



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.15.1.2023

Pan
prof. dr hab. Julian Malicki
Dyrektor Wielkopolskiego Centrum Onkologii
im. M. Skłodowskiej – Curie w Poznaniu
ul. Garbary 15
61-866 Poznań

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	prof. dr hab. Julian Malicki, Dyrektor Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Poznaniu ² , od 1 października 1995 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 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 (4 października 2023 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
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 Poznaniu
Kontrolerzy	1. Agata Nowak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/74/2023 z 12 maja 2023 r. 2. Piotr Kręt, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/124/2023 z 17 lipca 2023 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Dalej: Szpital, WCO, placówka.

² Dalej: Dyrektor lub Dyrektor Szpitala.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2019-2023 (do czasu zakończenia kontroli) w Szpitalu zapewniono koordynację diagnostyki i leczenia onkologicznego. Sposób organizacji udzielania objętych szczegółowym badaniem świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznych programów zdrowotnych, a także warunki ich udzielania odpowiadały wymogom⁵ określonym w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶, z 22 listopada 2013 r. Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷ oraz 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁸ i w poddanych analizie umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia⁹. Wyposażenie w sprzęt medyczny oraz zasoby kadrowe świadczeniodawcy spełniały wymogi określone przez Ministra Zdrowia i niezbędne do zawarcia umów z NFZ.

W WCO udzielano świadczeń pacjentom kwalifikującym się do objęcia profilaktycznymi programami zdrowotnymi w zakresie programu: profilaktyki raka piersi (etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki), profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny), a w zakresie badań przesiewowych raka jelita grubego współpracowano z innym podmiotem leczniczym. Ponadto pacjentom diagnozowanym oraz z rozpoznaniem nowotworu zapewniono wykonanie badań patomorfologicznych i genetycznych. Leki cytostatyczne w Szpitalu były przygotowywane w pomieszczeniach odpowiadających warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej¹⁰. Pacjentom zapewniono żywienie zgodne z otrzymanymi zaleceniami, a prawidłowość działania systemu HACCP¹¹ była corocznie weryfikowana. Zapewniono również koordynację świadczeń zlecanych pacjentom na podstawie analizowanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego¹², a czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia szpitalnego był zgodny z wymogami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego. Zakres danych ujmowanych w harmonogramach przyjęć i listach pacjentów oczekujących na diagnostykę i leczenie onkologiczne był prawidłowy. NIK pozytywnie ocenia również działania Szpitala związane z realizacją umów na zakup aparatury medycznej ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej” i „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” oraz terminowe ich rozliczanie.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły nieprzeprowadzania wymaganych wewnętrznych audytów klinicznych w zakresie medycznych procedur radiologicznych, wykazania w umowie z NFZ urządzenia, którym Szpital nie dysponował, jak również przypadków dłuższego niż określony przepisami czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki

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

⁵ Szczegółowe wymagania wynikające z ww. rozporządzeń wymienione zostały w dalszej części wystąpienia.

⁶ Dz. U. z 2016 r., poz. 357, ze zm., Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

⁷ Rozporządzenie z 22 listopada 2013 r., Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego.

⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 916, Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

⁹ Dalej: „NFZ”.

¹⁰ Dz. U. z 1996 r. nr 80, poz. 376, ze zm.

¹¹ z ang. Hazard Analysis and Critical Control Points postępowanie mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności przez identyfikację i oszacowanie skali zagrożeń z punktu widzenia wymagań zdrowotnych żywności oraz ryzyka wystąpienia zagrożeń podczas przebiegu wszystkich etapów produkcji i obrotu żywnością.

¹² Dalej: „karta DiLO”.

specjalistycznej oraz przekroczenia czasu realizacji diagnostyki onkologicznej. Wykazano ponadto błędy o charakterze incydentalnym, odnoszące się do prowadzenia harmonogramów przyjęć lub list oczekujących, a także nieprawidłowości, związane z realizacją umów finansowanych ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej” i „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”, o charakterze formalnym, niemające negatywnego wpływu na prawidłowość realizacji poddanych analizie zadań.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej¹³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą w zakresie leczenia onkologicznego w Szpitalu obowiązywały umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznych programów zdrowotnych zawarte z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim¹⁴ NFZ. Składane przez WCO do Oddziału NFZ, dokumenty potwierdzające spełnienie warunków (określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*) o objęcie świadczeń kompleksowych w zakresie: kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) oraz kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem jelita grubego (KON-JG) były oceniane pozytywnie.

(akta kontroli str. 102-208, 2270-2271)

Realizując świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego¹⁵ na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego¹⁶ (tzw. pakiet onkologiczny), zgodnie z wymogami określonymi przez Ministra Zdrowia w § 6a rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* i § 4a rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego*, w 2023 r. w Szpitalu:

- opracowano procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego¹⁷,
- zapewniono dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie: diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych,
- spełniono warunki realizacji świadczeń gwarantowanych dotyczących otolaryngologii onkologicznej oraz ginekologii onkologicznej, w zakresie: personelu¹⁸, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, dostępności badań lub procedur medycznych, organizacji udzielania świadczeń,
- opracowano procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń, zapewniającą wyodrębnienie, ustalającego plan leczenia onkologicznego,

¹³ 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.

¹⁴ Dalej: „Oddział NFZ”.

¹⁵ W tym wybranym do kontroli zakresie świadczeń ambulatoryjnych: Otolaryngologia onkologiczna – pakiet onkologiczny w Poradni Onkologii Laryngologicznej oraz w tym wybranym do kontroli zakresie leczenia szpitalnego: Ginekologia onkologiczna – pakiet onkologiczny w Oddziale Ginekologii Onkologicznej.

¹⁶ Dalej: karta DiLO.

¹⁷ Procedura postępowania z pacjentem objętym kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego wprowadzona 18 lipca 2017 r.

¹⁸ Zgodność zasobów kadrowych przeanalizowano na podstawie badania szczegółowego harmonogramów pracy i list obecności z marca 2023 r.

wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, składającego się z lekarzy specjalistów m.in.: onkologa klinicznego, radioterapeuty, radiologa (fakultatywnie), chirurga onkologa, patologa,

- zapewniono udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie świadczeniobiorców, tj.: osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa,
- zapewniono w lokalizacji oddział o profilu zabiegowym,
- zapewniono udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń (odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym), tj.: chemioterapii, radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej.

(akta kontroli str. 402-408, 410-509, 514-515, 965-970)

Szpital, zgodnie z wymogami określonymi dla Centrum kompetencji raka piersi oraz Centrum kompetencji raka jelita grubego (tabela 2 i tabela 3 załącznika 3a do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego), realizując w 2023 r. świadczenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego raka piersi oraz raka jelita grubego, m.in.:

- zapewnił udokumentowaną koordynację procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz wyodrębniony wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego składający się m.in. z lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej/chemioterapii nowotworów, radioterapii, radiologii, patomorfologii, a także wyznaczono koordynatorów merytorycznych i organizacyjnych,
- posiadał w lokalizacji oddziały o profilu chirurgia ogólna/chirurgia onkologiczna/ginekologia onkologiczna, chemioterapia, radioterapia oraz medyczne laboratorium histopatologiczne, zakład radioterapii, poradnię genetyczno-onkologiczną, poradnię chirurgii onkologicznej, poradnię gastroenterologiczną, zakład patomorfologii, pracownię endoskopii, pracownię diagnostyki obrazowej, medyczne laboratorium diagnostyczne, blok operacyjny, oddział anestezjologii i intensywnej terapii,
- zapewniał realizację świadczeń w zakresie: chirurgii onkologicznej/ginekologii onkologicznej oraz chirurgii rekonstrukcyjnej i plastycznej, chemioterapii, radioterapii i brachyterapii, medycyny nuklearnej – Pozytonowa Tomografia Emisyjna, rehabilitacji, porad psychologicznych, programów lekowych dotyczących terapii chorych rakiem piersi, diagnostyki genetycznej i molekularnej, badań diagnostycznych: USG, TK, RTG, procedur endoskopowych i zabiegowych, diagnostyki patomorfologicznej, leczenia żywieniowego dojelitowego i pozajelitowego, porad stomijnych i żywieniowych, predykcyjnych badań genetycznych i molekularnych oraz badań immunohistochemicznych,
- współpracował z innym świadczeniodawcą w Poznaniu w celu np. zapewnienia dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej, wykonywania badań diagnostycznych/konsultacji lekarskich w zakresie m.in. chirurgii ogólnej, chorób metabolicznych, leczenia bólu, neurochirurgii (w związku z realizacją świadczeń KON-JG), profilaktycznych programów zdrowotnych (w związku z realizacją świadczeń KON-JG), a także zawarł porozumienie ze świadczeniodawcą z siedzibą we Wrocławiu dotyczące leczenia pacjentów WCO w zakresie zabiegów chirurgii cytoredukcyjnej HIPEC (w związku z realizacją świadczeń KON-JG),
- opracował sformalizowane procedury diagnostyki i leczenia we wszystkich stadiach zaawansowania,
- realizował w 2022 r. szkolenia z zakresu diagnostyki i leczenia raka piersi oraz kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach piersi, a także szkolenie z kompleksowego leczenia raka jelita grubego.

W 2022 r. liczba zabiegów usunięcia pierwotnego nowotworu jelita grubego wyniosła 355, w pracowni endoskopii liczba kolonoskopii wyniosła 451, a tym 63 polipektomii endoskopowej, a w oddziale diagnostyczno - zabiegowym odpowiednio 2051 i 383

zabiegi. Leczenie operacyjne nowo zdiagnozowanych nowotworów piersi w 2022 r. wyniosło 1 106 przypadków.

(akta kontroli str. 220-353)

W Szpitalu, odnośnie do świadczeń określonych w załączniku do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych* (Lp. 2 i 3)¹⁹ realizowano 2023 r.:

- program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy oraz zapewniono:

- a) wymagany personel, m.in.: lekarza specjalistę radiologii i diagnostyki obrazowej oraz technika elektrokardiologii,
- b) otrzymanie pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych, przeprowadzonej przez wojewódzki ośrodek koordynujący,
- c) otrzymanie pozytywnego wyniku audytu klinicznego²⁰ zdjęć mammograficznych, przeprowadzonego w 2021 r. przez Centralny Ośrodek Koordynujący,
- d) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi. Jednak Szpital nie dysponował negatoskopem (o numerze seryjnym 20073012) wykazanym²¹ w liście udostępnionych zasobów do umowy z NFZ nr 150000036/10/1/006/0/17/22, w zakresie program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy, co zostało wskazane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

- program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny oraz zapewniono:

- e) wymagany personel, m.in.: lekarzy specjalistów patomorfologii oraz anatomii patologicznej, diagnostów laboratoryjnych ze specjalizacją w dziedzinie cytomorfologii medycznej,
- f) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mikroskopy wysokiej jakości, umożliwiające uzyskanie powiększenia co najmniej 400 razy.

(akta kontroli str. 354-401, 508-509, 513-514)

1.2. W okresie objętym kontrolą w WCO obowiązywały m.in. zasady sporządzania preparatu cytostatycznego, procedury wejścia i wyjścia pracownika z pracowni receptury jałowej, przygotowania pomieszczeń pracowni cytostatyków do pracy oraz zasady postępowania w sytuacjach awaryjnych. Leki cytostatyczne w Szpitalu były przygotowywane w Aptece WCO, w komorze laminarnej²², która poddawana była filtracji przez tzw. filtr HEPA²³, w pomieszczeniu Pracowni Cytostatycznej. Według paszportu technicznego komory laminarnej, ostatni z przeglądów (realizowanych corocznie) był przeprowadzony 3 lipca 2023 r. Pracownia była wyposażona w dwie komory laminarne do prac z cytostatykami²⁴ (§ 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 czerwca 1996 r. *w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej*). W pomieszczeniach przeznaczonych do przygotowywania leków cytostatycznych było wydzielone miejsce na środki ochrony indywidualnej, a pomieszczenia te nie sąsiadowały z pomieszczeniami służącymi do przechowywania środków spożywczych lub spożywania posiłków, nie były również usytuowane przy ciągach komunikacyjnych dla pacjentów i odwiedzających (§ 3 ust. 2 i 3 ww. rozporządzenia).

W pomieszczeniach służących do przygotowywania leków cytostatycznych nie były umieszczone instrukcje, zawierające szczegółowe zasady postępowania przy

¹⁹ Realizowanych w komórkach organizacyjnych WCO zlokalizowanych w Poznaniu.

²⁰ Przeprowadzony 7 grudnia 2021 r.

²¹ od 1 lipca 2017 r.

²² Urządzenie wykorzystywane do pracy laboratoryjnej w warunkach sterylnych.

²³ Wysokosprawny filtr zanieczyszczeń stałych powietrza.

²⁴ Klasa bezpieczeństwa pomieszczeń: A – łoża z nawiewem laminarnym i filtrami HEPA, B- boks aseptyczny z 10 krotną wymianą powietrza w ciągu doby.

przygotowywaniu leków cytostatycznych, co zostało wskazane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 557-645, 2322-2345)

1.3. W okresie objętym kontrolą posiłki dla pacjentów były przygotowywane w kuchni szpitalnej. Do zadań Działu Żywienia należał m.in. nadzór nad pełną, zgodną z zawartymi umowami i dobrą praktyką realizacją procesu żywienia, nadzór w zakresie przygotowywania posiłków, zgodnie z obowiązującymi normami żywieniowymi, planowanie, realizacji i nadzór nad usługami żywieniowymi realizowanymi przez punkty gastronomiczne, kontrola aktualności atestów i analiza treści protokołów pokontrolnych sanepidu. W proces żywienia pacjentów zaangażowanych było dwóch dietetyków. Standardy, procedury oraz normy w zakresie żywienia pacjentów opracowane przez Szpital obejmowały według *Księgi HACCP* instrukcje Działu Żywienia i kuchni (np. higiena postępowania z żywnością, wydawanie i dystrybucję posiłków, magazynowanie żywności), procedury działu żywienia, w tym. GHP²⁵ i GMP²⁶, nomenklaturę diet, zaleceń żywieniowych i profilaktyki. Prawidłowość działania systemu HACCP jako całości weryfikowana była corocznie w latach 2019-2022 przez pracowników Działu Żywienia, którzy nie formułowali uwag odnoszących się bezpośrednio do prawidłowości przygotowania posiłków pacjentów.

(akta kontroli str. 9-55, 651-666, 701-818)

Badaniem szczegółowym objęto żywienie²⁷ w I kwartale 2023 r. na dwóch oddziałach szpitalnych²⁸. Wobec objętych analizą 18 osób stosowano siedem rodzajów diet doustnych: papkowata i papkowata płynna, cukrzycowa, łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu, bezmleczna i bezmleczna stała, żywienie podstawowe. W zaleceniach żywieniowych określonych dla każdej z ww. diet określono charakterystykę diety, uwagi technologiczne jej dotyczące, produkty dozwolone według diety, produkty dozwolone w umiarkowanej ilości wg diety i produkty przeciwwskazane. Każdy z pacjentów poddany był przesiewowej ocenie stanu odżywienia oraz poddany badaniu obejmującemu: wywiad żywieniowy i badania biochemiczne. W odniesieniu do pacjentów, których dokumentacja poddana była analizie realizowano zalecenia dotyczące żywienia.

(akta kontroli str. 668-700, 819-821, 2292-2321)

1.4. W strukturze WCO funkcjonował:

- Zakład Patologii Nowotworów, w którym wykonywane były badania materiału biologicznego pacjentów Szpitala objętych badaniami diagnostyki histopatologicznej,
- Pracownia Genetyki Nowotworów, w której wykonywane były badania genetyczne pacjentów WCO²⁹.

Koszt diagnostyki histopatologicznej pacjentów WCO wynosił w latach 2019-2022³⁰ dla:

- badań mikroskopowych materiału biologicznego (preparat bezpośredni) od 5 646,9 tys. zł w 2020 r. do 9 336,4 tys. zł w 2022 r.;
- badań mikroskopowych materiału biologicznego (preparat cytologiczny) od 525 tys. zł w 2021 r. do 737,6 tys. zł w 2019 r.

Średni koszt badań materiału biologicznego na pacjenta wynosił od 415 zł w 2019 r. do 673 zł w 2022 r.

²⁵ z ang. Good Hygienic Practice (Dobra praktyka higieniczna).

²⁶ z ang. Good Manufacturing Practice (Dobra praktyka produkcyjna).

²⁷ 20 pacjentów.

²⁸ Oddział Radioterapii Onkologicznej I i Oddział Radioterapii Onkologicznej II.

²⁹ Badania genetyczne wykonywane były również w dwóch podmiotach zewnętrznych.

³⁰ W I kw. 2023 r. wyniósł odpowiednio 2 479 tys. zł i 96 tys. zł.

W latach 2019-2022 r.³¹ koszt badań genetycznych pacjentów WCO wyniósł od 1 723 tys. zł w 2021 r. do 2 475 tys. zł w 2020 r. Średni koszt badań genetycznych na pacjenta wynosił od 931zł w 2021 r. do 1 738 zł w 2020 r.

(akta kontroli str. 9-55, 822-823)

W okresie objętym kontrolą pacjentom z rozpoznaniem poszczególnych typów nowotworów³² wykonano łącznie:

- 53 826 zabiegów chirurgicznych (51% zabiegów przy rozpoznaniu raka piersi, 28% zabiegów przy rozpoznaniu raka jelita grubego, po 5% przy rozpoznaniu raka żołądka, raka jajnika, raka trzonu macicy i czerniaka),
- 353 234 badania materiału biologicznego (56% zabiegów przy rozpoznaniu raka piersi, 15% zabiegów przy rozpoznaniu raka jelita grubego, po 8% przy rozpoznaniu raka trzonu macicy i czerniaka, 7% przy rozpoznaniu raka jajnika i 5% przy rozpoznaniu raka żołądka),
- 1 446 cytogenetyczne badania molekularne, w tym FISH (93% przy rozpoznaniu raka piersi),
- 7 375 badania metodami biologii molekularnej (55% przy rozpoznaniu raka piersi, 25% przy rozpoznaniu raka jelita grubego, 12% przy rozpoznaniu raka jajnika).

(akta kontroli str. 932-938)

1.5. W Szpitalu opracowane zostały, w formie pisemnej, szczegółowe medyczne procedury radiologiczne, o których mowa w art. 33f ustawy z 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*³³ odnoszące się do świadczeń w zakresie radioterapii, radiografii, tomografii komputerowej, brachyterapii oraz medycyny nuklearnej. Procedury szczegółowe zawierały co do zasady takie elementy jak: opis postępowania odnoszącego się do stosowanych w jednostce ochrony zdrowia urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, a także do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń (art. 33f ust. 2 pkt 1 ustawy *Prawo atomowe*) oraz inne istotne informacje o sposobie wykonania badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia (art. 33f ust. 2 pkt 3 ww. ustawy), informacje o wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym dotyczące narażenia osób (art. 33f ust. 2 pkt 2 ww. ustawy). Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych zadeklarowała, że w sytuacji, kiedy część wymaganych informacji, np. o wyniku zastosowania procedury nie została zaprezentowana wprost, wprowadzone zostaną niezbędne korekty w celu dostosowania zapisów procedur względem ustawy.

(akta kontroli str. 525-528, 826-907)

W okresie objętym kontrolą w WCO nie był przeprowadzany audyt kliniczny zewnętrzny, a tym samym ocenie pod kątem poprawności i aktualności nie podlegały szczegółowe procedury stosowane w jednostce.

(akta kontroli str. 900)

W latach 2019-2023 (do dnia zakończenia kontroli) w Szpitalu nie przeprowadzano audytów klinicznych wewnętrznych, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W WCO, jako spełnienie wymogu przeprowadzenia audytu klinicznego wewnętrznego, określonego art. 33u ust. 1 pkt. 1 oraz art. 33v ustawy *Prawo atomowe*, traktowano przeprowadzenie tzw. audytu równieśniczego, polegającego na przeprowadzeniu podwójnej kontroli:

- każdej procedury leczniczej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego³⁴;

³¹ W I kw. 2023 r. 649 tys. zł.

³² Rak piersi, czerniak, rak płuca, rak jelita grubego, nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego (GIST), rak jajnika, rak trzonu macicy, rak urotelialny, rak żołądka, szpiczak plazmocytowy, białaczka.

³³ Dz.U. z 2023 r. poz. 1173, ze zm.

³⁴ Na etapie planowania leczenia sprawdzenia dokonywał drugi fizyk medyczny, a po zakończeniu procedury kontrola dawek wykonywana była przez drugiego lekarza.

- procedur diagnostycznych w Zakładzie Radiologii oraz w Zakładzie Medycyny Nuklearnej³⁵.

(akta kontroli str. 900-915)

W okresie objętym kontrolą wojewódzcy inspektorzy sanitarni przeprowadzali kontrole w zakresie oceny stanu technicznego urządzeń radiologicznych używanych do diagnostyki i terapii oraz m.in. programu zapewnienia jakości, zakładowego planu postępowania awaryjnego, ramowego programu szkoleń w zakresie ochrony radiologicznej, procedury postępowania na stanowisku z aparatem rentgenowskim/procedur radiologicznych, oświadczeń o aktualnym orzeczeniu lekarskim o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na promieniowanie jonizujące osoby obsługującej aparat rtg, oświadczeń o aktualnym certyfikacie potwierdzającym ukończenie szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta oraz zdanie egzaminu. W wyniku tych kontroli nie zostały wydane zalecenia, wobec niestwierdzenia stanów nieprawidłowych.

(akta kontroli str. 824-825)

1.6. W latach 2019-2023 (I kwartał) liczba skierowanych przez WCO zgłoszeń nowych rozpoznań oraz podejrzeń nowotworów złośliwych do Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów z wykorzystaniem Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (karta lub KZNZ) wyniosła łącznie 37 701, w tym w dwóch przypadkach karta została anulowana. Odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych przypadkach wynosił od 98% w 2019 r., poprzez 99% w latach 2020-2021, do 100% w latach 2022-2023 (I kwartał), a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu wynosił w 2019 r. 91%, w 2020 r. 92%, w 2021 r. 93%, w 2022 r. 90%, a w 2023 r. (I kwartał) 75%. W okresie objętym kontrolą odsetek zgłoszeń z wypełnionym jedynie rozpoznaniem klinicznym ICD-10 wyniósł 0,05%.

(akta kontroli str. 518-521, 920-926)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital wykazywał (od 1 lipca 2017 r. do 18 sierpnia 2023 r.) w liście udostępnionych zasobów do umowy z NFZ nr 150000036/10/1/006/0/17/22, obowiązującej w toku prowadzenia kontroli NIK, w zakresie program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy, negatoskop (o numerze seryjnym 20073012), którego kasacja miała miejsce w 10 grudnia 2019 r.

(akta kontroli str. 354-401, 508-509, 513-514)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że w 2019 r. wykonany został remont pracowni mammografii, po którym został zakupiony nowy aparat cyfrowy. Wyżej wymieniony sprzęt został usunięty z zasobów WCO oraz po przekazaniu (w toku kontroli NIK) stosownej informacji również z Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI). Opóźnienie w usunięciu sprzętu z SZOI nie miało żadnego wpływu na jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanie świadczeń oraz organizację.

(akta kontroli str. 2388-2389, 2395-2427)

W związku ze zgłoszeniem w toku kontroli NIK zmiany do umowy z NFZ w zakresie listy udostępnionych zasobów, w którym wskazano datę dostępności negatoskopu „do 18 sierpnia 2023 r.” NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego.

2. W WCO, w latach 2019-2023, nie przeprowadzano audytu klinicznego wewnętrznego, o którym mowa w art. 33u ust. 1 pkt. 1 oraz art. 33v ustawy Prawo atomowe, pomimo wymogu przeprowadzenia takiego sprawdzenia nie rzadziej niż

³⁵ Lekarz radiolog dokonywał rekontroli wyników badań pacjentów kierowanych na konsylium, sprawdzeniu podlegały również opisy wyników badań przygotowane przez lekarzy w trakcie specjalizacji.

co rok, a także w razie potrzeby – na pisemne polecenie kierownika jednostki ochrony zdrowia.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że *do dnia wejścia w życie rozporządzenia MZ z 6 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych wewnętrznych i zewnętrznych oraz wzoru raportów z ich przeprowadzenia (4 stycznia 2023 r.) audyty równieśnicze były dla WCO wystarczające w kwestii sprawowania nadzoru nad danym obszarem i były tożsamo traktowane z audytami klinicznymi wewnętrznymi. W trakcie niniejszej kontroli w przygotowaniu było zarządzenie Dyrektora WCO w sprawie powołania Zespołu ds. Audytów Klinicznych, które swoim zakresem obejmować będzie kompleksowo temat przeprowadzania audytów klinicznych wewnętrznych. Pierwsze audyty zostaną przeprowadzone w IV kwartale 2023 r. W ramach działań przygotowawczych, w 3 letnim planie audytów wewnętrznych systemu zarządzania jakością na lata 2023-2025 zostały zaplanowane audyty wewnętrzne w zakresie: promieniowanie jonizujące/ochrona radiologiczna. Plan zakładał objęcie audytem wszystkich jednostek diagnostycznych i leczniczych wykorzystujących promieniowanie jonizujące. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że audyty równieśnicze tylko w zakresie audytu klinicznego pokrywały się z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2022 oraz wymogami procedur roboczych z zakresu radioterapii. W ramach audytu równieśniczego lekarz specjalista radioterapii onkologicznej, który nie był lekarzem prowadzącym, sprawdzał prawidłowość kwalifikacji do radioterapii, techniki i sposób frakcjonowania dawek promieniowania jonizującego, poprawność wyznaczenia obszarów geometrycznych i zapisów w karcie napromieniowania.*

(akta kontroli str. 525-528, 900-915, 908-909)

NIK wskazuje, że przeprowadzenie tzw. audytów równieśniczych nie było równoznaczne ze spełnieniem wymogu określonego art. 33u ust. 1 pkt. 1 oraz art. 33v ustawy *Prawo atomowe*, ponieważ przy dokonywaniu tych sprawdzeń nie stosowano zasad prowadzenia audytu klinicznego wewnętrznego, określonych w ust. 3-8 art. 33v ww. ustawy.

(akta kontroli str. 525-528)

3. W Szpitalu, w pomieszczeniach Apteki służących do przygotowywania leków cytostatycznych, nie umieszczono instrukcji zawierających szczegółowe zasady postępowania przy przygotowaniu takich leków. Było to niezgodne z § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 czerwca 1996 r. *w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej*, w którym wskazano, że instrukcje zawierające szczegółowe zasady postępowaniu przy przygotowaniu leków cytostatycznych powinny zostać umieszczone w miejscach, w których leki cytostatyczne przygotowywane są przed podaniem.

(akta kontroli str. 636-645)

Kierownik Apteki Szpitalnej wyjaśniła, że *wobec ogólnie przyjętych norm w WCO, gdzie instrukcje są dostępne w formie elektronicznej w intranecie, uznano, że wobec łatwego dostępu do procedur w formie elektronicznej nie będą one umieszczane w pomieszczeniu o klasie czystości B w papierowej wersji drukowanej. W toku kontroli wersja papierowa została odpowiednio zabezpieczona i umieszczona w Pracowni leków cytostatycznych.*

(akta kontroli str. 647-650)

W związku z usunięciem opisywanej nieprawidłowości, NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego.

OCENA CZĄSTKOWA

W placówce zapewniono spełnienie wymogów dotyczących udzielania w 2023 r. świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego w poddanych analizie zakresach świadczeń, w tym świadczeń realizowanych na podstawie karty DiLO oraz w ramach KON-Pierś i KON-JG, jak również profilaktycznych programów zdrowotnych. Pacjentom zapewniono żywienie zgodne z otrzymanymi zaleceniami, a prawidłowość działania systemu HACCP była corocznie weryfikowana. Wobec świadczeniobiorców diagnozowanych i leczonych przez WCO z rozpoznaniem nowotworów realizowano w Szpitalu badania materiału biologicznego oraz badania genetyczne. Według kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, w Szpitalu, odsetek potwierdzeń histopatologicznych był niemal corocznie 100 procentowy, a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu w latach 2019-2022 był nie niższy niż 90%, zaś zgłoszenia z wypełnionym jedynie rozpoznaniem klinicznym ICD-10 miały charakter incydentalny. Leki cytostatyczne w Szpitalu były przygotowywane w pomieszczeniach odpowiadających warunkom określonym w obowiązujących przepisach, a niezamieszczenie w Pracowni leków cytostatycznych wymaganych instrukcji nie miało wpływu na kontrolowaną działalność. W Szpitalu opracowano wymagane procedury radiologiczne, jednak nie zapewniono przeprowadzania audytów klinicznych wewnętrznych. Ponadto w liście udostępnionych zasobów do umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy wykazywano urządzenie, którym Szpital nie dysponował.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Wartość zakontraktowanych³⁶ przez WCO świadczeń opieki zdrowotnej, mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym wyniosła w 2019 r. 262 286,1 tys. zł, w 2020 r. 246 657,5 tys. zł, w 2021 r. 261 684,4 tys. zł, w 2022 r. 370 756,8 tys. zł, a w I kwartale 2023 r. 102 879 tys. zł. W latach 2019-2022 środki zostały wykorzystane przez Szpital na poziomie odpowiednio: 97%, 98%, 100% i 96%.

(akta kontroli str. 552-556, 939-961, 2289-2291)

Wykorzystanie środków na profilaktyczne programy zdrowotne było na poziomie w przypadku:

- Programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w pracowni stacjonarnej w Poznaniu od 55% w 2020 r. do 91% w 2021 r.,
- Programu profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki 32% w 2019 r., w latach 2020-2021 nie udzielono świadczeń w tym zakresie, a od 2022 r. program nie był realizowany w Szpitalu,
- Programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny od 50% w 2020 r. do 99% w 2019 r.

(akta kontroli str. 553, 939-961)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że świadczenia z zakresu programów profilaktyki były realizowane według potrzeb zgłaszających się pacjentów, a Szpital prowadził aktywną politykę zachęcającą do badań przesiewowych, przy czym zgłaszalność pacjentów była ograniczona w czasie epidemii SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 552-556)

³⁶ Wartość według stanu na 11 lipca 2023 r.

Liczba świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego udzielonych pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego³⁷ (dla zakresów świadczeń związanych z pakietem onkologicznym) wyniosła w 2019 r. 27 028, w 2020 r. 28 305, w 2021 r. 30 269, w 2022 r. 62 196, a w I kwartale 2023 r. 19 952, w tym w zakresie hospitalizacji odpowiednio: 13 765, 9 632, 7 678, 7 338 i 2 026. Świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem onkologicznym w zakresie hospitalizacji zostały zrealizowane dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego³⁸ w liczbie 2 008 w 2019 r., 1 678 w 2020 r., 1 752 w 2021 r., 1 993 w 2022 r. i 415 w 2023 r. (I kwartał).

(akta kontroli str. 532-540, 962-964)

W latach 2019-2020 (stan na 31 marca) najdłuższy czas oczekiwania był w Oddziale Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej (odpowiednio 725 dni oraz 394 dni). W latach 2021-2022 (stan na 31 marca) najdłuższy czas oczekiwania był w Pracowni Rezonansu Magnetycznego (odpowiednio 394 dni i 412 dni), a w 2023 r. (stan na 31 marca) do Ośrodka Dziennego Rehabilitacji (440 dni).

W latach 2019-2020 (stan na 31 marca) liczba pacjentów oczekujących na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu była najwyższa w Pracowni Tomografii Komputerowej Gabinet Tomografii Komputerowej I (odpowiednio 1 434 osoby i 2 030 osób). Najniższa liczba oczekujących była według stanu na 31 marca 2019 r. do Oddziału Onkologii Klinicznej i Immunoonkologii z Pododdziałem Dziennym i Izłą Przyjęć (jedna osoba), a w 2020 r. (stan na 31 marca) do Pracowni Biopsji Sterowanej Obrazowo (jedna osoba). W latach 2021-2023 (stan na 31 marca) liczba pacjentów oczekujących na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu była najwyższa w Poradni Onkologicznej i Radioterapii (odpowiednio 1 795, 1 606 i 1 163 osób). Najniższa liczba oczekujących (jedna osoba) była, według stanu na 31 marca 2021 r., była do Pracowni Mammografii Gabinet Mammografii I, w 2022 r. (stan na 31 marca) do Ośrodka Radioterapii (Zakład Radioterapii IV), a w 2023 r. (stan na 31 marca) do Poradni Opieki Paliatywnej i Leczenia Bólu. W latach 2019-2023 (według stanu na 31 marca każdego roku) na świadczenia opieki zdrowotnej w 15 komórkach organizacyjnych WCO (m.in. w sześciu oddziałach szpitalnych, pięciu poradniach i dwóch pracowniach) nie oczekiwał żaden pacjent z kartą DiLO. Czas oczekiwania (według stanu na 31 marca każdego roku) na realizację świadczeń w pozostałych komórkach organizacyjnych dla pacjentów posiadających kartę DiLO był co do zasady znacząco krótszy niż osób niekorzystających z tego rozwiązania, tj. przynajmniej o 20% dla osób z kartą DiLO wystawioną przez WCO i o 35% dla osób z kartą DiLO wystawioną przez innego świadczeniodawcę w 2020 r. W 2021 r. czas oczekiwania był krótszy odpowiednio o 23% i 35%, w 2022 r. odpowiednio o 38% i 39%, a w 2023 r. odpowiednio 7% i 6%. W 2019 r. na liście oczekujących nie znajdował się żaden pacjent posiadający kartę DiLO.

(akta kontroli str. 1249-1268)

Harmonogramy przyjęć³⁹ prowadzono w formie elektronicznej i zawierały one elementy określone w art. 19a ust. 4 pkt 1-4 oraz art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁰ tj. datę i godzinę wpisu, dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia, kategorię świadczeniobiorcy, datę i przyczynę skreślenia

³⁷ Dotyczy pacjentów z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.

³⁸ Dotyczy pacjentów z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.

³⁹ Badaniem objęto dane z I kwartału 2023 r. dla czterech komórek organizacyjnych Szpitala tj. Oddziału Chorób Piersi oraz Oddziału Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej, Poradni Ginekologii Onkologicznej oraz Pracowni Rezonansu Magnetycznego.

⁴⁰ Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.; dalej: *ustawa o świadczeniach*.

z harmonogramu przyjęć. Badaniem w zakresie stosowania zasad prowadzenia list oczekujących oraz zachowania kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych zostało w każdej z ww. komórek organizacyjnych 20 świadczeniobiorców wpisanych kolejno do harmonogramu przyjęć od 1 lutego 2023 r.

(akta kontroli str. 1263-1387, 2036)

W odniesieniu do analizowanych harmonogramów przyjęć stwierdzono, że:

– w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Chorób Piersi:

spośród 20 pacjentów wpisanych do harmonogramu przyjęć od 1 lutego 2023 r. (17 osób o kategorii „oczekujący” i trzy osoby „oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO”) sześć osób⁴¹, których kategorię oznaczono jako „oczekujący” było pacjentami „kontynuującymi leczenie” – co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Terminy udzielenia świadczenia w przypadku 11 osób⁴² zostały wyznaczone w trakcie wizyt ambulatoryjnych w Szpitalu, które miały miejsce od 21 września 2022 r. do 31 stycznia 2023 r., co nie zostało odnotowane w harmonogramie przyjęć (cztery osoby wpisano do harmonogramu przyjęć 1 lutego 2023 r., siedem 2 lutego 2023 r.) – co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1270-1297, 1388-1394)

– w Oddziale Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej:

w analizowanych przypadkach (19 osób o kategorii „kontynuujący leczenie” i jedna osoba „oczekujący”) pacjentom wyznaczano termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia i wskazań medycznych (w jednym przypadku termin został przesunięty o tydzień z uwagi na awarię sprzętu).

(akta kontroli str. 1236-1269, 1431-1434)

– w Poradni Ginekologii Onkologicznej:

pacjentom wyznaczano termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia lub co do zasady z uwzględnieniem kolejności wpisu (w pięciu przypadkach pacjenci przyjęci byli w dniu zgłoszenia, dziewięć osób według harmonogramu przyjęć miało kategorię „kontynuujący leczenie”, a sześć osób z kategorią „oczekujący”). Dyrektor Szpitala, odnosząc się do przypadków przyjęcia przed niektórymi pacjentami osób o takim samym statusie (kategorii świadczeniobiorcy) wyjaśnił, że *w celu maksymalnego wykorzystania wszystkich dostępnych terminów stosowana jest praktyka utrzymywania pewnej puli terminów dla przypadków z kategorii PILNE. W sytuacji, gdy aktualnie nie ma pilnych rejestrujących się przypadków zdarza się, że rejestrujący się pacjent, mimo kategorii STABILNY może uzyskać wcześniejszy, wolny termin określony jako „PILNY”. Należy również uwzględnić inne sytuacje, gdy np. rejestrującemu się Pacjentowi nie odpowiada pierwszy wolny termin i prosi o późniejszy, a także to, że terminy często są „zwalniane” – Pacjent rezygnuje/odracza wizytę. Proces rejestracji i tworzenia listy przyjęć, zwłaszcza do Poradni jest bardzo dynamiczny, a ostateczna lista przyjęć to zawsze wypadkowa wielu zmian, poprawek i przesunięć.*

Jeden ze świadczeniobiorców⁴³ wpisany do harmonogramu 1 lutego 2023 r. (przyjęty 3 lutego 2023 r.) jako „kontynuujący leczenie” był pacjentem pierwszorazowym, a nie został ujęty w liście oczekujących – co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1298-1349, 1395-1430, 2274-2280)

⁴¹ (...) Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902, ze zm.) oraz art. 4 pkt 15 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, ze zm.), NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie danych dotyczących zdrowia. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej.

⁴² (...) jak w przypisie nr 41.

⁴³ (...) jak w przypisie nr 41.

– w Pracowni Rezonansu Magnetycznego:

w przypadku 17 osób (spośród 20 osób - 11 o kategorii „oczekujący” i dziewięciu pacjentów „oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO”) wyznaczony termin realizacji świadczenia wynikał bezpośrednio z daty wpisu na listę oczekujących. W odniesieniu do trzech pacjentów⁴⁴ termin ten nie wynikał bezpośrednio z daty wpisu, tj. dla jednego z pacjentów wyznaczono termin wynikający z zaleceń dotyczących przestrzegania odstępu czasowego pomiędzy badaniami obrazowymi, a data udzielenia świadczeń dwóm pacjentom została wyznaczona z uwzględnieniem możliwości dojazdu pacjenta. Informacja o wyborze przez dwóch świadczeniobiorców terminów późniejszych niż wskazane przez Szpital nie została odnotowana w harmonogramie przyjęć – co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1350-1362, 1435-1439, 2036, 2288)

2.2. W okresie objętym kontrolą do WCO zgłosiło się łącznie 14 564 pacjentów posiadających kartę DiLO wystawioną przez innego świadczeniodawcę, z tego 61% osób miało kartę wystawioną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, 22% przez lekarza specjalistę udzielającego świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej u innego świadczeniodawcy, 14% przez lekarza specjalistę udzielającego świadczeń w leczeniu szpitalnym u innego świadczeniodawcy, a 4% w związku z realizacją programów zdrowotnych. W latach 2019-2023 (I kwartał) w Szpitalu wystawiono przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym, łącznie 21 699 kart DiLO (3 730 w 2019 r., 4 158 w 2020 r., 5 443 w 2021 r., 6 471 w 2022 r. i 1 615 w I kwartale 2023 r.). Karty DiLO wydane przez lekarza specjalistę udzielającego świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w WCO stanowiły 81% kart ogółem (17 505 kart), a odsetek ten w poszczególnych latach wynosił odpowiednio 73%, 78%, 83%, 84% i 85%.

(akta kontroli str. 927-929)

Sposób postępowania z pacjentem objętym kartą DiLO określony był w obowiązującej od 2017 r. procedurze P2-Med, w której określono m.in. skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, ścieżkę postępowania z pacjentem posiadającym kartę DiLO, zasady planowania, realizacji i nadzoru nad procesem leczenia pacjentów onkologicznych.

(akta kontroli str. 965-970)

Dla każdego z pacjentów, którym kartę DiLO wystawiono w WCO⁴⁵ powołany był koordynator leczenia onkologicznego, który m.in. udzielał pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia. W żadnym z analizowanych przypadków nie było konieczności podejmowania współpracy z innymi podmiotami. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że *na każdym etapie prowadzenia karty DiLO na wizycie ambulatoryjnej czynności wykonywane wobec świadczeniobiorcy, zlecane przez koordynatora merytorycznego zostały udokumentowane w historii choroby. W odniesieniu do świadczeń kompleksowej opieki onkologicznej nad nowotworem piersi/jelita grubego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego nie nakazuje prowadzenia dokumentacji, która byłaby dedykowana wyłącznie tym usługom medycznym. Ze względu na reorganizację i poprawę systemu do 28 lipca 2020 r. nie było możliwości udokumentowania w systemie kontaktu koordynatora organizacyjnego z pacjentem.*

(akta kontroli str. 220-230, 1005-1014)

⁴⁴ (...) jak w przypisie nr 41.

⁴⁵ 24 karty DiLO (z 30 analizowanych).

W odniesieniu do każdego z pacjentów, którego karta DiLO była analizowana, odbyło się posiedzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, który określał plan leczenia onkologicznego. W skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego wchodził lekarze specjaliści w tym np. chirurg onkolog, onkolog kliniczny, radioterapeuta.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że *opieka psychologiczna nad pacjentem w WCO odbywała się m.in. poprzez codzienne wizytacje oddziałów i ocenę stanu psychicznego pacjentów oraz informowanie o dostępności psychologów, udział patologa/patomorfologa w procesie diagnostycznym następował poprzez opracowanie wyniku histopatologicznego, będącego podstawą ustalenia planu leczenia, a fizjoterapeuci realizowali świadczenia adekwatnie do potrzeb pacjentów.*

(akta kontroli str. 989-995, 1005-1014)

W formularzach kart DiLO, w każdym przypadku, wskazywana była przez Szpital (o ile na danym etapie diagnostyki/leczenia świadczenia realizowane były w tym podmiocie): data pierwszej porady początkowej rozpoczynającej wstępną lub pogłębianą diagnostykę onkologiczną, data porady zakończonej rozpoznaniem w ramach wstępnej diagnostyki onkologicznej, data zakończenia diagnostyki pogłębianej, skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (trzy osoby). W siedmiu analizowanych kartach DiLO podano kompletne dane (dotyczące odpowiednio do etapu diagnostyki/leczenia realizowanego w WCO) o dacie zapisania na listę oczekujących na poradę początkową rozpoczynającą wstępną lub pogłębianą diagnostykę onkologiczną/dacie wpisania pacjenta na listę osób oczekujących na leczenie szpitalne (sekcja odpowiednio C1, D1, F1 formularza). Do 23 kart DiLO wystawionych przez lekarzy Szpitala nie wprowadzano wszystkich danych, dotyczących wpisu na prowadzoną w WCO listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (według danych systemu Eskulap), wynikających z formularza dokumentu⁴⁶, w tym nie podawano: w sekcji C1 daty wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁴⁷, w sekcji D1 daty wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁴⁸, w sekcji F1 daty wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁴⁹.

(akta kontroli str. 222-225, 228-229, 1005-1241, 2347-2382)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że *brak przedmiotowych wpisów w kartach DiLO nie wpłynął w negatywny sposób ani na proces leczenia pacjentów, ani na rozliczanie udzielonych świadczeń.* Zadeklarowała dołożenie należytej staranności w zakresie wypełnienia kart DiLO. Ponadto wskazała, że *na podstawie instrukcji rejestracji etapu leczenia wydanej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej na portalu SZOI data wpisu na listę oczekujących nie stanowiła pola wymaganego, aby etap leczenia został prawidłowo zarejestrowany, a instrukcja nie każdą z sekcji traktuje jako obowiązkową w zakresie jej uzupełnienia.* Wskazano również trudności w oznaczeniu daty wpisu pacjenta na listę oczekujących w sytuacji zwołania konsylium w dacie dnia przyjęcia pacjenta lub zrealizowania wobec pacjenta kilku wizyt i podjęcia decyzji przez konsylium o dalszej diagnostyce, na którejś z nich, lub

⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1250).

⁴⁷ Według objaśnienia do wzoru karty DiLO wprowadzonego zawartego w opisie dot. Diagnostyki wstępnej w pkt. 2 wskazano, że w sekcji CA.1 datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu C1 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

⁴⁸ Według objaśnienia do wzoru karty DiLO wprowadzonego zawartego w opisie dot. Diagnostyki pogłębianej w pkt. 2 wskazano, że w sekcji DA.1 datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w polu D1 podaje się tylko w przypadku, jeżeli posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

⁴⁹ Według objaśnienia do wzoru karty DiLO wprowadzonego zawartego w opisie dot. Ustalenia planu leczenia onkologicznego w pkt. 1 wskazano, że na etapie ustalenia planu leczenia onkologicznego są wypełniane sekcje FA (...).

zdiagnozowania podczas konsylium innego nowotworu. W tej sytuacji oznaczenie daty wpisu na listę oczekujących skutkowałoby „zamknięciem” pacjentowi drogi do diagnostyki w innym ośrodku lub w ramach leczenia innego nowotworu. Wpisanie daty w takich sytuacjach stanowi utrudnienie administracyjne dla pacjenta WCO.

(akta kontroli str. 989-995)

2.3. Spośród 30 osób, których karty DiLO⁵⁰ podlegały szczegółowej analizie, w Szpitalu:

- 18 pacjentom udzielono świadczeń od porady początkowej rozpoczynającej wstępną diagnostykę onkologiczną, poprzez zrealizowanie diagnostyki pogłębionej i rozpoczęcie leczenia szpitalnego,
- dziewięciu osobom udzielono świadczeń obejmujących poradę początkową rozpoczynającą diagnostykę pogłębioną oraz rozpoczęcie leczenia szpitalnego,
- w odniesieniu do dwóch innych osób rozpoczęto leczenie szpitalne, a jedną objęto wyłącznie poradą początkową.

(akta kontroli str. 986-988)

Czas realizacji świadczeń, od dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej wstępną onkologiczną do dnia zakończenia diagnostyki pogłębionej, w 14 przypadkach (z 18) nie przekroczył⁵¹ 49 dni, a w odniesieniu do czterech osób⁵² wyniósł od 50 do 60 dni - co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Rozpoczęcie diagnostyki wstępnej w żadnym z analizowanych przypadków nie przekroczyło terminów określonych § 6a ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Czas realizacji diagnostyki wstępnej w 13 przypadkach (z 18) nie przekroczył 28 dni (§ 6a ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), a w odniesieniu do pięciu osób⁵³ wyniósł od 29 do 49 dni - co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Czas oczekiwania na poradę początkową rozpoczynającą diagnostykę pogłębioną w 19 (z 27) przypadkach nie przekroczył siedmiu dni (§ 6a ust. 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) a w odniesieniu do ośmiu osób⁵⁴ wyniósł od 14 do 26 dni - co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Czas realizacji diagnostyki pogłębionej w 21 przypadkach (z 27) nie przekroczył 21 dni (§ 6a ust. 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), w jednym przypadku diagnostyka prowadzona była w dwóch podmiotach leczniczych co miało wpływ na zakończenie tego etapu realizacji świadczeń po 25 dniach, a w odniesieniu do pięciu osób⁵⁵ wyniósł od 23 do 79 dni - co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Termin rozpoczęcia leczenia szpitalnego (hospitalizacji) w każdym z analizowanych przypadków był zgodny z wymogami § 4a (odpowiednio ust. 1 lub 1a) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

(akta kontroli str. 986-988, 1006-1013, 1015-1241, 2428)

⁵⁰ Wydane w latach 2019-2023.

⁵¹ Lub przekroczenie wynikało z przyczyn niezależnych od Szpitala np. z decyzji pacjenta o zmianie terminów udzielenia świadczeń, konieczności wykonania dodatkowych badań diagnostycznych.

⁵² (...) jak w przypisie nr 41.

⁵³ (...) jak w przypisie nr 41.

⁵⁴ (...) jak w przypisie nr 41.

⁵⁵ (...) jak w przypisie nr 41.

2.4. W okresie objętym kontrolą Szpital realizował świadczenia opieki zdrowotnej w ramach następujących profilaktycznych programów zdrowotnych:

- programu profilaktyki szyjki macicy (etap diagnostyki cytologicznej), którym objęto 10 404 pacjentów w 2019 r., 4 230 w 2020 r., 5 951 w 2021 r., 8 204 w 2022 r. i 2 156 pacjentów w 2023 r. (I kw.),

- programu profilaktyki raka piersi (etap podstawowy⁵⁶), którym objęto 1 850 osób w 2019 r., 1 336 w 2020 r., 2 442 w 2021 r., 2 319 w 2022 r. i 777 w 2023 r. (I kw.).

Jednocześnie w 2019 r. świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie cytologii udzielone zostały 527 osobom, w 2020 r. 357 i w 2021 r., 336 w 2022 r. i 82 w 2023 r. (I kw.). Liczba pacjentów⁵⁷, którzy w ww. rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej byli objęci badaniami mammograficznymi wyniosła 4 094 w 2019 r., 3 594 w 2020 r., 3 693 w 2021 r., 3 450 w 2022 r., 839 w 2023 r. (I kw.).

(akta kontroli str. 916-917)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że zgodnie z wytycznymi NFZ⁵⁸ do badań skryningowych nie kwalifikują się pacjentki z wcześniej rozpoznanym rakiem piersi, kolejnym warunkiem jest odstęp wymagany między badaniami. Pracownia badań przesiewowych prowadzi aktywne działania na rzecz wykonania u pacjentek WCO z grup docelowych badań profilaktycznych w ramach programu profilaktyki raka piersi polegające na weryfikowaniu list pacjentek zarejestrowanych do poradni WCO, pod kątem spełniania kryteriów włączenia do badań skryningowych, i pacjentki te przed wizytą w Szpitalu otrzymują zaproszenie do udziału w profilaktycznym badaniu mammograficznym piersi, również pacjentki pierwszorazowe w wieku 50-69 lat, zgłaszające się do WCO z dolegliwościami dotyczącymi piersi otrzymują propozycję wykonania badań w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

(akta kontroli str. 518-522)

W okresie objętym kontrolą obowiązywały zawarte przez Szpital umowy ze Szpitalem Klinicznym im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, których przedmiotem była:

- współpraca w zakresie badań przesiewowych raka jelita grubego w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w ramach świadczeń Kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (umowa z 31 maja 2021 r., obowiązująca do 31 grudnia 2021 r.),

- współpraca w zakresie Profilaktycznych Programów Zdrowotnych - Program Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego w ramach świadczeń Kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (umowa zawarta 10 listopada 2022 r. na cały okres obowiązywania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie „kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)").

(akta kontroli str. 2272-2273, 2390-2393)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że WCO wypełniło wymóg określony w pkt. 3 załącznika nr 3a do w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego dotyczący realizacji przez centrum kompetencji raka jelita grubego programu badań przesiewowych raka jelita grubego, poprzez zawarcie

⁵⁶ Etap pogłębionej diagnostyki realizowano w 2019 r. Liczba pacjentów objętych badaniem: USG - 76, mammografią - 24, wizyta w Poradni Chorób Piersi - 87, biopsja - 26.

⁵⁷ W zakresie grup wiekowych objętych programem profilaktyki raka piersi.

⁵⁸ Załącznik nr 4 do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 111/2022/DSOZ z 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

umów o współpracy. Wskazała m.in., że program badań przesiewowych dedykowany jest do grupy pacjentów z danego przedziału wiekowego i nie jest wymagane skierowanie. Ww. badania kierowane są do osób bez niepokojących objawów, a tacy pacjenci raczej nie trafiają do palpówek wysoko wyspecjalizowanych. Jeżeli była konieczność wykonania kolonoskopii w ramach programu pacjent był informowany, gdzie udać się w tym celu. Szpital nie posiadał danych o liczbie pacjentów, którzy z polecenia WCO skorzystali z tego świadczenia.

(akta kontroli str. 2383-2386)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W harmonogramie przyjęć w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Chorób Piersi nie ujęto do 1 i 2 lutego 2023 r. 11 osób⁵⁹, którym termin udzielenia świadczeń wyznaczono w trakcie wizyt ambulatoryjnych w Szpitalu zrealizowanych od 21 września 2022 r. do 31 stycznia 2023 r.

Było to niezgodne z art. 19a ust. 2 ustawy o świadczeniach, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek umieszczenia w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcy przy jednoczesnym wyznaczeniu terminu udzielenia świadczenia, według zasad określonych w punktach 1 i 2 ww. przepisu.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że na Oddziale funkcjonuje domyślna rezerwacja terminu, wyznaczanego w trakcie wizyt ambulatoryjnych. Z uwagi na błąd ludzki rezerwowany termin nie został wpisany do listy oczekujących lub harmonogramu przyjęć na bieżąco, po wyznaczeniu terminu przyjęcia.

(akta kontroli str. 1270-1297, 1388-1394)

2. W harmonogramie przyjęć pacjentów do Pracowni Rezonansu Magnetycznego, w przypadku dwóch osób⁶⁰, nie została odnotowana informacja o dokonaniu przez pacjentów wyboru późniejszych, niż wskazane przez Szpital, terminów udzielania świadczeń. Było to niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 2 lit. b ustawy o świadczeniach, w którym wskazano, że świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć informację o rezerwacji terminu - w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że informacja o rezerwacji terminów jest odnotowywana poza systemem Eskulap w kalendarzu wewnętrznym danej pracowni. Taki system ułatwia organizację pracy w rejestracji Pracowni Rezonansu Magnetycznego, gdyż wyznaczenie terminów badania pacjentów z kartą DiLO i oraz pozostających w ścisłej obserwacji, wymaga od rejestracji indywidualnego podejścia do pacjenta. Poza tym pacjenci onkologiczni często nie są w stanie dopasować się do terminów dni i godzin wyznaczanych sztywno przez system kolejkowy i stąd potrzeba elastycznego (i empatycznego) podejścia do tych zagadnień.

(akta kontroli str. 1385-1387, 1435, 2274-2280)

3. Kategoria świadczeniobiorców, wykazana w harmonogramach przyjęć lub listach oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzonych w WCO, nie była zgodna ze stanem rzeczywistym, tj.:

- jeden ze świadczeniobiorców⁶¹ wpisany do harmonogramu przyjęć 1 lutego 2023 r. Poradni Ginekologii Onkologicznej, który zgłosił się po raz pierwszy, został w harmonogramie przyjęć wpisany z kategorią „kontynuujący leczenie”

⁵⁹ (...) jak w przypisie nr 41.

⁶⁰ (...) jak w przypisie nr 41.

⁶¹ (...) jak w przypisie nr 41. Jeden z 20, których dane analizowano w tej komórce organizacyjnej.

i w konsekwencji nie był ujęty na liście oczekujących, pomimo wymogu wynikającego z art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w tym przypadku nastąpił błąd ludzki, spowodowany nieuwważnością osoby wprowadzającej dane wizyty, która błędnie, omyłkowo określiła kategorię pacjenta. Zapewnił o dołożeniu starań, aby podobne sytuacje miały miejsce jak najrzadziej.

(akta kontroli str. 1298-1359, 1412, 2274-2280)

- sześciu świadczeniobiorców⁶² wpisanych do harmonogramu przyjęć 1 i 2 lutego 2023 r. Chirurgii Onkologicznej Chorób Piersi, zostali w tym harmonogramie wpisani z kategorią „oczekujący” zamiast „kontynuujący leczenie”, a w konsekwencji ujęto ich również w liście oczekujących, pomimo tego, że zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że podanie niewłaściwej kategorii świadczeniobiorcy wynikało z błędu podczas wpisywania do harmonogramu przyjęć/listy oczekujących.

(akta kontroli str. 1270-1297, 1388-1394, 2274-2283, 2434-2436)

4. W odniesieniu do 13 pacjentów nie zostały dochowane terminy realizacji świadczeń, o których mowa w § 6a ust. 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym:

- czas realizacji świadczeń od dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej wstępną onkologiczną do dnia zakończenia diagnostyki pogłębionej (49 dni) w odniesieniu do czterech osób⁶³ (z 18, których dokumentacja objęta była analizą) został przekroczony o jeden dzień, osiem dni, dziesięć dni, jedenaście dni,
- czas realizacji diagnostyki wstępnej (28 dni) w odniesieniu do pięciu osób⁶⁴ (z 18, których dokumentacja objęta była analizą) został przekroczony o jeden dzień, dwa dni, siedem dni, osiem dni, i 21 dni,
- czas oczekiwania na poradę początkową rozpoczynającą diagnostykę pogłębioną (siedem dni) w odniesieniu do ośmiu osób⁶⁵ (z 27, których dokumentacja objęta była analizą) został przekroczony w dwóch przypadkach o siedem dni, w dwóch przypadkach o osiem dni, u jednego pacjenta o dziewięć dni, następnie o 11 dni, 16 dni i 19 dni,
- czas realizacji diagnostyki pogłębionej (21 dni) został przekroczony w odniesieniu do pięciu osób⁶⁶ (z 27, których dokumentacja objęta była analizą) o dwa dni, trzy dni, 13 dni, 14 dni i 58 dni.

(akta kontroli str. 975-988, 2430)

Zgodnie z § 6a ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną, jest obowiązany do jej realizacji w okresach nieprzekraczających: 28 dni - w przypadku diagnostyki wstępnej. Zgodnie z § 6a ust. 4 pkt 2 ww. rozporządzenia, świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną, jest obowiązany do jej realizacji w okresach nieprzekraczających: 21 dni - w przypadku diagnostyki pogłębionej, przy czym rozpoczęcie diagnostyki następuje w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia: a) zakończenia diagnostyki wstępnej, lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy

⁶² (...) jak w przypisie nr 41.

⁶³ (...) jak w przypisie nr 41.

⁶⁴ (...) jak w przypisie nr 41.

⁶⁵ (...) jak w przypisie nr 41.

⁶⁶ (...) jak w przypisie nr 41.

lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy, albo b) wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę diagnostyki pogłębionej, dotycząc/cej innej lokalizacji nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego niż będąca podstawą realizacji diagnostyki wstępnej (...), c) wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę diagnostyki pogłębionej.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że *przekroczenie terminów wynikało z czasu oczekiwania na m.in. opracowanie wyniku histopatologicznego pozwalającego na potwierdzenie nowotworu i tym samym otwarcie diagnostyki pogłębionej (dziewięć przypadków⁶⁷), oczekiwanie na wolny termin w poradni i wykonanie badań diagnostycznych (pięć przypadków⁶⁸). Ponadto wskazała m.in., że w każdym przypadku gdy dochodzi do opóźnienia koordynatorzy monitorujący zarówno etap diagnostyki wstępnej jak i pogłębionej wyjaśniają z jakiego powodu do takiego opóźnienia doszło i monitorują, aby wynik pojawił się jak najszybciej. Działania mające poprawić terminowość wykonywania procedur w zakresie diagnostyki odbywały się na zasadzie wymiany informacji bez odpowiedniej dokumentacji pisemnej. We wszystkich ośrodkach onkologicznych odnotowywano w latach 2020-2023 przekroczenie terminów realizacji diagnostyk, co wynika z tzw. efektu „odbicia” po pandemii (wzrost liczby pacjentów z zaawansowanym nowotworem), powodując istotny wzrost liczby wykonywanych badań, a karta DiLO nie uwzględnia w obecnej formie tego aspektu.*

(akta kontroli str. 975-985, 2428-2433)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu zapewniono koordynację diagnostyki i leczenia onkologicznego, którego termin rozpoczęcia był zgodny z wymogami § 4a ust. 1a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Przy czym w części analizowanych przypadków (13 objętych badaniem kart DiLO) nie zostały dochowane terminy realizacji diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 4 rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zakres danych ujmowanych w harmonogramach przyjęć i listach oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki lub leczenia onkologicznego był prawidłowy. W odniesieniu do każdego z pacjentów, którego karta DiLO była analizowana, odbyło się posiedzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, który określał plan leczenia onkologicznego. W WCO udzielano świadczeń pacjentom kwalifikującym się do objęcia profilaktycznymi programami zdrowotnymi w zakresie programu: profilaktyki raka piersi oraz profilaktyki raka szyjki macicy, a w zakresie badań przesiewowych raka jelita grubego zawarto umowę z innym podmiotem leczniczym realizującym ten program. Stwierdzone nieprawidłowości odnoszące się do prowadzenia harmonogramu przyjęć lub listy oczekujących obejmowały przypadki niewprowadzania do ww. dokumentacji informacji o pacjentach, którym termin udzielenia świadczenia wyznaczono podczas wizyt ambulatoryjnych, podawania błędnej kategorii świadczeniobiorcy oraz nieodnotowywania informacji o rezerwacji terminu.

⁶⁷ (...) jak w przypisie nr 41.

⁶⁸ (...) jak w przypisie nr 41.

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

Opis stanu faktycznego

3.1. Szpital, według stanu na 30 czerwca 2023 r., w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej” i „Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” w latach objętych kontrolą zawarł 16 umów z Ministerstwem Zdrowia (w tym dwa programy dotyczące opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł I i II). Łączna kwota zawartych umów wynosiła 63 719 391 zł, w tym 59 948 891 zł na zakupy inwestycyjne oraz 3 770 500 zł na ww. programy.

Badaniem szczegółowym objęto trzy umowy zawarte z Ministrem Zdrowia w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej”, tj.:

1) doposażenie zakładów radioterapii – zakup Systemu planowania radioterapii, dalej zadanie nr 1 o wartości 2 700 000 zł,

2) wspomaganie systemu rejestracji nowotworów, dalej zadanie nr 2 o wartości 291 000 zł w 2021 roku oraz 328 600 zł w 2022 roku i 428 300 zł w 2023 r.,

3) doposażenie zakładów radioterapii – zakup akceleratora, dalej zadanie nr 3 o wartości 8 500 000 zł,

oraz jedno zadanie finansowane ze środków z Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych tj.:

4) doposażenie zakładów radioterapii – wymiana aparatu HDR, dalej zadanie nr 4 o wartości 2 299 930 zł.

Złożone do Ministra Zdrowia przez Szpital oferty dotyczyły planowanego do zakupu sprzętu medycznego oraz odpowiadały warunkom progowym wyznaczonym przez Ministerstwo Zdrowia.

(akta kontroli str. tab. 99-101)

Z przedstawionego zestawienia, wygenerowanego z systemu inwentarzowego⁶⁹, wynikało, że Szpital posiadał trzy urządzenia⁷⁰, których wiek przekraczał 10 lat, dwa urządzenia⁷¹ powyżej pięciu lat oraz pięć urządzeń medycznych, których okres użytkowania był krótszy niż pięć lat. Szpital wymieniał sprzęt na nowy (szczególnie w odniesieniu do urządzeń, których czas użytkowania przekraczał dziesięć lat), wykorzystując dotacje Ministra Zdrowia, Samorządu Województwa Wielkopolskiego oraz środki własne.

(akta kontroli str. 2085-2090)

Rejestry awarii sprzętu medycznego prowadzone były odrębnie dla każdego urządzenia i zawierały m.in.: datę zgłoszenia, datę rozpoczęcia prac serwisowych, całkowity czas pracy serwisu, czas całkowitego przestoju aparatu wynikający z umowy⁷² oraz kategorię naprawy. W rejestrach awarii, czas pracy serwisu znacząco różnił się od czasu całkowitego przestoju urządzenia medycznego.

(akta kontroli str. 2207-2269)

Kierownik Pracowni Dozymetrii Aparatury Medycznej wyjaśnił, że zaobserwowany długi czas pracy serwisu wynika z faktu dłuższego poszukiwania przyczyny błędów, które zazwyczaj są niejednoznaczne, zamawiania wielu części oraz ich wymiany

⁶⁹ Stan wyposażenia na 29 sierpnia 2023 r. w urządzenia i aparaturę medyczną zakupioną z dotacji Ministra Zdrowia.

⁷⁰ Akcelerator nr fabryczny 860 rok produkcji 2009, akcelerator nr fabryczny 1524 rok produkcji 2009, aparat HDR nr fabryczny 10772 rok produkcji 2012.

⁷¹ Akcelerator nr fabryczny 2410 rok produkcji 2015, akcelerator nr fabryczny 3784 rok produkcji 2018.

⁷² W umowie na konserwację sprzętu medycznego zdefiniowano czas jaki przyjmuje się jako przestój urządzeń medycznych.

i testów w czasie niezaburzającym pracy klinicznej. Dodał, że długi czas naprawy wynikał w większości z podejmowanych prób kalibracji systemu kontroli oraz wymiany części.

(akta kontroli str. 2171-2173)

3.2. Dostawcy sprzętu medycznego w zadaniu nr 1, 3, 4 (o których mowa w pkt. 3.1) zostali wyłonieni w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego. Złożone przez dostawców oferty, odpowiadały wymogom specyfikacji technicznej stanowiącej integralną część specyfikacji warunków zamówienia. Natomiast umowa zawarta z Ministrem Zdrowia na zadanie nr 2 została podpisana i realizowana na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów⁷³.

(akta kontroli str. 1440-1447, 1581-1600, 1743-1764)

Z analizy wybranych umów dotyczących udzielonych dotacji, zawartych z Ministrem Zdrowia wynika, że jedna umowa (zadanie nr 1) nie była aneksowana, a pozostałe trzy umowy były aneksowane (zadanie nr 2, 3 i 4).

W zadaniu nr 4 15 kwietnia 2020 r. złożony został przez Szpital wniosek do Departamentu Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia, który dotyczył zmiany terminu uruchomienia aparatu medycznego zapisanego w umowie (30 września 2020 r.), ze względu na sytuację epidemiologiczną. Z tego względu w Szpitalu wstrzymano remonty i modernizacje, w tym adaptację bunkrów oraz konieczność wykonania testów i otrzymania zgody Państwowej Agencji Atomistyki. W aneksie nr 1 do powyższej umowy przesunięto termin uruchomienia aparatu HDR (nie później niż do 20 grudnia 2020 r.). Uruchomienie tego sprzętu nastąpiło 18 września 2020 r. W ww. aneksie Minister Zdrowia zobowiązał również Szpital do przysyłania w latach 2021-2023, każdorazowo w terminie do 31 stycznia następnego roku budżetowego, informacji dotyczących wykorzystania zakupionego sprzętu oraz zobowiązał WCO do złożenia oświadczenia, że w okresie 45 dni od dnia udzielania świadczeń zdrowotnych wycofa z użytkowania sprzęt wskazany do wymiany w ofercie konkursowej, nie później niż w terminie do 20 lutego 2021 r. Komisja likwidacyjna 21 października 2020 r. uznała aparat wymieniony w formularzu ofertowym⁷⁴ za wyeksploatowany, a tym samym zaprzestano udzielania za jego pomocą świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 1765-1788, 1834-1843)

Do zadania nr 3 zostały podpisane dwa aneksy zmieniające ostateczną datę rozliczenia umowy, będącą podstawą przekazania środków publicznych Szpitalowi. Dostawca sprzętu medycznego 15 listopada 2022 r. poinformował Szpital o problemach z terminowym wywiązaniem się z warunków umowy. Powołując się na: światowy kryzys wywołany skutkami wojny na Ukrainie, sankcje nakładane na Rosję i nieodbudowany jeszcze po epidemii wirusa SARS-CoV-2 łańcuch dostaw. Na podstawie tych informacji Szpital złożył wniosek do Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia z prośbą o aneksowanie umowy i zmianę ostatecznego terminu jej rozliczenia. W aneksie nr 1 do umowy (zadanie nr 3) Minister Zdrowia wyraził zgodę na przesunięcie końcowego rozliczenia stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych (z 30 listopada 2022 r. na 23 grudnia 2022 r.). Jednocześnie Minister zobowiązał Szpital do przedłożenia kopii faktur VAT i protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu, potwierdzonych przez kierownika jednostki lub głównego księgowego. Zobowiązał również Szpital do wystawienia oświadczenia dotyczącego wykorzystania środków Ministra jedynie na sprzęt medyczny. Na podstawie pisma dostawcy sprzętu medycznego, Dyrektor Szpitala złożył kolejny

⁷³ Rozporządzenie z 14 czerwca 2018 r., Dz. U. 2018 poz. 1197, ze zm.

⁷⁴ Aparat HDR nr inwentarzowy T-49-008-004 rok produkcji 2001.

wniosek do Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia z prośbą o przesunięcie terminu złożenia rozliczenia stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych z 23 na 29 grudnia 2022 r. Powodem wskazanym przez dostawcę sprzętu medycznego było „zaistnienie siły wyższej”, niemożliwej do przewidzenia. Sprzęt medyczny wskazany w umowie został dostarczony 28 grudnia 2022 r.

(akta kontroli str. 1601-1638, 1651-1659)

Do 30 sierpnia 2023 r. w zadaniu nr 2 (umowa wieloletnia od 2021 r. do 2030 r.), zostały podpisane cztery aneksy. W aneksach nr 1 i 3 wprowadzono pełną nazwę załącznika nr 1 do umowy, nie zmieniając zakresu rzeczowego oraz podmiotowego umowy. W aneksie nr 2 wskazano aktualne kwoty przyznane przez Ministra Zdrowia na realizację zadania w 2021 r. oraz w 2022 r. W podpisanym aneksie nr 4 podano środki finansowe jakie Minister Zdrowia zamierzał przeznaczyć na finansowanie zadań zawartych w powyższej umowie w 2023 r.

(akta kontroli str. 1876-1903)

Otrzymane od Ministra Zdrowia środki Szpital przeznaczył na zakup sprzętu medycznego zgodnie z zawartymi umowami (zadanie 1, 3, 4). W zadaniu nr 2, którego przedmiotem było wspomaganie systemu rejestracji nowotworów, środki publiczne otrzymane w 2021 r. przeznaczone były na sfinansowanie zadań wymienionych w załączniku nr 1 do ww. umowy tj.:

- weryfikację i opracowanie danych,
- szkolenia,
- wynagrodzenia (max. 5000 zł miesięcznie na jeden równoważnik etatu),
- zakup drobnego sprzętu komputerowego i oprogramowania (cena jednostkowa poniżej 10 000 zł),
- ryczałtowe koszty obsługi administracyjnej.

(akta kontroli str. 1858)

Według ewidencji księgowej prowadzonej w Szpitalu, zakupiony sprzęt medyczny z dotacji Ministra Zdrowia w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej” oraz „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” (zadanie nr 1, 3, 4) księgowany był na wydzielonym koncie księgowym 010-5-6 (Majątek trwały-Pozostałe środki trwałe-zakupione z dotacji Ministra Zdrowia)⁷⁵, co zostało szerzej opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Natomiast koszty związane z zadaniem nr 2 ujmowane były w sposób wyodrębniony (527-0000-001 – RRMZ – Wielkopolskie Biuro Rejestracji Nowotworów).

(akta kontroli str. 2061-2082, 2091-2099)

Zakupy sprzętu medycznego (zadanie nr 1, 3, 4), rozliczone zostały zgodnie z warunkami umowy, na podstawie sprawozdań merytoryczno-finansowych przekazanych terminowo Ministrowi Zdrowia.

(akta kontroli str. 1479-1491, 1642-1649, 1828-1841)

W umowie⁷⁶ dotyczącej zadania nr 2 Szpital zobowiązany został do przesyłania w formie elektronicznej, w trakcie jej obowiązywania, w terminie do 10 dnia pierwszego miesiąca następnego kwartału, za kwartał poprzedni wymienionych poniżej dokumentów:

- faktur lub rachunków za dany kwartał,
- rozliczeń kwartalnych stanowiących podstawę przekazania środków publicznych, sporządzonych według przedłożonego w umowie wzoru,

⁷⁵ Na koncie 201-18 *Rozrachunki z dostawcami* – Minister Zdrowia środki otrzymane od Ministra Zdrowia w danym roku (opis pozycji – wskazanie numeru umowy z Ministrem Zdrowia).

⁷⁶ Czas trwania ustalony został na lata 2021-2030.

- kwartalnych sprawozdań merytorycznych z realizacji umowy, sporządzonych według przedłożonego w umowie wzoru,
- zestawień dokumentów księgowych potwierdzających poniesione wydatki, sporządzonych według przedłożonego w umowie wzoru.

Zgodnie z umową Szpital zobowiązany został również do wysyłania dokumentów za IV kwartał roku budżetowego w terminie do 30 listopada danego roku budżetowego, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty jaka zostanie wykorzystana w tym okresie. Szpital powyższe rozliczenia wysłał odpowiednio: 18 listopada 2021 r. za 2021 r. oraz 28 listopada 2022 r. za 2022 r.

(akta kontroli str. 1909-2009)

Wysokość środków finansowych przekazywanych przez Ministerstwo Zdrowia na realizację zadań nr 1, 3, 4 dotyczyła zakupu sprzętu medycznego. Pozostałe środki m.in. na szkolenia personelu, uruchomienie aparatury czy wykonanie remontów związanych z adaptacją pomieszczeń, finansowane były ze środków własnych Szpitala.

(akta kontroli str. 1474, 1479, 1639, 1642, 1648, 1828, 1840)

Środki finansowe przekazane przez Ministra Zdrowia w zadaniu nr 2 dotyczyły kosztów obsługi biura rejestracji nowotworów i rozliczane były do wysokości udzielonej dotacji. W przekazanym do Ministerstwa Zdrowia rozliczeniu kosztów wynagrodzeń za okres 1 października – 31 grudnia 2021 r. w wierszu nr 3 oraz w rozliczeniu za okres 1 października – 31 grudnia 2022 r. w wierszu nr 1, 2 i 5 wykazano wynagrodzenia pracowników niezgodne z zawartą umową oraz aneksami, co zostało szerzej opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Pozostałe wydatki związane z realizacją tego zadanie pokrywane były ze środków własnych Szpitala.

(akta kontroli str. 1875, 1993, 1889, 1940)

Szpital, wykorzystał środki z otrzymanych dotacji Ministra Zdrowia na zakup sprzętu medycznego i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego⁷⁷ na nowy o zwiększonych parametrach medycznych (zadanie nr 3 i 4). Zakup Systemu Planowania Leczenia (zadanie nr 1) z dotacji Ministra Zdrowia miał na celu zwiększenie skuteczności i precyzji naświetlania komórek nowotworowych w czasie leczenia pacjentów przy użyciu akceleratorów.

(akta kontroli str. 1440-1447, 1581-1600, 1743-1751)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że *zakupiony system wraz z dedykowanym modulem konwersji planów umożliwił przygotowanie leczenia na posiadanych akceleratorach oraz szybką konwersję planów pomiędzy aparatami różnych producentów*. Dodała, że *opisana właściwość umożliwiła szybką kontynuację leczenia pacjentów w przypadku nawet krótkotrwałych awarii dedykowanego dla danego pacjenta akceleratora*.

(akta kontroli str. 518-524)

Według wyjaśnień Kierownika Wielkopolskiego Biura Rejestracji Nowotworów, *dzięki dotacji otrzymanej od Ministra Zdrowia w zadaniu nr 2 osiągnięto zakładane cele poprzez:*

- *zapewnienie ciągłości działania systemu rejestracji nowotworów złośliwych w Wielkopolsce,*
- *rozliczenie części kosztów zatrudnienia Zespołu Wielkopolskiego Biura Rejestracji Nowotworu, które bez ww. umowy WCO musiałoby pokrywać ze środków własnych,*

⁷⁷ Aparat M. HDR firmy E. był zainstalowany w Zakładzie Brachyterapii w WCO od 2001 r. oraz aparat akcelerator wysokoenergetyczny C. firmy V. zainstalowany w WCO w 2008 r.

- publikowanie danych epidemiologicznych w zakresie zapadalności na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim w formie biuletynu pn. „Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce”,
- prowadzenie bieżącej wymiany sprzętu komputerowego i aktualizacji oprogramowania, dzięki której spełniał on wymagania aplikacji e-KRN+ w zakresie parametrów komputerów i wielkości monitorów,
- prowadzenie szkoleń z zakresu zasad rejestracji nowotworów złośliwych, stacjonarnie w wielkopolskich jednostkach ochrony zdrowia.

(akta kontroli str. 2106)

Odnosnie do zadania nr 3 i zakupionego w ramach tej umowy akceleratora wysokoenergetycznego⁷⁸, stwierdzono, że na urządzeniach znajdowały się tabliczki informacyjne o zakupie z dotacji Ministra Zdrowia. Przed wejściem do pomieszczenia gdzie znajdował się sprzęt medyczny wywieszane były również tabliczki z informacją o wielkości dotacji i przez kogo została ona udzielona oraz z jakiego programu, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 maja 2021 r. w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych⁷⁹. Ponadto na stronie internetowej Szpitala, znajdowały się ww. informacje dotyczące zakupionego sprzętu medycznego.

(akta kontroli str. 2156-2170)

W wyniku realizacji programu dotyczącego rejestru nowotworów w Szpitalu oraz dotacji Ministra Zdrowia wspomagającej działalność Wielkopolskiego Biura Rejestracji Nowotworów, osiągnięto zakładane cele poprawy mierzalności wskaźników pracy poprzez dostęp do analiz czy szkoleń pracowników służby zdrowia.

(akta kontroli str. 2101-2105)

3.3 Liczba wszystkich kart (KZNZ) wprowadzonych do Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów w latach objętych kontrolą wynosiła 154 993, w tym odpowiednio: 28 445 w 2019 r., 32 914 w 2020 r., 38 761 w 2021 r., 37 567 w 2021 r. oraz 17 306 w pierwszym kwartale 2023 r. Liczba KZNZ, według poszczególnych statusów, wyniosła w odniesieniu do kart:

- „anulowanych” - od zera w latach 2019 i 2020 do 12 w pierwszym kwartale 2023 r.,
- „szkic” - od zera w 2019 do 88 w pierwszym kwartale 2023 r.,
- „do korekty” - od zera w 2020 r. do czterech w pierwszym kwartale 2023 r.,
- „do weryfikacji” (wysłane do Krajowego Rejestru Nowotworów) - od 19 w 2019 r. do 11 436 w 2022 r.,
- „zaakceptowanych” - od 8 391 w pierwszym kwartale 2023 r. do 36 242 w 2021 r.

Odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych przypadkach wynosił od 93% w 2019 r. i w 2020, poprzez 95% w latach 2021-2022, do 96% w roku 2023 (I kwartał), a odsetek przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu wynosił w 2019 r. 78%, w 2020 r. 79%, w 2021 r. 84%, w 2022 r. 90%, a w 2023 r. (I kwartał) 89%. W okresie objętym kontrolą odsetek zgłoszeń z wypełnionym jedynie rozpoznaniem klinicznym ICD-10 wyniósł 2,8%. Odsetek zgłoszeń w formie kart w wersji papierowej wynosił od 28% w roku 2021 do 43% w 2022 r. Odsetek danych zweryfikowanych przez pracowników rejestru w latach 2019-2023 (I kwartał), wyniósł 85%.

(akta kontroli str. 923-925)

W celu zwiększenia liczby KZNZ poprawnie wypełnionych przez świadczeniodawców i kierowanych do Wielkopolskiego Biura Rejestracji Nowotworów, kierowane były przez Szpital do podmiotów leczniczych pisma z przypomnieniem o obowiązku

⁷⁸ Zainstalowanego w Pile w Zakładzie Radioterapii.

⁷⁹ Dz. U z 2021 r. poz. 953, ze zm.

rejestracji nowotworów złośliwych w Polsce wraz ze skróconym opisem zasad wypełniania Kart. W ramach poprawnego wysyłania Kart, ww. Biuro prowadziło stronę internetową (www.wco.pl/wrn), która służyła m.in. do prezentowania aktualności dotyczących rejestracji nowotworów złośliwych, jak również szkolenia dla personelu medycznego z wielkopolskich jednostek ochrony zdrowia, które odpowiedzialne były za wypełnianie kart.

(akta kontroli str. 2107-2135)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital wyodrębnił w ewidencji księgowej konta m.in.: 130-1, 201-18 i 010-5-6 dla realizacji programów pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna” i „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”, w tym gromadzenia i wydatkowania środków publicznych oraz ewidencji środków trwałych zakupionych w ramach tych programów, nie prowadząc jednocześnie kont analitycznych odrębnie dla poszczególnych zadań realizowanych w ramach zawartych umów⁸⁰. Było to niezgodne z § 2 odpowiednio pkt 21 (umowa do zadania nr 1 i zadania nr 3) i pkt 19 (umowa do zadania nr 4), w których wskazano, że "Realizator jest zobowiązany do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy". Powyższy obowiązek został również zapisany w Polityce rachunkowości wprowadzonej Zarządzeniem wewnętrznym nr 59 Dyrektora Wielkopolskiego Centrum Onkologii z 5 października 2022 r. w załączniku nr 2 „Instrukcja prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej zadań realizowanych w ramach umów zawartych z Ministrem Zdrowia”.

(akta kontroli str. 1452, 1605, 1768, 1850, 2010-2033)

W wyjaśnieniach Główna Księgowa Szpitala podała, że *z uwagi na fakt, iż WCO otrzymuje dotacje z Ministerstwa Zdrowia sporadycznie, najczęściej raz lub dwa razy w roku i są to pojedyncze zakupy, księgowane są one sumarycznie na wyodrębnionym koncie 010-5-6 w sposób umożliwiający bezbłędne wskazanie każdej pozycji zakupionego sprzętu*. Powyższa argumentacja została również podana przez Zastępcę Dyrektora Szpitala ds. Ekonomicznych.

(akta kontroli str. 518-524, 2037-2060)

NIK podkreśla, że obowiązek prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach poszczególnych umów zawartych z Ministrem Zdrowia wynikał wprost z ich treści, jak również uregulowań wewnętrznych Szpitala, a wskazana w wyjaśnieniach argumentacja nie odnosiła się do tych regulacji.

2. Szpital w przekazywanych do Ministra Zdrowia zestawieniach dotyczących rozliczenia kosztów wynagrodzeń za IV kwartał 2021 r. i 2022 r. wykazywał wynagrodzenia pracowników Wielkopolskiego Biura Rejestracji Nowotworów, niezgodnie z zawartą z Ministrem Zdrowia umową⁸¹, dotyczącą *Wspomagania systemu rejestracji nowotworów* (zadanie nr 2). W Szczegółowym opisie sposobu realizacji zadań, zawartym w załączniku nr 1a do tej umowy, w punkcie 3 wskazano, że zatrudnienie w rejestrze odbywa się na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. Koszt dofinansowania realizacji zadania nie mógł przekroczyć w 2021 r. (miesięcznie) kwoty 5 000 zł na równoważnik jednego etatu. W przypadku zatrudnienia pracownika rejestru w oparciu o umowę cywilnoprawną, koszt wynagrodzenia nie mógł przekraczać kwoty 5 000 zł miesięcznie na osobę. Natomiast w załączniku nr 1 do aneksu nr 2 ww. umowy wskazano, że w 2022 r. w pozycji nr 3

⁸⁰ Umowa nr 1/6/8/2022/77/414 „Doposażenie zakładów radioterapii” zakup akceleratora, umowa nr 1/6/38/2021/77/1217 „Doposażenie zakładów radioterapii” zakup systemu planowania radioterapii oraz umowa nr 1/17/15/2021/77/22 „Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów”.

⁸¹ Umowa nr 1/17/15/2021/77/22 j zadania pn. „Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów” w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej”.

koszty wynagrodzenia mogły wynosić maksymalnie 5 700 zł miesięcznie na jeden równoważnik etatu.

W przekazanym do Ministerstwa Zdrowia rozliczeniu kosztów wynagrodzeń za okres 1 października – 31 grudnia 2021 r. w pozycji nr 3 wykazano wynagrodzenia pracownika (za każdy z trzech miesięcy) w wysokości 5 460,36 zł/miesięcznie. W przekazanym do Ministerstwa Zdrowia rozliczeniu kosztów wynagrodzeń za okres 1 października – 31 grudnia 2022 r. w wierszu nr 1, 2 i 5 wykazano wynagrodzenia pracowników za wszystkie trzy miesiące w wysokości powyżej kwoty określonej przez Ministra Zdrowia (w wierszu nr 1 odpowiednio: 6 321,95 zł, 6 321,95 zł, 6 321,95 zł, w wierszu nr 2 odpowiednio: 5 986,36 zł, 6 192,78 zł, 6 192,78 zł, w wierszu nr 5 odpowiednio: 6 321,95 zł, 6 321,95 zł).

(akta kontroli str. 1875, 1993, 1889, 1940)

Z przedłożonych wyjaśnień przez Główną Księgową oraz Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych wynika, że *pomimo przekroczenia wskazanych w umowie i w aneksie limitów wynagrodzeń pracowników Biura w IV kwartale 2021 i 2022 r. w ujęciu rocznym, w roku 2021 i 2022 średniomiesięczny koszt zatrudnienia nie został przekroczony*. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych dodała, że *jest to zgodne z metodologią weryfikacji rozliczeń stosowaną przez Ministerstwo Zdrowia. Przedmiotowe rozliczenia nie zostały zakwestionowane przez MZ a wnioskowane kwoty zostały zapłacone Szpitalowi*.

(akta kontroli str. wyj. 2061-2082, 2083-2084)

NIK wskazuje, że w przedmiotowej umowie jednoznacznie określono kwoty wynagrodzeń jakie maksymalnie miesięcznie mogą być wypłacane z dotacji Ministerstwa Zdrowia, pracownikom zatrudnionym w Biurze. Natomiast brak weryfikacji powyższych kwot przez Ministerstwo Zdrowia, nie zwalnia Szpitala z przestrzegania warunków zawartej umowy.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia działania Szpitala w związku z zawartymi umowami na zakup aparatury medycznej ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej” i „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”, w tym wykorzystanie tych środków na zakup sprzętu i terminowe rozliczanie. Przy dokonywaniu zakupów zastosowano prawidłowy tryb wyboru dostawców, a Szpital co do zasady prawidłowo realizował zadania określone umowami z Ministrem Zdrowia. Wykazane nieprawidłowości miały charakter formalny i nie miały negatywnego wpływu na prawidłowość realizacji poddanych analizie zadań w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej” oraz „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”.

IV. Uwagi i Wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie przeprowadzania wewnętrznych audytów klinicznych w zakresie stosowania medycznych procedur radiologicznych.
2. Wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających zapobieganie przekraczaniu czasu oczekiwania na rozpoczęcie diagnostyki onkologicznej (na poszczególnych etapach) oraz czasu jej realizacji.
3. Zwiększenie nadzoru nad prawidłowością prowadzenia harmonogramów przyjęć i list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Prowadzenie wyodrębnionych kont księgowych dla każdego sprzętu medycznego zakupionego w ramach umów z Ministrem Zdrowia.

5. Wypłacanie i rozliczanie wynagrodzeń pracowników Szpitala w wysokości zgodnej z postanowienia umowy z Ministrem Zdrowia.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania uwagi
i wniosków

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

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

Poznań, 16 października 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy
Agata Nowak
doradca ekonomiczny

Dyrektor
Karolina Wirszyc-Sitkowska
p.o. Dyrektor

/-/podpisano elektronicznie

/-/podpisano elektronicznie

Piotr Kręt
specjalista k.p.

/-/podpisano elektronicznie