



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.30.1.2023

Pan
Łukasz Połatyński
Dyrektor
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
ul. Bialska 104/118
42-202 Częstochowa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ul. Bialska 104/118, 42-202 Częstochowa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Łukasz Połatyński, p. o. Dyrektora, od 7 marca 2023 r. do 31 sierpnia 2023 r., Dyrektor od 1 września 2023 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Dariusz Kaczmarek, Dyrektor, od 1 października 2017 r. do 2 stycznia 2019 r. Bogusława Miłkowska, p. o. Dyrektora, od 3 stycznia 2019 r. do 16 czerwca 2019 r. Zbigniew Bajkowski, Dyrektor, od 17 czerwca 2019 r. do 6 marca 2023 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego. 2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego. 3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli ² , 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Bogusława Pala, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/169/2023 z 17 lipca 2023 r. 2. Szymon Gruca, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/170/2023 z 17 lipca 2023 r. 3. Kinga Kołodziejczyk, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/181/2023 z dnia 16 sierpnia 2023 r.

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Zwany dalej Szpitalem.

² 17 października 2023 r.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

NIK negatywnie ocenia realizację przez Szpital świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego pacjentów.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą oceny negatywnej jest skala i waga stwierdzonych nieprawidłowości, w tym m.in. nieprzestrzeganie przez Szpital w okresie objętym kontrolą – tj. w latach 2019-2023 (I kwartał) przepisów dotyczących przeprowadzania wewnętrznych audytów klinicznych procedur radiologicznych, niedokonywanie zgłoszeń zachorowania na nowotwór złośliwy oraz niekompletne dokonywanie takich zgłoszeń, jak również prowadzenie niekompletnej dokumentacji u pacjentów leczonych żywieniowo oraz brak wdrażania leczenia żywieniowego u części pacjentów, którzy takiego żywienia wymagali, stanowiącej 20% przebadanej próby.

Ponadto w Szpitalu w przypadku 40% badanej próby pacjentów posiadających Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego⁵ nieterminowo udzielano świadczeń, zleconych na podstawie takich kart. Programami profilaktyki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania i leczenia raka piersi oraz raka szyjki macicy nie obejmowano wszystkich osób będących w grupie docelowej i kwalifikujących się do skorzystania z ww. programów, a świadczenia objęte programami profilaktycznymi były tym osobom udzielane w ramach innych umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia⁶, do świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy/porozumienia na realizację badań przesiewowych w ramach profilaktyki raka jelita grubego, w okresie objętym kontrolą nie skierowano żadnego pacjenta. Nierzetelnie prowadzono harmonogramy i listy przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, tym samym działano wbrew zasadzie sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Okres oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki/leczenia onkologicznego wydłużał się, co w przypadku pacjentów z chorobą nowotworową mogło mieć wpływ zarówno na możliwości podjęcia leczenia, jak również na jego skuteczność i dalsze rokowania.

Nieprawidłowości nie stwierdzono w zakresie zgłoszonych do NFZ zasobów, przygotowywania leków cytostatycznych, zapewnienia bezpieczeństwa pracy osobom przygotowującym ww. leki oraz realizacji zadań wynikających z umów zawartych z Ministrem Zdrowia na wymianę wysłużonego sprzętu diagnostycznego (akceleratora i mammografu), doposażenie pracowni diagnostycznych w sprzęt do diagnozowania i leczenia raka płuca oraz w stację planowania leczenia – za pomocą wysokich dawek promieniowania jonizującego, w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej i Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

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

⁵ Dalej: „Karta DILO”.

⁶ Dalej: „NFZ”, lub „Fundusz”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonowały następujące jednostki, w których udzielano świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego:

- Oddziały Szpitalne: Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii, Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi, Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych, Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, Opieki Paliatywnej;
- Poradnie specjalistyczne: Chirurgii Onkologicznej wraz z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym, Hematologii wraz z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym, Onkologii wraz z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym, Schorzeń Piersi wraz z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym, Radioterapii wraz z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym;
- Pracownie: Endoskopii, Scyntygrafii, Bronchoskopii, Brachyterapii, Fizyki Medycznej, USG, Tomografii Komputerowej, Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Mammografii, Radiologii Zabiegowej, Leku cytostatycznego;
- Zakłady: Radioterapii, Patomorfologii (w tym Pracownie: Badania Makroskopowego, Cytologii, Histopatologii), Diagnostyki Obrazowej (w tym Pracownie Mammografii, Pracownia Tomografii Komputerowej, Rezonansu Magnetycznego, Rentgenodiagnostyki Ogólnej, USG), Diagnostyki Laboratoryjnej;
- Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Centralna sterylizatornia.

Leczenie i diagnostyka onkologiczna zarówno w ramach leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej u pacjentów objętych tzw. „szybką ścieżką onkologiczną” były prowadzone na podstawie Kart DILO (w ramach tzw. pakietu onkologicznego).

Diagnozowano i leczono następujące rodzaje nowotworów: tarczycy, narządów jamy brzusznej (żołądka, jelita cienkiego i grubego, trzustki, wątroby), przewodu pokarmowego, układu oddechowego, mięsaków kości i tkanek miękkich, piersi, jajnika, jajowodu, otrzewnej, narządów rodnych, skóry, głowy i szyi, chłoniaki (B i T – komórkowe), gruczołu krokowego, nerki, guzy ośrodkowego układu nerwowego, nowotwory o nieustalonym punkcie wyjścia.

Podczas terapii wykorzystywano metody chirurgiczne, w tym chirurgię małoinwazyjną i techniki endoskopowe, jak również radioterapię, chemioterapię, terapię skojarzoną (radiochemioterapię), brachyterapię, hormonoterapię, terapie niestandardowe i celowane, operacje onkoplastyczne nowotworów skóry, piersi, programy lekowe⁸.

W ramach leczenia raka piersi, Szpital realizował pełen zakres operacji piersi w tym operacje oszczędzające z onkoplastyką piersi, biopsje węzła wartownika, biopsje

⁷ 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.

⁸ Programy lekowe dotyczące leczenia: nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), zaawansowanego raka jelita grubego, raka wątrobowokomórkowego, raka płuca oraz międzybłoniaka płucnej, mięsaków tkanek miękkich, raka piersi, raka nerki, chłoniaków (B i T komórkowych), raka jajnika, jajowodu i otrzewnej, raka gruczołu krokowego, zaawansowanego raka żołądka i przełyku.

mammotomiczne piersi, lokalizowane biopsje piersi, rekonstrukcje piersi jednoczasowe i wtórne, z tkanek własnych i przy użyciu protez.

W toku oględzin przeprowadzonych na Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz w Specjalistycznej Poradni Chirurgii Onkologicznej i gabinecie diagnostyczno-zabiegowym ww. poradni, stwierdzono że faktyczne wyposażenie Oddziału i Poradni w sprzęt medyczny było zgodne z warunkami określonymi w § 4a oraz w załącznikach nr 3⁹ i 3a¹⁰ do rozporządzenia Ministra Zdrowia¹¹ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹² oraz z warunkami określonymi w § 6a oraz w załącznikach nr 1¹³, 4 i 5¹⁴ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁵.

(akta kontroli str.314-458,475-534,610-658,895-918,1238-1416)

Poza diagnostyką i leczeniem nowotworów Szpital prowadził następujące Profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie leczenia onkologicznego: Program profilaktyki raka szyjki macicy (etap pogłębionej diagnostyki), Program profilaktyki raka piersi (etap podstawowy w pracowni stacjonarnej, etap pogłębionej diagnostyki).

(akta kontroli str. 706-721)

Szpital w latach 2019-2023 pełnił rolę Ośrodka Wiodącego Leczenia Raka Piersi oraz Centrum Kompetencji Leczenia Raka Jelita Grubego¹⁶. Jednakże nierzetelnie realizował obowiązki związane z posiadaniem statusu (KON-JG) w zakresie umożliwienia świadczeniobiorcom przeprowadzenie badań przesiewowych pozwalających na wczesne wykrycie raka jelita grubego, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 659-665,925-930)

Zasoby kadrowe zgłoszone do NFZ na Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz w Specjalistycznej Poradni Chirurgii Onkologicznej były zgodne z zasobami wykazanymi w załączniku do umowy na realizację świadczeń. Należy jednak zauważyć, że w Portalu Potencjału, w większości przypadków nie wykazywano godzin pracy, w jakich dany pracownik miał świadczyć pracę na oddziale bądź w poradni. Z analizy grafików pracy i list obecności pracowników Szpitala, świadczących pracę na Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii oraz w Poradni Onkologicznej w marcu 2023 r., wynikały różnice pomiędzy liczbą godzin pracy wykazanych do Funduszu, a rzeczywistym wykonaniem. Ponadto jedna z lekarek nie podpisywała się na liście obecności.

(akta kontroli str.475-479,489-490,495-496,499-585)

Z wyjaśnień Kierowników Działów: Kadr i Płac, Kontraktów Medycznych oraz Umów Medycznych wynika, że *rozbieżności pomiędzy godzinami w Portalu NFZ*

⁹ Część II lp. 3 Ginekologia.

¹⁰ Lp. 2 (Kon-Pierś) i lp. 3 (KON-JG).

¹¹ Dalej: MZ lub Minister Zdrowia.

¹² Dz.U. z 2023r. poz. 870 ze zm. dalej: rozporządzenie dotyczące świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym.

¹³ Lp. 25 Onkologia, lp. 36 Chirurgia ogólna, lp. 40 Chirurgia onkologiczna.

¹⁴ Lp. 25 Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi - moduł diagnostyka nowotworu piersi, lp. 26 Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł monitorowanie, lp. 27 Diagnostyka i monitorowanie w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego.

¹⁵ Dz.U. z 2016r. poz.357 ze zm. „rozporządzenie dot. świadczeń gwarantowanych w AOS”.

¹⁶ Dalej: „CCU”, lub „KON-JG”.

a rzeczywistym wykonaniem wynikają z zapotrzebowania na udzielanie świadczeń w Poradni Onkologicznej i na Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii, spowodowanym długą nieobecnością jednej z lekarek przygotowującej się do egzaminu specjalizacyjnego. Powyższa sytuacja wymagała przeorganizowania pracy na Oddziale i w Poradni. Poradnia Onkologiczna podlega bezpośrednio pod Oddział, a ewidencja czasu pracy/grafiki dotyczą wszystkich etatów pracowników – oddziałów i poradni, w których dani pracownicy są wykazywani.

Ponadto część osób np. genetycy kliniczni, konsultanci, nie posiadają stałego harmonogramu pracy i realizują świadczenia na podstawie bieżącego zapotrzebowania Szpitala – do Portalu NFZ zgłoszono ich średni czas pracy w trybie zadaniowym.

Jak wyjaśnili Kierownicy Działów, od sierpnia 2023 r. godziny pracy widniejące w Portalu Świadczeniodawcy dotyczące personelu medycznego są ponownie weryfikowane przez Dział Kadr i Płac oraz Dział Umów Medycznych.

Odnosnie do wszystkich rozbieżności w wykazanych i zrealizowanych godzinach pracy personelu medycznego, Kierownik Działu Kontraktów Medycznych wyjaśnił, że Portal Świadczeniodawcy nie jest dostosowany do rzeczywistego wykazywania zatrudnienia personelu w Szpitalu. W portalu nie ma możliwości podziału zawartych umów np. na umowy o pracę, umowy kontraktowe, czy też umowy zlecenia. W przypadku zawarcia umowy o pracę oraz umowy dyżurowej ilość przepracowanych godzin stanowi sumę z obydwu umów, podczas gdy niejednokrotnie liczba godzin dyżurowych różni się w poszczególnych miesiącach, co powoduje rozbieżności pomiędzy liczbą godzin zgłoszonych w Portalu, a rzeczywistym wykonaniem. Ponadto aby móc w Portalu wykazać psychologów, dietetyków (tzw. „personel pomocniczy”) należy go przypisać do konkretnej komórki organizacyjnej Szpitala, podczas gdy świadczy on pracę w różnych oddziałach, poradniach – zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem. Z uwagi na posiadanie przez Szpital Statusu Ośrodka Wiodącego Leczenia Raka Piersi oraz Centrum Kompetencji Leczenia Raka Jelita Grubego, z którymi wiąże się realizacja świadczeń w sposób łączący ze sobą poszczególne komórki organizacyjne Szpitala, do realizacji świadczeń wykazywane są osoby o różnej specjalności niezatrudnione w danej komórce organizacyjnej, lecz zatrudnione w Szpitalu.

(akta kontroli str. 586-609)

1.2. Warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych określone zostały w procedurze *Przygotowanie, przechowywanie i transport leków cytostatycznych* z 16 stycznia 2018 r. (P-FA8-65) oraz *Instrukcji postępowania z lekami cytostatycznymi W.Sz.S im. NMP w Częstochowie* z dnia 27 lipca 2023 r.

Zgodnie z wymogami procedury pracownicy mieli być wyposażeni w środki ochrony indywidualnej, a mianowicie: operator i pomocnik w: 1) niejałowe ubranie operacyjne, jałowy kombinezon jednoczęściowy z certyfikatem dopuszczającym do pracy w Pracowni Cytostatyków, 2) dwie pary rękawiczek specjalistycznych do przygotowywania leków cytostatycznych (pomocnik w jedną parę), 3) jałową maseczkę. Założono że rękawice zmieniane są kilka razy w czasie pracy, a także natychmiast po widocznym skażeniu. Wierzchnia para rękawic zmieniana jest także po każdorazowym wyjęciu rąk z łoża laminarnej. Zaznaczono również, że w pomieszczeniach czystych (o klasyfikowanej czystości powietrza) nie nosi się np. biżuterii, zegarków, tipsów.

W przyjętej instrukcji doprecyzowano zapisy dotyczące wymaganych środków ochrony osobistej, a mianowicie:

- jednorazowe rękawice powinny być specjalne dla cytostatyków, o grubości uzależnionej od właściwości chemicznych rozpuszczalnych leków. Rękawice powinny być długie, sięgające powyżej nadgarstków i nachodzące na mankiety fartucha oraz powinny być zmieniane nie rzadziej niż co 30 minut,
- jednorazowe fartuchy powinny być wykonane z nieprzepuszczalnego materiału, zapinane z tyłu, z długimi rękawami i ściśle przylegającymi mankietami,
- jednorazowe czepki powinny szczelnie zakrywać włosy i ściśle przylegać do twarzy,
- jednorazowe osłony na buty powinny być wykonane z nieprzepuszczalnego materiału i nachodzić na nogawkę spodni.

W przypadku okularów (lub gogli) ochronnych dopuszczone zostało stosowanie wielorazowego ich użytku pod warunkiem dezynfekcji.

(akta kontroli str. 42-60)

Pracownia Cytostatyczna znajdowała w wydzielonej części Apteki (na parterze) budynku zlokalizowanego przy ul. Bialskiej 104/118.

W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że Pracownia Cytostatyczna spełniała warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej¹⁷. W szczególności: 1) czynności związane z przygotowaniem leków cytostatycznych przed ich podaniem dokonywane były w wydzielonym pomieszczeniu; 2) pomieszczenie, w którym przygotowywano leki cytostatyczne, było wyposażone w dwie łóże laminarne do pracy z tymi lekami; 3) w Pracowni znajdowało się wydzielone miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do zniszczenia (rękawiczki, fartuchy, czepki lub maski) i oczyszczenia (okulary). Znajdował się także wykaz sprzętu w niej używanego. Pracownia składała się z części aseptycznej, w której z filtry HEPA miały zapewnić powietrze klasy A, oraz z pomieszczenia wydzielonego w części aseptycznej, w którym filtry HEPA mają zapewnić powietrze klasy B. Filtry HEPA wymieniane były zgodnie z zaleceniami producenta. Ostatnia wymiana filtrów miała miejsce 24 stycznia 2023 r.

(akta kontroli str. 63-97,98-110)

1.3 Sposób organizowania, przygotowania i dystrybucji posiłków w badanym okresie określały przyjęte procedury¹⁸.

Szpital przygotował posiłki we własnym zakresie, w Kuchni Szpitalnej zlokalizowanej przy ul. Bialskiej 104/118. W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudniał siedmiu dietetyków, z czego pięciu w całym okresie kontrolnym. Do zadań dietetyków należały np. układanie jadłospisów dziennych oraz w systemie dekadowym, zgodnie z normą żywieniową oraz dzienną stawką żywieniową; udzielanie porad dietetycznych, ocena stanu odżywienia pacjentów, ocena sposobu żywienia, edukowanie pacjentów oddziałów szpitalnych na zlecenie lekarza; propagowanie zasad racjonalnego odżywiania wśród chorych, działania prewencyjne w zakresie otyłości i niedożywienia; udział w pracach zespołu terapeutycznego w zakresie leczenia żywieniowego.

Od czerwca 2019 r. Szpital przyjął 28 rodzajów diet, a począwszy od 2022 r.¹⁹ obowiązywała *Zaktualizowana nomenklatura diet w WSzS w Częstochowie od*

¹⁷ Dz. U. Nr 80, poz. 376, ze zm.

¹⁸ 1) *Przygotowania posiłków* Nr P-DŻ-OD2-75 z dnia 5 kwietnia 2018 r., 2) *Transport posiłków na oddziały* Nr P-DŻ-OD3-74 z dnia 5 kwietnia 2018 r. zmieniona procedurą nr P-DŻ-OD3-74A z dnia 11 października 2022 r., 3) *Procedura żywienia dojelitowego* P-OD1-15 z dnia 27 lipca 2017 r., 4) *Procedura żywienia pozajelitowego* P-OD1-16 z dnia 27 lipca 2017 r.

¹⁹ Na dokumencie nie wskazano precyzyjnej daty zatwierdzenia lub obowiązywania.

2022 r., w której określonych zostały 22 rodzaje diet. Charakterystykę diet, uwagi technologiczne, wykaz produktów dozwolonych oraz produktów przeciwwskazanych zatwierdzono dopiero w trakcie niniejszej kontroli NIK, tj. 11 września 2023 r. w dokumencie pn. *Katalog diet stosowanych w WSzS im. NMP w Częstochowie*” Wydanie I 2023. Jak wyjaśnił Dyrektor z informacji uzyskanej od Kierownika Działu Żywienia wynika, iż dotychczas informacje zawarte były w dokumencie o charakterze wewnętrznym, który nie podlegał formalnemu zatwierdzeniu.

(akta kontroli str. 111-167, 1009-10113)

Na przykładzie dokumentacji 20 pacjentów najdłużej hospitalizowanych w Szpitalu²⁰, badanej w zakresie zapewnienia pacjentom onkologicznym żywienia dostosowanego do ich potrzeb ustalono, że w całej badanej grupie pacjentów przy przyjęciu do Szpitala przeprowadzono badanie przesiewowe (NRS)²¹, co spełniło wymóg wynikający z § 6 ust. 1 rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym, zgodnie z którym świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywiania zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego”.²² Badanie takie nie zostało powtórzone u żadnego z tych pacjentów w ciągu 14 dni od przeprowadzenia pierwotnego badania, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Stwierdzono również, że u 10 pacjentów zastosowano leczenie żywieniowe, przy czym prowadzenie takiego leczenia nie zostało prawidłowo udokumentowane, co zostało opisane w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*. Ponadto nie zastosowano leczenia żywieniowego u sześciu pacjentów leczonych na Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii, pomimo tego, że u jednego z pacjentów stwierdzono zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywiania (wynik badania przesiewowego NRS - 3 pkt), a u pozostałych pięciu pacjentów zarówno rozpoznanie jak i zastosowany sposób leczenia wskazywałby, że leczenie żywieniowe byłoby zalecane, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Diety stosowane wśród pacjentów to np. bogatobiałkowa, lekkostrawna, niskotłuszczowa i ubogoresztkowa.

(akta kontroli str. 170,178-272,1406-1408,1414-1415,1996-2004)

1.4 Szpital wykonywał niezbędne badania patomorfologiczne oraz genetyczne samodzielnie w Zakładzie Patomorfologii, zlecał również wykonywanie badań podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartych umów.

W latach 2019-2023 (I kwartał) w Szpitalu wykonano ogółem 151 807 badań, w tym 45 795 badań onkologicznych. A mianowicie:

- w 2019 r.: 22 658 badań histopatologicznych (łącznie z cytoblok) (w tym 6159 badań onkologicznych), wśród nich badania śródoperacyjne 470 takich badań (w tym 74 badania onkologiczne); 166 badań immunohistochemicznych (w tym 148 badań onkologicznych) ; 1234 badań cytologicznych (w tym 374 badania onkologiczne),

²⁰ Dokumentacja: 10 pacjentów, którzy najdłużej przebywali na Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi i 10 pacjentów, którzy najdłużej przebywali na Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii.

²¹ Jeżeli pacjent uzyskał wynik ≥ 3 oznaczało to, że jest zagrożony niedożywieniem lub jest niedożywiony, w takim przypadku należy powiadomić lekarza, wdrożyć interwencję żywieniową. Natomiast niezależnie od uzyskanej liczby punktów, u każdego pacjenta u którego przeprowadzono badanie przesiewowe (NRS) lekarz może zdecydować o wprowadzeniu interwencji żywieniowej.

²² Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, Scientifica 2019 r. wraz z aneksem opublikowanym w 2020 r. Dalej: „Standardy żywienia”.

- w 2020 r.: 20 423 badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) (w tym 6269 badań onkologicznych), wśród nich badania śródoperacyjne 414 takich badań (w tym 110 badań onkologicznych); 161 badań immunohistochemicznych (w tym 150 badań onkologicznych); 1121 badań cytologicznych (w tym 209 badań onkologicznych),
- w 2021 r.: 29 630 badań histopatologicznych (łącznie z cytoblok) (w tym 8893 badania onkologiczne), wśród nich badania śródoperacyjne 473 takie badania (w tym 111 badań onkologicznych); 86 badania immunohistochemicznych (w tym 70 badań onkologicznych); 1 200 badań cytologicznych (w tym 344 badania onkologiczne),
- w 2022 r.: 39 933 badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) (w tym 11 342 badania onkologiczne), wśród nich badania śródoperacyjne 547 takich badań (w tym 127 badań onkologicznych); 175 badań immunohistochemicznych (w tym 162 badania onkologiczne); 1741 badań cytologicznych (w tym 403 badania onkologiczne),
- w 2023 r. (I kwartał): 17 251 badań histopatologicznych (łącznie z cytoblok) (w tym 4965 badań onkologicznych), wśród nich badania śródoperacyjne 243 takie badania (w tym 44 badania onkologiczne); 114 badań immunohistochemicznych (w tym 104 badania onkologiczne); 1805 badań cytologicznych (w tym 293 badania onkologiczne),

Ponadto Szpital wykonywał konsultacje patomorfologiczne, które w kolejnych latach wyniosły: w 2019 r. - 729 takich konsultacji, w tym 615 onkologicznych; w 2020 r. - 813, w tym 644, w 2021 r. - 914, w tym 671; w 2022 r. - 1186, w tym 822; w 2023 r. (I kwartał) - 526, w tym 436.

Koszt jednostkowy badań według podziału zastosowanego w Szpitalu, w latach 2019-2023 (I kwartał) wynosił odpowiednio: badanie histopatologiczne: 21,51 zł, 30,53 zł, 33,98 zł, 42,58 zł i 50,45 zł; badanie śródoperacyjne: 26,72 zł, 37,93 zł, 37,19 zł, 44,04 zł i 54,78 zł; ocena preparatu dostarczonego: 15,80 zł, 22,42 zł, 18,05 zł, 19,80 zł i 26,97 zł; badanie cytologiczne: 31,50 zł, 44,71 zł, 20,76 zł, 22,95 zł i 29,31 zł; badanie immunohistochemiczne: 227,51 zł, 322,92 zł, 82,26 zł, 72,30 zł i 83,26 zł; oznaczenie HER 2: 39,86 zł, 56,57 zł, 129,11 zł, 138,98 zł i 150,54 zł; oznaczenie receptorów ER, PR: 67,12 zł, 95,26 zł, 63,46 zł, 67,11 zł i 78,57 zł; badanie histochemiczne: 127,45 zł, 180,89 zł, 90,93 zł, 101,31 zł i 121,04 zł; zamknięta przezskórna igłowa biopsja tarczycy: 21,12 zł, 29,97 zł, 42,85 zł, 55,27 zł i 58,81 zł.

Roczny koszt badań według ww. podziału, w latach 2019-2023 (I kwartał) wynosił odpowiednio: badanie histopatologiczne: 646 117,38 zł, 765 234,45 zł, 1 033 773,54 zł, 1 310 953,04 zł i 355 773,40 zł; badanie śródoperacyjne: 1603,20 zł, 1124,08 zł, 1822,31 zł, 2246,04 zł i 547,80 zł; ocena preparatu dostarczonego: 4392,40 zł, 5335,96 zł, 4043,20 zł, 6712,20 zł i 2723,97 zł; badanie cytologiczne: 7434,00 zł, 10 953,95 zł, 4961,64 zł, 7917,75 zł i 2256,87 zł; badanie immunohistochemiczne: 256 403,77 zł, 397 837,44 zł, 95 092,56 zł, 82 855,80 zł i 23 812,36 zł; oznaczenie HER 2: 14 708,34 zł, 20 987,47 zł, 49 449,13 zł, 46 975,24 zł i 16 258,32 zł; oznaczenie receptorów ER, PR: 47 588,08 zł, 63 062,12 zł, 43 216,26 zł, 44 963,70 zł i 15 478,29 zł; badanie histochemiczne: 382,35 zł, 2351,57 zł, 909,30 zł, 607,86 zł i 242,08 zł; zamknięta przezskórna igłowa biopsja tarczycy: 54 848,64 zł, 41 868,09 zł, 78 886,85 zł, 137 069,60 zł, 33 404,08 zł.

Podmiotom zewnętrznym zlecano przeprowadzenie badań: cytogenetycznych (guzy lite FISH), badania FISH, kariotyp; badania metodami biologii molekularnej (PCR); sekwencjonowania następnej generacji (NSG), w tym: badanie mutacji genów BRCA1 i BRCA2 i panel kliniczny NGS NDRP (badanie mutacji w genach: EGFR, KRAS, BRAF, HER2, MET i rearanżacje w genach: ALK, ROS1, NTRK1/2/3).

Zlecano również badania histopatologiczne trepanobiopsatu oraz badania w ramach konsultacji patomorfologicznych, których nie wykonywał Zakład Patomorfologii. Jak wyjaśnił Kierownik Centrum Diagnostyki Patomorfologicznej Zakładu Patomorfologii część badań zlecano z uwagi na ich wysokospecjalistyczną specyfikę, np. badania genetyczne, których nie wykonuje się w miejscu, ponieważ nie ma odpowiedniego zaplecza sprzętowego, lokalowego i kadrowego. Drugą grupą badań zleconych na zewnątrz w ramach konsultacji patomorfologicznych są: 1) badania wymagające dużego doświadczenia i wiedzy w wąskiej dziedzinie, 2) badania wymagające poszerzonego panelu odczynników do barwień immunohistochemicznych, 3) badania wymagające do rozpoznania zdecydowanie większego nakładu czasu pracy (niewystarczająca liczba lekarzy specjalistów patomorfologów).

W zakresie badań zleconych podmiotom zewnętrznym Szpital podał informacje o kosztach jednostkowych ww. badań, nie przedstawił jednak informacji o ich łącznej liczbie i poniesionym łącznym koszcie wykonania zleconych badań tym podmiotom, w poszczególnych latach objętych kontrolą.

Koszt jednostkowy badań zleconych kształtował się w następujący sposób: badanie cytogenetyczne – hematologia: FISH – 430,0 zł (w całym okresie kontrolnym), kariotyp – 441,0 zł (w całym okresie kontrolnym), badanie cytogenetyczne – guzy łe FISH – 440,0 zł i 396,0 zł (od 1 sierpnia 2020 r.); badania metodami biologii molekularnej (PCR) – 330,0 zł; sekwencjonowanie następnej generacji (NGS), w tym: 1) badanie mutacji genów BRCA1 i BRCA2 – 1150,0 zł oraz 1250,0 zł do 1290,0 zł - w zależności od rodzaju materiału do badania - (od 6 sierpnia 2021 r.), 2) panel kliniczny NGS NDRP – rearanżacje w genach -2500,0 zł; badanie histopatologiczne trepanobiopsatu – 160,0 zł (od 16 marca 2022 r.); badanie immunohistochemiczne – 60,0 zł (od 16 marca 2022 r.)

(akta kontroli str. 20-28, 1921)

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

- rak piersi - 9280 pacjentów - 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 8540 badań; 2) badanie immunohistochemiczne – 306; 3) konsultacja patomorfologiczna – 656; 4) badanie cytologiczne – 69 (3 badania ginekologiczne i 66 badań nieginekologicznych),

- rak jelita grubego – 5282 pacjentów – 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 4800 badań; 2) badanie immunohistochemiczne – 4; 3) konsultacja patomorfologiczna – 366; 4) badanie cytologiczne – 30 (badania nieginekologiczne),

- rak jajnika – 2646 pacjentów – 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 1838 badań, w tym badanie śródoperacyjne – 294; 2) badanie immunohistochemiczne – 28; 3) konsultacja patomorfologiczna – 388; 4) badanie cytologiczne – 486 (42 badania ginekologiczne i 444 badania nieginekologiczne),

- rak trzonu macicy – 2542 pacjentów – 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 2422 badania, w tym badanie śródoperacyjne – 16; 2) badanie immunohistochemiczne – 18; 3) konsultacja patomorfologiczna – 28; 4) badanie cytologiczne – 294 (204 badania ginekologiczne i 90 nieginekologicznych),

- rak żołądka – 2540 pacjentów - 1) badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 2272 badania, w tym badanie śródoperacyjne – 28; 2) badanie immunohistochemiczne – 124; 3) konsultacja patomorfologiczna – 220; 4) badanie cytologiczne – 30 (badanie nieginekologiczne).

(akta kontroli str. 29)

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

Na podstawie wybranych do szczegółowego badania trzech procedur²³ stwierdzono, że zawierały one wszystkie elementy opisane w art. 33f ust. 2 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe²⁴.

(akta kontroli str. 1198-1237)

W latach 2019-2023 w Szpitalu nie były przeprowadzane zewnętrzne audyty kliniczne jednostek ochrony zdrowia stosujących medyczne procedury radiologiczne.

Z informacji uzyskanej od Dyrektora Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia²⁵ wynikało, że w latach 2019-2023 Szpital nie został wskazany przez żadną z komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych, jako podmiot objęty audytem klinicznym zewnętrznym, zatem audyt w tej jednostce nie został przeprowadzony.

(akta kontroli str. 1417-1419)

Kliniczne audyty wewnętrzne w okresie objętym kontrolą były przeprowadzane bez pisemnego upoważnienia kierownika jednostki kontrolowanej, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1010-1013)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono następujące wewnętrzne audyty kliniczne:

- w 2019 r.: audyt w zakresie rentgenodiagnostyki (w tym stomatologii i densytometrii kostnej) oraz radiologii zabiegowej: w Pracowni Hemodynamiki – Pracowni Elektrofizjologii²⁶;
- w 2020 r.:
 - a) audyt w zakresie radioterapii²⁷ - audyt przeprowadzony w Zakładzie Radioterapii – dotyczył Teleradioterapii (fotony i elektrony) oraz Brachyterapii;
 - b) audyt w zakresie rentgenodiagnostyki (w tym stomatologii i densytometrii kostnej) oraz radiologii zabiegowej:
 - audyt przeprowadzony w Zakładzie diagnostyki obrazowej²⁸ dotyczył rentgenodiagnostyki konwencjonalnej – inne²⁹, tomografii komputerowej³⁰ oraz radiologii zabiegowej – inne³¹;
 - audyt przeprowadzony w Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii³² - dotyczył Fluoroskopii.

²³ Procedury: Radioterapii Stereotaktycznej, Tomografii komputerowej Miednicy Mniejszej oraz Scyntygraficznej lokalizacji węzła wartowniczego.

²⁴ Dz.U. z 2023 r. poz. 1173; dalej: „Prawo atomowe”.

²⁵ Dalej: „KCOR”.

²⁶ Audyt przeprowadzony 17 kwietnia 2019 r.

²⁷ Audyt przeprowadzony 18 listopada 2020 r.

²⁸ Audyt przeprowadzony w okresie od 1 do 31 sierpnia 2020 r.

²⁹ RTG klatki piersiowej PA, RTG jamy brzusznej w pozycji stojącej, RTG stawu kolanowego, RTG kręgosłupa w odcinku L/S, RTG czaszki w projekcjach PA i bocznej, RTG ręki, RTG stopy, RTG stawu biodrowego AP, RTG klatki piersiowej AP, przyłóżkowe.

³⁰ Tomografia komputerowa: jamy brzusznej i miednicy z kontrastem, kręgosłupa w odcinku L/S, głowy bez podania kontrastu, klatki piersiowej bez podania kontrastu, zatok, angiografia tętnic kończyn dolnych.

³¹ Arteriografia tętnic kończyn dolnych, Arteriografia tętnicy szyjnej, Przewodnik angioplastyka tętnic obwodowych – poszerzanie balonem i implantacja stentów.

³² Audyt przeprowadzony w okresie od 1 do 31 sierpnia 2020 r.

- w/za 2021 r.: audyt w zakresie rentgenodiagnostyki (w tym stomatologii i densytometrii kostnej) oraz radiologii zabiegowej:
 1. audyt przeprowadzony w Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii³³ – dotyczył radiologii zabiegowej - inne³⁴;
 2. audyt przeprowadzony w Pracowni Mammografii³⁵;
 3. audyt przeprowadzony w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej³⁶ dotyczył Rentgenodiagnostyki stomatologicznej (bez CBCT³⁷), Rentgenodiagnostyki konwencjonalnej – inne oraz Tomografii Komputerowej;
 4. audyt przeprowadzony na Trakcie operacyjnym³⁸ dotyczył radiologii zabiegowej - inne³⁹;
 5. audyt przeprowadzony w Pracowni Densytometrycznej⁴⁰ dotyczył densytometrii kostnej⁴¹;
- audyt w zakresie medycyny nuklearnej⁴² - audyt przeprowadzony w Zakładzie Medycyny Nuklearnej – dotyczył SPECCT/SPECCT-CT⁴³;
- audyt w zakresie radioterapii⁴⁴ - audyt przeprowadzony w Zakładzie Radioterapii – dotyczył Teleradioterapii (fotony i elektrony), Radiochirurgii stereotaktycznej oraz Brachyterapii,
- w/za 2022 r.: audyty w zakresie rentgenodiagnostyki (w tym stomatologii i densytometrii kostnej) oraz radiologii zabiegowej:
 1. audyt przeprowadzony na bloku operacyjnym⁴⁵ dotyczący radiologii zabiegowej – inne – zabiegi chirurgiczno-ortopedyczne pod kontrolą fluoroskopii⁴⁶;
 2. Mammografia⁴⁷;
 3. w zakresie radiologii zabiegowej kardiologicznej⁴⁸ - Hemodynamika⁴⁹.

³³ Audyt przeprowadzony 12 stycznia 2022 r. za rok 2021.

³⁴ Procedury szczegółowe podlegające audytowi: STEMI, Koronarografia, Koronarografia + PCI, wszczepienie rozrusznika, wymiana rozrusznika, elektroda czasowa, ablacja.

³⁵ Audyt przeprowadzony w okresie 1 stycznia do 31 grudnia 2021 r.

³⁶ Audyt za miesiąc sierpień 2021 r. od 1 do 31 sierpnia 2021r.

³⁷ Tomografia stożkowa.

³⁸ Audyt przeprowadzony w 2021 r.

³⁹ Leczenie zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), wymiana rozrusznika, koronarografia, wszczepienie rozrusznika.

⁴⁰ Audyt przeprowadzony 30 grudnia 2021 r.

⁴¹ Densytometria kręgosłupa L1-L4, Densytometria szyjki kości udowej.

⁴² Audyt przeprowadzony 20 stycznia 2022 r.

⁴³ Tomografia emisyjna pojedynczych fotonów.

⁴⁴ Audyt przeprowadzony 20 stycznia 2022 r.

⁴⁵ Audyt przeprowadzono w dniach od 18 do 20 stycznia 2023 r.

⁴⁶ Zabiegi z zakresu: jelita cienkiego, dwukontrastowe badanie okrężnicy, Flebografia kończynowo-miednicowa, Arteriografia miednicowo-kończynowa, Angiografia naczyń wieńcowych, PTA – przeszskórna wewnątrznacyniowa plastyka naczyń, PTCA – angioplastyka naczyń wieńcowych serca.

⁴⁷ Audyt przeprowadzono w okresie od 28 do 31 grudnia 2022 r.

⁴⁸ Procedury szczegółowe podlegające audytowi: STEMI, Koronarografia, Koronarografia + PCI, wszczepienie rozrusznika, wymiana rozrusznika, elektroda czasowa, ablacja.

⁴⁹ Audyt przeprowadzony w dniach 18-20 stycznia 2023 r.

W latach 2019-2020 oraz w 2022 r. w Szpitalu nie przeprowadzono wewnętrznych audytów klinicznych z zakresu medycyny nuklearnej i radioterapii, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1060-1165)

Ostatnie dwa audyty kliniczne wewnętrzne przeprowadzone w dniach 18-20 stycznia 2023 r. w zakresie:

1. radiologii zabiegowej kardiologicznej⁵⁰ - Hemodynamika oraz
2. radiologii zabiegowej – inne – zabiegi chirurgiczno-ortopedyczne pod kontrolą fluoroskopii

zostały przeprowadzone z naruszeniem art. 33 v ustawy prawo atomowe, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1067-1084)

Zalecenia wydane po przeprowadzeniu w latach 2021-2022 klinicznych audytów wewnętrznych nie były wykonywane, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1180,1187,1196-1197)

W 2022 r. Wojewódzki Inspektor Sanitarny przeprowadził w Szpitalu dwie kontrole w następującym zakresie:

- kontrola przestrzegania zasad, przepisów higieny pracy i warunków środowiska pracy w otoczeniu źródeł pola elektromagnetycznego⁵¹;
- kontrola w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej w jednostkach organizacyjnych stosujących aparaty rentgenowskie do celów medycznych⁵².

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

(akta kontroli str. 723-785)

1.6. Szpital dokonywał zgłoszeń nowych rozpoznań lub podejrzeń nowotworów złośliwych z wykorzystaniem systemu elektronicznego. Niemniej jednak na badanej próbie 30 pacjentów, dla których zostały wydane Karty DILO – (badanie ww. próby zostało szczegółowo opisane w pkt 2.3-2.4 wystąpienia pokontrolnego) zidentyfikowano sześć przypadków braku zgłoszenia nowotworu złośliwego do Krajowego/Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów⁵³ oraz jeden przypadek niewypełnienia wszystkich rubryk w Karcie zgłoszenia nowotworu, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Podczas czynności kontrolnych ustalono ponadto, że z obsługiwanego przez Szpital systemu informatycznego nie można było wygenerować kart zgłoszeń i badanie kompletności danych zawartych w kartach zgłoszeń przeprowadzone zostało na próbie 20 kart zgłoszeń udostępnionych przez Administratora Wojewódzkiego Biura Rejestracji Nowotworów z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach. Badanie

⁵⁰ Procedury szczegółowe podlegające audytowi: STEMI, Koronarografia, Koronarografia + PCI, wszczepienie rozrusznika, wymiana rozrusznika, elektroda czasowa, ablacja.

⁵¹ Kontrola przeprowadzona w dniach 13-14 kwietnia 2022 r. Kontrolą zostały objęte: Zakład Diagnostyki Obrazowej; Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Pracownia Hemodynamiki, Poradnia Chirurgii Onkologicznej, Poradnia, Ginekologiczna, Oddział Okulistyki – Sala Operacyjna, Oddział Otolaryngologii – Gabinet Zabiegowy, Pracownia Endoskopii, Trakt Operacyjny.

⁵² Kontrola przeprowadzona w dniach 25 kwietnia – 6 maja 2022 r. Pomiary dozymetryczne zostały przeprowadzone: w Pracowni Hemodynamiki, na Trakcie Operacyjnym, w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, w Zakładzie Medycyny Nuklearnej i Zakładzie Radioterapii.

⁵³ Dalej: „KRN”, „WRN” lub „Rejestr Nowotworów”.

wykazało, że wszystkie karty zawierały informację dot. statusu histopatologicznego z wynikiem pozytywnym, który potwierdzał nowotwór; rozpoznanie kliniczne ICD-10; topografia ICD -O-3, a także podstawy rozpoznania. W 19 przypadkach oznaczono kod zaawansowania TNM (rewizja 8), a w jednym brakowało takiego oznaczenia, natomiast w żadnym z badanych przypadków w formularzach nie zaznaczono stopnia zaawansowania i stadium zaawansowania nowotworu złośliwego.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala z informacji uzyskanej od Koordynatorów DLO wynika, że pracownicy wypełniali przedmiotowe formularze zgodnie ze wskazaniem lekarzy poprzez bezpośrednie wypełnienie formularza zgłoszenia nowotworu w aplikacji KRN (link do logowania: <https://lekarze.onkologia.org.pl/pccr/login.xhtml>). W związku ze zmianą systemu w bieżącym roku Szpital utracił możliwość wglądu w stare karty dlatego też do kontroli zostały przedstawione zrzuty ekranów wykonane przez Administratora Wojewódzkiego Biura Rejestracji Nowotworów z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytut Badawczy w Gliwicach. Wobec powyższego na chwilę obecną Szpital nie ma możliwości weryfikacji ewentualnych braków w starszych zgłoszeniach.

Ponadto Dyrektor poinformował, że w dniu dzisiejszym został przekazany do Działu Informatyki zatwierdzony do realizacji wniosek na integrację systemów HIS Szpitala z bazą Krajowego Rejestru Nowotworów co w sposób znaczący wpłynie na ułatwienie personelowi dokonywanych zgłoszeń oraz możliwość podglądu wysyłanych zgłoszeń ze Szpitala bez względu na osobę dokonującą zgłoszenia oraz bieżący dostęp do informacji.

(akta kontroli str. 312-313,1009-1011,1013)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z pkt. 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego - Organizacja udzielania świadczeń Szpital, który posiada Status KON-JG Centrum realizuje program badań przesiewowych raka jelita grubego lub posiada zawartą umowę o współpracy z ośrodkiem realizującym ten program.

Szpital, pomimo posiadania statusu (KON-JG) nie realizował programu badań przesiewowych raka jelita grubego, natomiast zawarł umowę z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku (świadczeniodawcą oddalonym o ok. 451 km od Szpitala) oraz porozumienie o współpracy z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju (świadczeniodawcą oddalonym o ok. 129 km od Szpitala) w zakresie wykonywania badań przesiewowych raka jelita grubego realizowanych w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Z ustaleń kontroli wynika, że żaden pacjent nie skorzystał z badań przesiewowych raka jelita grubego gwarantowanych w podpisanej umowie/porozumieniu, ponieważ Szpital nie skierował ani jednego pacjenta do tych ośrodków.

(akta kontroli str. 659-665,925-930)

Dyrektor Szpitala nie odniósł się do przyczyn braku realizacji umowy/porozumienia z ww. Szpitalami. Wyjaśnił natomiast, że Szpital, aby mógł się starać o kontrakt na CCU musi, albo samodzielnie posiadać zawartą umowę na program badań przesiewowych albo posiadać umowę podwykonawstwa. Szpital posiada zawartą umowę o współpracy z ośrodkiem realizującym ten program - Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu Zdroju.

(akta kontroli str. 944)

NIK ocenia takie działanie, polegające na formalnym spełnieniu wymogu wynikającego z przepisów, przy jednoczesnym braku przeprowadzania badań przesiewowych – za nierzetelne. NIK zauważa bowiem, że zawieranie przez Szpital umów na wykonywanie badań przesiewowych raka jelita grubego z ośrodkami oddalonymi od niego ponad 120 km i 450 km w rzeczywistości znacząco utrudniało pacjentom skorzystanie z tego rodzaju świadczeń. Zawarcie takich umów wypełniało jedynie wymóg formalny wynikający z przepisów prawa, niespełnienie którego uniemożliwiłoby Szpitalowi uzyskanie statusu Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego.

2. W badanej próbie dokumentacji 20 pacjentów, badanie przesiewowe NRS nie zostało powtórzone u żadnego z nich w ciągu 14 dni od przeprowadzenia pierwotnego badania, pomimo, że przebywali oni na: Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi od 22-49 dni, a na Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii od 32-51 dni.

Powyższe stanowiło nierzetelną realizację wymogu wynikającego z § 6 ust. 2 rozporządzenia dotyczącego gwarantowanych świadczeń w leczeniu szpitalnym, według którego u świadczeniobiorców objętych powtarzalną hospitalizacją należy dokonywać przesiewowej oceny stanu odżywienia nie rzadziej niż co 14 dni. Zgodnie natomiast ze Standardami żywienia, u świadczeniobiorców objętych powtarzalną hospitalizacją przesiewowa ocena stanu odżywiania jest dokonywana w czasie pierwszej hospitalizacji, a następnie nie rzadziej niż 14 dni⁵⁴.

(akta kontroli str. 170,178,1996,1999)

NIK zwraca uwagę, że na problematykę dotyczącą braków przeprowadzania kontrolnego badania przesiewowego NRS wskazywano już od roku 2021 r. w związku z kontrolą wewnętrzną przeprowadzoną w Szpitalu⁵⁵.

(akta kontroli str. 286-292)

3. W badanej próbie dokumentacji 20 pacjentów, spośród których 10 kwalifikowało się do leczenia żywieniowego na podstawie badania przesiewowego NRS (wynik badania: 3 i 4 pkt) lub decyzji lekarza prowadzącego, w czterech przypadkach⁵⁶ (40%) stwierdzono brak kompletnej dokumentacji. Działanie takie było niezgodne z wymogiem określonym w § 4 pkt 1 rozporządzenia MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵⁷, zgodnie z którym wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Zgodnie zaś ze Standardami żywienia dojelitowego i pozajelitowego⁵⁸, dokument oceniający stan odżywienia musi znaleźć się w każdej historii choroby.

W Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi u jednego z pacjentów, u którego stwierdzono zwiększone ryzyko związane ze stanem

⁵⁴ Standardy żywienia – aneks. Strona 22.

⁵⁵ Protokół z kontroli nr 03.2021 przeprowadzonej w dniach 12 kwietnia 2021 r. do 13 maja 2021 r.

⁵⁶ Nr ewidencyjny: [...]; [...]; [...]; [...].

⁵⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm., dalej: rozporządzeniem w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej.

⁵⁸ Standardy żywienia. Strona 21-22.

odżywiania (wynik: 3 punkty) nie opracowano *Karty kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego*, co Kierownik Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi wyjaśnił niedopatrzeniem lekarza.

W Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii, u jednego z pacjentów, u którego stwierdzono zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywiania (wynik: 3 punkty) nie opracowano *Karty kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego* oraz *Karty leczenia żywieniowego*, u pozostałych dwóch pacjentów w dokumentacji brakowało *Karty leczenia żywieniowego*.

W pierwszym przypadku Kierownik Oddziału Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii wyjaśniła, że *powodem nie opracowania dokumentacji był fakt, że u pacjenta zaproponowano interwencję żywieniową ONS (np. Nutridrink) – pacjent nie wyraził zgody z powodu złej tolerancji. Z tego powodu nie wypełniono karty kwalifikacji do żywienia (...), ponieważ do interwencji w postaci zastosowania preparatów przemysłowych nie doszło. Pacjent zdecydował się korzystać z posiłków domowych, odmówił spożywania posiłków szpitalnych. W toku dalszej hospitalizacji doszło do pogorszenia stanu ogólnego, objawów psychozy, pobudzenia i agresji. Podaż leków doustnych stała się niemożliwa, a dożylna – utrudniona. Ostatecznie pacjent przekazany został do oddziału opieki paliatywnej.*

W pozostałych dwóch przypadkach Kierownik wyjaśniła, że *Karta monitoringu żywieniowego została założona*⁵⁹. Kart, o których mowa w złożonych wyjaśnieniach nie było w badanej dokumentacji i nie zostały również dołączone do złożonych wyjaśnień.

(akta kontroli str.179-181, 1406-1408,1414-1415)

NIK zauważyła, że na problemy dokumentowania i kwalifikowania pacjentów do leczenia żywieniowego na Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii zwracano uwagę już wcześniej, podczas przeprowadzanych w Szpitalu kontroli wewnętrznych⁶⁰.

(akta kontroli str.286-292)

4. W badanej próbie dokumentacji 20 pacjentów, w sześciu przypadkach pacjentów leczonych na Oddziale Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii nie zdecydowano o zastosowaniu leczenia żywieniowego, pomimo tego że u jednego z pacjentów stwierdzono zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywiania (wynik badania przesiewowego NRS - 3 pkt), u pozostałych pięciu pacjentów⁶¹ zarówno rozpoznanie jak i zastosowany sposób leczenia wskazywałby, że leczenie żywieniowe byłoby zalecane.

⁵⁹ Tj. określona w załączniku 6b Karta żywieniowego dorosłych/karta metaboliczna, o której mowa w § 23 ust. 1 Zarządzenia nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wyspecjalistyczne z dnia 3 stycznia 2022 r. (Biul.Inf.NFZ z 2022 r. poz. 1)

⁶⁰ Protokół kontroli nr 03.2021 z kontroli przeprowadzonej w okresie od 12 kwietnia 2021 r. do 13 maja 2021 r.

⁶¹ Zgodnie z *Kartą informacyjną leczenia szpitalnego*:

1) pacjent (nr ewidencyjny [...]) miał rozpoznany nowotwór złośliwy esicy z przerzutami do wątroby, z wylonioną stomią oraz został zakwalifikowany do paliatywnej chemioterapii. Dodatkowo miał wodobrzusze i zastosowano u pacjenta drenaż otrzewnej,

2) pacjentka ([...]), u której stwierdzono raka jajnika z przerzutami do jamy brzusznej. Dodatkowo pacjentka miała wodobrzusze (które było drenowane), pacjentka skarżyła się na bóle w nadbrzuszu, stwierdzono u niej płyn w lewej jamie opłucnowej i miała podejrzenie niedrożności przewodu pokarmowego. W zaleceniach dla pacjenta umieszczonych w Karcie informacyjnej wskazano: chora wymaga (...) ewentualnej kwalifikacji do leczenia chirurgicznego lub kwalifikacji do leczenia żywieniowego pozajelitowego.

W odniesieniu do czterech pacjentów Kierownik Oddziału Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii wyjaśniła, że *leczenie żywieniowe wskazane jest u wszystkich pacjentów z ryzykiem niedożywienia lub niedożywionych, u których doustną podażą naturalnego pokarmu nie można dostarczyć wystarczającej ilości składników odżywczych, a przewidywany czas przeżycia przekracza 3 msc. W przypadku tych pacjentów przewidywany okres przeżycia nie przekraczał 3 msc.* Natomiast w pozostałych dwóch przypadkach zdaniem Kierownika Oddziału Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii *pacjenci nie prezentowali objawów alarmowych świadczących o pogorszeniu stanu odżywienia.*

(akta kontroli str.179-272,1406-1408,1414)

W ocenie NIK powyższe działania stanowiły nierzetelną realizację wymogów określonych w § 6 rozporządzenia dotyczącego gwarantowanych świadczeń w leczeniu szpitalnym. Zgodnie bowiem ze Standardami żywienia, leczenie żywieniowe należy rozpocząć u wszystkich pacjentów, w przypadku których stwierdza się następujące sytuacje kliniczne: 1) obecność niedożywienia lub wysokiego ryzyka żywieniowego, 2) zagrażające niedożywienie, 3) spodziewany brak możliwości włączenia diety doustnej przez ponad siedem dni, nawet jeśli pacjent jest prawidłowo odżywiony w chwili diagnozy. Do uzasadnionej interwencji medycznej należy również sztuczne nawadnianie i żywienie zarówno w stanie stabilnym, jak i niestabilnym w okresie choroby nieuleczalnej lub śmiertelnej. Powinno być ono prowadzone również w stanie terminalnym (niezależnie od czasu jego trwania). Standardy żywienia nie uzależniają prowadzenia leczenia żywieniowego od przewidywanego czasu przeżycia, ale od stanu pacjenta i jego potrzeb.⁶²

(akta kontroli str. 1996-2004)

Odnosnie nieprawidłowości w zakresie leczenia żywieniowego, na podstawie wyjaśnień Kierownika Oddziału Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii Dyrektor Szpitala poinformował, że *wymienione uwagi w tym zakresie zostały przedstawione zespołowi lekarskiemu. Aktualnie rozpoczęto projekt utworzenia zespołu leczenia żywieniowego dedykowanego Oddziałowi Onkologii przy aktywnym wsparciu dyrekcji szpitala w pozyskaniu nowych pracowników na stanowisku lekarza.*

(akta kontroli str. 1414)

NIK zwraca uwagę, że u chorych na nowotwory utrata masy ciała, niedożywienie i postępujące wyniszczenie nowotworowe potęgują uczucie osłabienia, pogarszają stan ogólnej sprawności psychomotorycznej oraz wzmagają ryzyko depresji. Wskutek pogłębiających się niedoborów składników odżywczych z czasem dochodzi do spadku odporności organizmu i do zwiększenia podatności na infekcje. Niepodejmowanie leczenia żywieniowego u pacjentów chorych onkologicznie, którzy tego leczenia wymagają może przyczyniać się do skrócenia zarówno czasu przeżycia, jak i komfortu życia, a ponadto może uniemożliwić wyleczenie choroby nowotworowej, czy doprowadzenie do jej remisji.

3) pacjentka ([...]) ze stwierdzonym nowotworem złośliwym tkanki łącznej i tkanki miękkiej brzucha z przerzutami do płuc, nerki, wątroby, trzustki i otrzewnej. Była pacjentem z otyłością olbrzymią, osłabionym i leżącym. Dodatkowo była leczona III cyklem chemioterapii paliatywnej.

4) pacjent (nr ewidencyjny [...]) i 5) pacjent (numer ewidencyjny [...]), którzy byli w trakcie leczenia chirurgicznego, radio- i chemioterapią, co często skutkuje niedożywieniem pacjenta wywołanym np. brakiem apetytu.

⁶² Standardy żywienia. Strona 18, 77-82.

5. W przypadku sześciu⁶³ na 30 pacjentów (tj. 20% próby), dla których wystawiono kartę DILO, nie dokonano zgłoszenia do KRN Karty Nowotworu złośliwego⁶⁴, co było sprzeczne z § 5a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów⁶⁵, a jedna Karta nowotworu nie zawierała danych dotyczących rozpoznania histopatologicznego nowotworu⁶⁶, kodu histopatologicznego⁶⁷, strony ciała, na której występował nowotwór, kodu zaawansowania nowotworu, innych klasyfikacji zaawansowania, stopnia i stadium zaawansowania nowotworu⁶⁸, co było sprzeczne § 5 pkt 2 lit. e rozporządzenia o KRN oraz rozporządzeniami Rady Ministrów: z dnia 25 września 2020 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2021 (Dz.U. z 2020 r. poz. 2062, ze zm.) i z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 (Dz.U. z 2021 r. poz. 2303, ze zm.) w zakresie symbolu badania 1.29 – Zdrowie i ochrona zdrowia .

Dyrektor wyjaśnił, że zgłoszenie nowotworu w KRN odbywa się drogą elektroniczną i obowiązek ten należy do lekarza. Ponadto do KRN może się zalogować jedynie lekarz. Jednakże w przypadku niektórych pacjentów zgłoszenia nowotworu do KRN dokonywał koordynator na ustną prośbę lekarza.

(akta kontroli str.942-943, 1472-1474)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z przyjętym przez Radę Ministrów Programem badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2021 i 2022 (symbol badania 1.29.) obowiązek przekazywania danych spoczywa na podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w związku z rozpoznaniem i podejrzeniem nowotworu złośliwego. Wobec powyższego to do zadań kierownika podmiotu leczniczego należało zapewnienie wykonania obowiązku statystycznego.

6. W latach 2019-2022 wewnętrzne audyty kliniczne zostały przeprowadzone przez osoby, które nie zostały prawidłowo upoważnione do realizacji tej czynności. W Szpitalu nie powołano zespołów do przeprowadzenia audytu, zaś pracownikom nie zostały wydane stosowne upoważnienia do wykonywania tych czynności. Działanie takie było niezgodne z art. 33v ust. 3 i ust. 5 Prawa atomowego.

(akta kontroli str.1010-1013)

Dyrektor wyjaśnił że osoby przeprowadzające wewnętrzne audyty kliniczne w latach 2019-2022 nie posiadały formalnego papierowego upoważnienia, co stanowi niedopatrzenie Inspektora Ochrony Radiologicznej, wewnętrznych Inspektorów Ochrony Radiologicznej oraz osób przeprowadzających audyty.

Odnosnie do niepowoływania zespołów do przeprowadzenia audytów, Dyrektor stwierdził, że przed przystąpieniem do realizacji kolejnych audytów zespoły zostaną formalnie powołane Zarządzeniem Dyrektora.

NIK zwraca uwagę na bezwzględnie obowiązujące wymogi prawa w powyższym zakresie.

⁶³ Pacjent z Kartą DILO nr [...], Pacjent z Kartą DILO nr [...], Pacjent z Kartą DILO nr [...], Pacjent z Kartą DILO nr [...], Pacjent z Kartą DILO nr [...], Pacjent z Kartą DILO nr [...].

⁶⁴ Dalej: „Karta nowotworu”.

⁶⁵ Dz.U. z 2018 r. poz.1197, ze zm., dalej: „rozporządzenie o KRN.”

⁶⁶ Pozycja 26 Karty nowotworu.

⁶⁷ Pozycja 27 Karty nowotworu.

⁶⁸ Pozycje 31-35 Karty nowotworu.

(akta kontroli str. 1013,1427)

7. W latach 2019 – 2020 oraz w 2022 r. nie przeprowadzono niżej wymienionych klinicznych audytów wewnętrznych: w 2019 r. audytu z zakresu medycyny nuklearnej oraz audytu z zakresu radioterapii, w 2020 r. audytu z zakresu medycyny nuklearnej oraz w 2022 r. audytu z zakresu medycyny nuklearnej i audytu z zakresu radioterapii, co naruszało przepisy art. 33u w związku z art. 33v ust. 1 i 2 Prawa atomowego oraz § 53 ust. 4-7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁶⁹

(akta kontroli str. 1060-1165a)

Dyrektor wyjaśnił, że w 2019 r. audyt w Zakładzie Medycyny Nuklearnej nie został przeprowadzony z uwagi na modernizację pomieszczeń. W zakresie pozostałych braków Dyrektor poinformował, że jest to niedopatrzenie Inspektora Ochrony Radiologicznej oraz wewnętrznych Inspektorów Ochrony Radiologicznej.

(akta kontroli str.1426)

8. Ostatnie dwa audyty kliniczne wewnętrzne⁷⁰ w zakresie radiologii zabiegowej kardiologicznej - Hemodynamika oraz audyt dotyczący radiologii zabiegowej – inne – zabiegi chirurgiczno-ortopedyczne pod kontrolą fluoroskopii zostały przeprowadzone z naruszeniem art. 33v Prawa atomowego, z uwagi na brak wyznaczenia przez dyrektora Szpitala osób do przeprowadzenia ww. audytów, jak również na brak upoważnień do przeprowadzenia tychże audytów. Ponadto, raport z audytu przeprowadzonego w zakresie radiologii zabiegowej kardiologicznej - Hemodynamika nie został podpisany przez osoby przeprowadzające audyt, a protokoły z audytów nie zostały przekazane przez dyrektora Szpitala właściwej komisji procedur i audytów - tj. do KCOR na podstawie art. 33v ust.7 Prawa atomowego.

(akta kontroli str. 1067-1084,1420)

Dyrektor wyjaśnił, że osoby przeprowadzające wewnętrzne audyty kliniczne w latach 2019-2022 nie posiadały formalnego papierowego upoważnienia, co stanowi niedopatrzenie Inspektora Ochrony Radiologicznej, wewnętrznych Inspektorów Ochrony Radiologicznej oraz osób przeprowadzających audyty. Odnosnie do niepowoływania zespołów do przeprowadzenia audytów, Dyrektor stwierdził, że przed przystąpieniem do realizacji kolejnych audytów zespoły zostaną formalnie powołane Zarządzeniem Dyrektora. Braki podpisów osób przeprowadzających audyt na raporcie z audytu w zakresie radiologii zabiegowej kardiologicznej – Hemodynamika wynikają z niedopatrzenia osób przeprowadzających audyt oraz Inspektorów Ochrony Radiologicznej.

Dyrektor potwierdził jedynie przekazanie do KCOR, raportów z wewnętrznych audytów klinicznych przeprowadzonych w 2022 r. Inspektor Ochrony Radiologicznej nie posiada potwierdzeń przekazania do KCOR raportów z wewnętrznych audytów klinicznych przeprowadzonych w latach 2019-2021.

(akta kontroli str. 1013,1427)

9. Po przeprowadzonych w latach 2021-2022 audytach wydano zalecenia, które do dnia zakończenia kontroli NIK, tj. 17 października 2023 r. nie zostały wykonane.

⁶⁹ Dz.U. z 2017 r. poz. 884, uchylony z dniem 23 września 2022 r.

⁷⁰ Audyty dotyczyły okresu od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 r.

W zaleceniach po przeprowadzonym audycie w zakresie radioterapii – Teleradioterapii (fotony i elektrony), Radiochirurgii stereotaktycznej oraz Brachyterapii, wprowadzono zalecenie:

- w skład stałych zespołów ds. procedur szczegółowych zaleca się włączenie przynajmniej: jednego elektroradiologa, jednego lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, jednego fizyka medycznego,
- zaleca się wprowadzenie rozwiązań informatycznych pozwalających rejestrować i poddawać analizie otrzymane przez pacjentów dawki promieniowania z uwzględnieniem płci, wieku i wagi, o ile pozwala na to system rejestracji.

Zalecono również, do kolejnego audytu klinicznego wewnętrznego:

- wyznaczyć osobę odpowiedzialną za regularne, comiesięczne przeglądy informacji gromadzonych na temat dawek promieniowania otrzymywanych przez pacjentów. Zaleca się utworzenie procedury zakładowej określającej sposób, czas, formę przygotowania takiej analizy.

(akta kontroli str. 1180,1187,1196-1197)

Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej⁷¹ wyjaśnił, że w obrębie ZDO trwają rozmowy i ustalenia mające na celu formalne powołanie członków zespołu do spraw szczegółowych medycznych procedur radiologicznych.

Odnosnie do zalecenia dotyczącego rzetelnego, prawidłowego i regularnego monitorowania wielkości narażenia pacjentów na promieniowanie jonizujące, Kierownik ZDO wyjaśnił, że: z dnia 12 września 2023 r. zostało przekazane do Działu Aparatury Medycznej zlecenie konfiguracji tomografu komputerowego w celu włączenia aparatu do systemu analiz wielkości narażenia pacjentów na promieniowanie jonizujące.

Ponadto w zakresie wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za regularne, comiesięczne przeglądy informacji gromadzonych na temat dawek promieniowania otrzymywanych przez pacjentów oraz utworzenia procedury zakładowej określającej sposób, czas, formę przygotowania takiej analizy, Kierownik ZDO wyjaśnił, że: trwają rozmowy i ustalenia mające na celu formalne powołanie ww. osoby. Ponadto na podstawie Zarządzenia Dyrektora Szpitala⁷² powołany został Zespół ds. bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego. Kolejnym działaniem będzie powołanie wewnętrznych Inspektorów Ochrony Radiologicznej w poszczególnych komórkach organizacyjnych.

(akta kontroli str.1429-1431)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia negatywnie realizację przez Szpital świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Łączna wartość świadczeń zrealizowanych w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w latach 2019-2023 (I kwartał) wyniosła: w 2019 r. – 17 538,2 tys. zł (co stanowi 99,5% zakontraktowanych świadczeń na kwotę 17 618,2 tys. zł), w 2020 r. – 16 274,1 tys. zł (co stanowi 90,9% kwoty 17 904,6 tys. zł), w 2021 r. –

⁷¹ Dalej: „ZDO”.

⁷² Zarządzenie nr 99.2023 z dnia 12 października 2023 r.

19 805,2 tys. zł (co stanowi 108,5% kwoty 18 253,4 tys. zł), w 2022 r. – 26 050,6 tys. zł (co stanowi 106,1% kwoty 24 557,7 tys. zł) i w 2023 r. (I kwartał) – 14 715,6 tys. zł (co stanowi 128,1% kwoty 11 487,6 tys. zł).

W okresie objętym kontrolą Szpital realizował świadczenia onkologiczne w 32 zakresach:

a) najniższe kwoty zakontraktowano i zrealizowano w ramach świadczeń szpitalnych w zakresie:

- chirurgii ogólnej – diagnostyka onkologiczna (kod świadczenia 02.1500.301.02) – w 2020 r. w stosunku do zakontraktowanych świadczeń na kwotę 143 712,3 tys. zł nie zrealizowano świadczeń na kwotę 119 549,8 tys. zł (wykonano - 24 162,5 tys. zł),
- położnictwo i ginekologia – hospitalizacja III poziom referencyjny – pakiet onkologiczny (kod świadczenia 03.4450.960.02). W 2019 r. nie wykonano świadczeń na kwotę 76 024,7 tys. zł (zakontraktowano - 748 266,0 tys. zł, wykonano - 672 241,3 tys. zł), a w 2020 r. na kwotę 98 783,8 tys. zł. (zakontraktowano 733 050,0 tys. zł, wykonano 634 266,2 tys. zł),

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

- teleradioterapia – pakiet onkologiczny (kod świadczenia 03.0000.903.02) – w 2021 r. kwota wykonanych w stosunku do zakontraktowanych świadczeń była wyższa o 502 717,0 tys. zł (zakontraktowano - 4 640 586,0 tys. zł, wykonano – 5 143 303,0 tys. zł),
- kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) (kod świadczenia 03.4240.021.02) – w 2021 r. kwota wykonanych w stosunku do zakontraktowanych świadczeń była wyższa o 310 989,0 tys. zł (zakontraktowano – 551 332,0 tys. zł, wykonano – 862 321,0 tys. zł),
- chirurgia onkologiczna – hospitalizacja – pakiet onkologiczny (kod świadczenia 03.4540.930.02) – w 2021 r. kwota wykonanych w stosunku do zakontraktowanych świadczeń była wyższa o 341 421,6 tys. zł (zakontraktowano – 3 265 588,0 tys. zł, wykonano – 3 607 009,6 tys. zł), a w 2022 r. kwota ta była wyższa o 305 267,6 tys. zł (zakontraktowano – 5 468 275,3 tys. zł, wykonano – 5 773 542,9 tys. zł).

W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala poinformował, że *niewykonanie świadczeń było wynikiem epidemii COVID-19 i większość pacjentów zrezygnowała z wcześniej umówionych wizyt, na co Szpital nie miał wpływu. Natomiast świadczenia tzw. nadwykonane zostały w całości sfinansowane przez NFZ.*

(akta kontroli str. 30-35,1009-1012)

Łączna liczba pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego, którym udzielono świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego w okresie 2019-2023 (I kwartał) wyniosła⁷³: w 2019 r. - 21 854 pacjentów, z tego w ramach pakietu onkologicznego 2468 pacjentów (11,3%); w 2020 r. - 21 215 pacjentów, z tego w ramach pakietu onkologicznego 2247 pacjentów (10,6%); w 2021 r. - 26 660 pacjentów, z tego w ramach pakietu onkologicznego 2756 pacjentów (10,3%); w 2022 r. - 32 792 pacjentów, z tego w ramach pakietu onkologicznego 2885 pacjentów (8,8%); w 2023 r. (I kwartał) - 2449 pacjentów, z tego w ramach pakietu onkologicznego 1939 pacjentów (79,2% wszystkich pacjentów).

Udział liczby pacjentów i opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, udzielonych poza pakietem onkologicznym wyniósł odpowiednio: w 2019 r. – 88,7% wszystkich pacjentów (19 386 pacjentów), w 2020 r. 89,4%

⁷³ Dane dotyczą pacjentów z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.

(18 968 pacjentów), w 2021 r. – 89,7% (23 904 pacjentów), w 2022 r. – 91,2% (29 907 pacjentów) i w 2023 r. (I kwartał) – 20,8% (510 pacjentów).

Znaczny udział liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń poza pakietem onkologicznym oraz liczby świadczeń udzielonych poza pakietem onkologicznym Dyrektor Szpitala wyjaśnił *bardzo dużym zapotrzebowaniem pacjentów na zakres diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz ograniczonymi zasobami personelu medycznego, w wyniku czego Szpital nie jest w stanie u wszystkich pacjentów dotrzymać terminów określonych w pakiecie onkologicznym i wówczas świadczenia są rozliczane poza pakietem onkologicznym. Powyższe nie oznacza, że pacjenci mają odległe terminy rozpoczęcia poszczególnych etapów leczenia.*

(akta kontroli str. 36-41,1406-1408)

2.2. Według stanu na koniec I kwartału 2023 r. w kolejnych latach objętych kontrolą liczba pacjentów oczekujących na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego wyniosła: w 2019 r. – 2667 (z tego: 2567 przypadków stabilnych i 100 przypadków pilnych), w 2020 r. – 4204 (z tego: 4020 przypadków stabilnych i 184 przypadki pilne), w 2021 r. – 6578 (z tego: 6411 przypadków stabilnych i 167 przypadków pilnych), w 2022 r. – 13 079 (z tego: 12 657 przypadków stabilnych i 422 przypadki pilne), w 2023 r. – 16 425 (z tego: 15 768 przypadków stabilnych i 657 przypadków pilnych).

Wzrost liczby pacjentów oczekujących Dyrektor Szpitala wyjaśnił *świadomości podejmowaną decyzją przez świadczeniobiorców, którzy wybierają określoną placówkę mając na uwadze jej renomę oraz opinie innych pacjentów (...). Nasza placówka nie dysponuje realnymi możliwościami wpływania na te decyzje. Tak drastyczny wzrost liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w 2022 r. wynikał z zapotrzebowania na pomoc medyczną, która jest większa niż możliwości danego systemu opieki zdrowotnej(...). Na wzrost liczby pacjentów w latach 2022-2023 miał wpływ stan epidemii COVID-19, który we wcześniejszych latach ograniczył dostępność do planowanego udzielania świadczeń, masowego odwoływania wizyt oraz badań diagnostycznych. Problem pojawił się również z dostępem do personelu medycznego, który również chorował i przebywał na zwolnieniach czy kwarantannie. Nadmieniam, im więcej pacjentów wymagających konsultacji danego specjalisty tym dłuższe są kolejki. Szpital przyjmując pacjentów ponad wyznaczony limit miesięczny, musi brać pod uwagę, że suma wszystkich punktów przyznanych poradni, pracowni czy oddziałowi na rok kalendarzowy, zostanie wykorzystana do końca np. sierpnia. Pozostałe miesiące do końca roku mogły by być nie zapłacone przez NFZ. Czasami powodem długich kolejek oczekujących są sami pacjenci. Nie zgłaszają się na umówiony termin wizyty u lekarza lub badania i nie zgłaszają tego wcześniej, a w to miejsce mógłby zostać przyjęty inny pacjent.*

(akta kontroli str.1420-1425,1432-1433, 1091-1915)

Największa liczba oczekujących na udzielenie świadczenia i średni czas oczekiwania w grupie pacjentów o statusie stabilnym wystąpiła w:

- 2019 r.: w Gabinetzie Endokrynologii (AP- KOLCE) i wyniosła 944 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 377 dni, w Gabinetzie Schorzeń Piersi – 376 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 176 dni, w Oddziale Chirurgii Ogólnej – 226 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 76 dni;
- 2020 r.: w Gabinetzie Endokrynologii (AP-KOLCE) i wyniosła 843 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 393 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2019 r.), w Gabinetzie Schorzeń Piersi – 791 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 80 dni (w odniesieniu do 2019 r.

wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), w Tomografii komputerowej (AP-KOLCE) – 321 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 70 dni, w Poradni Neurochirurgii – 263 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 63 dni, na rezonans magnetyczny (AP-KOLCE) – 215 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 73 dni, na tomografię komputerową – radioterapię (AP-KOLCE) – 205 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 61 dni,

- 2021 r.: w Gabinecie Onkologii – 1403 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 41 dni, w Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) - 842 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 159 dni, w Gabinecie Gastrologii – 706 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 41 dni, w Gabinecie Schorzeń Piersi – 573 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 168 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2020 r.), w Poradni Chirurgii Ogólnej 530 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 19 dni, na tomografię komputerową - radioterapię (AP-KOLCE) - 501 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 40 dni (w odniesieniu do 2020 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), na tomografię komputerową (AP-KOLCE) – 336 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 38 dni (w odniesieniu do 2020 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), w Poradni Neurochirurgii – 290 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 7 dni (w odniesieniu do 2020 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), na rezonans magnetyczny – 231 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 17 dni (w odniesieniu do 2020 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania);
- 2022 r.: w Gabinecie Schorzeń Piersi – 3644 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 128 dni, (w odniesieniu do 2021 r. wystąpił znaczny wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), w Gabinecie Onkologii – 2 906 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 94 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Gabinecie Gastrologii – 1 049 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 182 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) - 953 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 159 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), na tomograf komputerowy (AP-KOLCE) – 936 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 98 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Poradni Chirurgii Ogólnej 706 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 31 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Poradni Neurochirurgii – 569 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 103 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Gabinecie Endoskopii-Kolonoskopii – 277 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 77 dni, na rezonans magnetyczny (AP_KOLCE) – 261 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 38 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.),
- 2023 r. (I kwartał): w Gabinecie Onkologii – 3166 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 122 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Gabinecie Schorzeń Piersi – 3037 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 233 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) - 2568 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 198 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Chirurgii Ogólnej – 925 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 46 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Gabinecie Gastrologii – 875 pacjentów

oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 199 dni (w odniesieniu do 2022 r. wystąpił spadek liczby pacjentów, ale wzrost czasu oczekiwania), na tomograf komputerowy (AP-KOLCE) – 861 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 69 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2022 r.), w Poradni Neurochirurgii – 693 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 96 dni (w odniesieniu do 2022 r. wystąpił spadek liczby pacjentów, ale wzrost średniego czasu oczekiwania), w Poradni Hematologii – 679 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 60 dni, na tomograf komputerowy - radioterapia (AP-KOLCE)- 567 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 31 dni, w Poradni Chirurgii Onkologicznej – 308 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 21 dni, w Gabinecie Endoskopii-Kolonoskopii – 316 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 86 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Oddziale Chirurgii Ogólnej – 220 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 65 dni, w Poradni Nefrologii – 219 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 61 dni, w Poradni Pulmunologii – 218 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 118 dni, na rezonans magnetyczny (AP-KOLCE) – 203 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 38 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2022 r.).

(akta kontroli str.1901-1915)

Odnosząc się do największej liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w I kwartale w latach 2019-2023 Dyrektor Szpitala wyjaśnił a podstawie informacji uzyskanych od Kierownika Działu Kontraktów Medycznych, a mianowicie w 2020 r. był rok stanu związanego z epidemią COVID-19, który spowodował wzrost albo spadek liczby osób oczekujących na dane świadczenia, tj. w Gabinecie Endokrynologii spadek liczby oczekujących pacjentów spowodowany był ograniczeniem dostępności do planowanego leczenia oraz brakiem lekarzy, którzy przebywali na kwarantannie, natomiast wzrost liczby pacjentów w Gabinecie Schorzeń Piersi był spowodowany zwiększeniem liczby zakontraktowanych świadczeń. W latach 2021 -2022 r. wzrost liczby pacjentów oczekujących zarówno spowodowany był powrotem pacjentów do poradni, po epidemii Covid-19.

(akta kontroli str.1420-1425g,1433-1434)

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

- 2019 r.: Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) – 393 dni, Gabinecie Schorzeń Piersi – 176, Poradni Nefrologii – 149, Gabinecie Gastrologii – 148,
- 2020 r.: Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) – 377 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2019 r.), Gabinecie Gastrologii – 131 (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.), Gabinecie Endoskopii-Kolonoskopii – 116,
- 2021 r.: Gabinecie Schorzeń Piersi – 168 dni, Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) – 159 (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.), Oddział Chirurgii-Ogólnej - 98,
- 2022 r.: Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) – 162 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), Gabinecie Gastrologii – 153, Gabinecie Schorzeń Piersi – 128 (wystąpił spadek w odniesieniu do 2021 r.),
- 2023 r.: Gabinecie Schorzeń Piersi – 233 (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), Gabinecie Gastrologii – 199 (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), w Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) – 198 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.).

(akta kontroli str. 1901-1915)

Na podstawie wyjaśnień Kierownika Działu Kontraktów Medycznych Dyrektor Szpitala poinformował, że:

najdłuższy średni czas oczekiwania na świadczenia niezależnie od kategorii medycznej (przypadek pilny, przypadek stabilny) występuje w komórkach organizacyjnych, gdzie jest ograniczony dostęp do badań diagnostycznych oraz poradni specjalistycznych.

Okres 2020-2021 to czas stanu epidemii COVID-19 w kraju.

W latach 2020-2021 w Gabinetach Endokrynologii wystąpił spadek średniego czasu oczekiwania, który związany był z mniejszą ilością pacjentów w poradni (stan COVID-19). W 2022 r. wystąpił wzrost średniego czasu oczekiwania, ponieważ pacjenci wrócili do poradni specjalistycznej po stanie związanym z COVID-19.

W Gabinetach Gastrologii wzrost średniego czasu oczekiwania spowodowany był ograniczeniem w dostępności do poradni specjalistycznej (COVID-19).

Poradnia Schorzeń Piersi spadek średniego czasu oczekiwania związany był z mniejszą liczbą zapisanych pacjentów do poradni.

W 2023 r. wzrost średniego czasu oczekiwania w Gabinetach: Schorzeń Piersi, Endokrynologii oraz Gastroenterologii spowodowany był końcem stanu epidemii COVID - 19 i powrotem pacjentów, którzy zaprzestali leczenia w latach 2020-2021.

(akta kontroli str. 1435-1436)

Największa liczba oczekujących na udzielenie świadczenia i średni czas oczekiwania w grupie pacjentów o statusie pilnym wystąpiła w:

- 2019 r.: na tomograf komputerowy - radioterapia (AP-KOLCE) - 38 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 0 dni, na rezonans magnetyczny - 16 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 0 dni, na tomograf komputerowy (AP-KOLCE) - 15 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 149 dni;
- 2020 r.: na tomograf komputerowy – radioterapia (AP-KOLCE) - 66 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 26 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.), na tomograf komputerowy (AP-KOLCE) - 57 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 59 dni (w odniesieniu do 2019 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania), na rezonans magnetyczny (AP-KOLCE) - 53 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 42 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2019 r.);
- 2021 r.: na tomograf komputerowy - radioterapia (AP-KOLCE) - 71 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 31 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2020 r.), na tomograf komputerowy (AP-KOLCE) - 37 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 42 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.), na rezonans magnetyczny - 32 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 14 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.);
- 2022 r.: w Poradni Neurochirurgii – 178 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 84 dni, na rezonans magnetyczny (AP-KOLCE) - 74 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 25 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Gabinetach Gastrologii – 46 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 62 dni;
- 2023 r.: w Poradni Neurochirurgii – 310 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 99 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.), na rezonans magnetyczny (AP-KOLCE) - 63 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 21 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2022 r.), w Gabinetach Endokrynologii (AP KOLCE) – 49 pacjentów oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 26 dni, w Gabinetach Gastrologii – 42 pacjentów

oczekujących, ze średnim czasem oczekiwania 147 dni (w odniesieniu do 2022 r. wystąpił wzrost liczby pacjentów, ale spadek średniego czasu oczekiwania).

(akta kontroli str. 1901-1915)

Na podstawie wyjaśnień Kierownika Działu Kontraktów Medycznych Dyrektor Szpitala poinformował, że:

Największa liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w I kwartale w latach 2019-2023 w grupie pacjentów w statusie pilnym:

- 2020 r. - Pracownia tomografii komputerowej radioterapia, Pracownia tomografii komputerowej oraz Pracownia rezonansu magnetycznego wzrost liczby pacjentów oczekujących na wyżej wymienione świadczenia mógł być spowodowany potrzebami wykonania badań do diagnostyki pacjentów związanych z COVID-19.
- 2021 r. - Pracownia tomografii komputerowej radioterapia - wzrost liczby oczekujących pacjentów spowodowany powrotem pacjentów do diagnostyki onkologicznej po 2020 r., który miał nałożone rygorystyczne obostrzenia, co ograniczyło dostęp do badań diagnostycznych.
- 2022 r. - Pracownia rezonansu magnetycznego - wzrost liczby oczekujących pacjentów dolegliwościami pocovidowymi np. bólami głowy.
- 2023 r. - Poradnia Neurochirurgii oraz Poradnia Gastrologii wzrost liczby oczekujących pacjentów spowodowany ograniczonym dostępem do opieki medycznej w latach 2020-2021. Pracownia rezonansu magnetycznego - spadek liczby pacjentów spowodowany awarią sprzętu.

(akta kontroli str. 1435-1436)

Najdłuższy średni czas oczekiwania w I kwartale w latach 2019-2023 w grupie pacjentów o statusie pilny wystąpił w:

- 2019 r.: w Gabinecie Endokrynologii (AP-KOLCE) – 157 dni, Pracowni tomografii komputerowej – 149 dni;
- 2020 r.: na tomografię komputerową (AP-KOLCE) – 59 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2019 r.), na rezonans magnetyczny (AP-KOLCE) – 42 dni;
- 2021 r.: w Oddziale Chirurgii Ogólnej – 66 dni, na tomografię komputerową (AP-KOLCE) – 42 dni (wystąpił spadek w odniesieniu do 2020 r.);
- 2022 r.: na tomografię komputerową (AP-KOLCE) – 289 dni (wystąpił znaczny wzrost w odniesieniu do 2021 r.), w Poradni Neurochirurgii – 84 dni;
- 2023 r.: w Gabinecie Gastrologii – 147 dni, w Poradni Neurochirurgii – 99 dni (wystąpił wzrost w odniesieniu do 2022 r.).

(akta kontroli str. 1901-1915)

Na podstawie wyjaśnień Kierownika Działu Kontraktów Medycznych Dyrektor Szpitala poinformował, że:

Najdłuższy średni czas oczekiwania na świadczenia niezależnie od kategorii medycznej (przypadek pilny, przypadek stabilny) występuje w komórkach

organizacyjnych, gdzie jest ograniczony dostęp do badań diagnostycznych oraz poradni specjalistycznych.

Okres 2020-2021 to czas stanu epidemii COVID-19 w kraju/świecie.

W latach 2020-2021 w Pracowni tomografii komputerowej wystąpił spadek średniego czasu oczekiwania, ponieważ Szpital miał ograniczone możliwości wykonywania badań ze względu na COVID-19 np. choroby personelu medycznego. Pacjenci sami rezygnowali z umówionych wizyt czy badań diagnostycznych. Wzrost średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w 2022 r. spowodowany był końcem stanu epidemii COVID - 19 i powrotem pacjentów, którzy zaprzestali leczenia w latach 2020-2021.

W 2023 r. w Gabinetach Gastrologii oraz Neurochirurgii wystąpił wzrost średniego czasu oczekiwania, który spowodowany był końcem stanu epidemii COVID - 19 i powrotem pacjentów, którzy zaprzestali leczenia w latach 2020-2021.

(akta kontroli str. 1436-1437)

W wyniku badania trzech harmonogramów przyjęć z pierwszego kwartału 2023 r. (Gabinet Schorzeń Piersi, Oddział Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób wewnętrznych oraz Pracownia Tomografii Komputerowej) na próbie 20 pacjentów, którym udzielono świadczeń w I kwartale 2023 r. stwierdzono, że harmonogramy prowadzone były w postaci elektronicznej i zawierały dane wynikające z art. 19a ust. 4 oraz art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷⁴. Stwierdzono jednak nieprawidłowości w zakresie: nadania nieprawidłowego statusu jednemu z pacjentów wpisanych do Harmonogramu na listę pacjentów oczekujących w Poradni Schorzeń Piersi, a także niezachowania kolejności dat wpisów i udzielania świadczeń pacjentom wpisywanym do Harmonogramu na listę pacjentów oczekujących, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ponadto w ww. harmonogramach, nie zachowano kolejności wpisów oraz udzielania świadczeń pacjentom oczekującym na świadczenia, co stanowiło naruszenie art. 20 ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Powyższe zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1412-1413, 1425a-1425g, 1916-1918)

Na podstawie badania próby pacjentów, dla których została wydana Karta DILO⁷⁵ szczegółowo opisanego pkt. 2.3, 2.4 wystąpienia pokontrolnego oraz szczegółowego badania harmonogramów przyjęć pacjentów do Gabinetu Schorzeń Piersi, Oddziału Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych oraz Pracowni Tomografii Komputerowej stwierdzono, że pacjenci nieobjęci tzw. „szybką ścieżką onkologiczną” oczekiwali na diagnostykę/leczenie znacznie dłużej, aniżeli pacjenci DILO, dla których terminy przeprowadzenia diagnostyki i podjęcia leczenia były prawnie uregulowane.

2.3. W latach 2019-2023 (I kw.) do Szpitala zgłosiło się 3855 pacjentów z kartami DILO wystawionymi przez innych świadczeniodawców, w tym 564 karty wystawili lekarze POZ, 2836 kart wydano w AOS, 455 kart wydano w szpitalach. W tym samym okresie w Szpitalu wydano 3292 karty DILO, w tym w AOS 2 838 – kart i w Szpitalu 454 karty.

⁷⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.; dalej: „ustawa o świadczeniach”.

⁷⁵ Próba 30 kart DILO została wybrana z wykorzystaniem generatora liczb losowych (Pomocnik Kontrolera). Doboru dokonano z populacji 1471 kart wystawionych w POZ lub AOS kontrolowanego świadczeniodawcy, obejmujących karty pacjentów z ustalonym planem leczenia onkologicznego: w jego trakcie lub po zakończeniu. Dla pięciu pacjentów z próby Kartę DILO wydał inny świadczeniodawca.

Ze szczegółowego badania próby 30 kart DILO⁷⁶ wynikało, że: dla każdego z leczonych pacjentów powołano Koordynatora leczenia onkologicznego⁷⁷. Koordynatorzy dokumentowali realizację zadań w Karcie Leczenia Pacjenta⁷⁸ – dokumencie, który został opracowany na potrzeby własne Koordynatorów, i który nie stanowił dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów rozporządzenia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej.

Z informacji uzyskanych od Koordynatorów wynikało, że Koordynatorzy ustalali terminy wizyt pacjentów w poradniach, pracowniach, terminy przyjęcia na oddziały szpitalne na etapie diagnostyki wstępnej/pogłębionej oraz w zależności od zaleceń zespołów konsyliarnych, które opracowywały plany leczenia poszczególnych pacjentów. O ustalonych terminach Koordynatorzy informowali pacjentów. Koordynatorzy uzupełniali dane w systemie DILO. Koordynatorzy przygotowywali również dokumentację pacjenta na posiedzenie zespołu konsyliarnego⁷⁹, który był przez nich zwoływany i z którego sporządzano protokół. Po posiedzeniu zespołu Koordynator zapoznawał pacjenta z przygotowanym dla niego planem leczenia oraz z ustalonymi terminami wizyt w poradniach, pracowniach, na oddziałach, terminami zabiegów. W trakcie leczenia pacjenta Koordynator ustalał terminy badań w celu oceny skuteczności leczenia, terminy wizyt kontrolnych, wizyt kwalifikujących do programów lekowych, ustalał przyczyny ewentualnych nieobecności pacjentów, pomagał w rozwiązywaniu problemów związanych z leczeniem onkologicznym.

Współpraca Koordynatorów z podmiotami zewnętrznymi była uzależniona od zleconych badań, które nie były wykonywane w Szpitalu, np. badanie PET. W przypadku konieczności przeprowadzenia badań poza Szpitalem, Koordynatorzy telefonicznie ustalali termin badania, przesyłali skierowania wraz z kompletem wyników badań pacjenta niezbędnych do jego kwalifikacji do przeprowadzenia badania rezonansem magnetycznym oraz wyników wcześniej wykonanych badań obrazowych, w celach porównawczych. Koordynatorzy powiadamiali pacjentów o ustalonych terminach przeprowadzenia badania w pracowniach diagnostycznych poza Szpitalem.

Z informacji uzyskanych od Koordynatorów wynika, że pacjenci w trakcie leczenia mogli korzystać z pomocy psychologów i fizjoterapeutów zatrudnionych w Szpitalu.

W skład wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych wchodził lekarze specjaliści⁸⁰ wskazani w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego⁸¹.

(akta kontroli str. 791-792,852-894)

2.4. Z uwagi na to, że systemy informatyczne Szpitala nie pozwalały na automatyczne wygenerowanie niezbędnych danych do przeprowadzenia badania terminowości udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego

⁷⁶ Próba 30 kart DILO została wybrana z wykorzystaniem generatora liczb losowych (Pomocnik Kontrolera). Doboru dokonano z populacji 1471 kart wystawionych w POZ lub AOS kontrolowanego świadczeniodawcy, obejmujących karty pacjentów z ustalonym planem leczenia onkologicznego: w jego trakcie lub po zakończeniu.

⁷⁷ Dalej: „Koordynator”.

⁷⁸ W karcie Leczenia Pacjenta koordynatorzy odnotowywali terminy: konsylium, rozpoczęcia leczenia, daty podawania leków w ramach poszczególnych cykli chemioterapii, daty przeprowadzania badań USG, RTG, TK, mammografii, scyntygrafii, RM, daty zakończenia diagnostyki wstępnej i pogłębionej, daty zgonu pacjenta, czy braku zgody na leczenie.

⁷⁹ Dalej: „Zespół”, lub „Konsylium”.

⁸⁰ W konsyliach brali udział lekarze specjaliści z zakresu: onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej, radioterapii, radiologii.

⁸¹ Dz.U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

dla 100% wystawionych kart DILO, powyższe badanie zostało przeprowadzone na próbie 30 kart DILO – opisanej w punkcie nr 2.3.

Na podstawie przeprowadzonego badania ustalono, że:

- w przypadku czterech z 30 pacjentów (tj. 13,3% próby) z wystawioną kartą DILO przeprowadzono diagnostykę wstępną, pogłębioną oraz na konsylium ustalono plan leczenia. Wszyscy pacjenci podjęli leczenie. W okresie objętym kontrolą dwóch pacjentów je zakończyło;
- u jednego pacjenta (tj. 3,3 % próby) po przeprowadzonej diagnostyce wstępnej nie przeprowadzono diagnostyki pogłębionej, lecz zakwalifikowano pacjenta do zabiegu diagnostyczno-leczniczego, a następnie na posiedzeniu konsylium ustalono dla pacjenta plan leczenia. W okresie objętym kontrolą pacjent podjął i zakończył leczenie;
- 25 pacjentów (tj. 83,3% próby) zgłosiło się z kartą DILO na etapie diagnostyki pogłębionej. Dla 24 pacjentów opracowano plan leczenia na posiedzeniu konsylium. W przypadku jednego pacjenta po zakończeniu diagnostyki pogłębionej, dalsze etapy – ustalenie planu leczenia oraz samo leczenie było prowadzone u innego świadczeniodawcy. W okresie objętym kontrolą, 23 pacjentów rozpoczęło leczenie onkologiczne, a 10 je zakończyło.

W przypadku 11 pacjentów (tj. 36,6 % próby) na różnych etapach diagnostyki/leczenia onkologicznego nie zostały zachowane terminy wynikające z § 6a ust. 4 pkt 1 – 2 lit. a rozporządzenia rozporządzenie dot. świadczeń gwarantowanych w AOS. Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸² oraz § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b oraz ust. 1a pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁸³, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 788-792)

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

- raka piersi (etap podstawowy i diagnostyki pogłębionej).

W 2019 r. w ramach diagnostyki podstawowej 685 pacjentom udzielono świadczeń o wartości 57,8 tys. zł., a w ramach diagnostyki pogłębionej 59 pacjentom udzielono świadczeń o wartości 3,4 tys. zł;

W 2020 r. w ramach diagnostyki podstawowej 1067 pacjentom udzielono świadczeń o wartości 90,7 tys. zł, a w ramach diagnostyki pogłębionej 13 pacjentom udzielono świadczeń o wartości 1,1 tys. zł;

W 2021 r. w ramach diagnostyki podstawowej 2162 pacjentom udzielono świadczeń o wartości 184,1 tys. zł., a w ramach diagnostyki pogłębionej 11 pacjentom udzielono świadczeń o wartości 519,7 zł;

W 2022 r. w ramach diagnostyki podstawowej 2035 pacjentom udzielono świadczeń o wartości 226,6 tys. zł, a w ramach diagnostyki pogłębionej czterem pacjentom udzielono świadczeń o wartości 189 zł;

W I kwartale 2023 r., w ramach diagnostyki podstawowej 260 pacjentom udzielono świadczeń o wartości 43,3 tys. zł, a w ramach diagnostyki pogłębionej czterem pacjentom udzielono świadczeń o wartości 207,9 zł;

- raka szyjki macicy (etap diagnostyki pogłębionej).

⁸² Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.,

⁸³ Dz.U. z 2021 r. poz. 290, ze zm., dalej: „rozporządzenie dot. świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym”.

W 2019 r. 17 pacjentkom udzielono świadczeń o wartości 3,9 tys. zł. W 2020 r. 10 pacjentkom udzielono świadczeń o wartości 2,6 tys. zł. W 2021 r. 19 pacjentkom udzielono świadczeń o wartości 5,8 tys. zł. W 2022 r. dwóm pacjentkom udzielono świadczeń o wartości 558 zł. W pierwszym kwartale 2023 r. nie udzielano świadczeń w ramach programu profilaktycznego raka szyjki macicy.

Poza programami profilaktycznymi:

- w 2019 r. 2 282 pacjentkom wykonano 2 282 badania mammograficzne (70% więcej aniżeli w ramach programu profilaktycznego wykrywania raka piersi), 331 pacjentkom wykonano 331 badań cytologicznych (100% poza programem profilaktycznym wykrywania raka szyjki macicy, w ramach którego realizowano wyłącznie diagnostykę pogłębianą), 25 osobom wykonano 25 badań kolonoskopowych (100 % poza programem profilaktycznym wykrywania raka jelita grubego, którego nie realizowano),

- w 2020 r. 3 145 pacjentkom wykonano 3 145 badań mammograficznych (66,1 % więcej aniżeli w ramach programu profilaktycznego wykrywania raka piersi), 208 pacjentkom wykonano 208 badań cytologicznych, siedmiu osobom wykonano siedem badań kolonoskopowych,

- w 2021 r. 4 602 pacjentkom wykonano 4 602 badania mammograficzne (53 % więcej aniżeli w ramach programu profilaktycznego wykrywania raka piersi), 122 pacjentkom wykonano 122 badań cytologicznych, 99 osobom wykonano 99 badań kolonoskopowych (100 % poza programem profilaktycznym wykrywania raka jelita grubego, którego nie realizowano),

- w 2022 r. 5 211 pacjentkom wykonano 5 211 badań mammograficznych (60,9 % więcej aniżeli w ramach programu profilaktycznego wykrywania raka piersi), 110 pacjentkom wykonano 110 badań cytologicznych, 73 osobom wykonano 73 badania kolonoskopowe (100 % poza programem profilaktycznym wykrywania raka jelita grubego, którego nie realizowano),

- w I kwartale 2023 r. 1 423 pacjentkom wykonano 1 423 mammografie (81,7 % więcej aniżeli w ramach programu profilaktycznego wykrywania raka piersi), 53 pacjentkom wykonano 53 badania cytologiczne, 306 osobom wykonano 306 badań kolonoskopowych (100 % poza programem profilaktycznym wykrywania raka jelita grubego, którego nie realizowano),

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

(akta kontroli str. 1476-1487)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W prowadzonym elektronicznie Harmonogramie przyjęć dla Poradni Schorzeń Piersi w jednym⁸⁴ z 20 badanych przypadków dotyczących pacjentów wpisanych na listę oczekujących wprowadzono status "Oczekujący", w sytuacji gdy pacjentka ta miała założoną w Szpitalu Kartę DILO (aktywną od 2017 r.)⁸⁵ wobec czego pacjentka powinna zostać oznaczona statusem „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DILO”. Powyższe stanowiło nierzetelną realizację wymogów wynikających z art. 20 ust. 12-13 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką

⁸⁴ Nr Karty DILO: [...]

onkologiczną lub leczeniem onkologicznym (na podstawie karty DILO) prowadzona jest odrębna lista oczekujących na udzielenie świadczenia.

Dyrektor w złożonych wyjaśnieniach nie podał przyczyny nieprawidłowego określenia statusu pacjentki na liście oczekujących, poinformował natomiast, że Karta DILO dla ww. pacjentki została wystawiona 25 lipca 2017 r. w Poradni Schorzeń Piersi na diagnostykę pogłębioną. *Diagnostyka została zakończona 2 sierpnia 2017 r. Pacjentka odebrała kartę. Nie posiadamy informacji i wglądu w dalszy przebieg leczenia ww. pacjentki w innym ośrodku. 17.02.2023 r. pacjentka zgłosiła się do Poradni Schorzeń Piersi w celu wykonania kontrolnego badania piersi, tj. USG piersi, USG węzłów chłonnych. Zasadniczo leczenie najprawdopodobniej odbywa się w innym nam nieznanym ośrodku leczniczym.*

(akta kontroli str. 1410-1411, 1412-1413, 1416, 1425a, 1919-1920, 1949)

2. W poddanych szczegółowemu badaniu harmonogramach przyjęć pacjentów sporządzanych dla Gabinetu Schorzeń Piersi, Oddziału Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób wewnętrznych oraz Pracowni Tomografii Komputerowej) na próbie 20 pacjentów, którym udzielono świadczeń w I kwartale 2023 r. stwierdzono, że nie zachowano kolejności wpisów oraz udzielania świadczeń pacjentom oczekującym na świadczenia np.

- w harmonogramie przyjęć do Pracowni Tomografii Komputerowej osobie wpisanej do harmonogramu w dniu 8 marca 2023 r. świadczenie zostało udzielone za dwa dni, tj. 10 marca 2023 r., podczas gdy osoba wpisana do harmonogramu w dniu 1 marca 2023 r. oczekiwała na udzielenie świadczenia 19 dni, tj. do 20 marca 2023 r.;
- w harmonogramie przyjęć do Gabinetu Schorzeń Piersi osobie wpisanej do harmonogramu w dniu 19 kwietnia 2022 r. udzielono świadczenia w dniu 17 marca 2023 r., tj. po 331 dniach oczekiwania, podczas gdy innej osobie wpisanej do harmonogramu z datą wcześniejszą dnia, 8 kwietnia 2022 r. udzielono świadczenia 28 marca 2023 r. tj. po 353 dniach oczekiwania;
- w harmonogramie przyjęć do Oddziału Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych osobie wpisanej do harmonogramu 14 marca 2023 r. udzielono świadczenia 15 marca 2023 r., tj. po jednym dniu oczekiwania, podczas gdy osobie wpisanej do harmonogramu 20 lutego 2023 r. udzielono świadczenia 19 kwietnia 2023 r., tj. po 34 dniach oczekiwania

Opisane powyżej postępowanie stanowiło naruszenie art. 20 ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

(akta kontroli str. 1425a-1425g)

Na podstawie wyjaśnień Kierownika Działu Obsługi Pacjenta Dyrektor Szpitala poinformował, że za wpisy do harmonogramów przyjęć odpowiedzialne są rejestratorki oraz sekretarki medyczne dokonujące wpisów w systemie informatycznym, w związku z czym wszelkie błędy i nieprawidłowości wynikają z pracy ww. osób.

(akta kontroli str. 1432)

3. W przypadku 11 pacjentów objętych „szybką ścieżką onkologiczną” (tj. 40% próby) nie zostały zachowane terminy na różnych etapach diagnostyki wynikające z § 6a ust. 4 pkt 1 – 2 lit. a rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych w AOS i/lub

leczenia onkologicznego wynikające z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b⁸⁶ oraz ust. 1a pkt 3 rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym:

- w jednym przypadku⁸⁷ posiedzenie zespołu konsyliarnego, na którym został ustalony plan leczenia odbyło się po 34 dniach od wydania karty DILO (termin ustalenia planu leczenia został przekroczony o 20 dni);
- w dwóch przypadkach⁸⁸ przekroczone terminy rozpoczęcia diagnostyki pogłębionej, którą rozpoczęto osiem oraz 12 dni od wpisu do harmonogramu (termin został przekroczony o jeden dzień i pięć dni). Ponadto ww. diagnostyka u jednego z pacjentów⁸⁹ trwała 22 dni (czas trwania diagnostyki przekroczone o jeden dzień);
- w przypadku czterech pacjentów diagnostyka pogłębiona trwała: 28⁹⁰ dni, 29⁹¹ dni, 27⁹² dni i 93⁹³ dni, zamiast 21 dni wynikających z § 6a ust. 4 pkt 2 rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych w AOS;
- w przypadku jednego z pacjentów⁹⁴ diagnostyka pogłębiona została rozpoczęta w terminie 27 dni od daty wpisu do harmonogramu (termin został przekroczony o 20 dni), a posiedzenie konsylium, na którym ustalono plan leczenia pacjenta odbyło się 21 dni od daty wpisu do harmonogramu (termin został przekroczony o 7 dni);
- w przypadku jednego pacjenta diagnostyka pogłębiona została wszczęta po upływie 8 dni od daty wpisu pacjenta do harmonogramu (termin został przekroczony o jeden dzień);
- w przypadku jednego⁹⁵ pacjenta leczenie rozpoczęło po upływie 24 dni od daty wpisu do harmonogramu (termin został przekroczony o 10 dni);
- w przypadku jednego pacjenta leczenie rozpoczęło po upływie 36 dni od posiedzenia konsylium i ustalenia planu leczenia (termin został przekroczony o 22 dni).

(akta kontroli str. 788-790)

Dyrektor wyjaśnił, że opóźnienia w przeprowadzaniu badań diagnostycznych i/lub leczenia wynikały z realizacji diagnostyki wstępnej i/lub pogłębionej przez innych świadczeniodawców, po przeprowadzeniu której pacjenci byli kierowani na leczenie do Szpitala. Kolejnym powodem niedotrzymania terminów związanych z szybką ścieżką onkologiczną była konieczność wykonania dodatkowych badań, bądź

⁸⁶ podjęcie leczenia:

- w przypadku nowotworów złośliwych układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci - podjęcie leczenia w okresie nie dłuższym niż **14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia**,

- w przypadkach, w których postawienie rozpoznania onkologicznego jest możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego - przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz ustalenie planu leczenia onkologicznego przez zespół, o którym mowa w lit. a, **w okresie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia**,

- w pozostałych przypadkach - ustalenie planu leczenia onkologicznego przez zespół, o którym mowa w lit. a, i podjęcie leczenia w okresie **nie dłuższym niż 14 dni** od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy **na liście oczekujących na udzielenie świadczenia**.

⁸⁷ Pacjent z kartą DILO nr [...] - (pacjent nie został wpisany na listę oczekujących na ustalenie planu leczenia).

⁸⁸ Pacjenci z kartą DILO nr: [...], [...].

⁸⁹ Pacjent z kartą DILO nr: [...].

⁹⁰ Pacjent z kartą DILO nr [...].

⁹¹ Pacjent z kartą DILO nr [...].

⁹² Pacjent z kartą DILO nr [...].

⁹³ Pacjent z kartą DILO nr [...].

⁹⁴ Pacjent z kartą DILO nr [...].

⁹⁵ Pacjent z kartą DILO nr [...].

oczekiwania na ich wyniki i/lub opisy z badań obrazowych, co wpływało na wydłużenie procesu diagnostycznego.

(akta kontroli str. 1467-1470)

NIK zwraca uwagę, na konieczność prawidłowego liczenia terminów dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego, wynikających z rozporządzeń dot. świadczeń gwarantowanych w AOS oraz dot. świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym. Zgodnie z przywołanymi powyżej aktami prawnymi – terminy winny być liczone od dnia wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, nie zaś od dnia zakończenia poprzedniego etapu diagnostyki.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia negatywnie zapewnianie pacjentom dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.

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 brał udział w pięciu konkursach ogłaszanych przez Ministra Zdrowia⁹⁶, z tego w czterech w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej⁹⁷ i w jednym konkursie w ramach NPZChN:

W 2019 r.

a) Zadania inwestycyjne:

- w ramach konkursu „Doposażenie zakładów radioterapii w 2019 r.” (zakup stacji planowania leczenia) Szpital zakupił stację planowania leczenia do Zakładu Radioterapii, a kwota dofinansowania MZ wyniosła 422,9 tys. zł (źródło finansowania NPZChN);

W 2020 r.

a) Zadania inwestycyjne:

- w ramach konkursu „Doposażenie zakładów radioterapii (wymiana akceleratorów) - II edycja.” Szpital zakupił akcelerator liniowy wysokoenergetyczny Versa HD dla Zakładu Radioterapii, a kwota dofinansowania MZ wyniosła 8 000,0 tys. zł (źródło finansowania NSO);

W 2021 r.

a) Zadania inwestycyjne:

- W ramach konkursu „Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów - mammografy na lata 2021 – 2022”. Szpital zakupił mammograf cyfrowy do Pracowni Mammografii, a kwota dofinansowania MZ wyniosła 600,0 tys. zł (źródło finansowania NSO);
- W ramach konkursu „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca dla pneumonologii w 2021 r.” Szpital zakupił sprzęt dla Oddziału Chorób Płuc, a kwota dofinansowania MZ wyniosła 963,0 tys. zł (źródło finansowania NSO);

⁹⁶ Dalej: „MZ.”

⁹⁷ Dalej: „NSO.”

W 2022 r.

a) Zadania inwestycyjne

- w ramach zadania „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca dla pneumonologii w 2022 r.” Szpital zakupił sprzęt dla Oddziału Chorób Płuc, a kwota dofinansowania wynosiła 139,3 tys. zł (źródło finansowania NSO).

Poza tymi konkursami Szpital brał udział w konkursie na zadanie pn. Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana aparatów HDR do brachyterapii (zakup jednego aparatu do brachyterapii, w którym wartość szacunkowa dofinansowania MZ wynosiła 3 000,0 tys. zł. Realizacja tego zadania przewidywana była na 2024 r. i Szpital nie podpisał jeszcze umowy w tym zakresie.

(akta kontroli str. 1488-1488a)

Szczegółowemu badaniu poddano dokumentację dotyczącą realizacji czterech zadań na podstawie zawartych z MZ umów:

- 1) umowa nr 1/6/14/2019/18/392 z dnia 27 sierpnia 2019 r. na Doposażenie zakładów radioterapii w 2019 r. (zakup stacji planowania leczenia);
- 2) umowa nr 1/6/15/2020/18/534 z dnia 2 listopada 2020 r. na Doposażenie zakładów radioterapii (wymiana akceleratorów) - II edycja;
- 3) umowa nr 1/15/56/2021/18/424 z dnia 8 czerwca 2021 r. na Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów - mammografy na lata 2021-2022;
- 4) umowa nr 1/11/47/2021/18/886 z dnia 11 października 2021 r. na Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca⁹⁸.

Zakup mammografu i akceleratora związany był z wymianą przestarzałego sprzętu, natomiast zarówno zakup stacji planowania leczenia, jak i zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca stanowił doposażenie Szpitala.

(akta kontroli str.1488-1488a)

Badanie przeprowadzonych czterech postępowań konkursowych wykazało, że Szpital spełniał warunki progowe i formalne pozwalające na ubieganie się o środki w ramach ww. konkursów, m.in. był uprawniony do wykonywania świadczeń z zakresu teleradioterapii niekoplanarnej, bramkowanej z modulacją intensywności dawki i dysponował tylko jedną stacją planowania radioterapii w pełnym zakresie⁹⁹, posiadał akcelerator do wymiany, którego wiek liczony od momentu rozpoczęcia udzielania za jego pomocą świadczeń zdrowotnych do dnia 31 grudnia 2022 r. wyniósł co najmniej 10 lat (wg daty dziennej)¹⁰⁰, posiadał do wymiany mammograf analogowy¹⁰¹, który wykonał co najmniej 500 badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi w 2019 r. w etapie podstawowym”, w Szpitalu w latach 2017-2019 wykonano co najmniej 1500 zabiegów bronchoskopowych.

Do ofert konkursowych zostały dołączone oświadczenia stanowiące część formularzy ofertowych dot. m.in. dysponowania odpowiednim sprzętem, kadrą specjalistyczną, stosowania procedur kontroli jakości radioterapii, prawdziwości danych zawartych w ofercie konkursowej, nieposiadania przychodów z innych źródeł na realizację

⁹⁸ Szpital zakupił: dwa wideobraonchoskopy, dwa wideobronchoskopy ultrasonograficzne (EBUS), sondę radialną USG wraz z osprzętem do biopsji obwodowych guzów płuca, urządzenie do biopsji płuca wraz z 20 sondami.

⁹⁹ Pozostałe dwie stacje planowania radioterapii były przestarzałe technologicznie, a ich producenci informowali o braku wsparcia serwisowego.

¹⁰⁰ Aparat ELEKTRA SYNERGY 151957 – rozpoczął pracę kliniczną 12 października 2009 r. i miał wypracowane ponad 4368 godzin.

¹⁰¹ Mammograf analogowy LORAD M-IV LORAD/HOLOGIC 19205096218. Udzielania świadczeń za pomocą tego mammografu rozpoczęto w stacjonarnej Pracowni Mammograficznej 2 grudnia 2009 r. Liczba wykonanych badań mammograficznych w ramach „Programu Profilaktyki Raka Piersi w 2019 r.” wyniosła 685.

zadań objętych konkursem. Treść złożonych oświadczeń była zgodna ze stanem faktycznym.

(akta kontroli str.1500-1507,1572-1581,1714-1721)

3.2 Środki pochodzące z NSO oraz NPZChN zostały wykorzystane zgodnie z zawartymi umowami. Wszystkie zakupy zrealizowane w ramach czterech postępowań konkursowych wybranych do szczegółowego badania zostały zrealizowane w trybie przetargu nieograniczonego przewidzianego ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych¹⁰².

W rozliczeniu wskazywano wyłącznie koszty zakupu sprzętu.

Zakupiony w 2019 r. i 2021 r. sprzęt - akcelerator, mammograf, stacja planowania leczenia oraz sprzęt do diagnostyki i leczenia raka płuca został oddany do użytku w terminach wynikających z umów zawartych z Ministrem Zdrowia, tj.:

- akcelerator zakupiony w ramach umowy nr 1/6/15/2020/18/534 został zainstalowany 18 maja 2021 r. i uruchomiony 24 sierpnia 2021 r. (termin uruchomienia sprzętu wynikający z § 5 ust. 4 umowy – nie później niż do 30 września 2021 r.). Od zainstalowania do uruchomienia aparatu upłynęło 98 dni,
- stacja planowania leczenia zakupiona w ramach umowy 1/6/14/2019/18/392 została zainstalowana i uruchomiona tego samego dnia, tj. 7 listopada 2019 r. (w umowie nie wskazano terminu uruchomienia sprzętu),
- mammograf zakupiony w ramach umowy nr 1/15/56/2021/18/424 został zainstalowany w dniu 17 sierpnia 2021 r. i uruchomiony 25 listopada 2021 r. (termin uruchomienia sprzętu wynikający z § 5 ust. 4 umowy – nie później niż do 31 stycznia 2022 r.). Od zainstalowania do uruchomienia sprzętu upłynęło 100 dni,
- sprzęt do diagnostyki i leczenia raka płuca zakupiony w ramach umowy nr 1/11/47/2021/18/886 został zainstalowany i uruchomiony w dniach od 19 do 23 listopada 2021 r. (termin uruchomienia sprzętu wynikający z § 5 ust. 4 umowy – nie później niż do 31 marca 2022 r.).

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

Ogłędziny plakatów i tablic informacyjnych potwierdziły prowadzenie przez Szpital działań informacyjnych dotyczących finansowania zakupu sprzętu ze środków NSO i NPZChN.

(akta kontroli str.1489-1900)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie realizacji umów zawartych z MZ w ramach NSO oraz NPZChN.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu:

¹⁰² Dz.U. z 2023 r. poz. 1605.

- a. przeprowadzanie klinicznych audytów wewnętrznych zgodnie z postanowieniami ustawy Prawo atomowe i aktami wykonawczymi do niej, w tym powoływanie zespołów audytorskich i wydawanie ich członkom upoważnień do przeprowadzenia audytów, jak również wykonywanie wniosków zawartych w Protokołach z audytów,
 - b. zapewnienie warunków dla udzielania pacjentom objętym „szybką ścieżką onkologiczną” świadczeń dotyczących diagnostyki oraz leczenia onkologicznego w terminach określonych w rozporządzeniach dot. świadczeń gwarantowanych w AOS oraz świadczeń gwarantowanych w leczeniu szpitalnym oraz prawidłowe liczenie terminów udzielania świadczeń.
2. Rzetelną realizację obowiązku statystycznego oraz przekazywanie zgodnych ze stanem faktycznym danych statystycznych w Kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego oraz weryfikację danych uprzednio przesłanych i ich uzupełnienie w przypadku wystąpienia takiej potrzeby.
 3. Zapewnienie prowadzenia odrębnych harmonogramów przyjęć dla pacjentów z Kartą DILO i dokonanie przeglądu statusu pacjentów oraz niezbędnych korekt w przypadku ujawnienia takiej konieczności.
 4. Dokonanie weryfikacji sposobu prowadzenia harmonogramów i list oczekujących dla zapewnienia udzielania świadczeń zgodnie z kolejnością.
 5. Podjęcie działań mających na celu prowadzenie kompletnej dokumentacji dla pacjentów leczonych żywieniowo; dokonanie przeglądu i uzupełnienie braków w przypadkach wystąpienia takiej potrzeby.
 6. Weryfikację stosowanego trybu oceniania stanu odżywienia pacjentów objętych powtarzalną hospitalizacją i zapewnienie kwalifikowania oraz leczenia żywieniowego pacjentów w sposób zgodny ze Standardami żywienia dojelitowego i pozajelitowego.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Katowice, dnia 9 listopada 2023 r.

Kontrolerzy:
Bogusława Pała
Gł. specjalista kontroli państwowej

.....

Kinga Kołodziejczyk
St. inspektor kontroli państwowej

.....

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach