



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.014.02.2023

Pani

Marzena Mrozek

Prezes Zarządu

Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie

Sp. z o.o.

ul. A. Piechowskiego 36

83-400 Kościerzyna

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk

T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05

lgd@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., ul. A. Piechowskiego 36, 83-400 Kościerzyna (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marzena Mrozek, Prezes Zarządu Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie Sp. z o.o., od 1 października 2018 r., (dalej: „Prezes”).
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	Od 1 stycznia 2019 r. do 24 sierpnia 2023 r., 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 Gdańsku
Kontroler	Joanna Szychalewska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/98/2023 z 15 maja 2023 r.

(akta kontroli str. 1-4)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	W Szpitalu realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego odbywała się w sposób i w warunkach odpowiadających wymogom, określonym w obowiązujących przepisach i umowach. W okresie objętym kontrolą zapewniono pacjentom opiekę wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych oraz realizację planów leczenia onkologicznego. Zachowane zostały również warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Zapewniono pacjentom onkologicznym żywienie dostosowane do ich potrzeb. Opracowano również szczegółowe medyczne procedury radiologiczne oraz przeprowadzano wewnętrzne audyty kliniczne. W okresie objętym kontrolą zapewniono pacjentom koordynację podejmowanego leczenia oraz terminowość udzielania świadczeń, zleconych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Udzielano również świadczeń pacjentom kwalifikującym się do objęcia profilaktycznymi programami zdrowotnymi, tj.: profilaktyka raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego. W Szpitalu zapewniono prowadzenie harmonogramów przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ponadto prawidłowo realizowano powierzone przez Ministra Zdrowia zadania, w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej. Stwierdzono jednak nieprawidłowości, które polegały na:
--------------	---

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623 (dalej: „ustawa o NIK”).

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

- wykorzystywaniu przez Szpital sprzętu medycznego, którego dane były niezgodne z danymi wykazanymi w załączniku nr 2 „Harmonogram-sprzęt” do umowy z NFZ nr 11/001948/PSZ/23, w zakresie leczenia szpitalnego,
- przekraczaniu terminów na dokonywanie zgłoszeń zachorowania na nowotwór złośliwy do Pomorskiego Biura Rejestracji Nowotworów³ (niezgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów⁴, który obowiązywał do dnia 20 kwietnia 2023 r.).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2019-2023 składano do Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego⁶ NFZ, w terminie do dnia 10 listopada każdego roku, dokumenty potwierdzające spełnienie warunków (określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷) dot. realizacji procedur za ostatni rok kalendarzowy, tj.:

- w dniu 8 listopada 2019 r. złożono wniosek o objęcie świadczeń opieki kompleksowej w zakresie onkologicznych świadczeń kompleksowych umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zespół ds. oceny wniosków POW NFZ w dniu 10 grudnia 2019 r. zawiadomił o negatywnej ocenie wniosku w zakresie onkologicznego świadczenia kompleksowego (KON-Pierś), z powodu nie spełnienia warunków wymaganych zawartych w § 4a ust. 1a oraz w załączniku 3a pkt 1 ww. rozporządzenia. Powyższe skutkowało brakiem zawarcia umowy na realizację świadczeń w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi na 2020 r.;
- w dniach 5 maja 2021 r., 9 listopada, 8 listopada 2022 r. złożono wniosek o objęcie świadczeń kompleksowych umową w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG). W dniach 21 maja 2021 r., 10 grudnia 2021 r. i 9 grudnia 2022 r. zespół ds. oceny POW NFZ dokonał pozytywnej oceny wniosków. Umowa na realizację świadczeń została zawarta na okres od 1 czerwca 2021 r. do 31 grudnia 2021 r., od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. i od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r.

Na podstawie szczegółowego badania w zakresie spełnienia przez Szpital warunków realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, określonych przez Ministra Zdrowia w § 4a oraz w załącznikach nr 3 i 3a ww. rozporządzenia i w § 6a oraz w załączniku nr 1, 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu

³ Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku – wojewódzkie biuro rejestracji nowotworów.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów, Dz. U. z 2018 r. poz. 1197, ze zm. § 4 ww. rozporządzenia został uchylony przez § 1 pkt 2 rozporządzenia z dnia 30 marca 2023 r. (Dz.U. poz. 661) z dniem 21 kwietnia 2023 r.

⁵ 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.

⁶ Dalej: „POW”.

⁷ Rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r., Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸ oraz losowo dobranym do kontroli w zakresie świadczeń ambulatoryjnych⁹ oraz leczenia szpitalnego¹⁰ ustalono, że:

- opracowano procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego¹¹, co było zgodne z § 6a ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- zapewniono dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie: diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych;
- spełniono warunki realizacji świadczeń gwarantowanych dot. urologii i urologii onkologicznej, w zakresie: wymagań formalnych, personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, dostępności badań lub procedur medycznych, organizacji udzielania świadczeń;
- opracowano procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń, zapewniającą wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w przypadku leczenia dorosłych, składającego się co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie: onkologii klinicznej, radioterapii lub radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej lub ogólnej oraz z co najmniej z dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej;
- zapewniono udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie świadczeniobiorców, tj.: osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa lub psychoonkologa;
- zapewniono w lokalizacji oddział o profilu zabiegowym, co było zgodne z § 4a ust. 1 pkt 4 lit. d ww. rozporządzenia;
- zapewniono udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń (odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym), tj.: chemioterapii, radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej - w przypadku nowotworów złośliwych leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej (umowa z podwykonawcą);
- spełniono warunki realizacji świadczeń gwarantowanych na Oddziale Onkologii Klinicznej dot. wymogów formalnych oraz organizacji udzielania świadczeń. Zasoby kadrowe były zgodne z postanowieniami umowy NFZ, co stwierdzono na podstawie badania szczegółowego harmonogramów pracy i list obecności z marca 2023 r. Dane wykorzystywanego przez Szpital sprzętu medycznego nie były zgodne z danymi wykazanymi w załączniku nr 2 „Harmonogram-sprzęt” do umowy z NFZ nr 11/001948/PSZ/23, w zakresie leczenia szpitalnego, co dalej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Na podstawie szczegółowego badania w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego raka jelita grubego, zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 3a do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ustalono, że:

- w przypadku kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego jelita grubego zapewniono odpowiednią kadrę m.in.: lekarzy specjalistów w dziedzinie: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej i gastroenterologii, onkologii klinicznej

⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm, (dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie AOS”).

⁹ Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej z Pracownią ESWL.

¹⁰ Oddział Onkologii Klinicznej.

¹¹ Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń w pakiecie onkologicznym wprowadzona od dnia 1 lipca 2017 r.

- i chemioterapii nowotworów, radioterapii i radioterapii onkologicznej, radiologii i rentgenodiagnostyki oraz patomorfologii;
- zapewniono udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie, tj.: psychologa lub psychoonkologa oraz fizjoterapeutę;
- prowadzono centrum kompetencji raka jelita grubego oraz spełniono wymagania formalne w zakresie posiadania w lokalizacji następujących komórek organizacyjnych: oddział o profilu chirurgia ogólna i chirurgia onkologiczna, oddziału o profilu onkologia kliniczna, blok operacyjny, poradnia onkologiczna i chemioterapia, zakład patomorfologii, pracownia endoskopii, pracownia diagnostyki obrazowej: TK, RTG, USG;
- zapewniono w lokalizacji realizację świadczeń w zakresie: radioterapii, brachyterapii, medycyny nuklearnej, pozytonowej tomografii emisyjnej, rezonansu magnetycznego, diagnostyki genetycznej i molekularnej, poradni gastroenterologii, poradni, w której jest realizowana opieka stomijna;
- zakres świadczeń był zgodny z zakresem świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego”, o którym mowa w lp. 57 załącznika nr 4 do ww. rozporządzenia;
- powołano wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny składający się z lekarzy wymienionych w § 4a ust. 1a pkt 1 lit. b, ww. rozporządzenia. W celu zapewnienia dostępu do realizacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego” bliżej miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta, Szpital współpracuje na podstawie porozumienia z innymi podmiotami leczniczymi, realizującymi w szczególności świadczenia z zakresu: rehabilitacji leczniczej lub diagnostyki, monitorowania, lub w celu realizacji procedur radioterapii lub chemioterapii. W Szpitalu opracowano i wdrożono standardowe procedury postępowania określające zasady diagnostyki i leczenia we wszystkich stadiach zaawansowania oraz realizowany jest program badań przesiewowych raka jelita grubego.

Na podstawie szczegółowego badania w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych ustalono, że:

- realizowano program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy oraz zapewniono:
 - a) odpowiedni personel, m.in.: lekarza specjalistę radiologii lub rentgenodiagnostyki, technika elektroradiologii z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w wykonywaniu mammografii;
 - b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi;
 - c) pozytywny wynik kontroli jakości badań mammograficznych¹², przeprowadzanej co roku przez wojewódzki ośrodek koordynujący;
 - d) pozytywny wynik audytu klinicznego¹³ zdjęć mammograficznych, przeprowadzanego nie rzadziej niż raz na 24 miesiące przez niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do wojewódzkiego ośrodka koordynującego;
- wykonywano badania przesiewowe raka jelita grubego polegające na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina, zapewniono odpowiedni personel (który uczestniczył w szkoleniach¹⁴ dot. kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita

¹² Protokół z kontroli jakości badań mammograficznych realizowanej w ramach zadania pn. „Poprawa jakości realizowanych w Polsce badań przesiewowych” z dnia 17 października 2019 r., 5 listopada 2020 r., 19 listopada 2021 r., 8 września 2022 r.

¹³ Przeprowadzony w dniu 7 grudnia 2021 r.

¹⁴ W dniach 20 października 2021 r. i 14 listopada 2022 r.

grubego), wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (co najmniej jeden gabinet badań endoskopowych przewodu pokarmowego w miejscu, dla kolonoskopii realizowanej w znieczuleniu ogólnym) oraz zapewniono dodatkowe wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (stanowisko znieczulenia ogólnego oraz salę wybudzeniową).

(akta kontroli str. 225-261, 401-430, 432-482, 489-560, 601-628)

1.2. W dniu 26 marca 2020 r. Szpital zawarł porozumienie o współpracy z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym¹⁵ w Gdańsku, jako ośrodek współpracujący II poziomu¹⁶. Przedmiotem porozumienia było ustalenie ogólnych warunków dot. sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcami, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano nowotwór złośliwy¹⁷: gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca. W obrębie pilotażu analizowano ścieżki pacjentów od momentu podejrzenia nowotworu do zakończenia procesu leczenia.

Lekarz kierujący Oddziałem Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej wyjaśnił, że w związku z małą liczbą pacjentów przekazywanych przez UCK do Szpitala, przyjęto system umawiania wizyt lekarskich oraz badań diagnostycznych na bieżąco poprzez kontakt koordynatorów leczenia. Taka metodologia postępowania w znaczny sposób usprawniła realizację procesu leczenia pacjentów.

W ramach ustalenia planu leczenia pacjentów objętych pilotażem, organizowano Wielodyscyplinarne Zespoły Terapeutyczne¹⁸. Do zadań WZT należało, m.in.:

- kwalifikacja pacjenta do leczenia zabiegowego, systemowego lub radioterapii,
- ustalenie planu leczenia,
- ustalenie rodzajów terapii.

Wyznaczono również koordynatora leczenia onkologicznego¹⁹ (jednego na każdą kolejną rozpoczętą w danym miesiącu liczbę 40 świadczeniobiorców, których objęto opieką onkologiczną w ramach pilotażu²⁰). Nadzorowano proces leczenia pacjentów onkologicznych, udzielano chorym niezbędnych informacji związanych z leczeniem. W latach 2020-2023 (I kwartał) przekazywano do Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego²¹ m.in.:

- dane o świadczeniach opieki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych, na podstawie ankiet,
- sprawozdania okresowe i końcowe działalności, z uwzględnieniem mierników i wskaźników, o których mowa w § 9 i § 10 obejmujące dane o których mowa w § 7 ust. 5 pkt 6 i 7 rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego,
- sprawozdania okresowe dot. organizacji WZT.

W latach 2020-2023²² monitorowano system jakości opieki onkologicznej, który stopniowo ewoluował, w oparciu o następujące wskaźniki:

¹⁵ Dalej: „UCK”.

¹⁶ Wg załącznika „Wykaz ośrodków współpracujących I i II poziomu oraz współpracującego Uniwersyteckiego Ośrodka Koordynującego na terenie województwa dolnośląskiego, podlaskiego, pomorskiego i świętokrzyskiego” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, Dz. U z 2023 r. poz. 394, dalej: „rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego”. Rozporządzenie obowiązywało do 31 marca 2023 r.

¹⁷ Kody jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10: C18-C20, C34, C50, C56, C61, D05 i C78.0.

¹⁸ Zarządzenie nr 2/2020 Zarządu Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie Sp. z o.o. z dnia 13 stycznia 2020 r. w sprawie powołania Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego, zarządzenie nr 45/2020 z dnia 31 grudnia 2020 r., nr 28/2021 z dnia 31 grudnia 2021 r., nr 27/2020 z dnia 31 grudnia 2022 r., w sprawie zmiany składu osobowego Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego, dalej: „WZT”.

¹⁹ Koordynator pracuje w dni powszednie w godz. od 7.25 do 15.00.

²⁰ Średniomiesięczna liczba: w 2020 r. – osiem, w 2021 r. – 13, w 2022 r. – 32, w 2023 r. – 40.

²¹ W województwie pomorskim - UCK w Gdańsku.

²² Dane za IV kwartał 2020-2022 i I kwartał 2023 r.

- liczbę świadczeniobiorców włączonych do pilotażu, która wynosiła odpowiednio: 16, 125, 241 i 270,
- liczbę zwołanych WZT (konsylia dla pacjentów tylko z pilotażu), która wynosiła: 16, 123, 208 i 237,
- liczbę dokonanych ocen diagnostyki onkologicznej u pacjentów z pilotażu dot. kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej - odpowiednio 28, 117, 203 i 238,
- liczbę dokonanych ocen dot. stanu ogólnego pacjenta - odpowiednio siedem, 106, 189 i 224,
- liczbę dokonanych ocen dot. kodu i stopnia zaawansowania choroby – odpowiednio 18, 132, 224 i 254,
- liczbę uzyskanych danych dot. wyniku badania histopatologicznego (liczba wypełnionych raportów histopatologicznych wdrożonych w ramach pilotażu) – odpowiednio dziewięć, 101, 173 i 183.

Z informacji otrzymanych od Kierownika działu innowacji analityki i wdrożeń technologii medycznych UCK wynika, że Szpital sprawozdawał dane dot. pacjentów za pomocą systemu Onco-Reports, dostępnego pod adresem: <https://onco-reports.uck.pl/>, w którym upoważnieni pracownicy Szpitala mieli założone konta. Na tej podstawie tworzono statystyki oraz generowano raporty dot. wskaźników. Raporty dot. wskaźników generowane były w okresach kwartalnych w systemie Onco-Indi, który dostępny był w wewnętrznej sieci UCK pod adresem: <https://onco-indi.uck.pl/>. Raporty generowane z ww. systemów przekazywano do NFZ. Ponadto wyjaśnił, że w przypadku wskaźników realizacji programu, za analizę wyników pilotażu odpowiedzialny był właściwy oddział NFZ.

(akta kontroli str. 655-707, 712-733, 1686-1714)

1.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały regulacje wewnętrzne dot. zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy podczas przygotowywania, podawania i przechowywania leków cytostatycznych:

- a) wykaz stabilności fizykochemicznej produktów onkologicznych oraz przygotowanych z nich roztworów gotowych do podania,
- b) QI-BHP-100 „Instrukcja bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu i podawaniu leków cytostatycznych” (data obowiązywania od 29.01.2018 r.),
- c) QI-1-21 „Instrukcja dotycząca sprzątania miejsc skażonych cytostatykami” (data obowiązywania od 19.01.2018 r.),
- d) procedura systemu zarządzania jakością QI-I-06 wyd. IX, dotycząca systemu zarządzania i gospodarki odpadami w Szpitalu (data obowiązywania od 01.06.2022 r.),
- e) QS-ODC-01 „Standard postępowania podczas podawania leków przeciwnowotworowych i cytostatycznych” (data obowiązywania od 01.04.2019 r.),
- f) QS-ODC-01 „Procedura postępowania w przypadku wynaczynienia leku cytostatycznego” (data obowiązywania od 01.04.2019 r.).

(akta kontroli str. 792-830)

Ogłędziny przeprowadzone w pracowni cytostatycznej (mieszczącej się w aptece szpitalnej) wykazały, że:

- leki cytostatyczne przygotowywano w komorze laminarnej²³, która poddawana była filtracji przez tzw. filtr HEPA²⁴. Zgodnie z zaleceniami producenta filtr wymieniany był raz do roku. Według paszportu technicznego komory laminarnej, ostatni przegląd walidacyjny był przeprowadzony w dniu 9 czerwca 2022 r.;

²³ Urządzenie wykorzystywane do pracy laboratoryjnej w warunkach sterylnych.

²⁴ Wysokosprawny filtr zanieczyszczeń stałych powietrza.

- w kolejnym wydzielonym pomieszczeniu znajdowało się miejsce na środki ochrony indywidualnej: kombinezony, fartuchy, rękawice i maseczki o odpowiednim poziomie ochrony oraz wydzielone miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do późniejszego zniszczenia i oczyszczenia (okulary);
- na ścianie widniała skrócona instrukcja postępowania w przypadku rozlania cytostatyków;
- pomieszczenie było usytuowane z dala od pomieszczeń służących do przechowywania środków spożywczych oraz przyrządzania i spożywania posiłków, a także z dala od ciągów komunikacyjnych;
- w skład wyposażenia pracowni leków cytostatycznych wchodziła: komora laminarna Berner C (MaxPro) – 130, zgrzewarka do odpadów Berner SealSafe, chłodziarka farmaceutyczna Farma Therm, podręczna witryna chłodnicza, zgrzewarka do pakowania przygotowanych leków.

(akta kontroli str. 831-844)

1.4. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały standardy żywieniowe (wprowadzone przez Szpital)²⁵, które regulowały m.in.: rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet, wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych.

W Szpitalu stosowano również zalecenia żywieniowe²⁶ dla pacjentów, u których zakończono hospitalizację. Ponadto wdrożono instrukcje w zakresie zasad żywienia pacjentów, kontroli przygotowywanych posiłków oraz dystrybucji posiłków dostarczanych przez firmę cateringową. Żywienie pacjentów realizowane było na podstawie umowy z firmą zewnętrzną²⁷, której zlecono produkcję i dystrybucję posiłków, zgodnie z zasadami HACCP²⁸. W Szpitalu stosowano następujące rodzaje diet m.in.: podstawową, z ograniczeniem węglowodanów łatwo przyswajalnych i kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych, wysokokaloryczną, lekkostrawną, lekkostrawną z ograniczeniem tłuszczu i błonnika, o zmodyfikowanej konsystencji (mielona, papkowata), płynną do żywienia przez sondę, kleikową, ubogą energetycznie, lekkostrawną z ograniczeniem węglowodanów łatwo przyswajalnych, niskobiałkową, zapierającą, bezmleczną, pacjentów dializowanych itp.

W proces żywienia pacjentów zaangażowany był dietetyk, do zadań którego należało w szczególności:

- nadzorowanie jakości i terminowości dostaw posiłków dostarczanych przez firmę zewnętrzną,
- regularne kontrolowanie świeżości produktów wykorzystywanych do produkcji posiłków, prawidłowości ich przechowywania, ważności dat przydatności do spożycia, temperatury przy łóżku chorego, kaloryczności oraz ich wyglądu,
- kontrolowanie pod względem merytorycznym jadłospisów przygotowanych przez firmę zewnętrzną i dbanie o ich jakość i urozmaicenie,
- sporządzanie raportów ze swych działań oraz interweniowania w przypadkach stwierdzonych nieprawidłowości,
- realizowanie konsultacji dietetycznych dla pacjentów oddziałów szpitalnych.

²⁵ QI-DSZ-01/QD-04.

²⁶ QI-DSZ-01/QD-05.

²⁷ Umowa nr U/365/18 z dnia 28 sierpnia 2018 r.

²⁸ Nr certyfikatu NC-2924/2, zakres certyfikacji: produkcja i dystrybucja żywności w zakresie: żywienie zbiorowe, dietetyka, żywienie szpitalne, catering, gastronomia, kuchnia mleczna.

Badanie w zakresie żywienia losowo dobranych 20 pacjentów na Oddziale Urologii i Urologii Onkologicznej oraz na Oddziale Chirurgii²⁹ wykazało, że:

- w dniu przyjęcia pacjenta na oddział dokonywano wstępnych badań antropometrycznych, tj.: pomiar wysokości oraz masy ciała chorego;
- zlecano badania biochemiczne w ocenie stanu odżywiania, m.in.: albumina, transferryna, prealbumina itp.;
- przeprowadzano ocenę stanu odżywiania na podstawie kwestionariusza NRS 2002, wg następujących punktów: diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, konsultacje, ocena ryzyka zatorowo-zakrzepowego;
- w sześciu przypadkach pacjenta zakwalifikowano do leczenia żywieniowego, tj.: nutridrinki (doustny preparat żywienia medycznego), leczenie dojelitowe, pozajelitowe. W ww. przypadkach lekarz wypełniał w wersji papierowej kartę kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego oraz kartę leczenia żywieniowego³⁰;
- w 11 przypadkach pacjent miał zaleconą dietę cukrzycową, lekkostrawną z ograniczeniem tłuszczu, w sześciu przypadkach dietę ścisłą wysokobiałkową, w trzech przypadkach zwykle zapotrzebowanie na składniki odżywcze (dieta podstawowa).

(akta kontroli str. 845-852, 856-866)

1.5. Szpital dysponował możliwością samodzielnego wykonania badań materiału biologicznego w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologicznej z Bankiem krwi oraz zlecał wykonanie badań biologicznych oraz genetycznych podmiotom trzecim, m.in.: UCK w Gdańsku³¹, Medyczne Laboratorium Diagnostyczne Invicta Sp. z o.o. w Sopocie³² (w zakresie diagnostyki molekularnej), Laboratorium Medyczne Bruss Grupa Alab Sp. z o.o. w Gdyni³³, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku³⁴.

W latach 2019-2023 (I kwartał) liczba badań patomorfologicznych oraz badań genetycznych wykonanych na rzecz pacjentów wynosiła ogółem 33 179, w tym onkologicznych 5 734, które stanowiły:

- badania histopatologiczne³⁵ (łącznie z cytoblok) ogółem 29 682³⁶ (onkologicznych 2 248³⁷), w tym badanie śródoperacyjne³⁸ ogółem 1 502³⁹ (onkologicznych 88⁴⁰),
- badanie immunohistochemiczne⁴¹ ogółem 10 955⁴² (onkologicznych 2 997⁴³),

²⁹ Pacjenci dobrani do badania szczegółowego byli hospitalizowani odpowiednio: na Oddziale Urologii i Urologii Onkologicznej od ośmiu do 83 dni, na Oddziale Chirurgii od siedmiu do 22 dni.

³⁰ Wg załączników nr 6a i 6b do zarządzenia nr 66/2018/DSOZ.

³¹ Umowa nr 110/LZM-SR/2015 z dnia 11 grudnia 2015 r., nr 75/S-SZUM/2022 z dnia 9 grudnia 2022 r.

³² Umowa z dnia 7 kwietnia 2020 r.

³³ Umowa z dnia 2 kwietnia 2020 r., aneks do umowy z dnia 21 kwietnia 2020 r.

³⁴ Umowa nr 3/COV/2020 z dnia 9 kwietnia 2020 r.

³⁵ Badanie narządu, fragmentu narządu lub tkanki, pobranych od pacjenta albo ze zwłok, polegające na ocenie makroskopowej i mikroskopowej, zakończonej rozpoznaniem patomorfologicznym.

³⁶ 2019 r. - 6 980, 2020 r. - 6 201, 2021 r. - 6 930, 2022 r. - 7 722, 2023 r. - 1 849.

³⁷ 2019-2020 - brak danych, 2021 r. - 937, 2022 r. - 1 017, 2023 r. - 294.

³⁸ Badanie narządu lub fragmentu narządu, składające się z oceny makroskopowej i/lub mikroskopowej, zakończone rozpoznaniem patomorfologicznym i przekazane operatorowi w trakcie zabiegu operacyjnego, w czasie którego materiał został pobrany do badania.

³⁹ 2019 r. - 450, 2020 r. - 383, 2021 r. - 354, 2022 r. - 249, 2023 r. - 66.

⁴⁰ 2019-2020 - brak danych, 2021 r. - 50, 2022 r. - 31, 2023 r. - siedem.

⁴¹ Badanie mikroskopowe polegające na wykryciu lokalizacji antygenów/epitopów komórek i tkanek, oparte na zasadzie antygen-przeciwciała, którego następstwem jest reakcja barwna oceniana w preparacie histopatologicznym.

⁴² 2019 r. - 2 231, 2020 r. - 2 016, 2021 r. - 2 882, 2022 r. - 2 943, 2023 r. - 883.

⁴³ 2019-2020 - brak danych, 2021 r. - 1 301, 2022 r. - 1 285, 2023 r. - 411.

osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń;

- informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym informacje dotyczące narażenia osób;
- inne istotne informacje o sposobie wykonania badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia.

W latach 2021-2022 pracownicy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku przeprowadzili kontrole⁵⁹ w zakresie higieny radiacyjnej dot.: odbioru aparatu RTG oraz stosowania aparatów rentgenowskich i urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne. W wyniku ww. kontroli nieprawidłowości nie stwierdzono.

W okresie objętym kontrolą co najmniej raz do roku przeprowadzano audyt kliniczny wewnętrzny w zakresie:

- nadzoru nad systemem jakości, analizy zdjęć odrzuconych i ochrony radiologicznej⁶⁰. W wyniku kontroli ustalono: brak znajomości procedury zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz brak zaktualizowanej listy osób zakwalifikowanych do kategorii narażeń. Zostały wdrożone działania korygujące i naprawcze;
- potwierdzenia zgodności procedur roboczych z wzorcowymi, sprawdzenia analizy zdjęć odrzuconych, kontroli sposobu postępowania z podstawową dokumentacją medyczną, sprawdzenia częstotliwości i wyników bieżących testów urządzenia RTG, kontroli dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych i porównanie z wartościami referencyjnymi, kontroli aktualnych kompetencji i uprawnień personelu, sprawdzenia dawek otrzymywanych przez pracowników na stanowisku pracy⁶¹. W wyniku kontroli stwierdzono, że wszystkie elementy funkcjonowania pracowni radiologicznej oraz systemu zarządzania jakością w pracowni były zgodne z wymaganiami;
- procedur stosowanych w zakładzie diagnostyki obrazowej⁶² oraz z zakresu radiologii zabiegowej⁶³. W wyniku kontroli ustalono, że procedury medyczne wykonywano zgodnie z opracowanymi wzorami. Personel był odpowiednio wykwalifikowany i dopuszczony do pracy w narażeniu na promieniowanie przez uprawnionego lekarza;
- rentgenodiagnostyki (w tym stomatologii i densytometrii kostnej) oraz radiologii zabiegowej⁶⁴. Podczas audytu potwierdzono, że procedury radiologiczne wykonywane są zgodnie z opracowaniami. Wszystkie urządzenia wykorzystywane do wykonywania procedur były sprawne oraz miały systematycznie przeprowadzane testy kontroli jakości (testy eksploatacyjne podstawowe oraz specjalistyczne). Personel wykonujący procedury był dopuszczony do pracy w narażeniu na promieniowanie jonizujące przez uprawnionego lekarza oraz posiadał odpowiednie kwalifikacje i kompetencje. Sposób postępowania z dokumentacją medyczną był prawidłowy, zgodny z procedurą wewnętrzną oraz wymaganiami prawnymi. Audyt wewnętrzny był przeprowadzony zgodnie z zasadami określonymi w art. 33v ustawy Prawo atomowe.

⁵⁹ Protokół kontroli nr OHR.9022.18.6.2021.LMŻ.2 z dnia 8 października 2021 r. i nr OHR.9022.31.3.2022.IB.6 z dnia 30 listopada 2022 r.

⁶⁰ Raport z audytu wewnętrznego nr 29/18/19 z dnia 16 maja 2019 r.

⁶¹ Raport z audytu z dnia 17 września 2019 r.

⁶² Raport z audytu wewnętrznego nr 24/2022/2023 z dnia 29 marca 2023 r.

⁶³ Raport z audytu klinicznego wewnętrznego z dnia 3 marca 2021 r. (audyt za 2020 r.) i z dnia 23 marca 2022 r. (audyt za 2021 r.).

⁶⁴ Raport z audytu klinicznego wewnętrznego z dnia 7 czerwca 2023 r. (audyt za 2022 r.).

W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzano audytu klinicznego zewnętrznego pod kątem poprawności i aktualności procedur szczegółowych stosowanych w Szpitalu.

(akta kontroli str. 1117-1171)

1.7. W okresie objętym kontrolą zachorowania na nowotwory złośliwe oraz przypadki zgonów powstałych wskutek tych chorób, zgłaszano do KRN w postaci papierowej⁶⁵. W latach 2019, 2020 i 2022 zawarto umowy⁶⁶ z Copernicus Podmiot Leczniczy⁶⁷ Sp. z o.o., którego zadaniem było gromadzenie i przekazywanie do Krajowego Rejestru Nowotworów danych o rozpoznaniach i zgonach mieszkańców województwa pomorskiego, w związku z chorobą nowotworową. Główne warunki umowy dotyczyły, m.in.:

- przekazywania przez Szpital do Copernicus wyników badań histopatologicznych z rozpoznaniem nowotworu zbiorczo raz na dwa miesiące⁶⁸, za pośrednictwem poczty lub przez upoważnionego pracownika;
- dokonywania przez Copernicus na rzecz Szpitala płatności w wysokości zryczałtowanego wynagrodzenia⁶⁹ za ww. badania ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach programu wieloletniego pn. „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”, zadanie pn. „Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów”.

Kierownik Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych z Archiwum Dokumentacji Medycznej wyjaśniła, że karty zgłoszeń nowotworów złośliwych (formularz MZ/N-1a) przekazywane były do podmiotu prowadzącego wojewódzkie biuro rejestracji nowotworów w formie papierowej przez pracownika Szpitala. Zgodnie z zapisem § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r., zmieniającego rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów⁷⁰, podmioty mogą przekazywać dane w postaci papierowej do dnia 30 września 2024 r.

Badanie w zakresie kompletności 20⁷¹ ostatnio przesłanych kart zgłoszenia nowotworu złośliwego wykazało, że w:

- 15 z 20 przypadków dokonano rozpoznania histopatologicznego, w tym w ośmiu przypadkach nastąpił zgon pacjenta,
- pięciu przypadkach potwierdzono kod histopatologiczny, w 15 przypadkach brak kodu, ale załączono wynik badania histopatologicznego,
- 16 przypadkach zgłoszono kod zaawansowania, w trzech inne klasyfikacje zaawansowania, w jednym przypadku stopień zaawansowania (w siedmiu przypadkach załączono wynik badania histopatologicznego),
- 11 przypadkach zgłoszono stadium zaawansowania (w dwóch przypadkach załączono wynik badania histopatologicznego),
- 14 przypadkach przekroczono termin na dokonanie zgłoszenia zachorowania na nowotwór złośliwy do Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

⁶⁵ W 2019 r. prowadzono ewidencję w formie zeszytu a od 2020 r. ewidencjonowano karty w programie Excel.

⁶⁶ Umowy z dnia 14 października 2019 r. (od 14 października 2019 r. do 31 grudnia 2019 r.), z dnia 12 listopada 2020 r. (od 12 listopada 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.), z dnia 18 listopada 2022 r. (od 18 listopada 2022 r. do 31 grudnia 2022 r.)

⁶⁷ Jako Pomorskie Biuro Rejestracji Nowotworów, dalej: „Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku”.

⁶⁸ W terminie do 10 dnia miesiąca następującego po okresie za jaki wyniki te były zbiorczo przekazywane.

⁶⁹ W 2019 r. w wysokości 747,35 zł, w 2020 r. – 962 zł, w 2021 r. – 842 zł, w 2022 r. – 812 zł.

⁷⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów, Dz. U. z 2023 r. poz. 661.

⁷¹ Formularz MZ/N-1a wg kodu pacjenta: 2205052, 2213112, 6921202, 640923, 332223, 3830223, 7022023, 2353523, 2205223, 3882571, 3320448, 7062401, 7062231, 7062023, 1403223, 1905223, 1030223, 3091323, 9770323, 2775223.

Prezes Zarządu Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. wyjaśniła, że:

- w latach 2019-2023 Szpital przekazał łącznie 6 266 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego wraz z kopiami wyników badań histopatologicznych;
- 86% kart zawierało informację o stadium zaawansowania choroby;
- kurier Szpitala osobiście przywoził dokumentację do Pomorskiego Biura Rejestracji Nowotworów, która następnie była ewidencjonowana w dzienniku korespondencji przychodzącej, tj.: karty MZ/N-1a złożono w dniu: 24 czerwca 2019 r., 2 lipca 2020 r., 29 grudnia 2021 r., 6 grudnia 2022 r., 23 grudnia 2022 r., 15 czerwca 2023 r. i 22 czerwca 2023 r.;
- pracownicy Pomorskiego Rejestru Nowotworów na bieżąco analizują i wprowadzają dane do elektronicznej bazy e-KRN. Nie jest stosowany podział kart na „szkice” i do „korekty”. Jeśli karty były błędnie wypełnione przez Szpital, to pracownik PRN wprowadzał je do systemu już poprawione. W przypadku kart nieczytelnych kontaktowano się bezpośrednio z Działem Archiwum Dokumentacji Medycznej Szpitala;
- w ramach współpracy z Pomorskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, przeprowadzana jest analiza potencjalnych przypadków nowotworów złośliwych, na podstawie wpisanych już do bazy e-KRN danych. W 2022 r. nie przeprowadzono analizy „niedorejestrowań” na etapie wojewódzkim z uwagi na zmniejszoną o około 25% liczbę wykrytych zachorowań w 2020 r., z powodu pandemii COVID-19. Dane były nieadekwatne do rzeczywistej liczby nowych zachorowań.

(akta kontroli str. 1174-1180, 1187-1230)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Według stanu na dzień 23 czerwca 2023 r. dane wykorzystywanego przez Szpital sprzętu medycznego (w sześciu przypadkach⁷²) nie były zgodne z danymi sprzętu wykazanego w załączniku nr 2 „Harmonogram-sprzęt” do umowy nr 11/001948/PSZ/23, w zakresie leczenia szpitalnego, zawartej w dniu 13 lutego 2023 r. Ustalono, że w pięciu przypadkach⁷³, sprzęt przedłożony w wykazie do NFZ uległ kasacji w 2018 r. a jeden⁷⁴ uległ kasacji w 2023 r. (na podstawie protokołów likwidacji składników majątku trwałego).

Prezes Zarządu, która podpisała ww. umowę z NFZ, w wyjaśnieniu wskazała, że w związku z dużą liczbą sprzętu i aparatury medycznej będącej na wyposażeniu

⁷² USG o numerze seryjnym: 5002321 (nr DIK 1348), rok produkcji: 2012 r., model: Flex Focus 400, producent: B-K Medical A/S (data ostatniego przeglądu technicznego: 29 marca 2023 r.), aparat do znieczulania, model: Aespire View, producent: GE Healthcare, o numerze seryjnym: APHU01278 (nr DIK 1219, data ostatniego przeglądu technicznego: 07.07.2022 r.), waga o numerze seryjnym: 170910, model: WE200P3M, producent: Mensor (data ostatniego przeglądu technicznego: 25.05.2023 r.), gastroskop o numerze seryjnym: 2934396 (nr 1609), model: GIF-H185, producent: Olympus (data ostatniego przeglądu technicznego: 27.04.2023 r.), bronchofiberoskop o numerze seryjnym: 2900889 (nr DIK 1684), model: BF-Q170, producent: Olympus (data ostatniego przeglądu technicznego: 15.05.2023 r.), kolonoskop o numerze seryjnym: 2932288 (nr DIK 1611), model: CF-H185L, producent: Olympus (data ostatniego przeglądu technicznego: 15.05.2023 r.).

⁷³ USG, ID sprzętu: 138396, nr seryjny: ECE1586S68, rok produkcji: 2002 r., rodzaj dostępności: w miejscu, USG uległ kasacji: protokół likwidacji środka trwałego Nr 35/2018 z 20.02.2018 r., aparat do znieczulania, ID sprzętu: 138326, nr seryjny: 981, rok produkcji: 1999 r. Aparat uległ kasacji: protokół likwidacji środka trwałego Nr LT0-00028/2018 z 10.11.2018 r., gastroskop, ID sprzętu: 138495, nr seryjny: 2516551, rok produkcji: 2005 r., rodzaj dostępności: w lokalizacji. Sprzęt uległ kasacji: protokół likwidacji środka trwałego Nr LT0-00028/2018 z 10.11.2018 r., bronchofiberoskop, ID sprzętu: 138504, nr seryjny: 2802045, rok produkcji: 2008 r., rodzaj dostępności: w lokalizacji. Sprzęt uległ kasacji: protokół likwidacji środka trwałego Nr LT0-00028/2022 z 27.06.2022 r., kolonoskop, ID sprzętu: 138509, nr seryjny: 2514199, rok produkcji: 2005, rodzaj dostępności: w lokalizacji. Sprzęt uległ kasacji: protokół likwidacji środka trwałego Nr LT0-00028/2018 z 10.11.2018 r.

⁷⁴ Waga medyczna ze wzrostomierzem, ID sprzętu: 137840, nr seryjny: 2039, rok produkcji: 2000 r., rodzaj dostępności: w miejscu. Waga uległa kasacji: protokół likwidacji środka trwałego Nr 24/2023 z 29.05.2023 r.

Szpitala, przyczyną ww. nieprawidłowości było przeoczenie w zakresie aktualizacji danych sprzętu.

W wyniku kontroli, w dniu 23 czerwca 2023 r., dokonano stosownego zgłoszenia do NFZ dotyczącego zmian wykorzystywanego przez Szpital sprzętu medycznego.

(akta kontroli str. 407-413, 431-433, 483-488, 1720-1722, 1726-1727)

2. W 14 z 20 badanych przypadkach przekroczone termin na dokonanie zgłoszenia zachorowania na nowotwór złośliwy do Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku. Opóźnienia wynosiły od 17 do 43 dni⁷⁵. Stanowiło to naruszenie § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (obowiązującego do dnia 20 kwietnia 2023 r.). Zgodnie z tym. przepisem dane do rejestru w postaci papierowej są przekazywane raz w miesiącu do 15 dnia miesiąca następującego po wystąpieniu zdarzenia do wojewódzkich biur rejestracji nowotworów.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że w Szpitalu brak jest dokumentów potwierdzających przekazanie kart zgłoszenia nowotworu złośliwego do Pomorskiego Biura Rejestracji Nowotworów. Ponadto wyjaśniła, że ze względu na planowaną wymianę systemu informatycznego, wynikającą z projektu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego – „Pomorskie e-zdrowie”, w Szpitalu nie przekazywano kart nowotworowych w postaci elektronicznej. Wdrożenie nowego systemu zaplanowano do końca 2023 r.

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie mogły usprawiedliwiać działań niezgodnych z obowiązującymi wówczas przepisami.

(akta kontroli str. 1188-1230, 1720-1722-1727)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu spełniono wymogi określone przez Ministra Zdrowia, niezbędne do zawarcia umowy z NFZ oraz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego, w tym w zakresie kompleksowości świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Wyjątek dotyczył wykorzystywania sprzętu niezgodnego z umową w zakresie leczenia szpitalnego. Przestrzegano przepisów dot.: zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych oraz opracowania szczegółowych medycznych procedur radiologicznych. W każdym roku przeprowadzano również wewnętrzne audyty kliniczne.

W Szpitalu obowiązywały standardy żywienia pacjentów, zgodnie z zasadami HACCP. Przeprowadzano również oceny stanu odżywiania pacjentów na podstawie kwestionariusza NRS 2002, wg kryteriów: diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, konsultacje, ocena ryzyka zatorowo-zakrzepowego.

Szpital zlecał wykonanie badań biologicznych oraz genetycznych, w ramach zawartych umów oraz nie posiadał danych w zakresie liczby wykonanych badań patomorfologicznych i genetycznych.

Ponadto w 14 przypadkach dokonywano zgłoszeń zachorowania na nowotwór złośliwy, z przekroczeniem terminu określonego w obowiązującym do dnia 20 kwietnia 2023 r. przepisie § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów.

⁷⁵ MZ/N-1: nr 33223, nr 3830223, nr 7022023, nr 2353523 (opóźnienia wynosiły 36 dni), nr 3882571, nr 3320448 (opóźnienia wynosiły 28 dni), nr 7062401 (opóźnienie wynosiło 17 dni), nr 7062231 (opóźnienie wynosiło 42 dni), nr 70620023 (opóźnienie wynosiło 24 dni), nr 1403223 (opóźnienie wynosiło 32 dni), nr 1905223 (opóźnienie wynosiło 29 dni), nr 1030223 (opóźnienie wynosiło 19 dni), nr 3091323, nr 9770323 (opóźnienia wynosiły 43 dni).

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2019-2023 (I kwartał) wartość świadczeń zakontraktowanych⁷⁶ (po korektach na koniec poszczególnych lat) mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w ramach:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁷⁷ wynosiła 6 mln 989 tys. zł (2019 r. - 1 mln 101 tys. zł, 2020 r. - 1 mln 293 tys. zł, 2021 r. - 1 mln 711 tys. zł, 2022 r. - 2 mln 285 tys. zł, 2023 r. - 599 tys. zł),
- chemioterapii⁷⁸ wynosiła 4 mln 721 tys. zł (2019 r. - 1 mln 14 tys. zł, 2020 r. - 514 tys. zł, 2021 r. - 1 mln 126 tys. zł, 2022 r. - 1 mln 666 tys. zł, 2023 r. - 401 tys. zł),
- leczenia stacjonarnego⁷⁹ wynosiła 29 mln 369 tys. zł (2019 r. - 6 mln 535 tys. zł, 2020 r. - 6 mln 578 tys. zł, 2021 r. - 5 mln 28 tys. zł, 2022 r. - 8 mln 393 tys. zł, 2023 r. - 2 mln 835 tys. zł).

W latach 2019-2023 (I kwartał) wartość sprawozdanych świadczeń (z tzw. nadwykonaniami) mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w ramach:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wynosiła 7 mln 35 tys. zł (2019 r. - 1 mln 147 tys. zł, 2020 r. - 1 mln 256 tys. zł, 2021 r. - 1 mln 748 tys. zł, 2022 r. - 2 mln 282 tys. zł, 2023 r. - 602 tys. zł),
- chemioterapii wynosiła 4 mln 721 tys. zł (2019 r. - 1 mln 14 tys. zł, 2020 r. - 514 tys. zł, 2021 r. - 1 mln 126 tys. zł, 2022 r. - 1 mln 666 tys. zł, 2023 r. - 401 tys. zł),
- leczenia stacjonarnego wynosiła 29 mln 368 tys. zł (2019 r. - 6 mln 535 tys. zł, 2020 r. - 6 mln 578 tys. zł, 2021 r. - 5 mln 27 tys. zł, 2022 r. - 8 mln 393 tys. zł, 2023 r. - 2 mln 835 tys. zł).

⁷⁶ Część świadczeń była finansowana ryczałtem i brak wyodrębnionej kwoty w umowie.

⁷⁷ 02.1050.301.02 - świadczenia w zakresie gastroenterologii-diagnostyka onkologiczna, 02.1050.998.02 - świadczenia w zakresie gastroenterologii-diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym, 02.1070.301.02 - świadczenia w zakresie hematologii-diagnostyka onkologiczna, 02.1070.998.02 - świadczenia w zakresie hematologii-diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym, 02.1200.301.02 - świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii - diagnostyka onkologiczna, 02.1200.998.02 - świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym, 02.1240.001.02 - świadczenia w zakresie onkologii, 02.1240.301.02 - świadczenia w zakresie onkologii - diagnostyka onkologiczna, 02.1240.401.02 - świadczenia w zakresie onkologii - świadczenia pierwszorazowe, 02.1240.998.02 - świadczenia w zakresie onkologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym, 02.1500.301.02 - świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna, 02.1500.998.02 - świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna poza pakietem onkologicznym, 02.1580.301.02 - świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - diagnostyka onkologiczna, 02.1580.998.02 - świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - poza pakietem onkologicznym, 02.1640.301.02 - świadczenia w zakresie urologii - diagnostyka onkologiczna, 02.1640.998.02 - świadczenia w zakresie urologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym.

⁷⁸ 03.0000.111.02 - chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, 03.0000.112.02 - chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym, 03.0001.111.02 - substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, 03.0001.112.02 - substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym.

⁷⁹ 03.4240.011.02 - kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, 03.4240.111.02 - kompleksowa opieka onkologiczna - monitorowanie w nowotworze jelita grubego, 03.4450.998.02 - położnictwo i ginekologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym, 03.4500.930.02 - chirurgia ogólna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, 03.4500.998.02 - chirurgia ogólna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym, 03.4580.930.02 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, 03.4580.998.02 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym, 03.4640.930.02 - urologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, 03.4640.998.02 - urologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym.

W latach 2019-2023 (I kwartał) liczba pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego⁸⁰ oraz wartość świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, udzielonych w ramach:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wynosiła 23 490 pacjentów (liczba świadczeń jednostkowych: 6 mln 262 tys.) o łącznej wartości świadczeń 7 mln 228 tys. zł (2019 r. - 1 mln 149 tys. zł, 2020 r. - 1 mln 351 tys. zł, 2021 r. - 1 mln 843 tys. zł, 2022 r. - 2 mln 283 tys. zł, 2023 r. - 602 tys. zł),
- chemioterapii wynosiła 2 304 pacjentów (liczba świadczeń jednostkowych: 4 mln 471 tys.) o łącznej wartości świadczeń 4 mln 774 tys. zł (2019 r. - 1 mln 49 tys. zł, 2020 r. - 493 tys. zł, 2021 r. - 1 mln 136 tys. zł, 2022 r. - 1 mln 661 tys. zł, 2023 r. - 435 tys. zł),
- leczenia stacjonarnego wynosiła 4 522 pacjentów (liczba świadczeń jednostkowych: 26 mln 356 tys.) o łącznej wartości świadczeń 29 mln 196 tys. zł (2019 r. - 6 mln 687 tys. zł, 2020 r. - 5 mln 932 tys. zł, 2021 r. - 5 mln 379 tys. zł, 2022 r. - 8 mln 515 tys. zł, 2023 r. - 2 mln 683 tys. zł).

Prezes Zarządu wyjaśniła, że w związku z zagrożeniem epidemicznym spowodowanym wirusem SARS-CoV-2, Szpital od marca 2020 r. został przekształcony w szpital covidowy, co uniemożliwiło realizację świadczeń na poziomie sprzed pandemii.

(akta kontroli str. 1230-1232, 1720-1722, 1726-1727)

2.2. W Szpitalu prowadzono listy pacjentów oczekujących, gdzie umieszczani byli wyłącznie pacjenci pierwszorazowi. Pozostali pacjenci planowani byli wyłącznie w terminarzach prowadzonych przez poszczególne komórki organizacyjne. Obowiązek prowadzenia harmonogramów wynikał z art. 19a ustawy o świadczeniach⁸¹ (z mocą obowiązywania od 1 lipca 2019 r.) oraz z § 8, 10, 12, 13 i załączników nr 8 i 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁸². Wszystkie dane wynikające z zasad prowadzenia list oczekujących przekazywano do NFZ. Od 1 lipca 2019 r. zgodnie z wytycznymi z NFZ - Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego w Gdańsku⁸³, świadczeniodawcy, którzy prowadzili listy oczekujących na udzielenie świadczeń w czasie rzeczywistym w aplikacji AP-KOLCE, zobowiązani byli do prowadzenia harmonogramów przyjęć. Lista osób oczekujących stała się częścią harmonogramu przyjęć, który oprócz pacjentów oczekujących (pierwszorazowych) obejmował również pacjentów przyjętych na bieżąco, posiadających prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, przyjętych w stanie nagłym oraz kontynuujących leczenie. Pacjentów pierwszorazowych wymagających natychmiastowej opieki rejestrowano do harmonogramu przyjęć z kategorią wpisu „przyjęty w stanie nagłym”.

Kierownik Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych z Archiwum Dokumentacji Medycznej wyjaśniła, że przed wejściem w życie obowiązku prowadzenia harmonogramów przyjęć planowanie przyjęć pacjentów do szpitala w systemie informatycznym prowadzone było w postaci kalendarza przyjęć. Różnice w systemie prowadzenia planów przyjęć w każdym półroczu skutkuje brakiem możliwości wygenerowania harmonogramu przyjęć dla całego 2019 r.

⁸⁰ Dotyczy pacjentów z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (bez polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0D47.7, D75.2, D76.0.

⁸¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.)

⁸² Dz.U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.

⁸³ Pismo, znak: 2019.69563.WSS-O.EK.001948 z dnia 22 sierpnia 2019 r.

Od 2020 r. Szpital prowadzi harmonogramy, w tym listy pacjentów oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu dla świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni onkologicznej oraz badań diagnostycznych tomografii komputerowej, gastrokopii i kolonoskopii.

Według stanu na koniec I kwartału lat 2020-2023 Szpital udzielił łącznie 8 258 wszystkich świadczeń z zakresu onkologii, w tym 1 258 świadczeń na podstawie karty DiLO. Pacjentom z kartą DiLO udzielono: w 2020 r. - 340 świadczeń, średni czas oczekiwania wynosił od pięciu do ośmiu dni, w 2021 r. - 208, średni czas oczekiwania wynosił od trzech do dziewięciu dni, w 2022 r. - 327, średni czas oczekiwania wynosił od trzech do czterech dni, w 2023 r. - 383, średni czas oczekiwania wynosił od jednego do pięciu dni).

Średni czas oczekiwania pacjentów onkologicznych, którzy nie mieli karty DiLO był znacznie wydłużony w porównaniu do pacjentów zgłaszających się już z wystawioną kartą DiLO, tj.: w 2020 r. wynosił od 40 do 48 dni, w 2021 r. - od 30 do 31 dni, w 2022 r. - od 13 do 26 dni, a w 2023 r. - od 32 do 40 dni.

Kierownik Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych z Archiwum Dokumentacji Medycznej wyjaśniła, że w 2021 r. zmniejszyła się liczba pacjentów onkologicznych, z uwagi na trwającą pandemię COVID-19 oraz w związku z decyzjami Wojewody Pomorskiego⁸⁴, w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dot. zapobiegania, zwalczania i przeciwdziałania COVID-19. Po okresie pandemii liczba pacjentów onkologicznych sukcesywnie z roku na rok wzrastała.

Na podstawie analizy dokumentacji dot. harmonogramów przyjęć 20 kolejno zapisanych pacjentów w harmonogramie przyjęć w I kwartale 2023 r. na oddziale urologii, w poradni gastroenterologicznej (z pracownią diagnostyki endoskopowej) oraz w pracowni tomografii komputerowej ustalono, że:

- dla pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy, wyznaczano termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej listy na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach (termin przyjęć wynosił od jednego do 13 dni⁸⁵);
- harmonogramy przyjęć zawierały dane:
 - o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h oraz j ustawy o świadczeniach, m.in.: datę i godzinę wpisu, identyfikator skierowania, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniobiorcy, numer telefonu, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu;
 - dotyczące terminu udzielenia świadczenia, tj.: termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć, informację o rezerwacji terminu - w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę oraz w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 9b ustawy o świadczeniach;

⁸⁴ Znak pisma: BZK-XI.6310.172.2020.AK z dnia 15 października 2020 r., BZK-XI.6310.204.2020.AK z dnia 30 października 2020 r., 13 listopada 2020 r., BZK-XI.6310.234.2020.AK z dnia 23 listopada 2020 r., 27 listopada 2020 r., BZK-XI.6310.75.2021.AK z dnia 17 marca 2021 r., 25 marca 2021 r., BZK-XI.6310.104.2021.AK z dnia 29 kwietnia 2021 r., 13 maja 2021 r., 26 maja 2021 r., 31 maja 2021 r., BZK-XI.6310.119.2021.AW z dnia 8 czerwca 2021 r., 30 czerwca 2021 r., WZ-II.967.1.7.2021.AF z dnia 4 listopada 2021 r., WZ-II.967.1.18.2021.AF z dnia 10 listopada 2021 r., WZ-II.967.1.33.2021.AF z dnia 16 listopada 2021 r., WZ-II.967.1.41.2021.AF z dnia 26 listopada 2021 r., 30 listopada 2021 r., WZ-II.967.1.57.2021.AF z dnia 14 grudnia 2021 r., WZ-II.967.1.7.2022.AF z dnia 15 lutego 2022 r., WZ-II.967.1.24.2022.AF z dnia 4 marca 2022 r.

⁸⁵ W poradni gastroenterologicznej z pracownią diagnostyki endoskopowej oraz w pracowni tomografii komputerowej – od jednego do 13 dni, na oddziale urologii i urologii onkologicznej – od jednego do dziewięciu dni.

- dotyczące kategorii świadczeniobiorcy, tj.: oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego - w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach oraz kontynuujący leczenie;
- harmonogramy przyjęć prowadzono w postaci elektronicznej, zgodnie z art. 19a ust. 7 ustawy o świadczeniach;
- na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie byli umieszczani pacjenci kontynuujący leczenie u danego świadczeniodawcy (art. 20 ust. 1a ww. ustawy);
- kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej była ustalana na podstawie kolejności zgłoszeń świadczeniobiorcy, a w przypadku rezygnacji pacjenta z wizyty, nie przesuwano terminu wizyt innym pacjentom. Listę oczekujących prowadzono w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi;
- dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym (na podstawie karty DiLO) prowadzona była odrębna lista oczekujących na udzielenie świadczenia, która stanowi część składową harmonogramu przyjęć do danej komórki organizacyjnej (art. 20 ust. 12-14 ww. ustawy).

Lekarz Kierujący Oddziałem Urologii i Urologii Onkologicznej wyjaśnił, że pacjenci kontynuujący leczenie byli umieszczani w harmonogramie prowadzonym w formie elektronicznej z adnotacją kontynuacja leczenia. W przypadku rezygnacji pacjenta z oczekiwania na zabieg nie zmieniano kolejki innych pacjentów, z uwagi na bardzo nieliczne przypadki, tj. 10 osób rocznie. Natomiast zwolnione miejsce na sali operacyjnej zostaje natychmiast wykorzystane przez pacjentów onkologicznych (na podstawie karty DiLO) lub pilnych przypadków wymagających interwencji zabiegowej. P.o. Kierownika Zakładu Diagnostyki obrazowej wyjaśniła, że różnice w wyznaczeniu terminu badań tomografii komputerowej (termin od 1 do 9 dni) uzależniony był bardzo często od sugestii i próśb pacjentów dot. m.in.: korelacji badania TK z wizytą w Poradni Specjalistycznej w przypadku osób niesamodzielnych (niepełnosprawnych ruchowo, z demencją itp.), utrudniony dojazd komunikacją publiczną z mniejszych ościennych miejscowości, w przypadku diabetyków preferowany termin badania to godziny przedpołudniowe ze względu na konieczność pozostawiania na czczo przed badaniem. W przypadku rezygnacji pacjenta z badania, nie są przesuwane terminy wizyt pozostałych pacjentów, z uwagi na bardzo nieliczne przypadki.

Lekarz gastroenterolog wyjaśnił, że w przypadku rezygnacji pacjenta z badania lub wizyty nie przesuwano kolejki, gdyż o rezygnacji dowiadywano się często w dniu wizyty/badania lub w krótkim czasie przed wizytą. Natomiast jeśli rezygnacja nastąpiła z dłuższym wyprzedzeniem, wolny termin pozostawiano dla pacjentów z uprawnieniami do przyjęcia poza kolejnością.

(akta kontroli str. 1233-1297)

2.3. W latach 2019-2023 (I kwartał) w Szpitalu wystawiono łącznie 6 713 kart DiLO⁸⁶, w tym:

- lekarze POZ⁸⁷ wystawili łącznie 5 117 kart DiLO (2019 r. - 1 291, 2020 r. - 1 015, 2021 r. - 1 124, 2022 r. - 1 321, 2023 r. - 366),
- lekarze specjaliści udzielających świadczeń w AOS⁸⁸ wystawili łącznie 1 174 kart DiLO (2019 r. - 171, 2020 r. - 259, 2021 r. - 299, 2022 r. - 353, 2023 r. - 92),

⁸⁶ Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego. Dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach.

⁸⁷ Podstawowa opieka zdrowotna.

⁸⁸ Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

- lekarze specjaliści udzielających świadczeń w programach zdrowotnych wystawili łącznie dwie karty DiLO (w 2019 r. i 2021 r. po jednej),
- lekarze specjaliści udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym wystawili łącznie 420 kart DiLO (2019 r. - 97, 2020 r. - 100, 2021 r. - 99, 2022 r. - 99, 2023 r. - 25).

Porównanie danych 40⁸⁹ kart DiLO⁹⁰ z indywidualną dokumentacją medyczną pacjenta wykazało, że w kartach DiLO podano rzetelne dane, tj.:

- w 20 przypadkach karty wystawiono w POZ, w 16 - w AOS a w czterech - w SZP⁹¹;
- w 29 przypadkach odbyło się posiedzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, który określał plan leczenia onkologicznego, w tym jego harmonogram, zgodnie z § 4a ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W ośmiu przypadkach pacjent był leczony w innym ośrodku, natomiast w trzech przypadkach zamknięto kartę DiLO, z uwagi na niepotwierdzenie nowotworu;
- w skład WZT wchodziły osoby, o których stanowi § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a ww. rozporządzenia;
- w 29 przypadkach wyznaczano koordynatora, po określeniu postępowania terapeutycznego przez WZT, który m.in. udzielał pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia, co było zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1 przedmiotowego rozporządzenia. W ośmiu przypadkach pacjent był leczony w innym ośrodku, natomiast w trzech przypadkach zamknięto kartę DiLO, z uwagi na niepotwierdzenie nowotworu;
- w 29 przypadkach udokumentowano udział w WZT osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychoonkologa, co było zgodne z § 4a ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia;
- w 11 przypadkach po zakończeniu leczenia pacjenta zamknięto kartę DiLO.

Koordynator ds. szybkiej terapii onkologicznej wyjaśniła, że karta DiLO dla pacjentów umożliwia zastosowanie szybkiej ścieżki onkologicznej. Po określeniu przez konsylium ścieżki terapii dla danego chorego, wyznaczano koordynatora (tzw. asystenta pacjenta), który nadzorował proces leczenia, pilnował wyznaczonych terminów. Ponadto wspierał pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie, a także pomagał w komunikacji z lekarzami. Do zadań koordynatora należy również kontakt z podwykonawcami (w ramach zawartych umów), w celu ustalenia terminów wykonania świadczeń wynikających ze współpracy. Szpital w głównej mierze współpracuje ze Szpitalami Pomorskimi w Gdyni w zakresie radioterapii, badań nuklearnych i genetycznych oraz konsultacji niektórych badań patomorfologicznych. Powyższa współpraca polega również na przekazywaniu pacjentów do etapów leczenia, wynikających z planów postępowania terapeutycznego, np.: programy lekowe, radioterapia, chemioterapia w warunkach stacjonarnych.

(akta kontroli str. 1298-1328)

2.4. Analiza 40 kart DiLO⁹², zapisanych w systemie informatycznym AP-DiLO, wykazała, że terminy określone w rozporządzeniach⁹³ Ministra Zdrowia zostały dochowane, tj.:

⁸⁹ Doboru próby dokonano na podstawie losowo dobranych 40 kart za lata 2021-2023, uwzględniając rozpoczęcie w Szpitalu diagnostyki wstępnej i/lub pogłębionej, terminy posiedzeń wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, wyznaczenia koordynatora leczenia onkologicznego oraz przypadki zamknięcia kart DiLO.

⁹⁰ Zapisanych w systemie informatycznym AP-DiLO.

⁹¹ Opieka szpitalna.

⁹² Próba do badania z pkt 3.

⁹³ Zgodnie z § 6a ust. 1 i 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, zgodnie z § 4a ust. 1 i 1a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

- w 28 przypadkach średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie, w ramach pakietu onkologicznego, świadczenia zdrowotnego⁹⁴, zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak również w leczeniu szpitalnym, nie przekroczył 14 dni;
- w 28 przypadkach etap diagnostyki wstępnej zakończono w terminie do 28 dni od daty zapisania na listę oczekujących lub od udzielenia pierwszej porady. Ponadto w trzech przypadkach diagnostykę przeprowadzono w ciągu jednego dnia (ta sama data porady rozpoczynającej i kończącej diagnostykę);
- w 20 przypadkach diagnostyka pogłębiona odbyła się w terminie nie dłuższym niż 21 dni od daty zapisania na listę oczekujących lub od udzielenia pierwszej porady;
- pięciu pacjentów, w przypadku których nie odnotowano daty wpisania na listę oczekujących, mieli zorganizowane konsylium w dniu zakończenia diagnostyki pogłębionej, a 16 pacjentów miało konsylium w ciągu od 1 do 13 dni od zakończenia diagnostyki;
- siedmiu pacjentów rozpoczęło leczenie w dniu zorganizowania konsylium, 16 - w ciągu od 1 do 14 dni, a 25 pacjentów rozpoczęło leczenie w ciągu 7 tygodni od daty wystawienia Karty DiLO;
- w czterech przypadkach zabieg diagnostyczno-leczniczy zakończono w terminie do 28 dni od daty zapisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczeń.

(akta kontroli str. 1329-1330)

2.5. W okresie objętym kontrolą, w wyniku rozstrzygnięcia postępowań konkursowych, NFZ zawarł ze Szpitalem umowy dot. udzielenia świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, tj.:

- Nr 11/001948/PRO/17/19 z dnia 28 czerwca 2017 r. w zakresie programu profilaktyki raka piersi - etap podstawowy (w pracowni stacjonarnej), w okresie od 1 lipca 2017 r. do 30.06.2022 r. Umowę przedłużono od 1 lipca 2023 r. do 30 czerwca 2028 r. oraz rozszerzono zakres o program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki oraz program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny;
- Nr 11/001948/PROJG/22/23 z dnia 24 listopada 2022 r. w zakresie programu badań przesiewowych raka jelita grubego, w okresie od 1 grudnia 2022 r. do dnia 30 listopada 2027 r.

Z informacji otrzymanych z NFZ Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego w Gdańsku wynika, że w latach 2019-2023 (I kwartał):

- 1) liczba pacjentów w ramach programu:
 - profilaktyki raka piersi wynosiła odpowiednio: 1 115, 254, 621, 557, 189,
 - profilaktyki raka jelita grubego wynosiła w 2022 r. - cztery i w 2023 r. - osiem.
- 2) liczba wykonanych badań wynosiła:
 - a) mammografii - 4 795 świadczeń o łącznej wartości 474 tys. 213 zł, w tym w ramach:
 - profilaktycznych programów zdrowotnych - 2 736 świadczeń o łącznej wartości 105 tys. zł,
 - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - 2 035 świadczeń o łącznej wartości 354 tys. zł (2019 r. - 558⁹⁵ świadczeń o łącznej wartości 53 tys. zł, 2020 r. - 315⁹⁶ - 49

⁹⁴ Oczekiwanie na diagnostykę wstępną.

⁹⁵ Do 40 r.ż. - 30, 40-49 lat - 94, 50-69 lat - 251, powyżej 69 r.ż. - 183.

⁹⁶ Do 40 r.ż. - 31, 40-49 lat - 66, 50-69 lat - 129, powyżej 69 r.ż. - 89.

tys. zł, 2021 r. - 487⁹⁷ - 74 tys. zł, 2022 r. - 542⁹⁸ - 138 tys. zł, 2023 r. - 133⁹⁹ - 40 tys. zł),

- leczenia szpitalnego - 24 świadczenia o łącznej wartości 16 tys. zł,
- b) cytologii - trzy świadczenia o łącznej wartości 265 zł (w latach 2019-2020 i 2022 r. po jednym świadczeniu o łącznej wartości: 119 zł i 51 zł i 94 zł),
- c) kolonoskopii - 1 879 świadczeń o łącznej wartości 992 tys. zł, w tym w ramach:
 - profilaktycznych programów zdrowotnych - 12 świadczeń o łącznej wartości 4,2 tys. zł (2022 r. - cztery o łącznej wartości 1,1 tys. zł, 2023 r. - osiem o łącznej wartości 3,1 tys. zł),
 - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - 1 706 świadczeń o łącznej wartości 617 tys. zł (2019 r. - 428¹⁰⁰ świadczeń o łącznej wartości 130 tys. zł, 2020 r. - 241¹⁰¹ - 76 tys. zł, 2021 r. - 166¹⁰² - 51 tys. zł, 2022 r. - 649¹⁰³ - 249 tys. zł, 2023 r. - 222¹⁰⁴ - 111 tys.),
 - leczenia szpitalnego - 161 świadczeń o łącznej wartości 375 tys. (2022 r. - 137 świadczeń o łącznej wartości 328 tys. zł, 2023 r. - 24 o łącznej wartości 47 tys. zł).

Prezes Zarządu wyjaśniła, że przeszkodą w zwiększeniu liczby badań realizowanych w ramach programów zdrowotnych była mała zgłaszalność pacjentów do badań profilaktycznych, pomimo akcji promocyjnych.

(akta kontroli str. 1331-1336)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w badanym obszarze. W Szpitalu zapewniono koordynację podejmowanego leczenia oraz terminowość udzielania świadczeń zleconych na podstawie karty DiLO. Ponadto terminowo udzielano świadczeń pacjentom, z wystawioną kartą DiLO. Rzetelnie prowadzono harmonogramy i listy przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ponadto udzielano świadczeń pacjentom kwalifikującym się do objęcia profilaktycznymi programami zdrowotnymi w zakresie programu: profilaktyki raka piersi (etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki), profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny) oraz badań przesiewowych raka jelita grubego.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł z Ministrem Zdrowia cztery umowy o łącznej wartości 2 mln 307 tys. 946 zł, w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, na zadania:

⁹⁷ Do 40 r.ż. - 22, 40-49 lat - 85, 50-69 lat - 221, powyżej 69 r.ż. - 159.

⁹⁸ Do 40 r.ż. - 34, 40-49 lat - 102, 50-69 lat - 239, powyżej 69 r.ż. - 167.

⁹⁹ Do 40 r.ż. - cztery, 40-49 lat - 24, 50-69 lat - 61, powyżej 69 r.ż. - 44.

¹⁰⁰ Do 30 r.ż. - 31, 30-49 lat - 49, 40-49 lat - 68, 50-65 lat - 143, powyżej 65 r.ż. - 137.

¹⁰¹ Do 30 r.ż. - 13, 30-49 lat - 30, 40-49 lat - 39, 50-65 lat - 87, powyżej 65 r.ż. - 72.

¹⁰² Do 30 r.ż. - dziewięć, 30-49 lat - 16, 40-49 lat - 26, 50-65 lat - 58, powyżej 65 r.ż. - 57.

¹⁰³ Do 30 r.ż. - 42, 30-49 lat - 69, 40-49 lat - 114, 50-65 lat - 199, powyżej 65 r.ż. - 225.

¹⁰⁴ Do 30 r.ż. - 14, 30-49 lat - 35, 40-49 lat - 39, 50-65 lat - 69, powyżej 65 r.ż. - 65.

- a) zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej - umowa nr 1/18/10/2020/1090/349 z dnia 27 sierpnia 2020 r., wartość przekazanych przez Ministra środków publicznych na realizację zadania wynosiła 407 tys. 984 zł,
- b) zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów - mammografy – umowa nr 1/15/44/2021/1090/409 z dnia 28 maja 2021 r., wartość przekazanych przez Ministra środków publicznych na realizację zadania wynosiła 599 tys. 963 zł,
- c) zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej - umowa nr 1/18/37/2022/2021NW/1090/179 z dnia 15 marca 2022 r., wartość przekazanych przez Ministra środków publicznych na realizację zadania wynosiła 900 tys. zł,
- d) zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego - umowa nr 1/14/71/2022/1090/641 z dnia 26 września 2022 r., wartość przekazanych przez Ministra środków publicznych na realizację zadania wynosiła 399 tys. 999 zł.

Oferty złożone przez Szpital, w toku poszczególnych postępowań konkursowych zawierały informacje zgodne ze stanem faktycznym oraz spełniały warunki formalne, progowe oraz merytoryczne, tj. m.in.: wnioski aplikacyjne wypełniano na platformie w formie elektronicznej za pośrednictwem ePUAP, formularze ofert były podpisywane certyfikatem kwalifikowanym wraz z załączeniem wyciągu odpisu z KRS, składano oświadczenia o posiadaniu aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ze wskazaniem okresu, na jaki została zawarta itp.

(akta kontroli str. 1337-1342, 1414-1418, 1455-1460, 1582-1590)

3.2. W wyniku szczegółowego badania czterech umów¹⁰⁵, zawartych z Ministrem Zdrowia, w zakresie realizacji poszczególnych zadań w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej¹⁰⁶, ustalono, że:

- ze środków NSO sfinansowano zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego¹⁰⁷, dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy¹⁰⁸ oraz do rehabilitacji onkologicznej¹⁰⁹;
- środki pochodzące z NSO zostały wykorzystane zgodnie z umową;
- zakup sprzętu dokonano w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie art. 132 ustawy Prawo zamówień publicznych¹¹⁰;
- w terminach określonych w umowach dokonano rozliczeń stanowiących podstawę przekazania środków publicznych, sporządzonych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do umowy, wraz z uwierzytelnionymi przez kierownika jednostki kserokopiami oryginałów faktur VAT za zakupiony sprzęt,

¹⁰⁵ Umowa nr 1/18/10/2020/1090/349 z dnia 27 sierpnia 2020 r. (aneks nr 1 z dnia 10 listopada 2020 r. - dot. zmiany terminu rozliczenia dotacji, w związku z trwającą pandemią COVID-19), nr 1/15/44/2021/1090/409 z dnia 28 maja 2021 r., nr 1/18/37/2022/2021NW/1090/179 z dnia 15 marca 2022 r. (aneks nr 1 z dnia 12 maja 2022 r. - dot. zmiany terminu rozliczenia dotacji, w związku z niespełnieniem wymogów formalnych przez firmę i ponowne ogłoszenie postępowania objętego zakresem umowy, aneks nr 2 z dnia 26 lipca 2022 r. i aneks nr 3 z dnia 4 października 2022 r. - dot. wydłużenia terminu rozliczenia stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych, w związku z wydłużeniem dostawy sprzętu (problem z dostępnością komponentów i podzespołów u producenta), nr 1/14/71/2022/1090/641 z dnia 26 września 2022 r.

¹⁰⁶ Dalej: „NSO”.

¹⁰⁷ Cystoskop giętki 10 szt.

¹⁰⁸ Mammograf cyfrowy.

¹⁰⁹ Aparat do terapii uciskowej, wanna do masażu wirowego kończyn górnych, robot rehabilitacyjno-diagnostyczny umożliwiający ćwiczenia w obrębie kończyn górnych, dolnych oraz tułowia do rehabilitacji onkologicznej, platforma stabilometryczna do rehabilitacji onkologicznej, bieżnia do rehabilitacji onkologicznej, urządzenie z oporem elastycznym do rehabilitacji barku, urządzenie do ćwiczeń kończyn dolnych z oprogramowaniem, robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z elektromiografem, zestaw do treningu wytrzymałościowego i wydolnościowego, 8-stanowiskowy system z automatycznym pomiarem ciśnienia, urządzenie do pomiaru parametrów metabolicznych, system do badań wysiłkowych i spoczynkowych z bieżnią, multisensoryczny system terapeutyczny do kończyn, zrobotyzowany system do przygotowania do nauki chodu, bieżnia do nauki chodu, urządzenie do terapii, mobilne elektromiografy z elektrostymulacją wyzwalaną.

¹¹⁰ Ustawa z dnia 11 września 2019 r., Dz. U. z 2019 r. poz. 1710, ze zm.

potwierdzonych pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, wraz z kserokopią protokołu zdawczo-odbiorczego. Ponadto przedkładano oświadczenie, że dofinansowanie ze środków Ministra Zdrowia nie obejmowało kosztów dostawy, zainstalowania sprzętu, serwisowania sprzętu i przeszkolenia personelu w zakresie obsługi sprzętu;

- sprzęt określony w załącznikach do umowy był zgodny z rozliczeniem stanowiącym podstawę przekazania środków publicznych;
- przekazywano do Ministra Zdrowia podsumowanie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy w danym roku budżetowym, wg wzoru wraz z dokumentami potwierdzającymi dokonanie zapłaty, w terminach określonych w umowach;
- przedkładano Ministrowi Zdrowia każdorazowo w terminie do dnia 31 stycznia następnego roku budżetowego informacje o sposobie wykorzystania zakupionego sprzętu, według załącznika nr 4 do umowy;
- zakupiony sprzęt został oddany do użytku w terminach wynikających z umów z Ministrem Zdrowia. W dziesięciu przypadkach sprzęt był zainstalowany i uruchomiony tego samego dnia. Natomiast w ośmiu przypadkach okres od momentu zainstalowania sprzętu (na podstawie protokołów zdawczo-odbiorczych) do momentu faktycznego jego użytkowania wynosił od 13 do 101 dni¹¹¹. Terminy uruchomienia ww. sprzętu były ustalane z Ministrem Zdrowia, na podstawie aneksów do umowy. Specjalista ds. zespołu inwestycyjnego wyjaśniła, że przyczyną późniejszego terminu użytkowania sprzętu od momentu dostarczenia do Szpitala była konieczność dostosowania pomieszczeń pod kątem zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego personelu medycznego wykonującego świadczenia medyczne;
- prowadzono działania informacyjne¹¹², dot. finansowania zadania ze środków NSO, zgodnie z postanowieniami umów z Ministrem Zdrowia.

(akta kontroli str. 1337-1345, 1376-1383, 1414-1421, 1455-1465, 1514-1518, 1533-1537, 1552- 1554, 1582-1593, 1648-1653)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

¹¹¹ Cystoskop giętki 10 szt. (data zainstalowania: 17 listopad 2022 r., data uruchomienia sprzętu: 30 listopad 2022 r.), robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z elektromiografem (data zainstalowania i uruchomienia: 3 październik 2022 r.), zestaw do treningu wytrzymałościowego i wydolnościowego (data zainstalowania i uruchomienia: 23 września 2022 r.), 8-stanowiskowy system z automatycznym pomiarem ciśnienia oparty o ćwiczenia na ergometrach, urządzenie do pomiaru parametrów metabolicznych, system do badań wysiłkowych i spoczynkowych z bieżnią (data zainstalowania i uruchomienia: 22 września 2022 r.), multisensoryczny system terapeutyczny do kończyn, zrobotyzowany system do przygotowania do nauki chodu (data zainstalowania i uruchomienia: 19 września 2022 r.), bieżnia do nauki chodu (data zainstalowania i uruchomienia: 4 listopada 2022 r.), urządzenie do terapii (data zainstalowania i uruchomienia: 27 września 2022 r.), mobilny elektromiograf z elektrostymulacją wyzwalaną (data zainstalowania i uruchomienia: 10 października 2022 r.), mammograf cyfrowy (data zainstalowania i uruchomienia: 21 październik 2021 r.), aparat do terapii uciskowej (data zainstalowania: 30 październik 2020 r., data uruchomienia sprzętu: 18 stycznia 2021 r.), wanna do masażu wirowego kończyn górnych (data zainstalowania: 6 listopad 2020 r., data uruchomienia sprzętu: 15 luty 2021 r.), robot rehabilitacyjno-diagnostyczny umożliwiający ćwiczenia w obrębie kończyn górnych, dolnych oraz tułowia do rehabilitacji onkologicznej (data zainstalowania: 29 październik 2020 r., data uruchomienia sprzętu: 25 styczeń 2021 r.), platforma stabilometryczna do rehabilitacji onkologicznej (data zainstalowania: 6 listopad 2020 r., data uruchomienia sprzętu: 1 luty 2021 r.), bieżnia do rehabilitacji onkologicznej (data zainstalowania: 27 listopad 2020 r., data uruchomienia sprzętu: 22 luty 2021 r.), urządzenie z oporem elastycznym do rehabilitacji barku (data zainstalowania: 27 listopad 2020 r., data uruchomienia sprzętu: 8 luty 2021 r.), urządzenie do ćwiczeń kończyn dolnych z oprogramowaniem (data zainstalowania: 27 listopad 2020 r., data uruchomienia sprzętu: 25 styczeń 2021 r.).

¹¹² <https://szpital-koscierzyna.pl/index.php/pl/o-nas/aktualnosci/2863-rehabilitacja-onkologiczna>, <https://szpital-koscierzyna.pl/index.php/pl/o-nas/aktualnosci/2526-swiatowy-dzien-radiologii-3>, <https://szpital-koscierzyna.pl/index.php/pl/component/search/?searchword=zakup%20sprz%C4%99tu%20do%20diagnostyki%20nowotwor%C3%B3w%20p%C4%99cherz%20moczowego&searchphrase=all&Itemid=590>, <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=564737945661276&set=pb.100063752254789.-2207520000.&type=3>.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w badanym obszarze. Oferty złożone przez Szpital do Ministra Zdrowia, w ramach NSO, zawierały informacje zgodne ze stanem faktycznym i spełniały warunki progowe i formalne udziału w konkursie. Ponadto prawidłowo realizowano powierzone zadania w ramach NSO w zakresie: terminowego składania rozliczeń, podsumowań merytoryczno-finansowych z realizacji umowy, prowadzenia działań informacyjnych dot. finansowania zadania, zgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia.

IV. Uwagi i wnioski

Z uwagi na zmianę uwarunkowań prawnych oraz podjęte w trakcie kontroli działania, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

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 Gdańsku. 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.

Gdańsk, dnia 17 października 2023 r.

Kontroler

Joanna Szychalewska
specjalista kontroli państwowej


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

p.o. WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

2 up.


Dariusz Jurczuk

podpis

