



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.009.01.2023

prof. dr hab. n. med. Stanisław Góźdz
Dyrektor
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
ul. S. Artwińskiego 3
25-734 Kielce

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. S. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce (dalej: Centrum lub ŚCO).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Stanisław Góźdz, Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii od 15 listopada 1990 r.
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, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach
Kontrolerzy	1. Roman Wilk, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LKI/66/2023 z 30 maja 2023 r. 2. Piotr Fatalski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/67/2021 z 30 maja 2023 r.

(akta kontroli str. 1-4)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Realizacja przez ŚCO świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego w latach 2019-2023 (I kwartał) odbywała się w warunkach spełniających wymogi określone w obowiązujących przepisach i zawartych umowach. Centrum zaspokoilo w tym zakresie potrzeby zdrowotne pacjentów.

Zarówno wyposażenie w sprzęt medyczny jak i zasoby kadrowe świadczeniodawcy spełniały wymogi określone przez Ministra Zdrowia oraz niezbędne do zawarcia umów z NFZ (dalej NFZ). Szpital posiadał opracowane procedury postępowania z pacjentem onkologicznym, zaś funkcjonujący w strukturze ŚCO Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej pozwalał na dokonywanie pełnej diagnostyki w zakresie badań patomorfologicznych i genetycznych. Centrum zachowywało, oparte o wewnętrzne procedury, warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. W Szpitalu funkcjonowały standardy żywienia, wdrożono ich ocenę przy pomocy systemów HACCAP³, GMP⁴ i GHP⁵ oraz prowadzono monitoring stanu odżywienia pacjentów. Opracowano i wdrożono szczegółowe medyczne procedury radiologiczne.

ŚCO zapewniło koordynację podejmowanego leczenia onkologicznego. Badanie trzech harmonogramów przyjęć z pierwszego kwartału 2023 r. wykazało że w Poradni Ginekologicznej przyjmowano pacjentki na bieżąco, natomiast w Oddziale ginekologii onkologicznej oraz w Pracowni rezonansu magnetycznego zgodnie z listą oczekujących, z uwzględnieniem wskazań medycznych. Diagnostyka pogłębiona w 37% badanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) prowadzona była powyżej 21 dni, tj. z przekroczeniem terminu określonego w § 6a ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶.

Szpital prawidłowo zawarł, zrealizował i rozliczył umowy zawarte z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej o zakup sprzętu i aparatury medycznej do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego, radioterapii i wymiany sprzętu – akceleratora.

Osiągnięto poprawę działania systemu zbierania i gromadzenia danych statystycznych dotyczących zachorowań na nowotwory, jednakże pełne wyniki realizacji programu „Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów” jest dopiero na etapie opracowywania.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ HACCP (ang. Hazard Analysis and Critical Control Points) - postępowanie mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności przez identyfikację i oszacowanie skali zagrożeń z punktu widzenia wymagań zdrowotnych żywności oraz ryzyka wystąpienia zagrożeń podczas przebiegu wszystkich etapów produkcji i obrotu żywnością.

⁴ GMP - (ang. Good Manufacturing Practice) – dobra praktyka produkcyjna .

⁵ GHP – (ang. Good Hygienic Practice) – dobra praktyka higieniczna.

⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą Świętokrzyskie Centrum Onkologii funkcjonowało jako podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸. Jego podmiotem tworzącym było Województwo Świętokrzyskie działające wobec Centrum poprzez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego (dalej: Sejmik) oraz Zarząd Województwa Świętokrzyskiego (dalej: Zarząd Województwa).

Centrum funkcjonowało m.in. w oparciu o statut⁹ oraz regulamin organizacyjny. Dokumenty te były udostępnione na stronach BIP Centrum¹⁰. Zgodnie z § 15 Statutu w skład Centrum wchodziły trzy wyodrębnione zakłady lecznicze, tj. 1) Zakład stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych, 2) Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, 3) Zakład stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. Zgodnie z § 5 Regulaminu organizacyjnego podstawowym celem Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach jest prowadzenie działalności leczniczej, polegającej na udzielaniu stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych, innych niż szpitalne świadczeń obejmujących pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz świadczeń ambulatoryjnych. Do podstawowych celów Centrum należało także samodzielne prowadzenie w sposób ciągły badań podstawowych, badań przemysłowych lub eksperymentalnych prac rozwojowych oraz rozpowszechnianie ich wyników poprzez działalność dydaktyczną, publikacje lub transfer wiedzy, a także tworzenie warunków dla rozwoju innowacyjnych metod badawczych w leczeniu pacjentów.

W okresie objętym kontrolą ŚCO prowadziło działalność leczniczą (szpitalną i ambulatoryjną) w zakresie onkologii, realizując diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne na podstawie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego. Działalność ŚCO prowadzona była w oparciu o umowy zawierane z NFZ¹¹, w ramach komórek organizacyjnych wyszczególnionych w księdze rejestrowej Centrum¹².

Na podstawie szczegółowego badania wybranych dziedzin: Dział Chirurgii Onkologicznej, Poradni Chirurgii Onkologicznej, Dział Ginekologii, Poradni Onkologicznej – Ginekologii Onkologicznej oraz Pracowni Mammografii, Mobilnej Pracowni Badań Diagnostycznych (Cytomammobus) stwierdzono, że w okresie objętym kontrolą w udzielaniu ww. świadczeń nie występowały przerwy. Centrum posiadało opracowane procedury postępowania z pacjentami. Analiza dokumentacji oraz przeprowadzone oględziny wykazały zgodność faktycznego wyposażenia

⁷ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 991

⁹ W okresie objętym kontrolą obowiązywał statut stanowiący załącznik do uchwały Nr XXXVIII/544/17 Sejmiku z dnia 20 listopada 2017 r. oraz załącznik do uchwały Nr LIII/647/22 Sejmiku z dnia 28 listopada 2022 r.

¹⁰ <http://bip2.onkol.kielce.pl/attachments/967411/2499314/3.3/Statut%20C5%9ACO.pdf>
<http://bip2.onkol.kielce.pl/attachments/967411/2549741/6.2/Regulamin%20Organizacyjny%20KWIECIE%20C5%83%202023%20r.pdf>.

¹¹

<https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Provider/SearchResults?Year=2023&Branch=13&ServiceType=00&Code=&Name=%C5%9AWi%C4%99tokrzyskie+Centrum+Onkologii&City=&Nip=&Regon=&Product=>

¹² <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?Id=13577>

w wytypowanych Oddziałach i Poradniach w sprzęt medyczny zgodny z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³ oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁴. Użytkowany sprzęt posiadał aktualne paszporty i był ujęty w ewidencji księgowej. Także zasoby kadrowe zgłoszone przez Szpital do ww. umowy zawartej z NFZ¹⁵ były zgodne z warunkami określonymi w tychże rozporządzeniach Ministra Zdrowia co do ilości i posiadanej specjalizacji, zaś zgłoszeni pracownicy (lekarze i pielęgniarki) pracowali w Przychodniach i na Oddziałach w godzinach wskazanych w ww. umowie z NFZ. Legitymowali się również posiadaniem dodatkowych umiejętności wymaganych przy realizacji świadczeń gwarantowanych – poświadczonych świadectwami ukończonych kursów, szkoleń i studiów podyplomowych.

(akta kontroli str. 85-262)

2. Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej¹⁶, województwo świętokrzyskie objęte zostało programem pilotażowym opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Zgodnie z § 2 pkt 7 rozporządzenia sieć onkologiczna to struktura działająca na terenie danego województwa, na którą składają się wojewódzki ośrodek koordynujący i współpracujący uniwersytecki ośrodek kliniczny wraz z ośrodkami współpracującymi I i II poziomu, które współpracują ze sobą w zakresie opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym pilotażem. Wojewódzki ośrodek koordynujący, którego funkcję pełniło Centrum, to podmiot leczniczy o największym w województwie potencjale w zakresie personelu medycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej, wyspecjalizowany w opiece onkologicznej nad świadczeniobiorcą, dysponujący możliwością kompleksowego leczenia onkologicznego i koordynujący opiekę onkologiczną w ramach sieci onkologicznej.

W Centrum opracowano procedurę w sprawie postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w ŚCO¹⁷ oraz wprowadzono zarządzenie ws. powołania wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych oraz koordynatorów leczenia pacjenta w ŚCO¹⁸.

W Centrum powołane zostały Wielodyscyplinarne Zespoły Terapeutyczne (WZT) w celu konsultowania pacjentów onkologicznych przez zespoły specjalistów z wielu dziedzin medycyny. Głównym celem ich powołania było ustalanie optymalnego planu leczenia – diagnostyki i terapii dla chorych onkologicznych, w tym posiadających kartę DiLO, wspólne rozstrzyganie trudnych decyzji terapeutycznych, sprawowanie stałego i bezpośredniego nadzoru nad pacjentem, udzielenie mu wsparcia, w tym organizacyjnego i informacyjnego, bezpośredni kontakt z pacjentem w celu podejmowania wspólnych, świadomych decyzji dotyczących planu leczenia.

WZT posiadał koordynatora, którego zadaniem było:

1. Przyjmowanie zgłoszeń pacjentów na konsylium WZT. W tym obsługa zgłoszeń telefonicznych z poradni specjalistycznej lub szpitala innego niż ŚCO.

¹³ Dz. U. z 2023 r. poz. 870.

¹⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.

¹⁵ W odniesieniu do badanych Przychodni i Oddziałów szpitalnych.

¹⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 394.

¹⁷ Zarządzenie nr 20/2021 Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach z dnia 21 czerwca 2021 r.

¹⁸ Zarządzenie nr 19/2021 Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach z dnia 21 czerwca 2021 r.

2. Utrzymywanie stałego kontaktu informacyjnego ze wszystkimi jednostkami zgłaszającymi pacjentów w zakresie dostępności terminów konsylium.
3. Utrzymywanie kontaktu pod względem merytorycznym z jednostkami – innymi szpitalami, w których pacjent jest diagnozowany przed konsylium.
4. Po otrzymaniu dokumentacji, sprawdzenie jej kompletności, tj. tzw. check listy. Po stwierdzeniu braku jakiegokolwiek elementu diagnostyki odesłanie pacjenta do lekarza celem uzupełnienia.
5. Nadzór nad przebiegiem posiedzenia konsylium i moderowanie spotkania. Sprawdzanie na bieżąco kompletności wymaganych elementów protokołu WZT (klasyfikacja TNM, właściwe określenie rodzaju leczenia, pieczętki i podpisy lekarzy specjalistów.
6. Sprawdzenie i odesłanie dokumentacji po wykonaniu konsylium dla placówki innej niż SCO.
7. Zarejestrowanie konsylium pacjenta w medycznym systemie informacyjnym CLININET.
8. Wyznaczenie pacjentowi ścieżki terapeutycznej zgodnie z decyzją konsylium (m.in. ustalenie terminów wizyt w poradniach specjalistycznych, terminów przyjęcia do działu).
9. Poinformowanie pacjenta o wyznaczonych terminach leczenia w formie ustnej i pisemnej, osobiście lub telefonicznie. Odpowiedzi na wszystkie pytania zadawane przez chorego odnośnie dalszego postępowania terapeutycznego.
10. W późniejszym okresie stały kontakt telefoniczny lub osobisty z pacjentem (w przypadku gdy pacjent potrzebuje dalszych informacji lub chce przedyskutować swoje wątpliwości).

W ramach WZT powołane zostały następujące grupy narządowe WZT:

- a) Nowotwory górnej części przewodu pokarmowego, mięsaki, czerniaki – nadzór Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista chirurgii ogólnej lub onkologicznej; lekarz specjalista onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; koordynator;
- b) Nowotwory układu moczowo-płciowego - nadzór Kierownik Kliniki Urologii, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista urologii; lekarz specjalista onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; koordynator;
- c) Nowotwory kobiecego układu moczowo-płciowego – nadzór Kierownik Kliniki Ginekologii, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista ginekologii i położnictwa, lub ginekologii onkologicznej; lekarz specjalista onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; koordynator;
- d) Nowotwory płuca i opłucnej – nadzór Kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista chirurgii klatki piersiowej; lekarz specjalista onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; koordynator;
- e) Nowotwory narządów głowy i szyi – nadzór Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista otolaryngologii; lekarz specjalista onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; koordynator;
- f) Nowotwory układu wewnątrzwydzielniczego i nowotwory neuroendokrynne – nadzór Kierownik Kliniki Endokrynologii, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący; lekarz specjalista chirurgii ogólnej lub onkologicznej; lekarz specjalista

onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej lub medycyny nuklearnej; koordynator;

g) Nowotwory złośliwe piersi – obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista chirurgii ogólnej lub onkologicznej; lekarz specjalista onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; koordynator;

h) Nowotwory złośliwe układu krwiotwórczego – nadzór Kierownik Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista hematologii lub onkologii klinicznej; lekarz specjalista hematologii lub onkologii klinicznej; koordynator;

i) Nowotwory jelita grubego (Colorectal Cancer Unit), obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista chirurgii ogólnej lub onkologicznej lub gastroenterologii; lekarz specjalista onkologii klinicznej lub chemioterapii; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej, lekarz specjalista w dziedzinie patomorfologii; koordynator;

j) Nowotwory gruczołu krokowego, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista urologii; lekarz specjalista onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; koordynator;

k) Nowotwory jajnika, obradujący w składzie minimum: lekarz prowadzący i/lub lekarz specjalista ginekologii onkologicznej lub położnictwa i ginekologii; lekarz specjalista onkologii klinicznej; lekarz specjalista radioterapii onkologicznej; koordynator.

(akta kontroli str. 263-269, 270-292, 293)

W okresie od 1 lutego 2019 do 31 marca 2023 r. liczba włączonych do pilotażu sieci onkologicznej w województwie świętokrzyskim wyniosła: rak jelita grubego 1528 pacjentów; rak płuca 931 pacjentów; wtórny rak płuca 101 pacjentów; rak piersi C50 2425 pacjentek; rak piersi D05 184 pacjentki; rak jajnika 496 pacjentek; rak gruczołu krokowego 2171 pacjentów.

W podziale na świadczeniodawców ilość zgód na udział w pilotażu wyniosła:

- Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach: rak jajnika – 489 pacjentek, rak jelita grubego – 1422 pacjentów, rak płuca – 893 pacjentów, wtórny rak płuca – 101 pacjentów, rak piersi C50 – 2405 pacjentek, rak piersi D05 – 184 pacjentki, rak gruczołu krokowego – 2136 pacjentek, w sumie pilotażem objęto 7630 pacjentów.

- Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich: rak jelita grubego – 52 pacjentów, rak gruczołu krokowego 16 pacjentów, w sumie pilotażem objęto 68 pacjentów.

- Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach: rak jajnika – 7 pacjentek, rak jelita grubego – 54 pacjentów, rak płuca 38 pacjentów, rak piersi C50 – 20 pacjentek, w sumie pilotażem objęto 132 pacjentów.

- Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach: nie objęto pilotażem żadnego pacjenta.

- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie: rak gruczołu krokowego – 6 pacjentów.

(akta kontroli str. 328-333)

W dniu 12 maja 2021 r. ŚCO zawarło z Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu porozumienie o wzajemnej współpracy, w którym stwierdzono, iż sankcjonuje ono i legalizuje fakt współpracy trwającej pomiędzy oboma Ośrodkami w zakresie zabiegów chirurgii cytoredukcyjnej HIPEC¹⁹. Celem porozumienia była realizacja zapewnienia dostępu do realizacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego”.

(akta kontroli str. 101-108)

¹⁹ Metoda HIPEC – procedura lecznicza polegająca na połączeniu zabiegu chirurgicznego (zmniejszającego masę guza) z tzw. dootrzewnową perfuzyjną chemioterapią w warunkach hipertermii

W dniu 17 listopada 2022 r. ŚCO zawarło Umowę Nr 32/DM/Z/2023 z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Kielcach (dalej: WSzZ), której zakres obejmował konsultacje specjalistyczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym WSzZ, w szczególności z zakresu: chirurgii naczyniowej, chorób zakaźnych, kardiologii, nefrologii, neurochirurgii, neurologii, okulistyki, ortopedii, dostęp do hospitalizacji w Klinice Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Neurochirurgii.

(akta kontroli str. 109-111)

W dniu 24 czerwca 2022 r. ŚCO zawarło porozumienie o współpracy z Powiatowym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, którego przedmiotem było wzajemne ustalenie ogólnych warunków współpracy przy realizacji Pilotażu, tzn. sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcami objętymi Pilotażem, a także przepływu danych.

(akta kontroli str. 112-120)

Zgodnie z § 7 ust. 2 pkt 12 rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego, ŚCO jako wojewódzki ośrodek koordynujący sporządzał i przekazywał do Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział Kielce kwartalne sprawozdania okresowe i sprawozdanie końcowe ze swojej działalności. Wszystkie złożone w Funduszu sprawozdania zostały przyjęte bez uwag.

(akta kontroli str. 334-396)

Odnosząc się do wyników pilotażu w zakresie wskaźników, dyrektor ŚCO wyjaśnił m.in.: *ocena pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej została dokonana częściowo przez Ministerstwo Zdrowia i zaprezentowana w dokumencie z 2022 r., pn. „Syntetyczny raport końcowy na podstawie analitycznego materiału dotyczącego podsumowania prac komitetu sterującego oraz realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej”. Ostateczny raport końcowy pilotażu KSO ma sporządzić i opublikować Narodowy Fundusz Zdrowia (do dnia dzisiejszego dokument nie jest dostępny).*

Autorzy raportu MZ stwierdzają, iż ocena opieki nad pacjentami w ramach sieci onkologicznej powinna być prowadzona w stosunku do pacjentów objętych pilotażem z uwzględnieniem wskazanych mierników i wskaźników. Niemniej, na podstawie zgodnych oświadczeń ze strony zarówno członków Komitetu reprezentujących WOK-i jak i płatnika nie ma możliwości przeprowadzenia na tym etapie całościowej analizy porównawczej z mierników oceny opieki onkologicznej z uwagi na niekompletność danych przekazywanych przez niektóre ośrodki uczestniczące w pilotażu do NFZ oraz z uwagi na niejednoznaczną interpretację zakresu danych, które były przekazywane przez poszczególne ośrodki do płatnika. Dokonanie optymalnej analizy wymaga też powołania wieloosobowego i wieloośrodkowego zespołu analitycznego, dysponującego zasobami odpowiedniej wiedzy eksperckiej oraz narzędziami analitycznymi, oraz dedykowania na tą aktywność odpowiedniego czasu, w którym zespół analityczny będzie skupiony wyłącznie na tym zadaniu.

Niezależnie od powyższego autorzy raportu pozytywnie oceniają próbę wypracowania optymalnego modelu mierników oceny opieki onkologicznej poprzez zdefiniowanie zakresu danych niezbędnych do ich obliczania, rozpoczęcie procesu zbierania danych jakościowych i ilościowych w ustrukturyzowanej formule oraz rozpoczęcie procesu wnioskowania na poziomie poszczególnych WOK-ów, co miało miejsce w pilotażu KSO.

[...]

Podkreślić należy znaczenie różnicy pomiędzy koncepcją koordynatora pakietu onkologicznego, którego głównym zadaniem jest nadzór nad prawidłowością postępowania prowadzącego do rozliczenia świadczeń udzielanych pacjentowi wedle schematu wymaganego przez NFZ, a dopiero wtórnie wspierającego pacjenta i to

także od etapu rozpoczęcia konsylium, a koordynatorem pacjenta w Sieci Onkologicznej, którego zadania związane z pracą z pacjentem są o wiele szersze i trwają znacząco dłużej – od rozpoznania do uzyskania przez pacjenta wyleczenia lub jego zgonu.

Ta zmiana zakresu działań pozwala na uzyskanie efektów bardziej humanistycznego i holistycznego zaopiekowania się pacjentem oraz pozyskania kompletnych danych pozwalających da długoterminową ocenę klinicznych wyników leczenia. Stanowi to zatem znaczne polepszenie działania na rzecz pacjenta jako osoby chorej, gdyż:

- pilotaż dał możliwość zdefiniowania obciążenia pacjentami pojedynczego koordynatora (przetestowano model, w którym co miesiąc koordynator obejmował opiekę nad 40 nowymi pacjentami);
- konsylia wielodyscyplinarne objęły dużą liczbę pacjentów (na podstawie informacji o liczbie zwołanych wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych - średnia 95% pacjentów z czterech województw rozpoczęło leczenie według planu ustalonego na konsylium);
- pacjenci zyskali możliwość łatwiejszego i szybszego kontaktu z ośrodkami onkologicznymi – na podstawie danych o liczbie usług w ramach infolinii onkologicznej widać, że wielu pacjentów zdecydowało się na ten sposób komunikacji – infolinia była szczególnie pomocna po wybuchu pandemii COVID-19;
- dzięki wprowadzonej w ramach pilotażu standaryzacji rejestracji pacjenta na wizytę u onkologa po wybuchu pandemii COVID-19 nie nastąpił paraliż w zakresie diagnozowania nowych pacjentów;
- po raz pierwszy pacjenci mieli możliwość oceny opieki w ankiecie satysfakcji – wg informacji z wyników ankiet wynika, że szpitale poza Siecią Onkologiczną nie prowadzą oceny satysfakcji pacjenta. Wprowadzenie obowiązkowej oceny satysfakcji pacjenta w KSO pozwoliło na ocenę komponenty pacjentocentrycznej działalności szpitali, a nie tylko zobiektywizowanej miary biomedycznej (98,9% uczestników badania pilotażowego zapytanych o poziom zadowolenia z uzyskanej pomocy onkologicznej, i tym samym chęć polecenia placówki znajomym, wskazywało na oceny powyżej 5, a średnia ocen respondentów wyniosła ogółem 9,6 – ocen dokonywano w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznaczało ocenę najniższą, a 10 – najwyższą).

Mimo wszystko należy uznać, iż ocena wielu mierników jest trudna do przeprowadzenia i winna być dokonywana w odniesieniu do panujących, trudnych warunków realizacji świadczeń, jakim była epidemia SARS-CoV-2 oraz wyjściowego stopnia zaawansowania nowotworu (na dzień konsylium). Wiele mierników, wyrażonych w postaci odsetka, musi być odnoszone także do liczby przypadków (wysoki poziom miernika może wyznaczyć jeden czy kilka przypadków w małej grupie chorych z danym rozpoznaniem). Obraz zamazuje także fakt, iż mierniki nie uwzględniają informacji czy danych ze wszystkich placówek z kraju, a nawet województwa, a tylko placówki, która przygotowywała dane źródłowe do wyliczenia miernika. Część mierników wykazała jednak pozytywną tendencję zmian, w kierunku oczekiwanym przez Ministerstwo Zdrowia. Przykładami tych mierników dla ŚCO są:

- zmniejszający się odsetek zgonów w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, w podziale na stopnie zaawansowania nowotworu – II, III i IV stopień zaawansowania;
- zmniejszający się odsetek świadczeniobiorców wymagających hospitalizacji z powodu powikłań po leczeniu chirurgicznym;
- zmniejszający się odsetek świadczeniobiorców, którzy otrzymali chemioterapię w trybie hospitalizacji stacjonarnej (WHO: 0-2);
- zmniejszający się odsetek niekompletnych badań na konsylium;

- zwiększający się odsetek świadczeniobiorców, u których wykonano badania genetyczne i molekularne czynników predykcyjnych w raku jelita grubego, płuca, piersi, jajnika;
- zwiększający się odsetek zabiegów operacyjnych wykonanych metoda małoinwazyjną w raku jelita grubego;
- skrócenie czasu oczekiwania, który upłynął od dnia zarejestrowania świadczeniobiorcy na badanie diagnostyczne (obrazowe lub patomorfologiczne) do dnia uzyskania wyniku tego badania (PET-CT i scyntygrafia);
- zmniejszający się odsetek powtórzonych zabiegów w rozpoznaniach, innych niż nowotwór piersi;
- zmniejszający się odsetek badań diagnostycznych wymagających ponownego opisu bądź ponownej weryfikacji materiału w okresie 6 tygodni (tomografia komputerowa).

(akta kontroli str. 397-400)

3. Zgodnie z § 85 Regulaminu Organizacyjnego, Apteka Szpitalna jest samodzielną komórką organizacyjną, kierowaną przez Kierownika Apteki. Nadzór zwierzchni nad Apteką sprawuje Dyrektor. W strukturach Apteki Szpitalnej funkcjonuje Centralna Pracownia Leku Cytostatycznego (Pracownia cytostatyków) oraz Pracownia Żywieniowa.

W procesie zmierzającym do prawidłowego funkcjonowania Pracowni cytostatyków opracowano pięć wewnętrznych procedur dot. działalności i sporządzania tych leków²⁰, a do każdej procedury opracowane zostały szczegółowe instrukcje dostępne na terenie Apteki²¹.

(akta kontroli str. 401-420)

W wyniku oględzin przeprowadzonych w ramach niniejszej kontroli stwierdzono, że Pracownia Cytostatyczna spełniała warunki określone w rozporządzeniu 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 zdrowotnej²². W szczególności:

- czynności związane z przygotowaniem leków cytostatycznych przed ich podaniem dokonywane były w wydzielonym pomieszczeniu;
- pomieszczenie, w którym przygotowywano leki cytostatyczne, było wyposażone w dwie łóże laminarne do pracy z tymi lekami;

²⁰ 1) PS-05/LAZ - Przygotowanie pomieszczeń Centralnej Pracowni Leku Cytotoksycznego do pracy w warunkach aseptycznych, 2) PS-06/LAZ Wejście i wyjście pracownika z pomieszczenia aseptycznego CPLC, 3) PS-07/LAZ Wytworzenie leku cytotoksycznego, 4) PS-08/LAZ Sprzątanie, mycie i dezynfekcja Centralnej Pracowni, 5) PS-09/LAZ Kontrola procesu sporządzania leku cytotoksycznego.

²¹ PS-05.IN-01/LAZ - Mycie i dezynfekcja pomieszczenia aseptycznego wraz ze słuzami materiałowymi CPLP przed rozpoczęciem pracy; PS-05.IN-02/LAZ - Przygotowanie łóży z nawiewem laminarnym do podjęcia w niej pracy; PS-05.IN-03/LAZ - Mycie i dezynfekcja „czystej” słuzi osobowej CPLC przed rozpoczęciem sporządzania leków cytotoksycznych; PS-05.IN-04/LAZ - Mycie i dezynfekcja „brudnej” słuzi osobowej CPLC przed rozpoczęciem sporządzania leków cytotoksycznych; PS-05.IN-05/LAZ - Mycie i dezynfekcja pomieszczenia do przygotowywania leków cytotoksycznych (wstępna dezynfekcja) CPLC, przed rozpoczęciem pracy; PS-05.IN-06/LAZ - Mycie i dezynfekcja magazynu wytworzonego leku cytotoksycznego CPLC przed rozpoczęciem pracy; PS-06.IN-01/LAZ - Przygotowanie pracownika do sporządzenia preparatu cytotoksycznego; PS-06.IN-02/LAZ - Zakładanie rękawic przed przystąpieniem do pracy w łóży z nawiewem laminarnym; PS-07.IN-01/LAZ - Opracowanie zlecenia; PS-08.IN-01/LAZ - Sprzątanie, mycie i dezynfekcja łóży z nawiewem laminarnym po zakończeniu sporządzania preparatów cytotoksycznych; PS-08.IN-02/LAZ - Sprzątanie, mycie i dezynfekcja pomieszczenia aseptycznego i słuz materiałowych po zakończeniu sporządzania preparatów cytotoksycznych; PS-08.IN-03/LAZ - Sprzątanie, mycie i dezynfekcja słuzi osobowej „czystej” po zakończeniu sporządzania preparatów cytotoksycznych; PS-08.IN-04/LAZ - Sprzątanie, mycie i dezynfekcja słuzi osobowej „brudnej” po zakończeniu sporządzania preparatów cytotoksycznych; PS-08.IN-05/LAZ - Mycie i dezynfekcja pomieszczenia do przygotowywania leków do produkcji i magazynu wytworzonego leku po zakończeniu sporządzania preparatów cytotoksycznych; PS-08.IN-06/LAZ - Sprzątanie, mycie i dezynfekcja pomieszczenia administracyjnego.

²² Dz. U. Nr 80, poz. 376, ze zm.

- w Pracowni znajdowało się wydzielone miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do zniszczenia (rękawiczki, fartuchy, czepki lub maski) i oczyszczenia (okulary). Znajdował się także wykaz sprzętu w niej używanego.

Pracownia składała się z pomieszczeń o różnej założonej klasie czystości powietrza: Klasa czystości A – środowisko czyste dopuszczające maksymalnie 1 CFU/m³²³ drobnoustrojów niechorobotwórczych, zapewnione przez komorę z pionowym laminarnym nawiewem powietrza, wyposażoną w trzypoziomowy system filtracji HEPA. W tej przestrzeni wykonywane są operacje krytyczne czyli sporządzanie leków onkologicznych w dawkach dziennych.

Klasa czystości B – środowisko czyste dopuszczające maksymalnie 10 CFU/m³ drobnoustrojów niechorobotwórczych, które stanowi bezpośrednie otoczenie klasy czystości A. Klasa czystości B panuje w całym pomieszczeniu aseptycznym.

Klasa czystości C – obejmuje pomieszczenie przechodnie bezpośrednio sąsiadujące z pomieszczeniem aseptycznym – śluza osobowa czysta. Dopuszcza się maksymalnie do 100 CFU/m³ drobnoustrojów niechorobotwórczych. Klasa czystości D – obejmuje pomieszczenia sąsiadujące z klasą czystości C. Tę klasę czystości ma śluza osobowa brudna.

W centrali klimatyzacyjnej 5KNW obsługującej Pracownię Przygotowania Cytostatyków filtry HEPA²⁴ są monitorowane na bieżąco i są niezwłocznie wymieniane po zasygnalizowaniu przez czujniki takiej potrzeby. W centrali klimatyzacyjnej występują dwa stopnie filtracji:

1. filtry wstępne – kasetowe w klasie filtracji G4 (2 szt.);
2. filtry wtórne – kieszeniowe w klasie filtracji F9 (1 szt.)

Ostatnia wymiana filtrów obu rodzajów miała miejsce 4 maja 2023 r.

Jako III stopień filtracji powietrza nawiewanego występują filtry absolutne (5 szt.) w klasie filtracji H13 zamontowane w kratkach nawiewnych. Filtry absolutne ostatnio zostały wymienione 23 stycznia 2023 r., tj. zgodnie z zaleceniem producenta.

(akta kontroli str. 421-434)

4. W latach objętych kontrolą zorganizowanie, przygotowanie i dostarczenie posiłków dla pacjentów realizowane było przez Dział Żywienia. Zgodnie z § 115 ust. 1 Regulaminu organizacyjnego Dział Żywienia jest samodzielną komórką organizacyjną kierowaną przez Kierownika Działu, a do zadań Działu Żywienia, zgodnie z ust. 3 należały w szczególności wykonywanie czynności związanych z żywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej diety i higieny żywienia oraz koordynowanie pracy poszczególnych komórek Szpitala współdziałających w żywieniu chorych; sprawowanie nadzoru fachowego nad działalnością kuchенок oddziałowych oraz urządzeń służących do wewnątrzszpitalnego transportu posiłków. W Szpitalu organizowanie, przygotowywanie i dostarczanie posiłków odbywa się za pośrednictwem własnej kuchni²⁵. System zarządzania bezpieczeństwem żywności posiada certyfikat ISO 22000:2018 w zakresie żywienia zbiorowego, w tym pacjentów ośrodków leczenia stacjonarnego wydany przez Wojskową Akademię Techniczną,

²³ CFU (ang. colony forming units) w 1 m³ oznaczanie stopnia mikrobiologicznego zanieczyszczenia powietrza wyrażonego zawartością jednostek tworzących kolonie.

²⁴ HEPA (ang. *High Efficiency Particulate Air Filter*) wysokosprawny filtr powietrza.

²⁵ Decyzja Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kielcach nr SE.IIa-1322/18/52/2017 z 27 marca 2017 r. zatwierdzająca Świętokrzyskie Centrum Onkologii do prowadzenia działalności w zakresie: 1) przygotowywania posiłków od surowca do gotowej potrawy podawanych do konsumpcji systemem tacowym w naczyniach wielokrotnego użytku; 2) produkcji ww. posiłków dla odbiorców zewnętrznych pakowanych w opakowania transportowe (termosy/pojemniki GN, płaszcze zewnętrzne) odbieranych przez zamawiających środkami transportu posiadającymi stosowne decyzje/zaświadczenia Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Centrum Certyfikacji Jakości w Warszawie. Zakres certyfikacji obejmował działalność wykonywaną przez ŚCO, w którym zawierała się działalność Działu Żywienia ŚCO oraz dystrybucji żywności do stacjonarnych i całodobowych komórek organizacyjnych ŚCO, realizujących rodzaje i zakresy: 1) Leczenie szpitalne – oddziały szpitalne; 2) Leczenie szpitalne – Teleradioterapia, Brachyterapia, Terapia Izotopowa; 3) Leczenie szpitalne – Chemioterapia; 4) Leczenie szpitalne – programy lekowe; 5) Opieka Paliatywna.

(akta kontroli str. 435-439)

W celu ustalenia potencjalnego ryzyka związanego z niedożywieniem przed i w trakcie leczenia, każdy z objętych szczegółowym badaniem pacjent poddawany był przesiewowej ocenie stanu odżywienia, zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

Szpital opracował w 2008 r. procedurę pn. „Wykaz diet, zestawienie posiłków i receptury potraw obowiązujące w Dziale Żywienia ŚCO”. Jako cel procedury wskazano zapewnienie prawidłowego systemu dietetycznego i prawidłowej wartości odżywczej w całokształcie żywienia pacjentów. Celem wprowadzenia procedury było zapewnienie dostarczenia wymaganych ilości energii dla utrzymania masy ciała chorego na prawidłowym poziomie oraz niezbędnych składników odżywczych dla potrzeb metabolicznych ustroju. Opracowana procedura odnosiła się do klasyfikacji diet, zestawienia produktów i posiłków oraz receptur potraw.

W Centrum stosowano 30 diet²⁶.

Dla diet tych określona była charakterystyka, uwagi technologiczne, wykaz produktów dozwolonych, dozwolonych w umiarkowanych ilościach oraz przeciwwskazanych. Apteka Szpitalna przygotowywała mieszaniny do żywienia pozajelitowego stosowane w ramach jednej z diet dla pacjentów Centrum.

(akta kontroli str. 440-465)

W całym okresie objętym kontrolą w Centrum zatrudnionych było osiem dietetyczek, w tym trzy w Dziale Żywienia, i po jednej w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, w Klinice Chirurgii Onkologicznej, w Klinice Endokrynologii, w Zakładzie Profilaktyki Onkologicznej, w Klinice Hematologii i Transplantacji Szpiku. W zakresie ich obowiązków był współudział w leczeniu żywieniowym chorych m.in. poprzez: planowanie, nadzorowanie żywienia indywidualnego oraz zbiorowego hospitalizowanych pacjentów, ocena stanu odżywienia, sposobu żywienia, zapotrzebowania kalorycznego oraz zapotrzebowania na składniki odżywcze z uwagi na rozpoznane schorzenia oraz w ramach profilaktyki i leczenia chorób dietozależnych, współudział w planowaniu żywienia klinicznego, uczestniczenie w prowadzeniu leczenia żywieniowego we współpracy z lekarzem, pielęgniarką, planowanie i opracowywanie jadłospisów wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet, zgodnie z obowiązującą klasyfikacją i zasadami żywienia.

(akta kontroli str. 466-483)

Badaniem szczegółowym objęto dokumentację 20 pacjentów hospitalizowanych powyżej siedmiu dni na Oddziałach Ginekologii, Chemioterapii, Urologii, Chirurgii Onkologicznej, Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Zespołu Diennej Opieki Gastroent. W ich wyniku ustalono, że w każdej analizowanej historii choroby pacjenta znajdował się zapis zawierający m.in.

²⁶ Rodzaje diet stosowanych w Centrum: podstawowa, łatwostrawna, bezmleczna, przecierana, cukrzyca podstawowa, cukrzyca łatwostrawna, cukrzyca przecierana, cukrzyca wątrobowa, cukrzyca bezmleczna, cukrzyca bezglutenowa, bogatobiałkowa, bezglutenowa, papkowata, papka bezmleczna, papkowata cukrzyca, papkowata cukrzyca bezmleczna, płynna, płynna bezmleczna, płynna cukrzyca, płynna cukrzyca bezmleczna, kleikowa, niskokaloryczna, wysokokaloryczna, ziemniaczana, beźmięśna, specjalna, po przeszczepie, niskoresztkowa, wątrobowa, niskobiałkowa

- przesiewową ocenę stanu odżywienia pacjenta (wg. systemu NRS - co było zgodne ze *Standardami żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego*²⁷), wraz z jego wynikiem;
- kartę kwalifikacji pacjenta do leczenia żywieniowego z zaleceniami lekarza co do leczenia żywieniowego, w przypadku, gdy zachodziła taka potrzeba;
- kartę leczenia żywieniowego pacjenta wraz z zaleceniami lekarza;
- kartę gorączkową z wyliczonym indeksem BMI²⁸;
- wyniki zleconych przez lekarza badań biochemicznych.

Przesiewowa ocena stanu pacjenta skutkowała rozszerzonym wywiadem lekarskim z zaleceniem wdrożenia leczenia żywieniowego (indywidualizowanego w odniesieniu do pacjenta). W każdym z analizowanych przypadków zalecenia te były realizowane, co zostało potwierdzone podpisami w dokumentacji pacjenta (historii choroby) przez odpowiedzialnych pracowników ww. Oddziałów. Szpital monitorował jakość posiłków m.in. włączając w ten proces pacjentów, którzy mogli się wypowiedzieć na ich temat (ankiety).

(akta kontroli str. 484-485)

Planowanie i organizację żywienia pacjenta przedstawił Kierownik Ośrodka Hematologii i Nowotworów Krwi (tożsamą również dla innych Oddziałów):

1. Wywiad lekarski i pielęgniarz z pacjentem/opiekunem dotyczący dotychczas stosowanej diety.
2. Zlecenie diety przez lekarza w konsultacji z dietetykiem.
3. Dietetyk/pielęgniarka sporządza wykaz diet dla pacjentów Ośrodka na dany dzień i wysyła zapotrzebowanie do Oddziału Żywienia.
4. Każdy pacjent jest traktowany indywidualnie – w razie pogorszenia stanu zdrowia, po konsultacji z lekarzem dieta jest modyfikowana i uzgadniana z Działem Żywienia.
5. Transport wewnętrzny przekazuje posiłki dietetykowi, a w godzinach popołudniowych pielęgniarkom dyżurującym, którzy wydają posiłki pacjentom.
6. Każdy pacjent wymagający pomocy przy karmieniu otrzymuje pomoc dietetyka/pielęgniarki/opiekuna medycznego.
7. Każdy pacjent jest monitorowany w zakresie ilości spożywanych posiłków, a w razie braku apetytu lub innych problemów podczas spożywania posiłków jest powiadamiany lekarz i modyfikowana dieta. W razie potrzeby włączane jest leczenie żywieniowe.
8. Pacjenci edukowani są w trakcie pobytu odnośnie diety, szczególnie chorzy podczas chemioterapii.
9. Przy wypisie pacjenci otrzymują zalecenia, w których znajduje się informacja na temat diety.
10. Żywność przyniesiona przez rodzinę chorego jest skontrolowana przez dietetyka/pielęgniarkę/opiekuna medycznego. W razie potrzeby zostaje oznakowana i umieszczona w lodówce.
11. Rodzina/opiekunowie są edukowani na temat produktów żywnościowych, które mogą przynieść pacjentowi z uwzględnieniem zastosowanej u chorego diety.

(akta kontroli str. 486)

5. Zgodnie z § 46 Regulaminu organizacyjnego w strukturze ŚCO funkcjonował, jako samodzielna komórka organizacyjna, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (dalej ZDL). Jego zadaniem było wykonywanie badań z zakresu analiz lekarskich u pacjentów

²⁷ *Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego* zostały opracowane przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

²⁸ BMI - (ang. Body Mass Index) jest ilorazem masy ciała wyrażonej w kilogramach i wzrostu (w metrach) podniesionego do kwadratu. Pozwala on na rozróżnienie niedowagi, prawidłowej masy ciała, nadwagi oraz różnych stopni otyłości.

leczonych w ŚCO, w Poradniach Specjalistycznych oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców zgodnie z zawartymi umowami, a także pacjentów bez skierowania (świadczenia wykonywane odpłatnie). W skład ZDL wchodziły Pracownia Analityki Ogólnej, Pracownia Biochemii, Pracownia Białek Specyficznych, Pracownia Koagulologii, Pracownia Hematologii, Punkt Przyjęcia Materiału oraz Punkt Dystrybucji Składników Krwi. Działalność ZDL zapewniała dostęp pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej do badań patomorfologicznych i genetycznych, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia dot. AOS i w załączniku nr 1 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

W okresie objętym kontrolą ZDL wykonał ogółem 582 619 badań, w tym 552 067 badań pozagenetycznych²⁹ oraz 30 552 badań genetycznych³⁰.

Badania pozagenetyczne w poszczególnych latach:

- w 2019 r. 76 155 badań histopatologicznych, na kwotę 3 139 109,10 zł, średni koszt badania 41,22 zł, wśród nich badania śródoperacyjne 351 badań na kwotę 36 525,06 zł; 17 328 badań immunohistochemicznych na kwotę 1 214 866,06 zł, średni koszt badania 70,11 zł, 23377 badań cytologicznych na kwotę 557 541,45 zł, średni koszt badania 23,85 zł;

- w 2020 r. 67 397 badań histopatologicznych na kwotę 3 369 850 zł, średni koszt badania 50 zł, 15 746 badań immunohistochemicznych na kwotę 1 319 829,72 zł, średni koszt badania 83,82 zł, 9 234 badań cytologicznych na kwotę 291 148,02 zł, średni koszt badania 31,53 zł;

- w 2021 r. 76 352 badania histopatologiczne na kwotę 3 312 913,28 zł, średni koszt badania 43,39 zł, 19 876 badań immunohistochemicznych na kwotę 1 448 562,88 zł, średni koszt badania 72,88 zł, 14 100 badań cytologicznych na kwotę 468 402 zł, średni koszt badania 33,22 zł;

- w 2022 r. 83 214 badań histopatologicznych na kwotę 3 900 240,18 zł, średni koszt badania 46,87 zł, 22 863 badań immunohistochemicznych na kwotę 1 826 067,81 zł, średni koszt badania 79,87 zł, 16 444 badań cytologicznych na kwotę 650 360 zł, średni koszt badania 39,55 zł;

- w 2023 r. (I kwartał) 22 515 badań histopatologicznych na kwotę 1 315 326,30 zł, średni koszt badania 58,42 zł, 7 095 badań immunohistochemicznych na kwotę 697 722,30 zł, średni koszt badania 98,34 zł, 6722 badania cytologiczne na kwotę 350 485 zł, średni koszt badania 52,14 zł.

Dla badań genetycznych, w poszczególnych latach wynosiło to:

- w 2019 r. - 431 badań cytogenetyczne-hematoonkologia na kwotę 183 287 zł, średnia – 425,26 zł, 168 badań cytogenetyczne – guzy łe FISH na kwotę 71 443,68 zł, średnia 425,26 zł, 3 008 badań PCR na kwotę 605 089,28 zł, średnia 201,16 zł; 969 badań NGS na kwotę 1 654 848,51 zł, średnia 1707,79 zł;

- w 2020 r. 510 badań cytogenetyczne-hematoonkologia na kwotę 247 513,20 zł, średnia – 485,32 zł, 181 badań cytogenetyczne – guzy łe FISH na kwotę 87 842,92 zł, średnia 485,32 zł, 4 638 badań PCR na kwotę 1 108 342,86 zł, średnia 238,97 zł, 1571 badań NGS na kwotę 3 565 305,95 zł, średnia 2269,45 zł;

- w 2021 r. 415 badań cytogenetyczne-hematoonkologia na kwotę 126 251,30 zł, średnia – 304,22 zł, 231 badań cytogenetyczne – guzy łe FISH na kwotę 70 274,82

²⁹ Badania histopatologiczne (łącznie z cytoblokiem) w tym badania śródoperacyjne, immunohistochemiczne, histochemiczne oraz konsultacje patomorfologiczne oraz badania cytologiczne.

³⁰ Badania cytogenetyczne - guzy łe FISH, badania metodami biologii molekularnej (PCR), metodą sekwencjonowania następnej generacji (NGS).

zł, średnia 304,22 zł, 4489 badań PCR na kwotę 1 085 485 zł, średnia 241,81 zł, 1 831 badań NGS na kwotę 4 467 072,39 zł, średnia 2439,69 zł;

- w 2022 r. 622 badań cytogenetyczne-hematoonkologia na kwotę 207 082,46 zł, średnia – 332,93 zł, 256 badań cytogenetyczne – guzy łe FISH na kwotę 85 230 zł, średnia 332,93 zł, 4437 badań PCR na kwotę 1 104 014,34 zł, średnia 248,82 zł, 1 876 badań NGS na kwotę 4 873 435,28 zł, średnia 2597,78 zł;

- w 2023 r. (I kwartał) 199 badań cytogenetyczne-hematoonkologia na kwotę 84 859,57 zł, średnia – 426,43 zł, 86 badań cytogenetyczne – guzy łe FISH na kwotę 36 772,98 zł, średnia 426,43 zł, 1 651 badań PCR na kwotę 273 190,97 zł, średnia 165,47 zł, 806 badań NGS na kwotę 1 403 971,40 zł, średnia 1741,90 zł.

(akta kontroli str. 487-492)

6. W Zakładzie Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET opracowanych zostało 30 procedur dotyczących m.in. różnych badań scyntygraficznych, badań tomografem PET, badań poszczególnych narządów ciała³¹.

(akta kontroli str. 493-494)

Na podstawie losowo wybranej procedury PS-18/LMN Tomografia PET z zastosowaniem 18F-PSMA stwierdzono, że zgodnie z wymogami art. 33f ust. 2 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe³², procedura zawierała: 1) opis postępowania odnoszącego się do stosowanych w jednostce ochrony zdrowia urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, a także do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń; 2) informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym informacje dotyczące narażenia osób, o których mowa w pkt 1; 3) inne niż wskazane w pkt 1 i 2 istotne informacje o sposobie wykonania badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia.

(akta kontroli str. 495-501)

Z informacji przekazanej przez kierownika Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET Pracowni Ochrony Radiologicznej wynika, że w latach 2019-2023 nie były wykonywane audyty zewnętrzne przeprowadzane przez komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych w zakresie oceny opracowanych procedur wzorcowych dla standardowych ekspozycji medycznych.

(akta kontroli str. 502)

³¹ 1) PS-01/LMN Procedura badania scyntygraficznego całego ciała za pomocą octreoscanu – 111 In, 131 J-MIBG oraz TEKROTYDU-99mTc; 2) PS-02/LMN Procedura badania scyntygraficznego całego ciała za pomocą DMSA99mTc; 3) PS-03/LMN Procedura scyntygraficznego badania całego ciała cytrynianem galu; 4) PS-04/LMN Procedura badania układu kostno-stawowego; 5) PS-05/LMN Procedura badania limfoscenytygraficznego; 6) PS-06/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem F18 Cholina; 7) PS-07/LMN Procedura badania scyntygraficznego nerek; 8) PS-08/LMN Procedura badania górnego odcinka przewodu pokarmowego; 9) PS-09/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem 18F-fluorku sodu NaF; 10) PS-10/LMN Procedura scyntygrafia dolnego odcinka przewodu pokarmowego – uchyłek Meckela; 11) PS-11/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem 18F – DOPA; 12) PS-12/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem 18F – FET; 13) PS-13/LMN Procedura badania ośrodkowego układu nerwowego; 14) PS-14/LMN Procedura badania węzła wartowniczego; 15) PS-15/LMN Procedura scyntygraficznego badania płuc; 16) PS-16/LMN Procedura scyntygraficznego badania przytarczyc; 17) PS-17/LMN Procedura scyntygraficznego badania perfuzji mięśnia sercowego; 18) PS-18/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem 18F – DCFPyI; 19) PS-19/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem 18F – FDG; 20) PS-20/LMN Procedura scyntygraficznego badania ślinianek; 21) PS-21/LMN Procedura scyntygraficznego badania tarczycy; 22) PS-22/LMN Procedura scyntygraficznego badania wątroby oraz dróg żółciowych; 23) PS-23/LMN Procedura kontroli kamery E-CAM; 24) PS-24/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem F-18 – FLT; 25) PS-27/LMN Procedura badania scyntygraficznego całego ciała za pomocą 99mTc – MIBI; 26) PS-28/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem F-18 – FES; 27) PS-30/LMN Procedura wytwarzania radiofarmaceutyku Ga-68 DOTATOC; 28) PS-31/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem N-13 Amoniak – badanie serca; 29) PS-32/LMN Procedura Tomografia PET z zastosowaniem 68-Ga DOTA-peptydów; 30) PS-33/LMN Procedura badania scyntygraficznego serca za pomocą 18F-FDG

³² Dz. U. z 2023 r. poz. 1173.

Zgodnie z wymogiem określonym w art. 33u ust. 1 pkt 1 oraz art. 33V ustawy Prawo atomowe każdego roku przeprowadzane były audyty kliniczne wewnętrzne w Klinice Urologii, Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Dziale Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej, Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej, Klinice Radioterapii, Dziale Medycyny Nuklearnej, Zakładzie Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET oraz Dziale Brachyterapii i Hipertermii. We wszystkich przeprowadzonych audytach nie stwierdzono nieprawidłowości.

Audyty za rok 2023, zgodnie z harmonogramem, zaplanowane są do przeprowadzenia pod koniec roku.

(akta kontroli str. 503)

Na przykładzie ostatniego audytu przeprowadzonego w Zakładzie Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET (przeprowadzony 12 grudnia 2022 r.) stwierdzono, iż dokonano: oceny zgodności procedur roboczych z wzorcowymi, oceny skierowań na badania, oceny podawanych pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (aktywność, rodzaj), oceny opisów badań, oceny jakości uzyskiwanych obrazów scyntygraficznych, oceny znakowania produktów radiofarmaceutycznych, oceny sposobu postępowania z podstawową dokumentacją medyczną, oceny zapisów dotyczących wyników eksploatacyjnych testów fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych, częstotliwości wykonywania i wynik bieżących testów specjalistycznych i testów podstawowych, oceny ważności świadectw wzorcowania dawkomierzy.

W raporcie z Klinicznego Audytu Wewnętrznego stwierdzono: Zakład Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET funkcjonuje skutecznie względem kryteriów audytu.

(akta kontroli str. 504-511)

W okresie objętym kontrolą, Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (dalej: ŚPWIS) przeprowadził w ŚCO dwie kontrole:

- w dniu 16 września 2020 r. kontrola w zakresie: Ocena jednostki organizacyjnej stosującej urządzenia radiologiczne i urządzenia pomocnicze do celów radiologii zabiegowej oraz ocena stanu sanitarnego pomieszczeń medycznej pracowni rentgenowskiej. W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości: 1) Brak realizacji programu szkoleń pracowników z zakresu ochrony radiologicznej opracowanego przez kierownika jednostki organizacyjnej. 2) Brak testów podstawowej kontroli jakości dla urządzeń pomocniczych (monitorów stosowanych do prezentacji obrazów medycznych w stacjach przeglądowych przy aparatach rtg typu OEC Elite, Ziehm Vision, OEC Fluorostar Series). 3) Osoba pracująca w warunkach narażenia na działanie promieniowania jonizującego nie posiada aktualnego orzeczenia lekarskiego wydanego przez uprawnionego lekarza.

Stwierdzone nieprawidłowości zostały usunięte, a informacja o tym przesłana do ŚPWIS w Kielcach.

(akta kontroli str. 512-527)

- w dniu 12 grudnia 2022 r. kontrola w zakresie: Ocena jednostki organizacyjnej prowadzącej działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii, leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych i diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta.

W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 528-545)

7. ŚCO jako podmiot prowadzący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne realizował, wynikający z § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego

Rejestru Nowotworów³³(dalej: KRN), obowiązek przekazywania do KRN danych określonych w § 5 ww. rozporządzenia.

Jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ŚCO: *Każdy lekarz ŚCO w związku z rozpoznaniem nowotworu złośliwego wypełnia Kartę Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego MZN/1a (KZNZ). Karta wypełniana jest przy pierwszej wizycie pacjenta w ambulatorium/klinice i/lub przy wizytach kontrolnych, podczas których zostały stwierdzone istotne zmiany mające związek z diagnozą, leczeniem, lub postępem choroby. KZNZ wypełniana jest w formie papierowej lub przesyłana w formie elektronicznej. W systemie medycznym działającym w ŚCO – CliniNet – istnieje również możliwość wygenerowania edytowalnej KZNZ z konta pacjenta. Najczęściej stosowaną przez lekarzy ŚCO formą jest karta papierowa. Następnie za pośrednictwem poczty wewnętrznej KZNZ przekazywana jest do Świętokrzyskiego Biura Rejestracji Nowotworów.*

Wszystkie KZNZ (papierowe i elektroniczne) przekazane do ŚBRN podlegają weryfikacji. Karty zgłoszone elektronicznie przed zaakceptowaniem w systemie eKRN+ (do końca marca 2023 r. system KRN) w razie konieczności są na bieżąco poprawiane w trybie edycji karty lub odsyłane do administratora konta, z którego zostały nadesłane z prośbą o weryfikację. Karty papierowe w przypadku braku danych są poprawiane/uzupełniane przez pracownika ŚBRN z wykorzystaniem baz CliniNet i PatArch i/lub na podstawie kontaktu telefonicznego bądź osobistego z lekarzem ŚCO zgłaszającym kartę. Nadmieniam, iż weryfikacji podlegają wszystkie KZNZ przesłane do ŚBRN, to jest także te zgłaszane przez inne jednostki udzielające świadczeń zdrowotnych, w związku z rozpoznaniem i podejrzeniem nowotworu złośliwego, działające na terenie województwa świętokrzyskiego oraz karty przesyłane z innych wojewódzkich biur rejestracji nowotworów (KZNZ rejestrowana jest przez biuro właściwe ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta).

Po weryfikacji KZNZ pracownik ŚBRN koduje wymagane pola (25 i 27) i rejestruje kartę w systemie eKRN+ (wcześniej KRN).

(akta Kontroli str. 546)

Analiza 20 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, przesłanych przez Szpital do KRN w I kwartale 2023 r. wykazała, że we wszystkich badanych kartach wypełnione były rubryki dotyczące rozpoznania histopatologicznego, kodu histopatologicznego kodu zaawansowania nowotworu, stopnia zaawansowania i stadium zaawansowania. W trzech kartach nie była wypełniona rubryka dotycząca innych klasyfikacji zaawansowania, co wynikało z faktu, iż wypełnione rubryki rozpoznania klinicznego wskazywały na takie rozpoznanie (C34, C78, C45), które nie generowało wymogu określenia innych klasyfikacji zaawansowania nowotworu.

(akta kontroli str.547-566)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

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

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

W latach 2019-2023 (I kwartał) wartość zakontraktowanych świadczeń mających

³³ Dz. U. z 2018 r. poz. 1197, ze zm.

zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym wyniosła 458 087,6 tys. zł³⁴ (pakiet onkologiczny - 358 815,5 tys. zł³⁵ i poza pakietem onkologicznym - 97 257,1 tys. zł), a wartość sprawozdanych świadczeń (z tzw. nadwykonaniami) wyniosła 450 335,4 tys. zł³⁶ (pakiet onkologiczny - 351 855,3 tys. zł³⁷ i poza pakietem onkologicznym 98 502 tys. zł), co stanowiło 98,3% wartości świadczeń zakontraktowanych. W okresie objętym kontrolą ŚCO realizowało świadczenia onkologiczne w 60 zakresach, na najwyższe kwoty zakontraktowano i zrealizowano świadczenia szpitalne w zakresie:

- teleradioterapia – pakiet onkologiczny (kod świadczenia 03.0000.903.02) zakontraktowano na kwotę 103 139,6 tys. zł, a zrealizowano na kwotę 99 759,3 tys. zł (96,7% wartości świadczeń zakontraktowanych);
- chirurgia onkologiczna – hospitalizacja – pakiet onkologiczny (03.4540.930.02) zakontraktowano na kwotę 55 901,7 tys. zł, a zrealizowano na kwotę 54 586,6 tys. zł (97,6%);
- hematologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny (03.4070.930.02) zakontraktowano na kwotę 34 268,6 tys. zł, a zrealizowano na kwotę 33 120,0 tys. zł (96,6%);
- brachyterapia – pakiet onkologiczny (03.0000.904.02) zakontraktowano na kwotę 30 097,9 tys. zł, a zrealizowano na kwotę 27 404,1 tys. zł ((91,0%).

(akta kontroli str. 5-8)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: *W przypadku zakresów teleradioterapia – pakiet onkologiczny (kod świadczenia 03.0000.903.02), który zrealizowano na poziomie 96,7% oraz chirurgia onkologiczna – hospitalizacja – pakiet onkologiczny (03.4540.930.02), który zrealizowano na poziomie 97,6%, mamy do czynienia z pełną realizacją zakresu. Niewielka kwota, która została w umowie jako wartość nierozliczona wynika z faktu rozliczania pełnych pobyków pacjentów oraz ewentualnych korekt, dokonywanych po ustaleniu ostatecznej wartości umowy w ww. zakresach.*

(akta kontroli str. 41)

Najniższy stopień (poniżej 80%) wykonania umów z NFZ dotyczył następujących świadczeń:

- AOS³⁸ świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka onkologiczna (02.1240.301.02) poradnia radioterapii – 0% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 12,2 tys. zł);
- AOS świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii – diagnostyka onkologiczna (02.1200.301.02) – 0% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 3,7 tys. zł);
- AOS świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka onkologiczna (02.1240.301.02) poradnia chemioterapii – 3,9% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 15,4 tys. zł);
- AOS świadczenia w zakresie hepatologii – diagnostyka onkologiczna (02.1056.301.02) – 9,8% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 4,5 tys. zł);
- chirurgia ogólna – hospitalizacja – pakiet onkologiczny (03.4500.930.02) – 36,6% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 35,5 tys. zł);

³⁴ W 2019 r. – 94 154,8 tys. zł, w 2020 r. – 93 735,9 tys. zł, w 2021 r. – 90 038,2 tys. zł, w 2022 r. – 138 608,9 tys. zł, w 2023 r. (I kw.) – 41 205,8 tys. zł.

³⁵ W 2019 r. – 73 267,0 tys. zł, w 2020 r. – 71 716,3 tys. zł, w 2021 r. – 70 545,5 tys. zł, w 2022 r. – 105 838,1 tys. zł i w 2023 (I kw.) – 37 448,5 tys. zł.

³⁶ W 2019 r. – 93 831,5 tys. zł, w 2020 r. – 86 775,5 tys. zł, w 2021 r. – 94 840,0 tys. zł, w 2022 r. – 134 608,9 tys. zł i w 2023 r. – 40 279,2 tys. zł.

³⁷ W 2019 r. – 73 005,7 tys. zł, w 2020 r. – 67 444,7 tys. zł, w 2021 r. – 70 769,7 tys. zł, w 2022 r. – 104 681,1 tys. zł i w 2023 r. (I kw.) – 35 954,2 tys. zł.

³⁸ Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

- AOS świadczenia w zakresie hepatologii – diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym (02.1056.998.02) – 58,0% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 4,9%);
- AOS świadczenia w zakresie neurologii – diagnostyka onkologiczna (02.1240.301.02) – 58,3% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 94,7 tys. zł);
- AOS świadczenia w zakresie onkologii – diagnostyka onkologiczna (02.1240.301.02) poradnia onkologiczna-ginekologii onkologicznej – 58,9% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 94,7 tys. zł);
- AOS świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii – diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym (02.1200.998.02) – 73,6% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 18,2%);
- AOS świadczenia w zakresie proktologii – diagnostyka onkologiczna (02.1506.301.02) – 75,1% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 21,4 tys. zł);
- AOS świadczenia w zakresie gastroenterologii – diagnostyka onkologiczna (02.1050.301.02) – 79,3% (nie zrealizowano świadczeń na kwotę 4,6 tys. zł).

(akta kontroli str. 5-8)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: *Informuję, iż 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 ŚCO proces diagnostyczny, oparty przede wszystkim na pobraniu materiału podejrzanego do badania histopatologicznego (diagnostyka wstępna) i wykonaniu badań obrazowych (diagnostyka pogłębiona), prowadzony jest w poradniach „narządowych” (chirurgii onkologicznej, ginekologii, otolaryngologii, urologii, chirurgii klatki piersiowej), których zadaniem jest przygotowanie pacjenta na konsylium pod kątem rozważenia najskuteczniejszego sposobu leczenia onkologicznego, czyli radykalnego zabiegu operacyjnego.*

Dlatego też w ŚCO pakiet onkologiczny nie jest praktycznie w ogóle realizowany w poradniach radioterapii, ginekologii onkologicznej czy chemioterapii (gdzie trafiają już pacjenci po konsylium WZT, do realizacji leczenia onkologicznego), dermatologii czy hepatologii (które służą przede wszystkim jako poradnie konsultujące).

W przypadku zakresu chirurgia ogólna – hospitalizacja – pakiet onkologiczny, czyli zakresu dodatkowego dla chirurgii onkologicznej, poziom realizacji (36,6%) był adekwatny do liczby przyjętych pacjentów.

(akta kontroli str. 41)

Najwyższe tzw. nadwykonania wystąpiły w zakresie:

- AOS świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka onkologiczna poza pakietem onkologicznym (02.1540.998.02) – 108,8% (zrealizowano świadczenia na kwotę wyższą o 671,4 tys. zł);
- kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego – świadczenie w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka onkologiczna poza pakietem onkologicznym (03.4240.011.02) – 106,1% (zrealizowano świadczenia na kwotę wyższą o 1 433,6 tys. zł);
- hematologia – hospitalizacja – świadczenie diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem onkologicznym (03.4070.998.02) – 105,0% (zrealizowano świadczenia na kwotę wyższą o 529,6 tys. zł).

(akta kontroli str. 5-8)

W 2020 r. NFZ wypłaciło dla ŚCO część środków z umowy tzw. 1/12³⁹ w wysokości 13 511,2 tys. zł. W 2021 r. NFZ zaliczył nadwykonane ponad limit zawarty w umowach

³⁹ Tzw. 1/12 kontraktu z NFZ to mechanizm polegający na wypłacie placówce medycznej części środków z umowy z NFZ na 2020 r., pomimo niewykonania lub częściowego wykonania przez nią świadczeń, wynikających z tej umowy. Prawo do tzw. 1/12 kontraktu otrzymały placówki, które ze względu na epidemię COVID-19 nie mogły

na 2021 r. świadczenia na poczet spłaty ww. zobowiązań w kwocie 12 253,4 tys. zł. pozostała kwota 1 257,8 tys. zł została rozliczona fakturami korygującymi w 2021 r. na dzień 31 grudnia 2021 r. całość zobowiązań ŚCO wobec NFZ została spłacona.
(akta kontroli str. 9-22)

W okresie objętym kontrolą w ŚCO przyjęto 238 717 pacjentów⁴⁰, którym udzielono 483 134 świadczeń⁴¹ z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. W ramach pakietu onkologicznego przyjęto 49 057 pacjentów⁴², którym udzielono 72 925 świadczeń⁴³, natomiast poza pakietem onkologicznym 189 660 pacjentom⁴⁴ udzielono 410 209 świadczeń⁴⁵. W latach 2019-2023 (I kw.) pacjenci przyjęci w ramach pakietu onkologicznego stanowili 20,6% wszystkich pacjentów⁴⁶, którym udzielono świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Liczba świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego stanowiła 15,1% wszystkich świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego⁴⁷. Zarówno udział procentowy pacjentów, którym udzielano świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, w stosunku do pacjentów ogółem, jak i udział udzielanych im świadczeń w stosunku do świadczeń ogółem ulegały wzrostowi w okresie objętym kontrolą.

(akta kontroli str. 23-25)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: *Do zakresów „poza pakietem” do rozliczenia trafiają porady specjalistyczne u pacjentów z rozpoznaniem nowotworowym, 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 szpitalnych zakresach „poza pakietem” rozliczani są natomiast pacjenci, którzy trafili do ŚCO na wybrany element leczenia onkologicznego bez karty DiLO lub posiadają kartę DiLO, ale świadczenie nie może być rozliczone w zakresie „pakiet onkologiczny” (nie jest wskazane w załączniku nr 3b - Katalog produktów onkologicznych - PAKIET ONKOLOGICZNY, do aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne.*

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. 985-989)

Według stanu na koniec I kwartału poszczególnych lat objętych kontrolą największa liczba oczekujących na udzielenie świadczenia występowała w:

– 2019 r.: w Oddziale ginekologii onkologicznej wynosiła 180 przypadków

wypełnić umowy z Funduszem. NFZ wypłacał środki tym placówkom, a one zobowiązały się „odrobić” otrzymaną część kontraktu do 30 czerwca 2021 r.

⁴⁰ W 2019 r. – 57 976 pacjentów, w 2020 r. – 53 846, w 2021 r. – 58 868, w 2022 r. – 61 819 i w 2023r. (I kw.) – 6208.

⁴¹ W 2019 r. – 117 767 świadczeń, w 2020 r. – 109 784, w 2021 r. – 121 263, w 2022 r. – 124 299 i w 2023 r. (I kw.) – 10 112.

⁴² W 2019 r. – 10 620 pacjentów, w 2020 r. – 9242, w 2021 r. – 11 215, w 2022 r. – 12 250 i w 2023r. (I kw.) – 5730.

⁴³ W 2019 r. – 15 151 świadczeń, w 2020 r. – 13 226, w 2021 r. – 16 716, w 2022 r. – 18 227 i w 2023 r. (I kw.) – 9605.

⁴⁴ W 2019 r. – 47 356 pacjentów, w 2020 r. – 44 604, w 2021 r. – 47 653, w 2022 r. – 49 569 i w 2023r. (I kw.) – 478.

⁴⁵ W 2019 r. – 102 525 świadczeń, w 2020 r. – 96 558, w 2021 r. – 104 547, w 2022 r. – 106 072 i w 2023 r. (I kw.) – 507.

⁴⁶ W 2019 r. – 18,3%, w 2020 r. – 17,2%, w 2021 r. – 19,1%, w 2022 r. – 19,8% i w 2023 r. (I kw.) – 92,3%.

⁴⁷ W 2019 r. – 12,9%, w 2020 r. – 12,0%, w 2021 r. – 13,8%, w 2022 r. – 14,7% i w 2023 r. (I kw.) – 95,0%.

stabilnych; w Poradni hematologicznej wynosiła 178 przypadków stabilnych i 42 przypadki pilne; w Pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej wynosiła 144 przypadki stabilne;

- 2020 r.: w Pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej wynosiła 279 przypadków stabilnych (wzrost w stosunku do 2019 r.); w Pracowni rezonansu magnetycznego wynosiła 49 przypadków stabilnych (spadek w stosunku do 2019 r.) i 2 przypadki pilne; w Oddziale ginekologii onkologicznej wynosiła 38 przypadków stabilnych (spadek w stosunku do 2019 r.);
- 2021 r. w Pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej wynosiła 124 przypadki stabilne (spadek w stosunku do 2020 r.); w Oddziale ginekologii onkologicznej wynosiła 60 przypadków stabilnych (wzrost w stosunku do 2020 r.); Zakład medycyny nuklearnej wynosiła 42 przypadki stabilne (wzrost w stosunku do 2020 r.);
- 2022 r. w Pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej wynosiła 201 przypadków stabilnych (wzrost w stosunku do 2021 r.); w Oddziale ginekologii onkologicznej wynosiła 104 przypadków stabilnych (wzrost w stosunku do 2021 r.);
- 2023 r. w Pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej wynosiła 229 przypadków stabilnych (wzrost w stosunku do 2022 r.); w Oddziale ginekologii onkologicznej wynosiła 176 przypadków stabilnych (wzrost w stosunku do 2022 r.).

(akta kontroli str. 26-27)

Dyrektor wyjaśnił: *W poniższych komórkach organizacyjnych utrzymywała się wysoka liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia wynikająca z faktu ograniczonej dostępności do świadczeń, gdyż Świętokrzyskie Centrum Onkologii jest jedyną w województwie Świętokrzyskim jednostką realizującą świadczenia w obu przedmiotowych zakresach.*

a) Badania PET-CT

Na uwagę zasługuje też ograniczona liczba lekarzy specjalistów, którzy mogą realizować te świadczenia, co uniemożliwia szerokie zwiększenie podaży tych świadczeń przez ŚCO (specjaliści medycyny nuklearnej to dość rzadko wybierana specjalizacja, od grudnia 2020 r. w ŚCO tylko jeden lekarz zdecydował się na otwarcie specjalizacji w tej dziedzinie medycyny). Mimo tego oraz pandemii SARS-CoV-2:

- *wykonanie w latach 2020-2022 sukcesywnie rosło, tj. wykonywano więcej badań rok do roku,*
- *w drugim kwartale 2020 roku zainstalowano nowy skaner pet, co znacząco zmniejszyło kolejki w roku 2021 przy równoczesnym zwiększeniu poziomu realizacji świadczeń;*
- *w bieżącym roku planowana jest wymiana skanera pet, który pracuje w ŚCO od 2008 roku (<https://radiokielce.pl/1055886/sco-otrzymalo-pieniadze-na-pet/>).*

b) Oddział ginekologii onkologicznej

Systematycznie zwiększa się liczba operowanych pacjentów dzięki zwiększeniu dostępności oddziału do bloku operacyjnego w dni powszednie po godzinie 15:00.

(akta kontroli str. 41-42)

Według stanu na koniec I kwartału poszczególnych lat objętych kontrolą najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia występował w:

- 2019 r.: dla przypadków stabilnych: w poradni endokrynologicznej wynosił 343 dni; w poradni i w oddziale urologicznym – 107 dni; dla przypadków pilnych w poradni gastroenterologicznej – 52 dni i w poradni hematologicznej – 50 dni;
- 2020 r.: dla przypadków stabilnych w poradni endokrynologicznej wynosił 394 dni; w pracowni tomografii komputerowej – 108 dni; w pracowni rezonansu magnetycznego – 82 dni, a dla przypadków pilnych 22 dni. We wszystkich powyższych komórkach nastąpił wzrost czasu oczekiwania w stosunku do 2019 r.;

- 2021 r. dla przypadków stabilnych: w pracowni tomografii komputerowej wynosił 167 dni; w pracowni rezonansu magnetycznego – 142 dni, a dla przypadków pilnych – 138 dni. W powyższych komórkach nastąpił wzrost czasu oczekiwania w stosunku do 2020 r.;
- 2022 r. dla przypadków stabilnych: w pracowni rezonansu magnetycznego wynosił 142 dni; w zakładzie medycyny nuklearnej – 52 dni (wzrost w stosunku do 2021 r.);
- 2023 r. dla przypadków stabilnych: w oddziale ginekologii onkologicznej wynosił 42 dni; w pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej – 15 dni.

(akta kontroli str. 26-27)

Dyrektor wyjaśnił: *czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w pracowni rezonansu magnetycznego wydłużył się w latach 2019-2022 z uwagi na problemy techniczne związane z awaryjnością aparatów MR (dwa systemy MR: starszy z 2008 r. i nowszy z 2015 r.).*

W celu skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie w maju 2021 poszerzono dostępność wykonywania świadczeń poprzez ich realizację przez 7 dni w tygodniu – przedmiotowa zmiana dotyczy wyłącznie pacjentów ambulatoryjnych, bo dostępność badań na potrzeby leczenia stacjonarnego oraz na rzecz innych szpitali pozostała bez zmian, czyli 24 godziny przez 7 dni w tygodniu oraz podjęcie starań w kierunku wymiany aparatu na nowy.

(akta kontroli str. 42)

W wyniku badania trzech harmonogramów⁴⁸ przyjęć z pierwszego kwartału 2023 r. na próbie 20 pacjentów kolejno zapisanych w każdym harmonogramie stwierdzono, że harmonogramy prowadzone były w postaci elektronicznej, zawierały dane wynikające z art. 19a ust. 4 oraz art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁹. Ponadto w:

- Harmonogramie Pracowni rezonansu magnetycznego pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia oznaczani byli jako „oczekujący” lub „oczekujący karta DiLO”. Spośród próby 20 pacjentów: czterech pacjentów, ze skierowaniem bez wystawionej karty DiLO, miało przeprowadzone badanie w terminie od 15 do 49 dni od daty wpisu do harmonogramu, czterech ze skierowaniem, z wystawioną kartą DiLO, w terminie od 8 do 25 dni, a 12 kontynuujących leczenie w terminie od 8 do 61 dni. Dwóch pacjentów (bez karty DiLO) wpisanych do harmonogramu w dniu 2 stycznia 2023 r. miało przeprowadzone badania wcześniej niż dwóch pacjentów (bez karty DiLO) wpisanych do harmonogramu w dniu 30 grudnia 2022 r. Dwóch pacjentów (bez karty DiLO) wpisanych do harmonogramu w dniu 2 stycznia 2023 r. miało przeprowadzone badania wcześniej niż pacjent z kartą DiLO wpisany do harmonogramu w tym samym dniu. Dyrektor wyjaśnił: *Pacjentowi o nr [REDAKTOWANE] w dniu 17 stycznia wykonano badanie (MR stawu kolanowego bez kontrastu) na podstawie „zewnętrznego” e-skierowania oznaczonego jako CITO (pilne). Natomiast pacjent o nr [REDAKTOWANE] miał wykonane badanie MR głowy w dniu 19 stycznia. Ze względu na typ skierowania (CITO) – przypadek pilny oraz okoliczności anatomiczne, której dotyczy badanie (głowa) – przypadek zagrażający życiu lub zdrowiu pacjenta, oba przypadki traktowane są jako priorytetowe. W przypadku pacjentki o nr [REDAKTOWANE] na wizycie w poradni ginekologicznej lekarz zlecił wykonanie badania rezonansu magnetycznego w ramach postępowania kontrolnego i zalecił ponowną wizytę po upływie 4 miesięcy. Biorąc pod uwagę powyższe, należy uznać, iż terminy*

⁴⁸ Prowadzonych w Dziale ginekologii, Poradni ginekologicznej oraz Pracowni rezonansu magnetycznego.

⁴⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561.

w poszczególnych przypadkach zostały wyznaczone na podstawie oceny stanu zdrowia pacjentów. Pacjenci o nr [REDAKTOWANO] wykonano w dniu 17.02.2023 r. badanie MR jamy brzusznej z kontrastem, natomiast pacjenci o nr [REDAKTOWANO] – 24 stycznia 2023 r. badanie MR stawu kolanowego bez kontrastu. W obydwu przypadkach pacjenci zostali skierowani z jednostki zewnętrznej w trybie stabilnym. Pacjenci o nr [REDAKTOWANO], [REDAKTOWANO], [REDAKTOWANO] oraz [REDAKTOWANO] mieli wykonane badania na podstawie kart DiLO w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej (diagnostyka pogłębiona). W pozostałych przypadkach wyznaczono terminy badań na podstawie trybu skierowania – pilne (pacjent [REDAKTOWANO]), oraz wskazania wrażliwej okolicy anatomicznej (głowa), gdzie badanie ma na celu przeciwdziałanie czynnikom zagrażającym zdrowiu lub życiu pacjenta (pacjenci [REDAKTOWANO] oraz [REDAKTOWANO]). Analiza powyższych przypadków wskazuje, iż terminy wyznaczone były na podstawie oceny stanu i potrzeb pacjenta przy zachowaniu zasady priorytetowego traktowania pacjentów z kartą DiLO, skierowaniem wystawionym w trybie pilnym lub w sytuacjach zagrażających zdrowiu lub życiu pacjenta. W związku z powyższym pacjentom „stabilnym” wyznaczane są odleglejsze terminy;

- Poradni ginekologicznej, spośród 20 badanych pacjentek, poza dwoma pacjentkami kontynuującymi leczenie, pacjentki przyjęte były w dniu wpisania ich do harmonogramu przyjęć;
- Dziale ginekologii w harmonogramie pacjentki oczekujące na udzielenie świadczenia oznaczane były jako „oczekujący” lub „oczekujący karta DiLO”. Na listę oczekujących nie były wpisywane osoby kontynuujące leczenie. Spośród 20 badanych pacjentek 12 oczekiwało na udzielenie świadczenia, pięć kontynuowało leczenie, a trzy pacjentki zostały przyjęte na oddział w dniu wpisania do harmonogramu, pomimo że nie były wpisane na listę oczekujących. Pacjentki przyjmowane były w terminie do ośmiu dni od dnia wpisania do harmonogramu.

(akta kontroli str. 28-43)

W latach 2019-2023 (I kw.) do ŚCO zgłosiło się 13 717 pacjentów z kartami DiLO wystawionymi przez innych świadczeniodawców, w tym 10 141 kart wystawili lekarze POZ, 2047 kart wydano w AOS, 1528 kart w szpitalach i jedną w programach zdrowotnych. W tym samym okresie w ŚCO wydano 9666 kart DiLO, w tym w AOS – 8401 kart⁵⁰ i w szpitalu 1265 kart⁵¹.

(akta kontroli str. 81)

W wyniku badania losowo wybranych 30 kart DiLO stwierdzono, że:

- we wszystkich przypadkach skład zespołu interdyscyplinarnego (konsylium) był zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵²;
- we wszystkich przypadkach wyznaczono koordynatora leczenia onkologicznego, którego udział w konsylium potwierdzony był podpisem. Do zadań koordynatora należało m.in.: przyjmowanie zgłoszeń pacjentów na konsylium WZT; utrzymywanie stałego kontaktu informacyjnego ze wszystkimi jednostkami zgłaszającymi pacjentów w zakresie dostępności terminów konsylium; utrzymywanie kontaktu pod względem merytorycznym z jednostkami – innymi szpitalami, w których pacjent jest diagnozowany przed konsylium; sprawdzenie i odesłanie dokumentacji po wykonaniu konsylium dla placówki innej niż ŚCO;

⁵⁰ W 2019 r. – 1856, w 2020 r. – 1611, w 2021 r. – 2077, w 2022 r. – 2209 i w 2023 r. (I kw.). – 648.

⁵¹ W 2019 r. – 282, w 2020 r. – 227, w 2021 r. – 337, w 2022 r. – 358 i w 2023 r. (I kw.). – 61.

⁵² Dz. U. z 2023 r. poz. 870.

zarejestrowanie konsylium pacjenta w medycznym systemie informacyjnym CLININET; nadzór nad przebiegiem posiedzenia konsylium i moderowanie spotkania; wyznaczenie pacjentowi ścieżki terapeutycznej zgodnie z decyzją konsylium (m.in. ustalenie terminów wizyt w poradniach specjalistycznych, terminów przyjęcia do działu); informowanie pacjenta o wyznaczonych terminach leczenia w formie ustnej i pisemnej, osobiście lub telefonicznie. Odpowiedzi na wszystkie pytania zadawane przez chorego odnośnie dalszego postępowania terapeutycznego; stały kontakt telefoniczny lub osobisty z pacjentem;

- 26 pacjentów miało udzielane świadczenia przez psychologa, psychoonkologa lub fizjoterapeutę. Dyrektor odnośnie czterech pacjentów, którzy nie mieli wpisu wyjaśnił: *pacjenci (...) mieli zapewnioną opiekę psychologa, psychoonkologa czy fizjoterapeuty, gdyż w siedzibie i strukturze organizacyjnej ŚCO funkcjonują takie komórki organizacyjne jak: Poradnia Zdrowia Psychicznego, Poradnia Pomocy Psychologicznej, Poradnia Rehabilitacji, Dział Fizjoterapii i Ośrodek Rehabilitacji Diennej, w których każdy pacjent może otrzymać świadczenie gwarantowane. Jednocześnie należy podkreślić, iż brak świadczeń psychologicznych czy dotyczących usprawniania pacjentów w ich dokumentacji z leczenia szpitalnego nie oznacza braku zapewnienia opieki, a tylko potwierdza fakt, iż w opinii lekarza prowadzącego ci pacjenci nie wymagali takich świadczeń w trakcie pobytów pacjenta w szpitalu czy opieki ambulatoryjnej;*
- 19 pacjentów było w trakcie leczenia, trzech w trakcie obserwacji po leczeniu, jeden był rehabilitowany, jeden nie zgłosił się na wizytę kontrolną od marca 2021 r., a sześciu pacjentów zmarło;
- karty DiLO zmarłych pacjentów nie zostały zamknięte. Dyrektor wyjaśnił: *karty DiLO o numerach wskazanych w Państwa piśmie nie zostały zamknięte omyłkowo (błąd personelu pomocniczego oddziału). Jednocześnie pragnę podkreślić, iż brak zamkniętej karty DiLO to wyłącznie błąd administracyjny, który w żaden sposób nie wpływa na dalsze postępowanie, gdyż pacjent nie wymaga już innych świadczeń, a informacja medyczna o przebiegu diagnostyki i leczenia, którą otrzymałby lekarz wystawiający kartę, jest już bezprzedmiotowa;*
- diagnostyka pogłębiona w AOS w Szpitalu rozpoczynała się w 10 przypadkach w dniu zakończenia diagnostyki wstępnej w POZ, a w dwóch przypadkach odpowiednio po 21 i 75 dniach (w obu przypadkach w dniu zapisania się na wizytę w AOS);
- diagnostyka pogłębiona w AOS w Szpitalu prowadzona była w 11 przypadkach do 21 dni i w kolejnych 11 przypadkach powyżej 21 dni, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, w pozostałych ośmiu przypadkach diagnostyka pogłębiona została przeprowadzona w innych AOS;
- w 11 przypadkach konsylium lekarskie odbyło się w dniu zakończenia diagnostyki pogłębionej, w trzech przypadkach w dniu następnym, w dziewięciu przypadkach w terminie od 2 do 11 dni, a w pozostałych siedmiu przypadkach odpowiednio po 18, 27, 28, 28, 42, 101, 106 dniach.
- we wszystkich przypadkach rozpoczęcie leczenia następowało w terminie do 14 dni od posiedzenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (ustalenia planu leczenia).

(akta kontroli str. 44-73, 985-989, 293)

Dyrektor, odnośnie siedmiu pacjentów z najdłuższym czasem oczekiwania na konsylium, wyjaśnił: *pacjenci o mieli wyznaczone posiedzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w terminie wynikającym ze stanu klinicznego oraz zaplanowanego postępowania leczniczego w ŚCO.*

- ██████████ – konsylium odroczone na styczeń 2019 r. w celu ponownej weryfikacji spełniania przez pacjentkę kryteriów, zaplanowanego wcześniej zabiegu oszczędzającego w zakresie piersi w ŚCO;
- ██████████ – niewielkie opóźnienie w terminie rozpoczęcia zabiegu u pacjentki wynikał z problemów z epidemią SARS-CoV-2 (marzec – kwiecień 2020 r.);
- ██████████ – konsylium odroczone na październik 2021 r. w celu ponownej weryfikacji spełniania przez pacjentkę kryteriów, zaplanowanego wcześniej zabiegu oszczędzającego w zakresie piersi w ŚCO;
- ██████████ – z uwagi na okres świąteczny, na prośbę pacjenta, konsylium odroczone na 28 grudnia 2021 r. w ŚCO;
- ██████████ – konsylium odroczone na listopad 2022 r., w celu ponownej weryfikacji spełniania przez pacjenta kryteriów, zaplanowanego wcześniej zabiegu radykalnego w ŚCO;
- ██████████ – konsylium wykonane w terminie ustalonym z pacjentem, dostosowane do terminu wyznaczonego zabiegu operacyjnego w ŚCO;
- ██████████ – konsylium wykonane w terminie ustalonym z pacjentem, dostosowane do terminu wyznaczonego zabiegu operacyjnego w ŚCO.

(akta kontroli str. 985-989)

W latach 2019-2023 (I kw.)⁵³ ŚCO zrealizowało 1 847 badań⁵⁴ w ramach programu profilaktycznych badań przesiewowych raka jelita grubego na wartość 831 204,02 zł⁵⁵. Podczas realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy przeprowadzono 23 847 badań⁵⁶, w tym w ramach etapu diagnostycznego (kod świadczenia 10.7000.156.02) 23 596 badań⁵⁷ i w zakresie diagnostyki pogłębionej (kod świadczenia 10.0000.156.02) - 251 badań⁵⁸. Wartość przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą badań profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła 628 547 zł⁵⁹, w tym etapu diagnostycznego 544 970 zł⁶⁰ i diagnostyki pogłębionej 83 577 zł⁶¹. Realizując program profilaktyki raka piersi ŚCO przeprowadziło 30 922 badania⁶², w tym w ramach etapu podstawowego w pracowni stacjonarnej – 13 256 badań⁶³ i w pracowni mobilnej – 9352 badania⁶⁴, a podczas diagnostyki pogłębionej 8314 badań⁶⁵. Wartość przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą badań profilaktyki raka piersi wyniosła 2 758 736 zł⁶⁶, w tym w ramach etapu podstawowego w pracowni stacjonarnej – 1 247 600 zł⁶⁷ i w pracowni mobilnej –

⁵³ W latach 2019-2021 program finansowany był przez Ministerstwo Zdrowia, a w roku 2023 r. przez NFZ.

⁵⁴ W 2019 r. – 351, w 2020 r. – 581, w 2021 r. – 700, w 2022 r. – 0 i w 2023 r. (I kw.). – 215.

⁵⁵ W 2019 r. – 157 960 zł, w 2020 r. – 264 020 zł, w 2021 r. – 323 480 zł, w 2022 r. – 0 zł i w 2023 r. (I kw.). – 85 744 zł.

⁵⁶ W 2019 r. – 10 606, w 2020 r. – 2148, w 2021 r. – 4049, w 2022 r. – 5069 i w 2023 r. (I kw.). – 1975.

⁵⁷ W 2019 r. – 10 506, w 2020 r. – 2116, w 2021 r. – 4012, w 2022 r. – 5002 i w 2023 r. (I kw.). – 1960.

⁵⁸ W 2019 r. – 100, w 2020 r. – 32, w 2021 r. – 37, w 2022 r. – 67 i w 2023 r. (I kw.). – 15.

⁵⁹ W 2019 r. – 238 499 zł, w 2020 r. – 54 671 zł, w 2021 r. – 96 000 zł, w 2022 r. – 167 406 zł i w 2023 r. (I kw.). – 71 972 zł.

⁶⁰ W 2019 r. – 212 899 zł, w 2020 r. – 44 521 zł, w 2021 r. – 84 412 zł, w 2022 r. – 137 930 zł i w 2023 r. (I kw.). – 65 208 zł.

⁶¹ W 2019 r. – 25 600 zł, w 2020 r. – 10 150 zł, w 2021 r. – 11 587 zł, w 2022 r. – 29 476 zł i w 2023 r. (I kw.). – 6763 zł.

⁶² W 2019 r. – 8094, w 2020 r. – 4750, w 2021 r. – 8241, w 2022 r. – 7616 i w 2023 r. (I kw.). – 2221.

⁶³ W 2019 r. – 3579, w 2020 r. – 1812, w 2021 r. – 3505, w 2022 r. – 3141 i w 2023 r. (I kw.). – 1219.

⁶⁴ W 2019 r. – 2476, w 2020 r. – 1219, w 2021 r. – 2709, w 2022 r. – 2448 i w 2023 r. (I kw.). – 500.

⁶⁵ W 2019 r. – 2039, w 2020 r. – 1719, w 2021 r. – 2027, w 2022 r. – 2027 i w 2023 r. (I kw.). – 502.

⁶⁶ W 2019 r. – 647 397 zł, w 2020 r. – 379 483 zł, w 2021 r. – 657 138 zł, w 2022 r. – 796 553 zł i w 2023 r. (I kw.). – 278 165 zł.

⁶⁷ W 2019 r. – 295 751 zł, w 2020 r. – 154 111 zł, w 2021 r. – 298 100 zł, w 2022 r. – 338 825 zł i w 2023 r. (I kw.). – 160 813 zł.

882 425 zł⁶⁸, a podczas diagnostyki pogłębionej 628 712 zł⁶⁹. ŚCO nie podało liczby pacjentów objętych ww. badaniami profilaktycznymi, ze względu na brak narzędzi informatycznych umożliwiających świadczeniodawcy policzenie unikalnych numerów PESEL.

(akta kontroli str. 82)

W okresie objętym kontrolą w ŚCO, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poza programami profilaktycznymi udzielono następujących świadczeń:

- 12 414 mammografii na wartość 1 817 684 zł, w tym 11 405 mammografii pacjentkom z grupy wiekowej objętej programem profilaktycznym;
- 3536 cytologii na wartość 314 684 zł, w tym 3213 cytologii pacjentkom z grupy wiekowej objętej programem profilaktycznym;
- 2388 kolonoskopii na wartość 131 131 zł, w tym 1854 kolonoskopie pacjentom z grupy wiekowej objętej programem profilaktycznym.

(akta kontroli str. 83)

Dyrektor wyjaśnił: *pacjentom wykonano świadczenia w AOS/ASDK na podstawie zlecenia lekarza oraz wskazań diagnostycznych lub terapeutycznych potwierdzonych podpisem lekarza na skierowaniu. Należy zauważyć, iż badania profilaktyczne wykonywane są jako przesiewowe u pacjentów zainteresowanych profilaktyką, którzy nie manifestują żadnych objawów czy wskazań klinicznych do wykonania badania, co do zasady bez skierowania. Ponadto przynależność do danej grupy wiekowej nie oznacza automatycznej możliwości wzięcia udziału w programie profilaktycznym, gdyż istnieją wykluczenia uniemożliwiające uczestnictwo:*

W przypadku mammografii są to:

- *dwuletni interwał między badaniami - nie uwzględniono tego warunku, gdyż nie można takiej analizy dokonać retrospektywnie przy pomocy narzędzi informatycznych dostarczonych przez NFZ (narzędzie SIMP), czyli w 2023 roku nie można sprawdzić czy pacjentka kwalifikowała się do profilaktyki w latach poprzednich (2022 i wcześniej);*
- *leczenie w kierunku nowotworu piersi - w warunkach analizy nie wykluczono takich danych, czyli pacjentka należy do grupy wiekowej, ale w danych sprawozdawczych mogła mieć rozpoznanie raka piersi (ICD-10: C50.X).*

W przypadku cytologii są to:

- *trzyletni interwał między badaniami - nie uwzględniono tego warunku, gdyż nie można takiej analizy dokonać retrospektywnie przy pomocy narzędzi informatycznych dostarczonych przez NFZ (narzędzie SIMP), czyli w 2023 roku nie można sprawdzić czy pacjentka kwalifikowała się do profilaktyki w latach poprzednich (2022 i wcześniej);*
- *leczenie w kierunku nowotworu szyjki macicy - w warunkach analizy nie wykluczono takich danych, czyli pacjentka należy do grupy wiekowej, ale w danych sprawozdawczych mogła mieć rozpoznanie raka szyjki macicy (ICD-10: C53.X).*

W przypadku kolonoskopii są to:

- *dziesięcioletni interwał między badaniami - nie uwzględniono tego warunku, gdyż nie można takiej analizy dokonać retrospektywnie przy pomocy narzędzi informatycznych dostarczonych przez NFZ (narzędzie SIMP), czyli w 2023 roku nie można sprawdzić czy pacjentka kwalifikowała się w latach poprzednich (2022 i wcześniej)*

⁶⁸ W 2019 r. – 204 132 zł, w 2020 r. – 103 676 zł, w 2021 r. – 230 400 zł, w 2022 r. – 278 255 zł i w 2023 r. (I kw.). – 65 961 zł.

⁶⁹ W 2019 r. – 147 514 zł, w 2020 r. – 121 696 zł, w 2021 r. – 128 638 zł, w 2022 r. – 179 474 zł i w 2023 r. (I kw.). – 51 391 zł.

- leczenie w kierunku raka jelita grubego - w warunkach analizy nie wykluczono takich danych, czyli pacjenci należą do grupy wiekowej, ale w danych sprawozdawczych (nawet poza ŚCO) mogli mieć rozpoznanie raka jelita grubego (ICD-10: C18.X – C19).

Mając na uwadze powyższe należy wskazać, iż świadczenia te zostały wykonane, gdyż nie mogły być wykonane i rozliczone w ramach badania profilaktycznego (nie spełniały wszystkich wskazań do realizacji badania przesiewowego).

(akta kontroli str. 985-989)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na prowadzeniu diagnostyki pogłębionej w 11 na 30 badanych kart DiLO powyżej 21 dni, w tym w czterech przypadkach 28 dni, w jednym przypadku 42 dni, w dwóch przypadkach 49 dni, w dwóch – 70 dni i w jednym 142 dni.

Zgodnie z § 6a ust. 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną jest obowiązany do jej realizacji w okresach nieprzekraczających 21 dni - w przypadku diagnostyki pogłębionej.

(akta kontroli str. 44-73)

Dyrektor wyjaśnił: *pacjenci o niżej wymienionych numerach kart DiLO mieli wykonaną diagnostykę pogłębioną w terminie, który wynikał z zakresu podjętego postępowania klinicznego, w tym konieczności wykonania dodatkowych badań. Należy podkreślić, iż zgodnie z wynikami badań oraz EBM zastosowanie optymalnej terapii w pierwszej linii leczenia daje największe prawdopodobieństwo poprawy klinicznej, a ta decyzja musi być podjęta przez WZT dopiero po skompletowaniu wszystkich niezbędnych wyników badań i konsultacji. Dlatego też w sytuacjach klinicznych pacjentów wymagających dodatkowych badań przedłużenie długości trwania diagnostyki było konieczne do uzyskania pełnej informacji klinicznej, niezbędnej do ustalenia optymalnego planu leczenia.*

- [REDAKTOWANE] – konieczność wykonania w ramach diagnostyki pogłębionej biopsji dodatkowych zmian w piersi, w celu ustalenia prawidłowego zakresu operacji;
- [REDAKTOWANE] – konieczność wykonania w czasie diagnostyki pogłębionej dodatkowych badań oraz konsultacji endokrynologicznej, w celu potwierdzenia braku przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego;
- [REDAKTOWANE] – pacjentka po leczeniu raka piersi prawej, w trakcie diagnostyki piersi lewej, konieczność wykonania dodatkowej scyntygrafii oraz biopsji zmian podejrzanych w węzłach chłonnych pachy;
- [REDAKTOWANE] – niewielkie opóźnienie w terminach u pacjenta wynikał z problemów z epidemią SARS-CoV-2 (kwiecień – maj 2020 r.);
- [REDAKTOWANE] – niewielkie opóźnienie w terminach u pacjenta wynikał z problemów z epidemią SARS-CoV-2 (luty - marzec 2021 r.);
- [REDAKTOWANE] – konieczność wykonania w czasie diagnostyki pogłębionej dodatkowych badań oraz konsultacji, których wynik ma wpływ na ustalenie planu leczenia;
- [REDAKTOWANE] – konieczność wykonania w czasie diagnostyki pogłębionej dodatkowych badań oraz konsultacji, których wynik ma wpływ na ustalenie planu leczenia;
- [REDAKTOWANE] – konieczność wykonania w ramach diagnostyki pogłębionej biopsji mammotomicznej dodatkowych zmian w piersi, w celu ustalenia prawidłowego zakresu operacji;
- [REDAKTOWANE] – konieczność wykonania w czasie diagnostyki pogłębionej dodatkowych badań oraz konsultacji (genetyczna i kardiologiczna), których wynik ma wpływ na ustalenie planu leczenia;

- [REDAKCYJNA] – konieczność wykonania w czasie diagnostyki pogłębionej raka prostaty dodatkowych badań oraz konsultacji (pacjent leczony równolegle w poradni endokrynologicznej i otolaryngologicznej ŚCO), których wynik ma wpływ na ustalenie planu leczenia;
- [REDAKCYJNA] – konieczność wykonania w czasie diagnostyki pogłębionej dodatkowych badań oraz konsultacji (torakochirurgiczna i kardiologiczna), których wynik ma wpływ na ustalenie planu leczenia.

(akta kontroli str. 985-989)

OCENA CZĄSTKOWA

ŚCO zapewniło koordynację podejmowanego leczenia onkologicznego. Nie we wszystkich przypadkach diagnostykę pogłębioną zakończono w terminie 21 dni. W Poradni Ginekologicznej przyjmowano pacjentki na bieżąco, natomiast w Oddziale ginekologii onkologicznej oraz Pracowni rezonansu magnetycznego prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Programami profilaktyki zdrowotnej objęto pacjentów z grupy docelowej, którzy kwalifikowali się do tych badań.

OBSZAR

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

1. W okresie objętym kontrolą ŚCO brało udział w następujących konkursach ogłaszanych przez Ministra Zdrowia:

- 2019 r. 1) Konkurs w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zadanie: Dopuszczenie zakładów radioterapii w 2019 r. (wymiana aparatów HDR). W jego ramach zakupiono dla Zakładu Brachyterapii aparat HDR do brachyterapii Bravos. Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 2 293 521 zł;

2) Konkurs - Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, zadanie: Dopuszczenie zakładów radioterapii 2019 r. (zakup stacji planowania leczenia). Zakupiono stację planowania leczenia, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 425 000 zł;

3) Konkurs na wybór realizatorów zadania Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych pt: Dopuszczenie klinik i oddziałów torakochirurgicznych w sprzęt do leczenia raka płuca. Zakupiono kamerę do videotorakochirurgii, stół operacyjny i lampę operacyjną, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 523 814,88 zł;

- 2020 r. 1) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej, zakupiono dziewięć pozycji sprzętu rehabilitacyjnego, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 417 250 zł;

2) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: Dopuszczenie zakładów radioterapii (wymiana akceleratorów) - II edycja, zakupiono akcelerator liniowy wysokoenergetyczny Versa HD, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 8 000 000 zł;

3) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: Dopuszczenie zakładów radioterapii w 2020 roku, zakupiono akcelerator, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 8 000 000 zł;

- 2021 r. 1) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: "Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca", zakupiono cztery pozycje sprzętu dla Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 1 325 999,76 zł;

2) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: "Doposażenie zakładów radioterapii" - wymiana aparatów HDR, zakupiono aparat HDR, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 2 499 999,99 zł;

3) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: "Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej", zakupiono cztery pozycje sprzętu dla Zakładu Rehabilitacji, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 897 043 zł;

4) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: "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., zakupiono trzy pozycje sprzętu dla Zakładu Fizyki Medycznej, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 2 323 557 zł;

- 2022 r. - Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: "Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego w 2022r.", zakupiono 10 szt. cystoskopu giętkiego, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 398 759,59 zł;

- 2023 r. 1) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: "Doposażenie zakładów medycyny nuklearnej - wymiana aparatów PET" w 2023 r., zakupiono aparat PET, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 15 000 000 zł;

2) Konkurs - Narodowa Strategia Onkologiczna, zadanie: "Doposażenie zakładów radioterapii - zakup systemów planowania radioterapii, doposażenie stacji planowania (w tym nowych wersji) oraz doposażenie akceleratorów, zakupiono trzy pozycje sprzętu, a dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wyniosło 6 928 740 zł.

(akta kontroli str. 567-569)

Analizie poddane udział ŚCO w czterech konkursach na zakup sprzętu ogłoszonych przez Ministra Zdrowia:

W dniu 7 maja 2019 r. Minister Zdrowia ogłosił konkurs ofert na wybór realizatorów zadania Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych pn. „Doposażenie zakładów radioterapii” w 2019 r. (zakup stacji planowania leczenia). Elementem zadania finansowanym przez Ministra Zdrowia miały być koszty zakupu stacji planowania leczenia, pomniejszone o wkład własny oferenta w wysokości wynikającej z zaoferowanego w ofercie poziomu współfinansowania. W ramach zadania nie miały być finansowane koszty dostawy, zainstalowania sprzętu, dostosowania infrastruktury, serwisowania zakupionego sprzętu oraz szkoleń w zakresie obsługi sprzętu. Zakupiony sprzęt mógł być wykorzystywany wyłącznie do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie radioterapii onkologicznej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z publicznym płatnikiem. Minister określił także warunki progowe, formalne i merytoryczne udziału w konkursie, zakres finansowania zakupu ww. sprzętu oraz sposób sporządzenia oferty i terminy. Wskazał przy tym na sposób oceny oferty i kryteria jej oceny oraz kryteria podziału środków finansowych. Warunki te zostały przez ŚCO spełnione.

Oferta konkursowa wraz z wymaganymi załącznikami została złożona przez ŚCO 22 maja 2019 r.

W dniu 19 lipca 2019 r. Minister Zdrowia opublikował ogłoszenie o wynikach konkursu ofert. Jako jeden z realizatorów zadania zostało wskazane ŚCO z kwotą dofinansowania 425 000,00 zł.

W dniu 27 sierpnia 2019 r. pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia oraz ŚCO zawarta została umowa nr 1/6/17/2019/38/395 na realizację Narodowego Programu Zwalczania Chorób nowotworowych. Zgodnie z zawartą umową, Minister zlecił ŚCO realizację zatwierdzonego przez Ministra zadania pn.: „Doposażenie zakładu radioterapii – zakup stacji planowania leczenia”. ŚCO zobowiązany został do

dokonania zakupu sprzętu będącego przedmiotem umowy, w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.). Zgodnie z umową, na realizację przedmiotu umowy Minister miał przekazać środki w nieprzekraczającej kwoty 425 000,00 zł, a w przypadku gdyby cena zakupu była wyższa, różnicę miał pokryć ŚCO. Udział własny ŚCO w zakupie sprzętu miał wynosić nie mniej niż 15% wartości zakupionego sprzętu.

W dniu 29 listopada 2019 r. ŚCO przesłało do Ministra Zdrowia rozliczenie umowy z 27 sierpnia 2019 r. Wykazano zakup Stacji Planowania Leczenia za kwotę brutto 500 616,00 zł z terminem płatności 26 grudnia 2019 r., z czego dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia wynosiło 425 523,60 zł i udział własny ŚCO 75 092,40 zł co stanowiło 15% wartości zakupionego sprzętu. Załączono:

- oświadczenie ŚCO, iż zgodnie z wymogami § 2 ust. 8 umowy, dofinansowanie ze środków Ministra Zdrowia nie obejmuje kosztów dostawy, zainstalowania sprzętu, serwisowania sprzętu i przeszkolenia personelu w zakresie obsługi sprzętu;
- Protokół Dostawcy potwierdzający, że w dniu 21 listopada 2019 r. firma Varian Medical Systems Poland Sp. z o.o. ul. Osmańska 12, 02-823 Warszawa przekazała ŚCO przedmiot zamówienia – stację planowania leczenia,
- fakturę FJ-2019/11/0004 (opisaną) na kwotę 500 616,00 zł wystawioną przez firmę Varian Medical Systems Poland Sp. z o.o.

W dniu 11 grudnia 2019 r. ŚCO przesłało do Ministra Zdrowia uzupełnione rozliczenie.

W dniu 10 stycznia 2020 r. ŚCO przesłało do Ministra Zdrowia podsumowanie merytoryczno-finansowe oraz sprawozdanie merytoryczne z realizacji umowy. Wskazano, że ostateczna kwota dofinansowania wyniosła 425 000,00 zł, a 15% wkład własny to 75 616,00 zł. Podano podstawowe parametry zakupionego sprzętu oraz poinformowano, że zakupu sprzętu dokonano w ramach przeprowadzonego postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego – znak sprawy AZP 241-150/19.

W dniu 23 września 2020 r. ŚCO poinformowało Ministra Zdrowia, że zakupiony sprzęt w ramach realizacji umowy – stacja planowania leczenia, zainstalowana w dniu 29 stycznia 2020 r. w Zakładzie Brachyterapii została uruchomiona, oddana do użytku i wpisana do ewidencji księgowej środków trwałych. Na sprzęcie rozpoczęto udzielanie świadczeń zdrowotnych.

ŚCO każdego roku przesyłała do Ministerstwa Zdrowia informację o wykorzystaniu sprzętu w danym roku.

(akta kontroli str. 570-657)

W dniu 27 czerwca 2022 r. Minister Zdrowia ogłosił konkurs ofert⁷⁰ na wybór realizatorów zadania Narodowej Strategii Onkologicznej pn.: „Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego”. Przedmiotem konkursu miała być poprawa jakości diagnostyki onkologicznej w zakresie urologii onkologicznej w dziedzinie pęcherza moczowego, w tym uzupełnienie niedoborów sprzętu wykorzystywanego do diagnostyki nowotworów złośliwych w onkologii urologicznej oraz zwiększenia wykrywalności raka pęcherza moczowego.

W ramach konkursu Minister Zdrowia miał sfinansować koszt zakupu sprzętu – cystoskopów giętkich, bez konieczności wnoszenia wkładu własnego. Oferent mógł ubiegać się o dofinansowanie w maksymalnej wysokości 400 000,00 zł brutto na zakup maksymalnie 10 sztuk cystoskopów giętkich.

⁷⁰ Na podstawie uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Narodowa Strategia Onkologiczna” na lata 2020-2030 (M.P. z 2022 r. poz. 814 ze zm.)

W informacji o konkursie podano również sposób sporządzenia ofert i termin, wymagania progowe, wymagania formalne, sposób oceny ofert i kryteria oceny ofert, kryteria podziału środków finansowych.

W dniu ogłoszenia konkursu Z-ca Kierownika Kliniki Urologii sporządził pisemne uzasadnienie celowości zakupu: Zakup 10 cystoskopów jest niezbędny w celu unowocześnienia aparatury w Klinice Urologii. Pozwoli to na uzupełnienie niedoborów sprzętu wykorzystywanego do diagnostyki i leczenia nowotworów pęcherza moczowego oraz zwiększy jakość realizacji świadczeń. Zwiększy również dostępność do wysokospecjalistycznych i specjalistycznych świadczeń medycznych w zakresie chorób nowotworowych, których z roku na rok jest coraz więcej.

W dniu 4 lipca 2022 r. ŚCO złożyło swoją ofertę na formularzu wymaganym przez Ministerstwo Zdrowia.

W dniu 19 września 2022 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło rozstrzygnięcie konkursu. Wśród jednostek, które otrzymały środki na zakup sprzętu znajdowało się ŚCO, któremu przyznano kwotę 400 000,00 zł.

W dniu 27 września 2022 r. pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia i ŚCO zawarta została umowa nr 1/14/86/2022/38/671, na mocy której ŚCO zobowiązało się do realizacji zatwierdzonego przez Ministra zadania pn. Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworu pęcherza moczowego w ramach programu wieloletniego pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna”, w zakresie zakupu specjalistycznej aparatury – cystoskopu giętkiego. Na realizację przedmiotu umowy Minister miał przekazać środki w wysokości nieprzekraczającej kwoty 400 000,00 zł, stanowiących całość środków publicznych przeznaczonych na realizację przedmiotu umowy. ŚCO nie zostało zobowiązane do zapewnienia wkładu środków własnych. ŚCO zostało zobowiązane do zakupu sprzętu w trybie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.

W dniu 30 listopada 2022 r. ŚCO przesłało do Ministerstwa Zdrowia rozliczenie wraz z wymaganymi dokumentami, stanowiącymi podstawę przekazania środków za zrealizowany zakres rzeczowy umowy⁷¹.

W dniu 3 marca 2023 r. ŚCO poinformowało Ministerstwo Zdrowia, że zakupione w ramach realizacji umowy cystoskopy giętkie zostały uruchomione, oddane do użytku i wpisane do ewidencji księgowej środków trwałych. Na sprzęcie rozpoczęto udzielanie świadczeń zdrowotnych. Podjęto również wymagane umową działania informacyjne dotyczące finansowania zadania.

(akta kontroli str. 658-740)

W dniu 12 sierpnia 2020 r. Minister Zdrowia ogłosił konkurs ofert na wybór realizatorów zadania Narodowej Strategii Onkologicznej pn.: „Doposażenie zakładów radioterapii” (wymiana akceleratorów) – II edycja w 2020 r.

Przedmiotem konkursu miało być zrealizowanie zadania, którego celem było zapewnienie dostępu do najnowszych osiągnięć technicznych i technologicznych w zakresie leczenia chorób nowotworowych poprzez wymianę wyeksploatowanych akceleratorów niskoenergetycznych i wysokoenergetycznych, których wiek, liczony

⁷¹ Rozliczenie – cystoskop giętki, 8 szt., cena jednostkowa 39 857,14 zł, wartość brutto 318 857,13 zł oraz cystoskop giętki 2 szt., cena jednostkowa 39 951,23 zł, wartość brutto 79 902,46 zł. Razem 398 759,59 zł,

- oświadczenie o treści: *Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach zgodnie z wymogami określonymi w § 2 ust. 12b umowy, niniejszym oświadcza, że dofinansowanie ze środków Ministerstwa Zdrowia nie obejmuje kosztów dostawy, zainstalowania sprzętu, serwisowania sprzętu i przeszkolenia personelu w zakresie obsługi sprzętu.*

- faktura FI 22/11/006 wystawiona przez OLYMPUS Polska Sp. z o.o. ul. Wynalazek 1, 02-677 Warszawa na kwotę 398 759,59 zł,

- protokół odbioru towaru.

od momentu rozpoczęcia udzielania za ich pomocą świadczeń zdrowotnych do dnia opublikowania ogłoszenia konkursowego wynosił 10 lat i więcej.

W ramach zadania będącego przedmiotem konkursu Minister Zdrowia zobowiązał się do sfinansowania kosztu zakupu akceleratorów, bez konieczności wnoszenia przez ŚCO wkładu własnego. Maksymalna kwota środków, o jakie można było wnioskować to 8 000 000,00 zł (koszt jednego akceleratora).

W ogłoszeniu wskazano również na sposób sporządzenia oferty i terminy, wymagania progowe i wymagania formalne.

W dniu 24 sierpnia 2020 r. ŚCO złożyło swoją ofertę na formularzu wymaganym przez Ministerstwo Zdrowia, a w dniu 3 września 2020 r. złożyło uzupełnienie do oferty.

W dniu 1 października 2020 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło rozstrzygnięcie konkursu. Wśród jednostek, które otrzymały środki na zakup sprzętu znajdowało się ŚCO, któremu przyznano kwotę 8 000 000,00 zł

W dniu 1 marca 2021 r. pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia i ŚCO zawarta została umowa nr 1/6/17/2020/38/536 na mocy której ŚCO zobowiązało się do realizacji zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia zadania pn. „Doposażenie zakładów radioterapii”, w ramach programu wieloletniego Narodowa Strategia Onkologiczna, w zakresie zakupu specjalistycznej aparatury – akceleratora za kwotę nie większą niż 8 000 000,00 zł. W przypadku, gdy cena zakupu przewyższyłaby wymienioną kwotę, ŚCO miało pokryć różnicę ze środków własnych.

W dniu 28 kwietnia 2021 r. ŚCO przesłało do Ministerstwa Zdrowia rozliczenie umowy wraz z załącznikami⁷².

W dniu 8 czerwca 2021 r. ŚCO przesłało do Ministerstwa Zdrowia podsumowanie i sprawozdanie z realizacji umowy.

W dniu 28 września 2021 r. ŚCO poinformowało Ministerstwo Zdrowia, że zakupiony akcelerator został zainstalowany w dniu 11 czerwca 2021 r. w Klinice Radioterapii, został uruchomiony, oddany do użytku i wpisany do ewidencji księgowej środków trwałych. Na sprzęcie od dnia 31 sierpnia 2022 r. rozpoczęto udzielanie świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 741-852)

W dniu 22 lipca 2021 r. Minister Zdrowia ogłosił konkurs ofert na wybór realizatorów zadania Narodowej Strategii Onkologicznej pn. „Doposażenie zakładów radioterapii” – zakup systemu planowania radioterapii lub jego nowych wersji, a także dodatkowych funkcjonalności do posiadanego systemu wraz z niezbędnym sprzętem, bez konieczności wnoszenia przez realizatora wkładu własnego. Maksymalna kwota środków, o jakie mógł wnioskować oferent celem zakupu sprzętu to 3 000 000,00 zł.

W ogłoszeniu wskazano również na sposób sporządzenia oferty i terminy, wymagania progowe i wymagania formalne.

Kierownik Zakładu Fizyki Medycznej ŚCO sporządził uzasadnienie modernizacji posiadanych systemów planowania leczenia.

W dniu 5 sierpnia 2021 r. ŚCO złożyło swoją ofertę na formularzu wymaganym przez Ministerstwo Zdrowia.

W dniu 21 sierpnia 2021 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło wyniki ogłoszonego konkursu. Dla ŚCO przyznane zostały środki w kwocie 2 323 557,00 zł na 2022 r.

⁷² Rozliczenie: oświadczenie o treści: *Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach zgodnie z wymogami określonymi w § 2 ust. 9 umowy, niniejszym oświadczam, że dofinansowanie ze środków Ministerstwa Zdrowia nie obejmuje kosztów dostawy, zainstalowania sprzętu, serwisowania sprzętu i przeszkolenia personelu w zakresie obsługi sprzętu;*

- faktura FJ-2021/04/002;

- rozliczenie: cena jednostkowa zakupu akceleratora 8 000 970,00 zł, udział własny 970,00 zł.

Pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia zawarta została umowa nr 1/6/36/2021/38/1215, na podstawie której ŚCO zobowiązało się do realizacji zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia zadania pn. Doposażenie zakładów radioterapii, w ramach programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna, w zakresie zakupu specjalistycznej aparatury: 1) nowej wersji systemu planowania radioterapii (up grade) wraz z niezbędnym sprzętem, 2) dodatkowe funkcjonalności do posiadanego systemu wraz z niezbędnym sprzętem x2. Na realizację przedmiotu umowy Minister miał przekazać środki w wysokości nieprzekraczającej kwoty 2 323 557,00 zł, a środki te miały być wykorzystane do 31 maja 2022 r.

Do umowy został zawarty aneks przedłużający okres wykorzystania środków finansowych do dnia 1 września 2022 r.

W dniu 18 maja 2022 r. ŚCO przekazało do Ministerstwa Zdrowia rozliczenie wraz z wymaganymi dokumentami – załącznikami (fakturami).

Pismem z 8 listopada 2022 r. ŚCO poinformowało Ministerstwo Zdrowia, że zakupione w ramach realizacji umowy systemy zostały w dniu 26 września 2022 r. zainstalowane, uruchomione, oddane do użytku i wpisane do ewidencji środków trwałych, a na ww. sprzęcie rozpoczęto udzielanie świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 853-984)

We wszystkich czterech opisanych postępowaniach ŚCO spełniało wymagane przez Ministerstwo Zdrowia warunki progowe i formalne, żadna z ofert nie została odrzucona.

2. Szczegółowe badanie czterech postępowań w ramach realizacji umów o realizację Narodowej Strategii Onkologicznej wykazało, że we wszystkich przypadkach:

- zlecone w podpisanych umowach zadania w ramach Narodowej Strategii Onkologii były realizowane zgodnie z postanowieniami tych umów oraz z opisem szczegółowym zadania;

- w przypadku jednego ze zbadanych zadań - „Doposażenie zakładów radioterapii” – zakup systemu planowania radioterapii lub jego nowych wersji, a także dodatkowych funkcjonalności do posiadanego systemu wraz z niezbędnym sprzętem, ŚCO wnioskowało o podpisanie aneksu do umowy zawartej z Ministrem Zdrowia w zakresie przedłużenia okresu wykorzystania środków finansowych do dnia 1 września 2022 r., z uwagi na trudność z zakupem sprzętu wynikającym z brakiem tegoż sprzętu na rynku, co spowodowane było pandemią COVID-19. Aneks został podpisany, nie miał on wpływu na realizację zadania w zakresie jego wartości;

- środki publiczne otrzymane na poszczególne zadania objęte szczegółowym badaniem zostały przeznaczone wyłącznie na sfinansowanie zadań z tytułu realizacji umów i w żadnej z badanych spraw nie wykorzystano środków na inny cel. Należy zaznaczyć, że określone przez Ministerstwo Zdrowia warunki rozliczenia zadania w zasadzie uniemożliwiały wydatkowanie środków na inny cel niż wynikający z umowy;

- dla wszystkich zadań prowadzona była odrębna ewidencja księgowa umożliwiająca bieżącą identyfikację poszczególnych operacji księgowych i bankowych w ramach realizacji tych zadań;

- nie stwierdzono przypadków nieterminowego dokonywania rozliczeń;

- wysokość środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia na realizację zadań była określana zarówno w ogłoszeniu o konkursie, jak i w zawartych umowach o realizację zadań. ŚCO znało wysokość przyznanych kwot i realizowała zadania w ramach tychże kwot, w związku z czym nie było przypadków, aby przekazana kwota nie wystarczyła na zrealizowanie któregośkolwiek z zadań w całości;

- we wszystkich zbadanych zadaniach osiągnięto zakładane cele oraz prowadzono wymagane przez Ministerstwo Zdrowia działania informacyjne.

(akta kontroli str. 570-984, 990-992)

3. W okresie objętym kontrolą, w poszczególnych latach w województwie świętokrzyskim sporządzono następujące liczby Kart zgłoszenia nowotworu: w 2019 r. 17878; w 2020 r. 14840; w 2021 r. 13615; w 2022 r. 15995; w 2023 r. (I półrocze) 10255. Odsetek potwierdzeń histopatologicznych w kartach zgłoszonych w poszczególnych latach wynosił odpowiedni: 97,62; 98,00; 98,68; 98,17; 88,81. Odsetek innej klasyfikacji wynosił: 13,08; 14,03; 17,41; 17,37; 4,90. Odsetek TNM i inne razem wynosiły: 71,07; 76,50; 88,22; 89,40; 53,15; stopień zaawansowania 0 odpowiednio 1,91; 0,99; 1,72; 2,39; 2,10, stopień zaawansowania 1 odpowiednio 14,18; 18,78; 25,06; 26,70; 15,38, stopień zaawansowania 2 odpowiednio 12,92; 12,88; 15,12; 16,10; 10,49, stopień zaawansowania 3 odpowiednio 10,20; 14,25; 16,41; 15,17; 12,59, stopień zaawansowania 4 odpowiednio 11,27; 16,47; 19,23; 17,81; 11,89, brak podanego stopnia zaawansowania odpowiednio 49,52; 36,62; 22,46; 21,84; 47,55. Stadium zaawansowania 1 odpowiednio 1,93; 2,00; 2,56; 2,81; 3,50, stadium zaawansowania 2 odpowiednio 31,41; 33,64; 39,62; 42,55; 25,87, stadium zaawansowania 3 odpowiednio 12,16; 16,69; 19,46; 17,93; 13,29, stadium zaawansowania 4 odpowiednio 18,00; 21,30; 20,55; 17,32; 11,89, brak podanego stadium zaawansowania odpowiednio 36,50; 26,36; 17,80; 19,39; 45,45. Odsetek kart papierowych wynosił odpowiednio 94,87; 94,00; 93,05; 88,14; 86,96.

(akta kontroli str. 993-994)

Kierownik Zakładu Epidemiologii i Walki z Rakiem udzielając wyjaśnień dotyczących realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej i realizacji zadania „Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów” stwierdził: *Cele programu pn. „Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów” zostały zrealizowane:*

1. Cel (a) o wysokiej jakości danych zgłaszanych do KRN przez Świętokrzyskie Biuro Rejestracji Nowotworów (ŚBRN) świadczą wartości odsetka rozpoznań potwierdzonych badaniem histopatologicznym (2019 r. – 97%, 2020 r. – 98%, 2021, 2022 i 2023 – dane w opracowaniu, niepublikowane). Kolejną pośrednią miarą opisującą jakość danych jest odsetek zachorowań z rozpoznaniem bliżej nieokreślonym (ICD10; C76, C80). Niska wartość tego wskaźnika świadczy o wysokiej jakości danych. w 2019 r. wartość tego wskaźnika wynosiła 1,1%, w 2020 r. – 0,6%.

2. Cel (b): Kompletność rejestracji mierzona wskaźnikiem zachorowań/zgony wynosiła 1,9 w 2019 r. i 1,6 w 2020 r. (2021, 2022, 2023 dane w opracowaniu, niepublikowane). Wartość wskaźnika porównywana jest do najlepszego rejestru w Polsce bądź rejestru fińskiego uważanego za wzorcowy ze względu na bardzo wysoką kompletność danych. Zgłoszone powyżej wartości tego wskaźnika dla SBRN świadczą o wysokiej kompletności danych.

3. Cel (c): Każdego roku publikowany jest w formie papierowej i elektronicznej biuletyn pn. „Nowotwory złośliwe w województwie świętokrzyskim w ... roku”.

Powszechny dostęp do analiz epidemiologicznych opracowanych na podstawie danych ŚBRN zrealizowano dwoma metodami:

1. Coroczny druk i upowszechnienie 70 egzemplarzy biuletynu pn. „Nowotwory złośliwe w województwie świętokrzyskim w ... roku”. Biuletyny rozesłano do Krajowego Rejestru Nowotworów, pozostałych wojewódzkich biur rejestracji nowotworów, jednostek systemu ochrony zdrowia współpracujących z ŚBRN, Urzędu Marszałkowskiego, Wojewody Świętokrzyskiego, Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział w Kielcach, Urzędu Statystycznego w Kielcach.

2. Publikacja elektronicznych wersji opracowań na stronie Zakładu Epidemiologii i Walki z Rakiem Świętokrzyskiego Centrum Onkologii⁷³. Wszystkie opublikowane biuletyny dostępne są w zakładce BIULETYNY, natomiast inne opracowania epidemiologiczne wykonane w materiale ŚBRN dostępne są w zakładce OPRACOWANIA. Informacja o umieszczeniu nowego opracowania rozsyłana jest do wszystkich pracowników Jednostki za pośrednictwem wewnętrznego serwisu informacyjnego (Intranet ŚCO)

Wszystkie dane (papierowe i elektroniczne) zgłaszane do ŚBRN podlegają weryfikacji. Karty zgłoszone elektronicznie przed zaakceptowaniem w systemie eKRN+ (wcześniej KRN) w razie konieczności są na bieżąco poprawiane w trybie edycji Karty lub odsyłane do administratora konta, z którego zostały nadesłane z prośbą o weryfikację. Karty papierowe są poprawiane/uzupełniane przez pracowników ŚBRN z wykorzystaniem baz CliniNet i PatArch i/lub na podstawie kontaktu telefonicznego bądź elektronicznego z pracownikami jednostki zgłaszającej Kartę i/lub przez odesłanie kopii Karty do jednostki zgłaszającej z prośbą o jej weryfikację. Każdego roku podejmowane są działania zmierzające do poprawy jakości i kompletności zgłaszanych danych tj. bezpośrednie szkolenia lekarzy przez pracowników ŚBRN, publikacja materiałów szkoleniowych w formie elektronicznej na stronie Jednostki, utrzymywanie kontaktu telefonicznego/elektronicznego z pracownikami odpowiedzialnymi za zgłaszanie kart w jednostkach ochrony zdrowia województwa świętokrzyskiego.

(akta kontroli str. 993-994)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

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

— Uwagi i wnioski

Wniosek

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o wyeliminowanie nieterminowego prowadzenie diagnostyki pogłębionej, na podstawie kart DiLO.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

⁷³ <https://onkol.kieice.pl/Dl/centrum.zaklad-epidemiologii-i-walki-z-rakiem>

IV. 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 Kielcach. 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 i wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Kielce, września 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

Kontrolerzy

Dyrektor
Grzegorz Walendzik

Roman Wilk
Doradca prawny

.....
podpis

.....
podpis

Piotr Fatałski
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis