r. i uruchomiony 10 kwietnia 2020 r. (w umowie nie wskazano terminu uruchomienia sprzętu). Od zainstalowania do uruchomienia aparatu upłynęło 15 dni,
- zakupione w ramach umowy nr 1/6/23/2021/27/1070 dodatkowe funkcjonalności do posiadanego systemu planowania radioterapii wraz z niezbędnym sprzętem zostały zainstalowane w dniu 7 i 10 grudnia 2021 r. i uruchomione 22 czerwca 2020 r. (termin uruchomienia sprzętu wynikający z § 5 ust. 4 umowy – nie później niż do 30 czerwca 2020 r.), od zainstalowania do uruchomienia aparatu upłynęło odpowiednio 197 i 194 dni,
- akcelerator zakupiony w ramach umowy nr 1/6/6/2022/27/412 został zainstalowany 17 kwietnia 2023 r. i uruchomiony 19 czerwca 2023 r. (termin uruchomienia sprzętu wynikający z § 5 ust. 4 umowy – nie później niż do 30 czerwca 2020 r.), od zainstalowania do uruchomienia aparatu upłynęły 63 dni.

⁸⁶ Aparat Clinac 2 300 EX o numerze seryjnym 4070 – rozpoczął pracę kliniczną 20 kwietnia 2009 r. i miał wypracowanych ponad 6 500 godzin.

⁸⁷ Microselectron HDR V3 sn 10111 w momencie składania oferty konkursowej miał ponad 12 lat i był jednym z najstarszych w kraju.

⁸⁸ Dz.U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm.

Zgodnie z zawartymi umowami Instytut przekazywał do dnia 31 stycznia następnego roku budżetowego informacje dotyczące wykorzystania zakupionego sprzętu.

Oględziny plakatów i tablic informacyjnych potwierdziły prowadzenie przez Instytut działań informacyjnych dotyczących finansowania zakupu sprzętu ze środków NSO.

(akta kontroli str. 331-924)

3.3. Liczba kart z obszaru województwa śląskiego, wprowadzonych do bazy KRN w okresie objętym kontrolą wynosiła 205 458, z tego w poszczególnych latach: 53 224 w 2019 r., 34 428 w 2020 r., 38 563 w 2021 r., 45 923 w 2022 r. oraz 33 320 w pierwszym kwartale 2023 r. W podziale na status kart wprowadzonych do KRN liczba kart wynosiła:

- anulowanych - od zera w 2019 r. i 2020 r., dziewięć w 2021 r. i siedem w 2022 r. do 269 w I kwartale 2023 r.;

- szkic – zero w całym okresie objętym kontrolą;

- do korekty – 14 w 2019 r., osiem w 2020 r., 21 w 2021 r., 20 w 2022 r. i zero w I kwartale 2023 r.;

- do weryfikacji (wysłane do KRN) - od 2 045 w 2020 r. do 24 404 w I kwartale 2023 r.;

- zaakceptowanych - od 8 647 w I kwartale 2023 r. do 36 108 w 2021 r.

Wpisany do KRN odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych kartach wynosił od 93% w I kwartale 2023 r. do 100% w latach 2019-2020. Natomiast poprawnie wypełniony kod zaawansowania TNM wystąpił od 48% zgłoszonych kart w I kwartale 2023 r., do 76% w roku 2021. Odsetek zgłoszeń z wypełnionym w kartach stadium zaawansowania nowotworu w okresie objętym kontrolą wynosił od 48% w I kwartale 2023 r. do 76% w 2021 r. Odsetek zgłoszeń kart w wersji papierowej wynosił od 49% w 2021 r. do 56% w I kwartale 2023 r. Biorąc pod uwagę liczbę kart zweryfikowanych przez pracowników rejestru, w latach 2019-2023 (I kwartał), średni odsetek zweryfikowanych kart wyniósł 80%.

W celu zwiększenia liczby kart poprawnie wypełnionych przez świadczeniodawców i kierowanych do KRN, Wojewódzki Rejestr Nowotworów prowadzony w Instytucie⁸⁹ zwracał się do placówek realizujących świadczenia, o uzupełnienie danych oraz przesłanie raportów dotyczących pacjentów leczonych onkologicznie w danym okresie. Ponadto do placówek, od których Rejestr nie otrzymywał kart rejestracji nowotworów, zwracano się z prośbą o przesłanie brakujących danych.

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Instytutu ds. Finansów i Zarządzania wynikało, że: *pracownicy WRN na bieżąco udzielają instrukcji dotyczących prawidłowego wypełniania kart, co przekłada się na jakość otrzymywanych danych. Tworzone są również wewnętrzne Raporty, które poza usprawnieniem pracy Rejestru mają na celu poprawę kompletności i jakości przekazywanych danych.*

(akta kontroli str. 1835,1836-1838)

⁸⁹ Dalej „WRN”

3.4. Instytut do grudnia 2015 r. pełnił rolę Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Programu Profilaktyczne dla województwa śląskiego⁹⁰. Pomimo braku takiego obowiązku w okresie objętym kontrolą, pracownicy Instytutu wysyłali zaproszenia⁹¹ na badania mammograficzne do kobiet kwalifikujących się do „Programu profilaktyki raka piersi”. Oprócz zaproszeń, pracownicy Instytutu wysyłali również wiadomości sms z zaproszeniem na badania mammograficzne bądź informacją/przypomnieniem o możliwości jego wykonania. Największa skuteczność wysyłanych zaproszeń (ok. 45%) odnotowywana była w grupie kobiet regularnie korzystających z mammografii⁹², natomiast najniższa dotyczyła osób, które do tej pory nie wykonywały badań mammograficznych lub gdy od poprzedniego badania upłynęło kilka, bądź kilkanaście lat. Średnia zgłaszalność na badania mammograficzne wynosiła około 20% w przypadku zaproszeń do pracowni mobilnej i około 10% w przypadku zaproszeń do pracowni stacjonarnej.

Z danych Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki⁹³ wynikało, że w wyniku przeprowadzonych w latach 2019-2023 (I kwartał) badań mammograficznych w ramach etapu podstawowego Programu Profilaktyki Raka Piersi:

- w 2019 r. - 573 zmiany (tj. 6% wszystkich zmian wykrytych w trakcie badań) wymagały dalszej diagnostyki, 53 z nich (tj. 9%) uznano za zmiany podejrzane, pięć z nich (tj. 9 %) okazało się zmianami złośliwymi;
- w 2020 r. – 380 zmian (tj. 6%) wymagało dalszej diagnostyki, 35 zmian (tj. 9%) uznano za zmiany podejrzane, dwie z nich (tj. 6%) okazało się zmianami złośliwymi;
- w 2021 r. – 642 zmiany (tj. 6%) wymagały dalszej diagnostyki, 55 zmian (tj. 9%) uznano za zmiany podejrzane, sześć z nich (tj.11%) okazało się zmianami złośliwymi;
- w 2022 r. – 573 zmiany (tj. 7%) wymagały dalszej diagnostyki, 39 zmian (tj. 7%) uznano za zmiany podejrzane, sześć z nich (tj.15%) okazało się zmianami złośliwymi;
- w I kwartale 2023 r. – 128 zmian (tj. 10%) wymagało dalszej diagnostyki, osiem zmian (tj. 6%) uznano za zmiany podejrzane, jedna z nich (tj.13%) okazała się zmianą złośliwą.

Spośród kobiet, które zgłosiły się do Instytutu na etap pogłębiony diagnostyki w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi:

- w 2019 r. u 33% (276 kobiet) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 76 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego;
- w 2020 r. u 35% (208 kobiet) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 72 karty zgłoszenia nowotworu złośliwego;

⁹⁰ Dalej: „WOK”.

⁹¹ Wysyłanych było ok. 300 zaproszeń w miesiącu do Pracowni Mammograficznej w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz 150 zaproszeń na dzień pracy mammobusu (mobilnej pracowni mammograficznej). W latach 2019-2023 (I kwartał) zostało wysłanych 124,7 tys. zaproszeń, z tego: 110,4 tys. na badania w pracowni mobilnej oraz 14,4 tys. zaproszeń do pracowni stacjonarnej. Łączny koszt wysyłki zaproszeń wyniósł 291,9 tys. zł, w tym: 258,8 tys. zł – koszt zaproszeń do pracowni mobilnej, 33,1 tys. zł koszt zaproszeń do pracowni stacjonarnej.

⁹² W interwałach do 2 lata lub co 12 miesięcy – w przypadku obciążenia genetycznego.

⁹³ Dalej: „SIMP”.

- w 2021 r. u 31% (238 kobiet) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 58 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego;
- w 2022 r. u 33% (251 kobiet) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 68 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego;
- w I kwartale 2023 r. u 38% (69 kobiet) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 24 karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

Spośród kobiet, które zgłosiły się do Instytutu na etap pogłębiony diagnostyki w ramach Programu Profilaktyki raka szyjki macicy:

- w 2019 r. u 31% (34 kobiety) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 26 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego;
- w 2020 r. u 34% (27 kobiet) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 19 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego;
- w 2021 r. u 46% (41 kobiet) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 30 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego;
- w 2022 r. u 44% (22 kobiety) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono 15 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego;
- w I kwartale 2023 r. u 89% (osiem kobiet) konieczne było przeprowadzenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia, a do KRN wprowadzono sześć kart zgłoszenia nowotworu złośliwego.

(akta kontroli str. 1913-1915.)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Instytutu w badanym zakresie.

IV. Uwagi

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, zwraca uwagę na:

1. Konieczność przeprowadzania klinicznych audytów wewnętrznych, zgodnie z postanowieniami ustawy Prawo atomowe.
2. Obowiązek udzielania pacjentom objętym „szybką ścieżką onkologiczną” świadczeń dotyczących diagnostyki oraz leczenia onkologicznego w terminach określonych w rozporządzeniach dot. świadczeń gwarantowanych w AOS oraz świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym.

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 Katowicach. 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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

Katowice, dnia 3 listopada 2023 r.

Kontrolerzy:

Bogusława Pala

Gł. specjalista kontroli państwowej

.....

Kinga Kołodziejczyk

St. inspektor kontroli państwowej

.....

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Katowicach