



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY. 410.014.02.2023

Sylvia Sobczak
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego
im. Ludwika Rydygiera
w Toruniu
ul. Św. Józefa 53-59
87-100 Toruń

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Rydygiera w Toruniu ¹ , 87-100 Toruń, ul. Św. Józefa 53-59
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sylwia Sobczak – Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Rydygiera w Toruniu ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli ³ , 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 ⁴ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Maciej Gajdzik, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/94/2023 z 30 maja 2023 r. 2. Grzegorz Piotrowski, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/109/2022 z 13 lipca 2023 r.

(akta kontroli str. 1-4)

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnienie przez Szpital odpowiednich badań materiału biologicznego oraz postępowanie w zakresie szczegółowych medycznych procedur radiologicznych w odniesieniu do warunków realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego. W aspekcie dostępności świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów NIK pozytywnie ocenia: brak przerw w udzielaniu świadczeń w okresie pandemii, skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego, zapewnienie koordynacji podejmowanego leczenia oraz terminowość udzielania świadczeń w zakresie diagnostyki, zleconych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
---------------------	--

¹ Dalej także: „Szpital” lub „WSZ”.

² Od 7 kwietnia 2014 r., dalej: „Dyrektor”.

³ Tj. do 16 października 2023 r.

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

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

WSZ spełniał wymogi odnoszące się do warunków realizacji ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń z zakresu hematologii, a także profilaktycznych programów zdrowotnych raka szyjki macicy i raka piersi.

Negatywnie należy ocenić jednak, że Szpital nie dysponował zakładem patomorfologii, wymaganym dla centrum kompetencji leczenia raka jelita grubego⁶ oraz nie dysponował oddziałem chemioterapii⁷ w lokalizacji, w której znajdowały się pozostałe komórki udzielające świadczeń w tym zakresie. Ponadto w analizowanym okresie na powyższym oddziale nie zapewniono całodobowej opieki lekarskiej.

Pozytywnie należy również ocenić wykonanie zawartej z Ministrem Zdrowia umowy na dofinansowanie zakupu urządzeń rehabilitacyjnych w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital w kontrolowanym okresie, na podstawie zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia umów, udzielał onkologicznych świadczeń zdrowotnych w szczególności w następujących rodzajach:

- w trybie ambulatoryjnym⁹: onkologii, chirurgii onkologicznej, hematologii¹⁰, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, otolaryngologii;
- w trybie hospitalizacji¹¹: chirurgii onkologicznej, hematologii¹², położnictwa i ginekologii, otolaryngologii, chorób płuc, chirurgii ogólnej, neurochirurgii;
- w ramach: kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)¹³ oraz programu profilaktyki raka piersi, etap podstawowy w pracowni stacjonarnej; pobierania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego;
- chemioterapii zarówno w trybie hospitalizacji, jednego dnia, jak i ambulatoryjnym.

Weryfikacji poddano spełnienie przez Szpital wymagań ogólnych określonych dla leczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także spełnienie wymagań dla udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie: hematologii w trybie hospitalizacji i ambulatoryjnym; kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG); programu profilaktyki raka piersi, etap

⁶ Zakładem patomorfologii w całym okresie udzielania tych świadczeń (tj. od 1 czerwca 2021 r.).

⁷ Od 1 czerwca 2021 r. do formalnie do 1 czerwca 2023 r. (faktycznie do I kwartału 2023 r.), podczas gdy Szpital w lokalizacji winien posiadać oddział o profilu onkologia kliniczna lub chemioterapia/onkologia kliniczna.

⁸ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Wskazano zakresy wykonanych umów o wartości łącznej w okresie kontrolowanym powyżej 100 tys. zł razem w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: także pakiet onkologiczny), jak i poza ww. kartą.

¹⁰ Zakontraktowane na podstawie umowy z 2 sierpnia 2022 r.

¹¹ Wskazano zakresy wykonanych umów o wartości łącznej w okresie kontrolowanym powyżej 1 000 tys. zł razem dla pakietu onkologicznego i poza nim.

¹² Zakontraktowane na podstawie umowy z 2 sierpnia 2022 r.

¹³ Zakontraktowane od 1 czerwca 2021 r. na podstawie aneksu nr 152 do umowy 17-21/T0001/PSZ.

podstawowy w pracowni stacjonarnej; pobierania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.

(akta kontroli str. 216-218, 243-245, 709-713)

Stwierdzono, że Szpital spełniał wymagania ogólne dla udzielania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, określonych zarówno w § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁴ oraz § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁵. W szczególności Szpital: posiadał opracowaną procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego¹⁶, a także powołał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego¹⁷, zapewniał dostęp do wymaganych procedur diagnostycznych¹⁸, posiadał m.in. oddział o profilu zabiegowym¹⁹, realizował chemioterapię oraz zapewniał dostęp do radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej.

(akta kontroli str. 290-302, 307-316, 320-325, 715-718)

Szpital spełniał wymogi w zakresie hematologii w trybie hospitalizacji²⁰, wymienione w sekcji pierwszej pkt 21 części I załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń leczenia szpitalnego, w tym w odniesieniu do zapewnienia personelu lekarskiego w odpowiedniej liczbie i o odpowiednich kwalifikacjach, zapewniającego całodobową opiekę we wszystkie dni tygodnia.²¹ Dysponował także odpowiednim wyposażeniem oraz pozostałym personelem medycznym do udzielania świadczeń w zakresie hematologia – hospitalizacja²², z tym że część z tego wyposażenia i personelu²³ stanowiła wydzieloną część Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Szpitala, znajdującą się w tej samej lokalizacji (św. Józefa 53-59 w Toruniu) co Oddział Hematologii WSZ. Szpital zapewniał także dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych w oczekiwanej formie (odpowiednio w lokalizacji lub w dostępie).

Spełnione zostały także wymogi dla udzielania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w zakresie hematologii²⁴, określonych w pkt 11 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń ambulatoryjnych w zakresie personelu

¹⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.; dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń leczenia szpitalnego”.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.; dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń ambulatoryjnych”.

¹⁶ Wprowadzoną zarządzeniem nr 106/2017 Dyrektora WSZ z 30.06.2017 r. w sprawie wprowadzenia do stosowania „Procedury postępowania i organizacji udzielaniu świadczeń w zakresie szybkiej diagnostyki i leczenia w WSZ”.

¹⁷ Powołany zarządzeniem Dyrektora WSZ z 9 listopada 2022 r. Nr 247/2022 r., które zastąpiło poprzednio obowiązujące zarządzenie z 7 lipca 2021 r. nr 88/2021. Do udziału w pracach zespołu wyznaczono w szczególności lekarzy specjalistów onkologii klinicznej, radioterapii, chirurgii onkologicznej, a także innych, odpowiednio do zakresu udzielanych przez Szpital szpitalnych świadczeń onkologicznych..

¹⁸ W szczególności dysponował we własnej strukturze komórkami prowadzącymi: diagnostykę laboratoryjną, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, badania endoskopowe. Na podstawie umów uzyskiwał dostęp do pozytonowej tomografii emisyjnej i medycyny nuklearnej.

¹⁹ W szczególności Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej.

²⁰ hematologia – hospitalizacja, w tym w ramach pakietu onkologicznego.

²¹ Z tym, że w odniesieniu do obsady pielęgniarskiej na Oddziale Hematologii Szpital miał zawarte umowy z pielęgniarkami (pielęgniarkami) o wymaganej specjalności w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, określające minimalny czas udzielania świadczeń na 1,74 etatu, tj. poniżej wymaganych dwóch etatów w tej specjalności. Maksymalny czas pracy personelu o ww. kwalifikacjach określono jednak w umowach łącznie na 4,69 etatu, a faktycznie w pierwszym kwartale 2023 r. osoby te udzielały świadczeń w ujęciu miesięcznym w godzinach odpowiadających od 2,55 do trzech etatów.

²² W szczególności zatrudniał psychologa, był wyposażony w kardiomonitory.

²³ Mikroskop, diagnostyki laboratoryjnej.

²⁴ Porada specjalistyczna – hematologia.

(lekarzy specjalistów hematologii), wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępu do wymaganych badań lub procedur medycznych²⁵ udzielanych przez inne komórki organizacyjne WSZ.

(akta kontroli str. 380-508, 674-681, 716, 719-721, 746)

Szpital, pełniący od 1 czerwca 2021 r. funkcję centrum kompetencji raka jelita grubego, posiadał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny raka jelita grubego, w którego składzie ujęto lekarzy o wymaganych specjalnościach, a także psychologa i fizjoterapeutę. Nie spełniono natomiast w całym badanym okresie wymogów w zakresie posiadania zakładu patomorfologii, a do końca pierwszego kwartału 2023 r.²⁶, posiadania w lokalizacji oddziału chemioterapii/onkologii klinicznej²⁷ (co opisano dalej w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”). Zapewniono natomiast w lokalizacji lub dostępie wykonywanie świadczeń wskazanych w pkt. 2 ww. sekcji załącznika nr 3a do ww. rozporządzenia.

Szpital spełniał wymagania w zakresie personelu, określone dla centrum kompetencji raka jelita grubego w wybranym do badania zakresie²⁸, a ponadto realizował zakres świadczeń wskazany w pozycji 57 załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

WSZ spełniał także warunki jakościowe udzielania ww. świadczeń, w tym zakresie liczby przeprowadzanych zabiegów usunięcia pierwotnego nowotworu jelita grubego; stosowanych technik i procedur; dostępu do predykcyjnych badań genetycznych oraz immunohistochemicznych, realizowanych przez podmioty posiadające odpowiednie europejskie certyfikaty. Przy realizacji ww. świadczeń stosowano także wystandaryzowane procedury diagnostyki i postępowania terapeutycznego.

W odniesieniu do powyższej grupy wymogów, Szpital nie realizował badań przesiewowych raka jelita grubego, jednak współpracował w tym zakresie z zewnętrznym podmiotem.

Ponadto Szpital nie zapewnił w analizowanym okresie I kw. 2023 r. całodobowej opieki lekarskiej w Oddziale Chemioterapii Nowotworów, co opisano dalej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 307-325, 372-379, 509-607, 682-685, 688-695, 728, 735-740)

Szpital spełniał wymagania niezbędne do realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy oraz programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy, zarówno w zakresie zapewnienia personelu²⁹ o odpowiednich kwalifikacjach, jak i odpowiedniego wyposażenia. W przypadku badań mammograficznych zapewniano także przeprowadzanie przez niezależne ośrodki corocznych kontroli jakości badań oraz dwuletniego audytu klinicznego.

(akta kontroli str. 629-673, 686-687, 696-700, 721-724, 744-745)

Nie stwierdzono niezgodności w zakresie bieżącego utrzymania wybranego sprzętu i aparatury medycznej, określonych w szczególności w art. 63 ustawy z dnia 7 kwietnia

²⁵ Badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz RTG.

²⁶ Formalnie do 31 maja 2023 r., w związku ze zmianami organizacyjnymi WSZ.

²⁷ Szpital dysponował tym oddziałem w innej lokalizacji niż pozostałe wymagane komórki.

²⁸ Analizie poddano Oddział Chemioterapii Nowotworów oraz Poradnię Chemioterapii. Badaniem objęto także spełnienie przez lekarzy ww. oddziału wymogu posiadania udokumentowanego doświadczenia w leczeniu przeciwciałami monoklonalnymi przeciwko EGFR i VEGF oraz leczeniu skojarzonym (radiochemioterapia).

²⁹ Z tym, że w programie profilaktyki raka szyjki macicy nie dysponował położną środowiskową, natomiast dysponował zarówno lekarzami specjalistami położnictwa i ginekologii oraz odpowiednio przeszkolonymi położnymi.

2022 r. o wyrobach medycznych³⁰. Poddane badaniu wybrane urządzenia³¹ były poddawane przeglądom w czasie i zakresie określonym przez producenta. Nie stwierdzono przestojów, które mogły mieć wpływ na zakres udzielanych świadczeń.

(akta kontroli str. 740-744)

W zakresie zgodności wykorzystywanego sprzętu i personelu z załącznikami do umów zawartych przez Szpital z NFZ, istotne odstępstwa stwierdzono w zakresie personelu i części wyposażenia Oddziału Hematologii³². Dane personelu, do dnia 14 lipca 2023 r., nie wymagały jednak aktualizacji ze względu na zawieszenie tego obowiązku w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego³³. Ponadto, jak wskazała Dyrektor Szpitala, było to następstwem nieplanowanej organizacji ww. oddziału w celu zapewnienia dostępności świadczeń mieszkańcom Torunia, o m.in. skutkowało dynamicznymi zmianami kadrowymi i koniecznością uzupełniania wyposażenia.

(akta kontroli str. 199-200, 380-407, 674-678, 707)

Ponadto stwierdzono brak aktualizacji w załączniku do umowy z NFZ harmonogramu udzielania świadczeń w programie profilaktyki raka piersi – etap podstawowy³⁴. Dyrektor Szpitala podała w tej sprawie, że godziny określone w umowie obrazują pierwotne założenia. Ze względu na mniejsze zapotrzebowanie, powyższe plany zostały zrewidowane. NFZ nie określił wymagań w zakresie dostępności do ww. świadczeń, jednak Szpital w toku niniejszej kontroli zaktualizował powyższy harmonogram.

(akta kontroli str. 200-201, 629-671)

Prowadzona w Szpitalu ewidencja czasu pracy personelu lekarskiego dotyczyła łącznie godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Hematologii oraz w Poradni Hematologii, a także odpowiednio w Oddziale Chemioterapii Nowotworów i w Poradni Chemioterapii. Weryfikacja liczby pracowników, udzielających świadczeń w ww. komórkach, nie wskazała, aby miało to wpływ na dostępność personelu i świadczeń. Koordynatorzy ww. oddziałów powoływali się przy tym na korzyści, wynikające z takiego rozwiązania dla organizacji udzielania świadczeń oraz dla pacjentów³⁵.

³⁰ Dz. U. poz. 974.

³¹ Do badania wybrano w szczególności wskazane w przepisach urządzenia niezbędne w Oddziale Hematologii, Oddziale Chemioterapii Nowotworów oraz wybrane urządzenia służące m.in. diagnostyce onkologicznej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Szpitala, w tym: mammograf, aparaty rentgenowskie, tomograf, urządzenia przeprowadzenia badań przy pomocy rezonansu magnetycznego, a także aparaty ultrasonograficzne.

³² W analizowanym I kwartale 2023 r. W szczególności załącznik harmonogram-zasoby do umowy z NFZ nr 2023/T0001/SZP, w pozycji 1 - świadczenia w zakresie hematologii, sekcja III „personel”, zawierał dane psychologa oraz 14 pielęgniarek, którzy w pierwszym kwartale 2023 r. nie udzielali świadczeń. Jednocześnie w Oddziale Hematologii zadania wykonywały pielęgniarki, które nie zostały wymienione w powyższym załączniku. Ponadto w załączniku tym określono inną liczbę kardiomonitorów (oraz o innych numerach seryjnych) niż faktycznie wykorzystywano, a także – wskazano mikroskop, który nie znajdował się w ww. komórce organizacyjnej (do udzielania świadczeń wykorzystywano inny, znajdujący się w pracowni cytometrii).

³³ Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 696).

³⁴ W umowie wskazano na godziny funkcjonowania pracowni realizującej program: od poniedziałku do piątku, w godzinach 7:00-17:00, w soboty w godzinach 7:00-13:00. Jednak z przedłożonego harmonogramu czasu pracy osób zatrudnionych w tej komórce, wynika, że zadania wykonywane były w poniedziałek, środę i czwartek, od 7:00-14:00, we wtorek 7:00-16:00, i w piątek 7:00-12:00.

³⁵ Tj. udzielanie świadczeń przez lekarzy w oddziale szpitalnym w czasie na pobieranie materiału do badań, rozpoczęcie porad ambulatoryjnych niezwłocznie po otrzymaniu wyniku; niezwłoczne udzielenie porady ambulatoryjnej pacjentowi, który zgłosił się na oddział bez wszystkich niezbędnych badań, co pozwalało uniknąć odsyłania pacjenta do ponownej rejestracji. Rozwiązanie to nie pozwalało jednak na weryfikację czasu pracy ww. poradni, w oparciu o ewidencję czasu pracy.

(akta kontroli str. 408-478, 570-584, 680, 685)

1.2. W Szpitalu zachowano warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowaniu, podaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. W szczególności dochowywano wymogów³⁶ dotyczących: przygotowywania leków cytostatycznych w wydzielonym pomieszczeniu (wyposażonym w wyciąg, zapewniający dwudziestokrotną wymianę powietrza w ciągu godziny), przygotowywania tych leków w dwóch łóżach laminarnych, środków ochrony indywidualnej.

Postępowanie z filtrami łóż laminarnych było zgodne z wymogami ich producenta. Pomieszczenia pracowni cytostatyków posiadały klasę czystości B.

(akta kontroli str. 178-183, 225-239, 241-242)

1.3. W Szpitalu zapewniono pacjentom onkologicznym żywienie dostosowane do ich potrzeb. Świadczeniodawca otrzymał certyfikat HACCP³⁷ na okres od 23 grudnia 2019 r. do 22 grudnia 2025 r. W dokumencie tym potwierdzone zostało wdrożenie i skuteczna realizacja systemu HACCP w oparciu o *Codex Alimentarius*³⁸. Księga HACCP Szpitala obejmowała procedury dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej (w zakresie obróbki wstępnej oraz wydawania potraw). Od 15 września 2020 r. Szpital posiadał również certyfikat programu „Szpital dobrej praktyki żywienia klinicznego – leczenie przez żywienie”, udzielony przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu.

System zarządzania jakością obejmował m.in. następujące procedury w zakresie żywienia pacjentów:

- rodzaje i charakterystyka diet stosowanych w Szpitalu (w tym – dieta łatwostrawna, bogatobiałkowa, wysokoenergetyczna³⁹),
- ocena stanu zdrowia pacjenta w zakresie zaburzeń odżywiania,
- prowadzenie i monitorowanie pacjenta podczas terapii żywieniowej,
- postępowanie z pacjentem karmionym przez zgłębnik nosowo-żołądkowy i nosowo-jelitowy,
- księga pracowni żywienia pozajelitowego.

W badanym okresie Szpital przygotowywał posiłki dla pacjentów we własnym zakresie. Dietetycy byli zatrudniani w wymiarze 12 etatów. Standardowy zakres obowiązków na tym stanowisku obejmował m.in.: monitorowanie stanu odżywienia oraz sposobu żywienia pacjentów; rozpoznawanie, zapobieganie i uczestniczenie w leczeniu niedożywienia; planowanie i nadzór nad realizacją żywienia oraz indywidualnych jadłospisów i potraw wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet; opracowywanie indywidualnych jadłospisów zgodnie z zapotrzebowaniem i stanem klinicznym chorego, uczestniczenie w obchodach lekarskich; stosowanie żywienia klinicznego w przebiegu chorób przebiegających z niedożywieniem.

³⁶ Wynikających z §§ 2, 3, 5 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 80, poz. 376, ze zm.).

³⁷ Ang. *Hazard Analysis and Critical Control Points* - system analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli.

³⁸ Zbiór standardów, zaleceń i dobrych praktyk, sformułowany w ramach Wspólnego Programu dla Norm dotyczących Żywności, ustanowionego przez Organizację Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa oraz Światową Organizację Zdrowia.

³⁹ Przyjęte w Szpitalu szczegółowe zalecenia, dotyczące tej diety, obejmowały m.in. zestawienie produktów i potraw zalecanych i przeciwwskazanych.

Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą „Ocena stanu zdrowia pacjenta w zakresie zaburzeń odżywiania” do oceny tego stanu należało stosować skalę NRS⁴⁰.

W pierwszym kwartale 2023 r. w Oddziale Hematologii stosowano łącznie 16 diet⁴¹, zaś w Oddziale Chorób Płuc – 10⁴². Na podstawie dokumentacji dotyczącej żywienia losowo wybranych 20 pacjentów z dwóch oddziałów z najdłuższym czasem hospitalizacji (Oddziały Chorób Płuc i Hematologii) stwierdzono, że:

- wszyscy pacjenci zostali poddani przesiewowej kontroli stanu odżywienia, obejmującej badanie antropometryczne, umożliwiające obliczenie indeksu masy ciała; w 15 przypadkach kontrola ta odbyła się więcej niż raz;
- w 18 przypadkach pacjenci otrzymali zalecenia dotyczące odżywiania albo żywienia pozajelitowego;
- w przypadkach z wynikiem poniżej 2 w skali NRS zalecano zastosowanie doustnych preparatów żywieniowych (dziewięć przypadków) albo ordynowano żywienie pozajelitowe (dwa przypadki);
- w dwóch przypadkach zgon pacjenta miał miejsce przed otrzymaniem zaleceń;
- badania biochemiczne były wykonywane w szczególności na rzecz pacjentów z wynikiem poniżej 3 w skali NRS oraz na rzecz pacjentów żywionych pozajelitowo.

(akta kontroli str. 5-82, 151-153, 154-169, 219-224, 246-250)

1.4. W latach 2019-2023⁴³ wykonywanie badań materiału biologicznego oraz badań molekularnych Szpital zlecał innym podmiotom.

W okresie obejmującym lata 2021-2022 oraz pierwszy kwartał 2023 r. na rzecz pacjentów Szpitala wykonano łącznie: 15 579 badań histopatologicznych (w tym 168 - śródoperacyjnych), 1 553 badań immunohistochemicznych, 3 901 badań cytologicznych (w tym – 1 897 ginekologicznych), 138 badań cytogenetyczno-hematoonkologicznych oraz 312 badań metodami biologii molekularnej. Ponadto, w okresie od 1 lipca 2019 r. do końca 2020 r. zaewidencjonowano 97 cytogenetyczno-hematoonkologicznych oraz 140 badań metodami biologii molekularnej.

W szczególności, w okresie od 1 sierpnia 2022 r.⁴⁴ do 31 marca 2023 r., w Oddziale Hematologii wykonano 212 badań histologicznych i immunohistochemicznych, 199 badań cytologicznych (mielogramów), 64 badania cytogenetyczne oraz 114 badań metodami biologii molekularnej. Powyższe badania⁴⁵ służyły do ustalenia terapii celowanej. Dyrektor podała, że badania w tym kierunku prowadzono dla około 80% pacjentów Oddziałów i Poradni Chemioterapii i Hematologii.

⁴⁰ Ang. *Nutritional Risk Score* (2002).

⁴¹ Liczba dziennych posiłków wynosiła: dwa dla diety podstawowej, 196 – łatwostrawnej, 56 – łatwostrawnej z ograniczeniem tłuszczu i błonnika, 1 234 – bogatobiałkowej, wysokoenergetycznej, 305 – z ograniczeniem łatwopryswajalnych węglowodanów, 27 – z ograniczeniem łatwopryswajalnych węglowodanów, błonnika i tłuszczu, 157 – łatwostrawnej miksowanej lub płynnej, 32 – papkowej, dwa – łatwostrawnej bezglutenowej, trzy – łatwostrawnej bezmlecznej, 60 – łatwostrawnej wegetariańskiej, sześć – kleikowej, 10 – kisielowej, 19 – płynnej, 17 – chirurgicznej, siedem – niskobiałkowej dla dzieci.

⁴² Liczba dziennych posiłków wynosiła: 992 dla diety łatwostrawnej, 16 – łatwostrawnej z ograniczeniem tłuszczu i błonnika, 542 – bogatobiałkowej, wysokoenergetycznej, 442 – z ograniczeniem łatwopryswajalnych węglowodanów, 8 – łatwostrawnej miksowanej lub płynnej, 15 – łatwostrawnej wegetariańskiej, trzy – hypoalergicznej, niskopurynowej, trzy – kisielowej, 123 – płynnej, dwa – chirurgicznej.

⁴³ W okresie do końca pierwszego kwartału 2023 r.

⁴⁴ Tj. począwszy od miesiąca uruchomienia tego Oddziału.

⁴⁵ Z wyjątkiem mielogramów.

(akta kontroli str. 152, 251-253, 282-288, 841-848)

1.5. W Szpitalu nie prowadzono radioterapii. Szczegółowe procedury radiologiczne zostały wprowadzone zarządzeniami Dyrektora z dnia 14 kwietnia 2015 r. („Księga procedur radiologicznych”) oraz 26 lipca 2016 r. („Księga procedur radiologii zabiegowej”).

Procedury te zawierały w szczególności: opis postępowania odnoszącego się do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu w zakresie bezpieczeństwa radiologicznego oraz informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej (dokumentacja wyników badania). W zakresie stosowanych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych procedury te odsyłały do instrukcji obsługi urządzeń.

W okresie obejmującym lata 2019-2022 oraz pierwszy kwartał 2023 r. w Szpitalu nie przeprowadzano audytu klinicznego zewnętrznego powyższych procedur⁴⁶.

W tym okresie przeprowadzono natomiast łącznie 36 częściowych audytów klinicznych wewnętrznych. Ostatni (częstkowy) audyt kliniczny wewnętrzny został przeprowadzony 20 czerwca 2022 r. w Regionalnym Centrum Stomatologii, wchodzącym w skład Szpitala. Kopia tego raportu nie została przekazana właściwej komisji procedur i audytów, z powodu braku powołania takiej komisji.

Stan ochrony radiologicznej w medycznych pracowniach rentgenowskich Szpitala był przedmiotem kontroli przeprowadzonej 24 stycznia 2023 r. przez pracowników Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy. Nie stwierdzono nieprawidłowości oraz nie wydawano zaleceń.

(akta kontroli str. 152, 258-261, 262-275, 290-295, 832-836, 841-866)

1.6. W latach 2019-2022 oraz w pierwszym kwartale 2023 r. Szpital wprowadził do bazy Krajowego Rejestru Nowotworów 1 962 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego⁴⁷. Potwierdzenie histopatologiczne odnotowane zostało w 97% przypadków w latach 2019-2020 oraz we wszystkich przypadkach w roku 2021. Stadium zaawansowania nowotworu zostało zgłoszone w 89% przypadków w latach 2019-2020 oraz w 86% przypadków w roku 2021⁴⁸.

Na podstawie próby 20 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego (ostatnie zgłoszenia w pierwszym kwartale 2023 r.) stwierdzono, że:

- rozpoznanie histopatologiczne zostało odnotowane w 16 przypadkach; (w pozostałych czterech przypadkach wypełniona była również poz. 36 – inne podstawy rozpoznania),
- kod histopatologiczny tego rozpoznania został podany w ośmiu przypadkach,
- kod zaawansowania TNM został określony w 18 przypadkach,
- stopień zaawansowania został wskazany w 19 przypadkach,
- stadium zaawansowania zostało określone w 18 przypadkach.

⁴⁶ Audyt taki jest przeprowadzany przez działającą przy ministrze do spraw zdrowia odpowiednią komisję do spraw procedur audytów, o której mowa w art. 33s ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r., poz. 1173).

⁴⁷ Nie stwierdzono kart ze statusem „szkic” albo „do korekty”

⁴⁸ Dane za lata 2022-2023 nie zostały zweryfikowane w Krajowym Rejestrze Nowotworów.

Dyrektor podała w powyższej sprawie, że w karcie zgłoszenia kodu histopatologicznego mógł być spowodowany błędem systemu informatycznego, zaś braki w zakresie kodu zaawansowania TNM mogły wynikać z niedopatrzenia.

(akta kontroli str. 254, 841-845)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie dysponował zakładem patomorfologii⁴⁹, czym naruszono wymóg dla centrum kompetencji raka jelita grubego, określony w punkcie 1, podpunkt 7 wymagań formalnych dla centrum kompetencji raka jelita grubego, stanowiących pkt 3 w załączniku 3a do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego. Ponadto faktycznie do końca pierwszego kwartału 2023 r., a formalnie do 1 czerwca 2023 r., w lokalizacji przy ul. Św. Józefa 53-59 w Toruniu, Szpital nie dysponował także oddziałem o profilu „onkologia kliniczna” albo „onkologia kliniczna/chemioterapia”⁵⁰, czym naruszono wymóg, określony w punkcie 1 podpunkt 2 powyższych wymagań formalnych.

(akta kontroli str. 317-325, 513-514, 608-641)

Dyrektor Szpitala podała, że NFZ nie wnosił zastrzeżeń podczas kontraktowania świadczeń w powyższym zakresie, jak i podczas ich realizacji. Szpital prowadzi prace inwestycyjne zmierzające do uruchomienia w 2024 r. własnego Zakładu Patomorfologii; Ponadto Oddział Chemioterapii Nowotworów, ze względu na opóźnienia w rozbudowie Szpitala, nie został przeniesiony do budynków przy ul. Św. Józefa 53-59, jak to planowano, w pierwszym kwartale 2019 r. a przejściowo został on zlokalizowany przy ul. Konstytucji 3 Maja.

(akta kontroli str. 707-708, 781)

W odniesieniu do udzielanych wyjaśnień NIK wskazuje, że posiadanie ww. dwóch komórek organizacyjnych (w jednej lokalizacji z pozostałymi) jest określonym w przepisach wymaganiem dla podmiotów będących centrum kompetencji raka jelita grubego.

2. W pierwszym kwartale 2023 r. świadczenia zdrowotne w Oddziale Chemioterapii Nowotworów były udzielane z naruszeniem określonego w § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego wymogu, aby świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zapewniał całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską lub położniczą we wszystkie dni tygodnia. W tym okresie lekarze udzielali świadczeń w ww. oddziale od poniedziałku do piątku od godziny 7:00 do 14:00 lub 19:35 lub 19:45. Zapewniono wyłącznie całodobową opiekę pielęgniarską.

(akta kontroli str. 629-671)

Dyrektor Szpitala podała, że powyższy oddział realizował świadczenia dla pacjentów z ustalonym planem leczenia, co w praktyce oznacza brak zgłoszeń w stanach nagłego zagrożenia życia; pacjenci po podaniu leków poddawani byli obserwacji, a w przypadku braku powikłań - wypisywani do domu; na koniec dnia pozostawało od

⁴⁹ Szpital korzystał z usług zakładów patomorfologii na podstawie umów z podmiotami trzecimi. Szpital względem NFZ nie wykazywał własnego zakładu patomorfologii, a do przekazywanej dokumentacji załączał m.in. umowy podwykonawstwa na powyższy zakres świadczeń.

⁵⁰ Upřednio WSZ dysponował Oddziałem Chemioterapii Nowotworów w lokalizacji Zygmunta Krasińskiego 4/4A w Toruniu, podczas gdy pozostałe komórki działające w ramach Centrum kompetencji raka jelita grubego, zlokalizowane były przy ul. Św. Józefa 53-59.

zera do trzech pacjentów; w godzinach nocnych i w dni wolne zapewniano dyżury pod telefonem.

(akta kontroli str. 200-201)

W odniesieniu do udzielanych wyjaśnień należy wskazać, że Szpital oprócz świadczeń zakresie chemioterapii w trybach ambulatoryjnym i jednego dnia udzielał także tych świadczeń w trybie hospitalizacji, zatem winien zapewnić całodobową opiekę lekarską.

(akta kontroli str. 218)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital nie dysponował jedną z komórek organizacyjnych, wymaganą dla centrum kompetencji leczenia raka jelita grubego, a kolejną nie dysponował w lokalizacji, w której znajdowały się pozostałe komórki udzielające świadczeń w tym zakresie. Ponadto Szpital nie zapewnił całodobowej opieki lekarskiej w Oddziale Chemioterapii Nowotworów, co naruszało wymogi dotyczące udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji.

W pozostałym zakresie NIK pozytywnie ocenia spełnianie wymogów niezbędnych do udzielania świadczeń dotyczących programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego, zapewnienie odpowiednich badań biologicznych oraz postępowanie w zakresie szczegółowych medycznych procedur radiologicznych.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Wartość świadczeń zrealizowanych w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń, mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym, w odniesieniu do limitów wartości świadczeń, określonych w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, wynosiła odpowiednio:

- w 2019 r.: 12 886,2 tys. zł i 12 933,0 tys. zł;
- w 2020 r.: 12 038,6 tys. zł i 12 033,4 tys. zł;
- w 2021 r.: 11 802,3 tys. zł i 11 816,8 tys. zł;
- w 2022 r.: 19 331,1 tys. zł i 18 372,4 tys. zł;
- w pierwszym kwartale 2023 r.: 8 830,3 tys. zł i 9 470,7 tys. zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapłacił za nadlimitowe świadczenia zrealizowane przez Szpital w 2022 r. Pełna zapłata za takie świadczenia, zrealizowane w roku 2020 r. (11,0 tys. zł) ma być przedmiotem przygotowywanej przez ten podmiot umowy ze Szpitalem.

Natomiast liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń onkologicznych wynosiła: 9 230 w 2019 r., 8 445 w 2020 r., 8 405 w 2021 r., 11 041 w 2022 r. oraz 4 430 w pierwszym kwartale 2023 r.

Limity środków określone w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2019 i 2021 zostały wykorzystane do wysokości wynikającej ze zgłoszeń pacjentów i procedur zrealizowanych zgodnie z ustalonym dla nich planem leczenia.

Według stanu na koniec pierwszego kwartału 2023 r., w grupie pacjentów, posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego: 12 osób było w trakcie

diagnostyki wstępnej, siedem – pogłębionej, 17 – oczekiwało na leczenie, trzy – czekały na zabieg diagnostyczno-leczniczy.

Do dnia 12 października 2023 r. Dyrektor nie udzieliła wyjaśnień, dlaczego diagnostyka i leczenie onkologiczne w Szpitalu w przeważającej części odbywały się bez kart diagnostyki i leczenia onkologicznego.

(akta kontroli str. 151-153, 216-218, 243-245, 775-782, 841-845)

2.2. W latach 2019-2023 w Szpitalu nie występowały przerwy w udzielaniu świadczeń onkologicznych.

Według stanu na koniec pierwszego kwartału, w latach 2019-2023:

- w dwóch z 22 poradni Szpitala, zajmujących się diagnostyką i leczeniem onkologicznym (Poradnia Radioterapii, Poradnia Ginekologiczna Wiekowego) – nie odnotowano osób oczekujących na świadczenia na koniec pierwszego kwartału w latach 2019, 2021-2023; w 2020 r. na świadczenia oczekiwały tam odpowiednio trzy i cztery osoby, a średni rzeczywisty czas do uzyskania porady wynosił dwa dni;
- czasy oczekiwania na świadczenie powyżej 200 dni odnotowano w Poradniach⁵¹:
 - Foniatryczno-Audiologicznej (213 dni i 134 osoby w 2019 r.), Neurochirurgicznej (210 dni i 264 osoby w 2019 r.),
 - Okulistycznej (276 dni i 291 osób w 2019 r.),
 - Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej (316 dni dla 72 osób w stanie stabilnym oraz 209 dni dla 13 przypadków pilnych w 2019 r.; 275 dni dla 79 osób w stanie stabilnym w 2020 r.; 361 dni dla 18 osób w stanie stabilnym i 228 dni dla ośmiu przypadków pilnych w 2021 r.; 296 dni dla 39 osób w stanie stabilnym w 2022 r.; 364 dni dla 61 osób w stanie stabilnym i 340 dni dla 18 przypadków pilnych w 2023 r.),
 - Gastroenterologii Dziecięcej (317 dni dla 60 osób w stanie stabilnym i 209 dni dla 31 przypadków pilnych w 2019 r.; 229 dni dla 45 osób w stanie stabilnym i 201 dni dla 22 przypadków pilnych w 2020 r.; 416 dni dla 10 osób w stanie stabilnym i 279 dni dla dziewięciu przypadków pilnych w 2021 r.; 232 dni dla osób w stanie stabilnym w 2022 r.; 300 dni dla 41 osób w stanie stabilnym i 216 dni dla 11 przypadków pilnych w 2023 r.),
 - Nefrologicznej Dziecięcej (219 dni dla 58 osób w stanie stabilnym w 2021 r.; 208 dni dla 59 osób w stanie stabilnym w 2022 r.; 290 dni dla 50 osób w stanie stabilnym w 2023 r.),
 - Otolaryngologicznej Dziecięcej (323 dni dla 58 osób w stanie stabilnym i 321 dni dla 22 przypadków pilnych w 2023 r.),
- nie było oczekujących na leczenie w Oddziale Hematologii (w 2023 r.) oraz w Oddziale Chemioterapii Nowotworów na koniec pierwszego kwartału w latach 2019, 2021-2023; w 2020 r. na świadczenia oczekiwały tam odpowiednio trzy osoby a średni rzeczywisty czas do uzyskania świadczenia wynosił 11 dni;

⁵¹ Realizujących świadczenia w ramach zakresu: „pakiet onkologiczny”, „diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym” oraz „świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym”.

- w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej oraz w Oddziałach: Klinikum Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Chorób Płuc, Klinikum Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej nie było oczekujących na leczenie przypadków pilnych;
- łączna liczba osób oczekujących na świadczenie w komórkach realizujących świadczenia w ramach zakresu: „pakiet onkologiczny”, „diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym” oraz „świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym” według stanu na koniec pierwszego kwartału w poradniach i leczeniu szpitalnym wynosiła odpowiednio 2 160 i 2 140 osób (2019), 2 798 i 1 322 (2020), 1 572 i 1 576 (2021), 2 284 i 2 129 (2022) oraz 3 659⁵² i 2 363 (2323);
- porównując średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w powyższych komórkach organizacyjnych na koniec pierwszego kwartału 2023 r., do stanu na koniec pierwszego kwartału 2019 r.⁵³, stwierdzono, że czas ten istotnie się skrócił w przypadku świadczeń ambulatoryjnych oraz nieznacznie – w oczekiwaniu na hospitalizację;
- w próbie obejmującej dokumentację 20 osób, zapisanych jako ostatnie w danym kwartale, jako oczekujące na świadczenie w Oddziale Chemioterapii Nowotworów, Oddziale Hematologii, Poradni Chirurgii Onkologicznej oraz Pracowni Rezonansu Magnetycznego stwierdzono, że:
 - w Oddziale Hematologii, niezależnie od posiadania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego⁵⁴, wszyscy pacjenci byli przyjmowani bez oczekiwania;
 - w Oddziale Chemioterapii, niezależnie od posiadania karty DiLO, wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie przyjmowani bez oczekiwania;
 - w Poradni Chirurgii Onkologicznej, niezależnie od posiadania karty DiLO, wszyscy pacjenci rozpoczynający leczenie zostali zaplanowani do przyjęcia w okresie nieprzekraczającym czterech dni od zapisania na liście oczekujących (w latach 2020-2023); w roku 2019 czas oczekiwania pacjentów rozpoczynających leczenie wynosił od ośmiu do 60 dni⁵⁵;
 - w Pracowni Rezonansu Magnetycznego najdłuższy czas oczekiwania wynosił ponad siedem miesięcy w 2023 r. (niezależnie od posiadania karty DiLO⁵⁶), ponad siedem miesięcy z kartą DiLO⁵⁷ i ponad trzy miesiące bez tej karty w 2022 r., ponad cztery miesiące w 2021 r.⁵⁸, ponad dwa miesiące z kartą DiLO⁵⁹ i ponad pięć miesięcy bez tej karty w 2020 r., od pięciu do 10 miesięcy w 2019 r.⁶⁰; do dnia 16 października 2023 r. Dyrektor Szpitala nie udzieliła wyjaśnień odnośnie przyczyn powyższej sytuacji.

⁵² 3254 osoby oczekujące bez uwzględnienia pacjentów utworzonej Poradni Hematologicznej.

⁵³ Sumę iloczynów czasów oczekiwania na świadczenie w poszczególnych komórkach organizacyjnych i liczb osób oczekujących na świadczenie w tych komórkach dzieląc przez łączną liczbę osób oczekujących (według danych zawartych w punkcie 2.2., w tiret drugim).

⁵⁴ Dalej także: „DiLO”.

⁵⁵ Tylko osoby bez karty DiLO.

⁵⁶ Osoby z wyznaczonym okresem oczekiwania, wynoszącym ponad siedem miesięcy, nie zgłosiły się na badanie.

⁵⁷ Jedna osoba nie zgłosiła się na badanie.

⁵⁸ Brak oczekujących z kartą DiLO.

⁵⁹ Jedna osoba nie zgłosiła się na badanie.

⁶⁰ Brak oczekujących z kartą DiLO.

(akta kontroli str. 151-153, 747-762, 817-831)

2.3. W Szpitalu zapewniono koordynację świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zleconych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W okresie obejmującym lata 2021-2022 oraz pierwszy kwartał 2023 r. do świadczeniodawcy zgłosiło się:

- 1 130 osób z kartą DiLO, wydaną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 83 osoby z kartą DiLO, wydaną przez lekarza specjalistę, udzielającego świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej u innego świadczeniodawcy,
- 1 091 osób z kartą DiLO, wydaną przez lekarza udzielającego świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej Szpitala,
- 714 osób z kartą DiLO, wydaną przez lekarza udzielającego świadczeń w leczeniu szpitalnym kontrolowanej placówki.

W 1 946 przypadkach (64,5%) w Szpitalu dla powyższych pacjentów ustalono plan leczenia onkologicznego. Brak było przypadków wydania karty DiLO w związku z korzystaniem ze świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

Na podstawie próby 30 kart DiLO stwierdzono, że:

- w każdej z tych kart odnotowano wyznaczenie koordynatora leczenia onkologicznego; pracownik ten nie dokonywał wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej,
- w trzech przypadkach, w działaniach zespołu sprawującego opiekę nad pacjentem, brały udział osoby prowadzące fizjoterapię lub psychodolży.

Do zadań koordynatora leczenia onkologicznego należało: udzielanie pacjentom informacji o organizacji leczenia, nadzór nad uzupełnianiem przez lekarzy kart DiLO, nadzór nad uzupełnianiem danych dotyczących kolejek osób oczekujących na świadczenie, prowadzenie list osób oczekujących na konsylium, dbałość o kompletność dokumentacji medycznej, związanej z kartą DiLO, zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem, organizowanie i obsługa posiedzeń konsylium, rozliczanie świadczeń z zakresu planu leczenia onkologicznego, koordynacja planu tego leczenia, w tym – nadzór nad terminowością świadczeń.

Swoje zadania koordynator leczenia onkologicznego wykonywał, logując się w odpowiednich aplikacjach Szpitala, w celu prowadzenia list osób oczekujących na konsylium, koordynacji planu leczenia w zakresie chemioterapii oraz rozliczania świadczeń z zakresu planu leczenia onkologicznego. W pozostałym zakresie czynności koordynacyjne nie były potwierdzane w formie pisemnej.

W skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego wchodził lekarze o specjalnościach wskazanych w § 4a ust. 1 pkt 1 lit a tiret drugi rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Opinia konsylium, wyłanianego z powyższego zespołu, była spisywana przez koordynatora leczenia onkologicznego i podpisywana przez członków konsylium.

(akta kontroli str. 296-302, 785-816)

2.4. Na podstawie próby 30 kart DiLO stwierdzono, że w 27 na 30 przypadków pacjenci terminowo uzyskali świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej, zlecone na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W 19 przypadkach, niewymagających przeprowadzenia zabiegu diagnostyczno-leczniczego⁶¹, okres od daty zakończenia diagnostyki pogłębionej⁶² do rozpoczęcia leczenia wynosił mniej, niż 14 dni.

Ustalenia dotyczące trzech przypadków, w których świadczeniobiorcy nie uzyskali terminowo świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej zostały opisane w sekcji dotyczącej nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 785-815, 841-845)

2.5. Szpital udzielał świadczeń pacjentom kwalifikującym się do objęcia profilaktycznymi programami zdrowotnymi również w innych rodzajach świadczeń niż programy zdrowotne.

W okresie obejmującym lata 2019-2022 oraz pierwszy kwartał 2023 r. w ramach programu świadczeniodawca realizował program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy, obejmujący wykonanie mammografii, program dotyczący raka jelita grubego (KON-JG) oraz program profilaktyki raka szyjki macicy.

W powyższym okresie programem profilaktyki raka piersi było objętych łącznie 3 893 osób, którym udzielono świadczeń o wartości 363,3 tys. zł. W tym samym czasie, w grupie wiekowej objętej powyższym programem przeprowadzono badania mammograficzne o wartości 242,9 tys. zł na rzecz 2 816 osób w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)⁶³, prowadzonej od 2021 r., Szpital zapewnił świadczenia, obejmujące badania przesiewowe, na rzecz 255 pacjentów (o wartości 3 548,2 tys. zł). W tym samym okresie, w grupie wiekowej objętej powyższym programem przeprowadzono badanie przesiewowe na rzecz jednego pacjenta w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Natomiast w ramach profilaktyki raka szyjki macicy (w ramach pakietu onkologicznego oraz poza tym pakietem, w okresie od początku 2019 r.) - świadczeń, o wartości 104,6 tys. zł, udzielono łącznie 1 496 osobom.

Dyrektor podała w swoich wyjaśnieniach, że fakt wykonywania badań profilaktycznych w ramach świadczeń ambulatoryjnych albo szpitalnych (nie zaś, w ramach programów) wynikał z oczekiwań pacjentów, którzy zgłaszali się w celu odbycia kompleksowych badań a nie pojedynczych świadczeń.

(akta kontroli str. 255, 276-281, 289, 842-845)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W trzech z 30 przypadków, z badanej próby 30 kart DiLO, pacjenci nie uzyskali terminowo świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej (karty nr 22072036981⁶⁴, 22051277907⁶⁵, 22030614884⁶⁶). Szpital nie zapewnił bowiem realizacji diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż siedem tygodni od dnia wpisania się

⁶¹ W ramach powyższej próby 30 kart DiLO.

⁶² W zbadanej próbie 30 kart DiLO nie była wypełniona rubryka F1 „Data wpisania pacjenta na listę osób oczekujących na leczenie szpitalne”

⁶³ Zakontraktowane od 1 czerwca 2021 r. na podstawie aneksu nr 152 do umowy 17-21/T0001/PSZ.

⁶⁴ C1: 2022.08.09; zakończenie diagnostyki pogłębionej: 2022.IX.23.

⁶⁵ C1: 2022.06.17; zakończenie diagnostyki pogłębionej: 2022.VIII.24.

⁶⁶ C1: 2022.03.11; zakończenie diagnostyki pogłębionej: 2022.IV.27.

świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach diagnostyki wstępnej (rubryka C1).

Zgodnie z § 6a ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń ambulatoryjnych - świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz na warunkach określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia zapewnienia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż siedem tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Dyrektor potwierdziła w swoich wyjaśnieniach fakt przekroczenia siedmioletniego terminu diagnostyki onkologicznej w trzech przypadkach, wskazując, że w jednym z nich pacjent prawdopodobnie poinformował pracowników Szpitala o wystawieniu mu karty DiLO dopiero w związku z uzyskaniem rozpoznania wstępnego. Niemniej jednak od tego momentu do zakończenia diagnostyki pogłębionej upłynęło jeszcze 47 dni.

(akta kontroli str. 785-815)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnienie koordynacji podejmowanego leczenia oraz terminowości udzielania świadczeń w zakresie diagnostyki, zleconych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Pozytywnie należy również ocenić brak przerw w udzielaniu świadczeń w okresie pandemii oraz skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego. Negatywnie należy jednak ocenić przypadki nieterminowego udzielenia świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej.

3. Realizacja umowy zawartej z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej.

Opis stanu faktycznego

3.1. W badanym okresie⁶⁷ Szpital zawarł jedną umowę z Ministrem Zdrowia na realizację zadania w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz nie zawierał takich umów w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

W 2021 r. Szpital wziął udział w konkursie ofert dotyczącym zadania pn. „Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej” (proponując zakup trzech robotów rehabilitacyjno-diagnostycznych oraz urządzenia do rehabilitacji kończyny górnej). Treść złożonej oferty była zgodna ze stanem faktycznym. W szczególności, w ramach umów zawartych z NFZ, świadczeniodawca realizował świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej, onkologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, chirurgii onkologicznej oraz chirurgii dziecięcej.

(akta kontroli str. 83-92, 151, 184-191)

3.2. Na podstawie umowy na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej w zakresie zadania pn. „Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej”, zawartej z Ministrem Zdrowia – Szpital otrzymał środki w wysokości 751,5 tys. zł na zakup trzech robotów rehabilitacyjno-diagnostycznych oraz urządzenia do rehabilitacji kończyny górnej.

Na podstawie oględzin oraz dokumentacji rozliczeniowej stwierdzono, że środki z Narodowej Strategii Onkologicznej w powyższym zakresie zostały wykorzystane prawidłowo. Szpital nie posiadał wcześniej robotów rehabilitacyjno-diagnostycznych z elektromiografem oraz urządzeń diagnostyczno-terapeutycznych do rehabilitacji kończyny górnej.

⁶⁷ Do 20 lipca 2023 r.

Nie stwierdzono, aby zakup powyższych urządzeń nastąpił, pomimo zaspokojenia potrzeb Szpitala przy pomocy podobnych urządzeń, nabytych wcześniej. Powyższego zakupu dokonano w trybie podstawowym. W rozliczeniu wskazano jedynie koszty zakupu.

Zakupiony sprzęt został zainstalowany 17 maja 2022 r. Świadczenia przy pomocy wskazanych wyżej urządzeń Szpital zaczął udzielać od 1 i 31 sierpnia 2022 r.. Umieszczono również wymaganą tablicę, zawierającą informację o dofinansowaniu powyższego zakupu ze środków budżetu państwa oraz przekazano wymagane rozliczenia zakupu i sprawozdania dotyczące wykorzystania sprzętu.

(akta kontroli str. 93-146, 170-177, 198-216, 241)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonanie zawartej z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej umowy na dofinansowanie zakupu urządzeń rehabilitacyjnych.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Podjęcie działań w celu terminowego udzielania świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej wszystkim pacjentom potrzebującym takiej diagnostyki.
2. Zorganizowanie zakładu patomorfologii, wymaganego na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia;
3. Zapewnienie pacjentom całodobowej opieki lekarskiej w Oddziale Chemioterapii.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Bydgoszcz, 17 października 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Bydgoszczy

kontroler:

(-) Grzegorz Piotrowski
doradca ekonomiczny

p.o. Dyrektor
(-) Tomasz Sobecki