



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO. 410.15.3.2023

Pan
Krzysztof Albiński
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala
Wielospecjalistycznego
im. dr. Jana Jonstona w Lesznie
ul. Jana Kiepur 45
64-100 Leszno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Jana Jonstona w Lesznie ¹ , ul. Jana Kiepury 45, 64-100 Leszno
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Albiński – Dyrektor Szpitala ² od 11 marca 2022 r. ³ , poprzednio – od 1 czerwca 2016 r. do 10 marca 2022 r. funkcję tę pełnił Tomasz Karmiński
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 (3 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 ⁴ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Marcin Kaczmarek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/100/2023 z 16 czerwca 2023 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Dalej: Szpital, WSW lub Podmiot Leczniczy.

² Dalej: Dyrektor.

³ W okresie od 11 marca 2022 r. do 30 listopada 2022 r. – pełniący obowiązki Dyrektora Szpitala.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

W latach 2019-2023 (do czasu zakończenia kontroli) sposób organizacji i udzielania przez Szpital objętych szczegółową analizą świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznych programów zdrowotnych odpowiadał, za wyjątkiem organizacji leczenia określonej postaci nowotworu, wymogom⁶ zawartym w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁷, z 22 listopada 2013 r. Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁸ oraz 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁹ i analizowanych umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dla realizacji tych zadań WSW dysponował niezbędnym sprzętem medycznym i zasobami kadrowymi, spełniając wymogi określone przez Ministra Zdrowia i niezbędne do zawarcia umów z NFZ. W Szpitalu opracowano i wdrożono procedury dotyczące standardów żywienia (w tym rodzajów diet), pacjenci mieli zapewnione żywienie zgodne z otrzymanymi zaleceniami. Spełniono warunki bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie przygotowania, przechowywania i podawania leków cytostatycznych, określonych 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. Szpital zapewniał pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej dostęp do badań patomorfologicznych oraz genetycznych. W okresie objętym kontrolą w WSW koordynowano udzielanie świadczeń zleczanych pacjentom na podstawie analizowanych kart DiLO, w ramach których pacjenci mieli m.in. możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej oraz wsparcia nadzorującego proces leczenia koordynatora. Świadczenia realizowano terminowo, z uwzględnieniem wskazań medycznych. W harmonogramach przyjęć prawidłowo określano kolejność dostępu do świadczeń medycznych, uwzględniając kolejność zgłoszeń oraz wskazania medyczne. NIK pozytywnie ocenia działania Szpitala związane z zakupem urządzeń do Poradni urologicznej ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej”.

W Szpitalu nie zapewniono oddziału o profilu dermatologia i wenerologia, wymaganego do udzielania¹¹ świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia pierwotnych skórnych postaci nowotworów złośliwych, a leczenie w tym zakresie (obejmujące jednostkowe przypadki) prowadzono na Oddziale chirurgii ogólnej. W WSW nierzetelnie dokumentowano przeprowadzenie przesiewowej oceny stanu odżywiania pacjentów, a w jednym przypadku taka ocena nie została przeprowadzona. Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości, niemające wpływu na prawidłowość leczenia onkologicznego, dotyczyły ponadto nieprzeprowadzania wymaganych wewnętrznych audytów klinicznych w zakresie medycznych procedur radiologicznych, braków w zakresie wprowadzanych do harmonogramów przyjęć pacjentów informacji i danych, jednostkowego przypadku nierzetelnego wypełnienia karty DiLO oraz zaniedbań w zakresie dokumentowania zaleceń dietetycznych. Nie zapewniono również prawidłowego wypełniania formularza karty zgłoszenia nowotworu złośliwego przesyłanych do Krajowego Rejestru Nowotworów oraz realizacji obowiązków

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

⁶ Szczegółowe wymagania wynikające z ww. rozporządzeń wymienione zostały w dalszej części wystąpienia.

⁷ Dz. U. z 2016 r., poz. 357, ze zm., Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

⁸ Rozporządzenie z 22 listopada 2013 r., Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm. Dalej: rozporządzenie LSZ.

⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 916, Dalej: rozporządzenie ws. programów.

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

¹¹ W ramach leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Dalej: karta DiLO.

informacyjnych wynikających z umowy na zakup sprzętu ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Od 21 czerwca 2023 r. Uchwałą Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z 29 maja 2023 r.¹² zmieniona została nazwa Szpitala z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Lesznie na Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Jana Jonstona¹³ oraz nadano nowy statut. Nadanie nowego statutu poza zmianą nazwy miało charakter porządkujący i doprecyzowujący dotychczasowe zapisy poprzedniego¹⁴.

(akta kontroli str. 3-29)

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala¹⁵ w strukturze WSW wyodrębniono dwa zakłady lecznicze realizujące zadania z zakresu usług zdrowotnych:

1. Szpital – realizujący zadania z zakresu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych¹⁶, w skład którego wchodziły 33 komórki organizacyjne, w tym np. Oddziały: chorób wewnętrznych, nefrologiczny, onkologiczny, anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologiczny, urologii i onkologii urologicznej, ginekologiczno – położniczy oraz Pracownia endoskopii i Pracownia radiologii zabiegowej.

2. Zespół ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych¹⁷ - realizujący zadania z zakresu AOS, w skład którego wchodziły m.in. następujące komórki organizacyjne:

– Poradnie: diabetologiczna, gastroenterologiczna, hematologiczna, ginekologiczno – położnicza, leczenia bólu, neonatologiczna, chirurgii ogólnej, urologiczna, psychologiczna, neurochirurgiczna oraz chorób wewnętrznych,

– Zakład diagnostyki laboratoryjnej: Pracownia serologiczna oraz Laboratoria analityczne i mikrobiologii,

– Zakład radiologii: Pracownia USG, Pracownia mammograficzna, Pracownia tomografii komputerowej, Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej oraz rezonansu magnetycznego,

– Zakład patomorfologii, w skład którego wchodziły Pracownie histopatologii i cytostatyki.

(akta kontroli str. 52-79, 258-307)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu realizowano następujące programy profilaktyczne związane z leczeniem onkologicznym: *Profilaktyki raka piersi* – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki oraz *Program badań przesiewowych raka jelita grubego*. Poza tym, Szpital w ramach *Centrum kompetencji raka jelita grubego* realizował *Kompleksową opiekę nad pacjentem z nowotworem jelita grubego*¹⁸, jak również programy lekowe¹⁹.

(akta kontroli str. 215-234)

¹² Nadany Uchwałą Sejmiku Województwa Wielkopolskiego Nr LIII/1054/23.

¹³ W uzasadnieniu uchwały wskazano, że propozycja zmiany nazwy jednostki uzasadniona była m.in. identyfikacją placówki jako wielospecjalistycznej, posiadającej bogate zaplecze diagnostyczne i lecznicze (Szpital posiada 16 oddziałów i udziela ponad 75 tys. świadczeń rocznie). Patron Szpitala podkreśla indywidualną tożsamość placówki poprzez nawiązanie do historii, nauki i kultury miasta, podkreślono że 2023 r. ustanowiono w Lesznie rokiem dr. Jana Jonstona. (obowiązującego od grudnia 2016 r.).

¹⁴ Jw. z 28 listopada 2016 r., Nr XXIV/691/16.

¹⁵ Aktualny wprowadzony został Zarządzeniem nr 32/2023 Dyrektora Szpitala z 22 czerwca 2023 r., wcześniej obowiązywał Regulamin Organizacyjny WSW wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora nr 24/2011 z 12 października 2011 r., ze zm.

¹⁶ Świadczenia szpitalne – dalej: LSZ.

¹⁷ Dalej AOS

¹⁸ Dalej KON-JG.

¹⁹ Obejmujące leczenie chorych na: – na raka płuca oraz międzybłoniaka płucnej, raka piersi, zaawansowanego raka przełyku i żołądka, niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca, zaawansowanego raka jelita grubego, z rakiem urotelialnym, z gruczolakorakiem trzustki, na przewlekłą białaczkę limfocytową oraz z chłoniakiem złośliwym.

Szczegółowym badaniem objęto spełnianie ogólnych warunków dla świadczeniodawcy realizującego diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne określonych przez Ministra Zdrowia w § 6a *rozporządzenia* AOS oraz w § 4a *rozporządzenia* LSZ. Poza tym analizie poddano spełnianie (wskazanych powyższymi regulacjami) warunków dla losowo dobranych do kontroli zakresach świadczeń ambulatoryjnych²⁰ oraz leczenia szpitalnego²¹.

Szpital w pełnym zakresie spełniał wynikające z *rozporządzenia* AOS²², ogólne warunki realizacji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakresie:

- opracowania procedury postępowania i organizacji udzielenia świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego;
- zapewnienia dostępu do realizacji diagnostyki onkologicznej laboratoryjnej, tomografii komputerowej, badań endoskopowych i rezonansu magnetycznego (w miejscu), oraz zlecał wykonanie badań w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej oraz medycyny nuklearnej.

(akta kontroli str. 598-630, 649-650)

W zakresie realizacji świadczenia AOS – onkologia, Szpital spełniał wymagania formalne w dotyczące²³:

- 1) personelu²⁴ – w poradni obowiązki świadczyło trzech lekarzy ze specjalizacją onkologia kliniczna;
- 2) sprzętu – dostępności aparatu ultrasonograficznego²⁵;
- 3) dostępności badań lub procedur medycznych – Szpital realizował w miejscu badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych²⁶, mammografii, RTG i dermatoskopii.

(akta kontroli str. 584-598, 657-667, 791-815)

WSW spełniał warunki²⁷ realizacji leczenia szpitalnego dotyczące:

- 1) opracowania procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń, zapewniającej wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego²⁸, w tym zapewnienia w zespole (w przypadku leczenia dorosłych), specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej i radioterapii,
- 2) zapewnienia w zespole prowadzącym leczenie osoby prowadzącej fizjoterapię i psychologa²⁹;
- 3) zapewnienia w lokalizacji oddziału o profilu onkologia kliniczna, oddziału o profilu zabiegowym – (w dyspozycji Szpitala Oddział ginekologiczno-położniczy) oraz zapewnienia (w miejscu) dostępu do świadczeń chemioterapii i radioterapii onkologicznej oraz medycyny nuklearnej³⁰, którą zlecano podwykonawcy.

Szpital nie zapewnił w lokalizacji oddziału o profilu dermatologia i wenerologia, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 584-597, 599-602, 612-630, 668-669, 687, 728, 763-772, 1476-1481)

²⁰ Onkologia – pakiet onkologiczny w poradni onkologicznej.

²¹ Onkologia kliniczna – pakiet onkologiczny w oddziale onkologicznym.

²² Wskazanych § 6a ust. 1 pkt 1 i 2.

²³ Wskazanych w załączniku nr 1 poz. 25 do rozporządzenia AOS.

²⁴ Personel – wymagany lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekologii onkologicznej, lub radioterapii, lub radioterapii onkologicznej, lub chemioterapii nowotworów albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekologii onkologicznej, lub radioterapii onkologicznej.

²⁵ Dalej: USG. Wymagany w lokalizacji.

²⁶ Wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

²⁷ Zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia LSZ.

²⁸ Powołany Zarządzeniem Dyrektora nr 59/2014

²⁹ Zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 3 lit. a i b rozporządzenia LSZ.

³⁰ Zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 4 lit. b, c i d i pkt 4 lit. a i b. ww. aktu prawnego.

W zakresie realizacji świadczenia LSZ – onkologia, Szpital spełniał formalne warunki³¹ w zakresie:

- 1) personel w tym: w ramach pięciu pełnych etatów: trzech lekarzy o specjalizacji onkologia kliniczna³² oraz specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej oraz lekarz medycyny ogólnej, 14 pielęgniarek (13,5 etatów w tym 7,5 etatów specjalistycznych – pielęgniarstwa onkologicznego i zachowawczego)³³ oraz pozostały personel – psycholog³⁴;
- 2) zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia³⁵, Dyrektor podkreślił, że *na Oddziale onkologicznym nie jest ona łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym*;
- 3) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, tj. kardiomonitor (w miejscu udzielania świadczeń) oraz aparat USG³⁶ (w lokalizacji);
- 4) zapewnienia realizacji badań takich jak:
 - w lokalizacji biopsja pod kontrolą USG oraz endoskopowych;
 - dostęp do badań: mammograficznych i patomorfologicznych (w miejscu) oraz cytofluorometrycznych, cytogenetycznych i wirusologicznych (zleczanych na podstawie zawartych umów);
- 5) zapewnienia w miejscu udzielania świadczeń gabinetu diagnostyczno-zabiegowego oraz pracowni endoskopii w lokalizacji.

(akta kontroli str.584-597,649-659, 668-672, 679-773, 685-690, 810-820, 825-918)

Od początku czerwca 2021 r. (po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku przez NFZ Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu - 21 maja 2021 r.)³⁷ Szpital rozszerzył działalność o *Kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem jelita grubego*³⁸. Szpital spełniał wskazane w rozporządzeniu LSZ³⁹ warunki w zakresie:

- 1) wymagań formalnych dotyczących posiadania w lokalizacji komórek organizacyjnych takich jak np.: Pracowni diagnostyki obrazowej, Zakładu patomorfologii, Pracowni endoskopii, Bloku operacyjnego czy Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Poza tym zapewniał (w lokalizacji) poradnię, w której była realizowana opieka stomijna (Poradnia onkologiczna i Poradnia chirurgiczna), Poradnię gastroenterologii, rezonans magnetyczny oraz zapewniał dostęp (na mocy zawartych umów z podmiotami trzecimi) do radioterapii, brachyterapii, medycyny nuklearnej, pozytonowej tomografii emisyjnej, diagnostyki genetycznej i molekularnej⁴⁰.
- 2) personelu w zakresie obowiązku posiadania:
 - co najmniej dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie patomorfologii z udokumentowanym doświadczeniem obejmującym postawienie w ostatnim roku kalendarzowym co najmniej 30 rozpoznań (z materiału pooperacyjnego) pierwotnego nowotworu jelita grubego przez jednego lekarza patomorfologa - potwierdzonym przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie patomorfologii. W Szpitalu w zakładzie patomorfologii świadczeń udzielało dwóch specjalistów w dziedzinie patomorfologii w tym jeden z potwierdzonymi kwalifikacjami, o których mowa powyżej.

³¹ Wskazanych w załączniku nr 3 - poz. 33 do rozporządzenia LSZ.

³² Wymagany równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów.

³³ Spełniony równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko (na oddziale 22 łóżka), w tym równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego.

³⁴ Wymagany na pół etatu.

³⁵ Może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym.

³⁶ Z opcją kolorowego Dopplera.

³⁷ W następnych latach przedmiotowe wnioski Szpitala również rozpatrywano pozytywnie 9 grudnia 2021 r. oraz 8 grudnia 2022 r.

³⁸ Na mocy Aneksu nr /NZ_KON-JG/2021 do umowy nr 1500003556/03/8/0037/0/17/21 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z 24 czerwca 2021 r. Dalej: KON-JG.

³⁹ Warunki realizacji świadczenia wykazane są w pkt 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia.

⁴⁰ Umowy z placówkami medycznymi w Poznaniu oraz w Krakowie.

– co najmniej trzech lekarzy specjalistów onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów z udokumentowanym doświadczeniem w leczeniu przeciwciałami monoklonalnymi przeciwko EGFR i VEGF oraz leczeniu skojarzonym (radiochemioterapia) – potwierdzonym przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej. W WSW świadczeń udzielało trzech specjalistów – onkologów klinicznych z potwierdzonymi przez wyżej wskazanego konsultanta kwalifikacjami.

3) realizowanego zakresu świadczeń⁴¹ - w miejscu m.in. kolonoskopia, diagnostyka patomorfologiczna, badania laboratoryjne / biochemiczne, leczenie zabiegowe, leczenie żywieniowe (dojelitowe i pozajelitowe), leczenie systemowe poprzez stosowanie chemioterapii i immunoterapii (na Oddziale onkologicznym), leków ukierunkowanych molekularnie w ramach programów lekowych⁴² oraz w dostępie badań obrazowych radioizotopowych (PET) oraz radioterapii.

(akta kontroli str.258-307, 1271-1282, 1472-1512, 1587-1654, 1872-1908)

4) organizacji udzielania świadczeń KON-JG, Szpital spełniał następujące warunki:

- powołano wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny⁴³ z zastrzeżeniem udziału w nim lekarza specjalisty radioterapii oraz koordynatorów organizacyjnych,
- celem zapewnienia dostępu do realizacji świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z rakiem jelita grubego nawiązano współpracę z Wielkopolskim oraz Dolnośląskim Centrum Onkologii⁴⁴,
- wdrożono procedury postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia raka jelita grubego we wszystkich stadiach zaawansowania⁴⁵,
- współpracowano z ośrodkami realizującymi zabiegi chirurgii wątroby, chirurgii klatki piersiowej chirurgii cytoredukcyjnej z HIPEC oraz neurochirurgii⁴⁶,
- realizowano program przesiewowy raka jelita grubego,
- przeprowadzono (18 maja 2022 r.) szkolenie dla personelu realizującego przedmiotowe świadczenie⁴⁷.

5) pozostałych wymagań rozporządzenia LSZ, w tym m.in:

- realizacji w ostatnim roku co najmniej 75 zabiegów usunięcia pierwotnego nowotworu jelita grubego⁴⁸: w Szpitalu w 2022 r. wykonano 126 takich zabiegów,
- realizacji w ostatnim roku kalendarzowym co najmniej 200 kolonoskopii, w tym co najmniej 20 zabiegów polipektomii endoskopowej; w Szpitalu wykonano w 2022 r. 3 077 kolonoskopii diagnostycznej oraz 34 endoskopowe wycięcia polipa jelita grubego,
- dysponowania Pracownią endoskopii z pełnym zakresem procedur zabiegowych oraz Oddziałem chirurgii ogólnej z możliwością stosowania technik laparoskopowych lub transrektalnych,
- zapewnienia realizacji predykcyjnych badań genetycznych i molekularnych oraz badań immunohistochemicznych⁴⁹.

(akta kontroli str. 1472-1481, 1513, 1630-1641, 1655-1702, 1764-1780 1872-1925)

⁴¹ O którym mowa w lp. 57 załącznika nr 4 do rozporządzenia LSZ – Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego.

⁴² W ramach programu lekowego – Leczenie chorych na zaawansowanego raka jelita grubego stosowane są leki c., a., p. oraz t. w skojarzeniu z t.

⁴³ Zgodnie z wymaganiami określonymi w § 4a ust. 1a pkt 1 lit. b rozporządzenia LSZ.

⁴⁴ Odpowiednio Umowa nr 15/IN/DEŚM/2014 o świadczenie usług medycznych z 3 grudnia 2014 r. oraz Porozumienie o współpracy nr 136/DP/202 z 1 czerwca 2021 r.

⁴⁵ Procedura operacyjna OP/CHIR/20 z 2 kwietnia 2021 r.

⁴⁶ Z Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym im Ludwika Perzyny w Kaliszu, Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Poznaniu oraz Dolnośląskim Centrum Onkologii w Wrocławiu.

⁴⁷ W zakresie profilaktyki raka jelita grubego oraz zastosowania technik minimalnie inwazyjnych w leczeniu chorób nowotworowych jelita grubego.

⁴⁸ Kolektomia, hemikolektomia i sigmoidektomia.

⁴⁹ Umowa nr 01/06/OD/2016 z 29 czerwca 2016 r z O. na wykonywanie badań molekularnych i cytogenetycznych oraz umowa na świadczenie usług medycznych w zakresie badań laboratoryjnych z 3 stycznia 2022 r. z A.

Szpital spełniał kryteria wskazane w *rozporządzeniu ws. programów* w zakresie dotyczącym realizacji programów profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki⁵⁰ dotyczące:

- 1) personelu – dwóch lekarzy specjalistów radiologii⁵¹ oraz technik elektroradiolog – w Szpitalu obowiązki świadczyło⁵² trzech lekarzy o tej specjalizacji oraz technik z udokumentowanym szkoleniem przeprowadzania kontroli jakości badań mammograficznych,
- 2) zapewnienia otrzymania pozytywnych wyników kontroli jakości badań mammograficznych przeprowadzanych rokrocznie⁵³ oraz pozytywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, przeprowadzanych nie rzadziej niż raz na dwa lata⁵⁴,
- 3) sprzętu – mammografu do badań przesiewowych obu piersi⁵⁵, aparatu USG⁵⁶ oraz sprzętów do wykonywania biopsji cienkoigłowej i gruboigłowej – w dyspozycji Zakładu radiologii WSW,
- 4) innych wymagań, tj. dostępu do badań histopatologicznych, które w Szpitalu przeprowadzano w Pracowni histopatologii w Zakładzie patomorfologii.

(akta kontroli str. 1271-1280, 1283-1360, 1764-1775)

Od listopada 2022 r. Szpital przystąpił do realizacji *Profilaktycznego programu badań przesiewowych raka jelita grubego*⁵⁷. Spełnione zostały wskazane w *rozporządzeniu ws. programów*⁵⁸ warunki jego realizacji w zakresie:

- 1) personelu – w Szpitalu poza dwoma lekarzami (wymagany jeden) ze specjalizacją w dziedzinie gastroenterologii oraz pielęgniarką z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa⁵⁹, świadczeń w ramach programu udzielało także dwóch specjalistów: chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych. Szpital z uwagi na realizację kolonoskopii w znieczuleniu ogólnym zapewniał także niezbędny personel dodatkowy, tj. lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarkę z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii,
- 2) realizacji świadczeń medycznych w Pracowni endoskopii z wykorzystaniem trzech gabinetów badań endoskopowych (wymagany jeden), niezbędnego sprzętu, tj.: dwóch wymaganych kolonoskopów (w dyspozycji pracowni pozostawało siedem), stanowiska do automatycznego mycia i dezynfekcji endoskopów, myjki ultradźwiękowej oraz diatermii. Poza tym pracownia dysponowała⁶⁰ stanowiskiem do znieczulenia ogólnego⁶¹ oraz dwoma salami wybudzeń (przy jednej wymaganej)⁶².

(akta kontroli str. 1271-1280, 1361-1429, 1445-1471, 1764-1775)

2. W Szpitalu funkcjonowała pracownia leku cytostatycznego – w ramach zabezpieczonego przed dostępem dla osób trzecich kompleksu pomieszczeń Apteki Szpitalnej, do której podstawowych zadań należało m.in. wykonywanie leków

⁵⁰ Wskazanych w załączniku do ww. rozporządzenia Lp.3 pkt 1 (etap podstawowy).

⁵¹ Jeden wymagany w przypadku etapu podstawowego.

⁵² Wg stanu na koniec marca 2023 r.

⁵³ Oceny z 28 października 2019 r., 14 listopada 2020 r., 29 września 2021 r. 23 sierpnia 2022 r. – stwierdziła poprawność wykonywanych badań w ramach programu.

⁵⁴ Pozytywny wynik audytu klinicznego uzyskane 16 grudnia 2019 r. i 2021 r.

⁵⁵ Sprzęt z aktualnym, udokumentowanym przeglądem technicznym przeprowadzanym rokrocznie.

⁵⁶ Z drukarką i głowicą liniową, szerokopasmową wieloczęstotliwościową o wysokiej rozdzielczości liniowej i skali szarości pracującą w przedziale co najmniej 2-10 MHz. Sprawność urządzenia potwierdzana corocznymi, udokumentowanymi przeglądami technicznymi.

⁵⁷ Wykonania badania przesiewowego polegającego na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina.

⁵⁸ Załączniku do rozporządzenia ws. programów – Lp. 8.

⁵⁹ Oraz kursem w dziedzinie endoskopii.

⁶⁰ Niezbędna przy wykonywaniu badania w znieczuleniu ogólnym.

⁶¹ Stanowisko do znieczulenia ogólnego wyposażone w: źródło tlenu, zasilanie elektryczne z systemem awaryjny, monitor wielofunkcyjny, Ssak, defibrylator, laryngoskop z wymiennymi łopatkami, rurki dotchawicze, worek samorozprężalny typu Ambu z kompletem masek twarзовych i rezerwuarem do prowadzenia sztucznej wentylacji podczas zabiegów ratowniczych, maski tlenowe jednorazowe oraz maskę do gastroskopii.

⁶² Wyposażona w źródło tlenu i pulsoksymetr zgodnie z warunkami rozporządzenia.

w dawkach dziennych w pracowniach apteki, zaopatrywanie jednostek Szpitala w niezbędne produkty lecznicze i medyczne oraz nadzór nad ich bezpieczeństwem.

Warunki przygotowania leków cytostatycznych w Szpitalu, wskazane § 2 oraz § 3 ust. 2-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 czerwca 1996 r. *w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej*, były spełnione, tj.:

- 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 jak i odwiedzających⁶³;

- pomieszczenie do przygotowywania leków cytostatycznych (stanowiące jedno z kilku pomieszczeń pracowni o najwyższej klasie bezpieczeństwa – „B”) wyposażone było w komorę laminarną wykorzystywaną do przygotowywania tych leków⁶⁴. Urządzenie posiadało ważny przegląd techniczny oraz komplet filtrów HEPA⁶⁵ wymienianych zgodnie z zaleceniami producenta oraz aktualny przegląd walidacyjny⁶⁶ potwierdzający sprawność komory.

(akta kontroli str. 144, 204-213)

3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu posiłki dla pacjentów przygotowano we własnym zakresie. Czynności związane z żywieniem chorych (w tym przygotowywanie posiłków) należały do Działu Żywienia. W procesy związane z żywieniem w WSW zaangażowany był dietetyk, któremu w zakresie obowiązków przypisano m.in. sporządzanie jadłospisu dla diety podstawowej i diet indywidualnych, opracowywanie receptur nowych potraw oraz kontrola wartości energetycznej i odżywczej posiłków.

W Szpitalu, zgodnie z opracowaną procedurą⁶⁷, obowiązywały następujące diety stosowane w żywieniu pacjentów: podstawowa, łatwostrawna (w tym również o zmodyfikowanej konsystencji), ubogoenergetyczna, o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych, bogatobiałkowa, z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów; łatwostrawna niskobiałkowa oraz diety indywidualne stosowane na zlecenie lekarza (np. w alergiach) lub z uwagi na przekonania pacjentów (np. bez wieprzowiny, bez dodatku krwi). Do każdej z nich określono charakterystykę diety, uwagi technologiczne jej dotyczące, produkty dla niej dozwolone i przeciwwskazane oraz przykładowy jadłospis.

(akta kontroli str. 42-51 966-1050)

Celem określenia standardów w zakresie leczenia żywieniowego w tym wskazań i przeciwwskazań do takiej formy żywienia w Szpitalu od sierpnia 2019 r. obowiązywała procedura w zakresie terapii żywieniowej⁶⁸. Poza tym w zakresie żywienia obowiązywały procedury dotyczące diet leczniczych⁶⁹, przygotowywania⁷⁰ oraz przechowywania posiłków przynoszonych pacjentom⁷¹.

⁶³ § 3 ust. 2 i 3 przywołanego rozporządzenia.

⁶⁴ Zgodnie z § 3 ust 1 przywołanego rozporządzenia.

⁶⁵ Stosowany w urządzeniu filtr HEPA (z ang. wysokosprawny filtr zanieczyszczeń stałych powietrza – high efficiency particulate air filter).

⁶⁶ Udokumentowany w Książce napraw i konserwacji sprzętu medycznego – przegląd z 23 listopada 2022 r., ważny przez rok.

⁶⁷ Procedura Systemu Zarządzania Jakością QP-OD1.1 – Diety lecznicze stosowane w żywieniu pacjentów z 12 sierpnia 2019 r.

⁶⁸ Procedura systemu zarządzania jakością ZP-OD 1 – Terapia żywieniowa.

⁶⁹ Procedura systemu zarządzania jakością QP-OD1.1 – Diety lecznicze stosowane w żywieniu pacjentów w WSZ w Lesznie z 12 sierpnia 2019 r.

⁷⁰ Procedura systemu zarządzania jakością QP-OD 3 – Wydawanie posiłków dla pacjentów w WSZ w Lesznie z 2 grudnia 2019 r.

⁷¹ Zasady przechowywania produktów żywnościowych pacjentów w oddziałach szpitalnych z 10 stycznia 2020 r.

W grudniu 2019 r. wdrożono w Szpitalu System HACCP⁷² obejmujący zagadnienia związane z dobrą praktyką produkcyjną GMP⁷³ oraz dobrą praktyką higieniczną GHP⁷⁴. Zgodnie z procedurą za monitorowanie systemu odpowiedzialny był Pełnomocnik ds. HACCP, za całościowy nadzór nad nim – Kierownik Działu żywienia, który wyjaśnił że ww. system był na bieżąco monitorowany, poprzez cykliczne kontrole sanitarne⁷⁵ Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Lesznie, które potwierdzają jego funkcjonalność i adekwatność do potrzeb Szpitala.

(akta kontroli str. 966-1050, 1071-1124 1220)

W dokumentacji pacjentów hospitalizowanych powyżej siedmiu dni⁷⁶ odnotowano, że do grupy ryzyka wystąpienie niedożywienia został zakwalifikowany jeden pacjent, który został objęty dodatkowymi badaniami; wynikającymi z powyżej przytoczonych standardów. W odniesieniu do dokumentacji 17 z 20 zbadanych, informacje o zaleceniach dietetycznych oraz ich codziennej realizacji zawierano w Indywidualnej Karcie Zaleceń Lekarskich⁷⁷. W dwóch przypadkach dokumentacja nie zawierała informacji dotyczącej zaleceń dietetycznych przypisanych pacjentowi, a w jednym przypadku zalecenia te nie obejmowały całego pobytu w szpitalu, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 308-318, 1781-1816)

W przypadku dziesięciu z 20 analizowanych dokumentacji stwierdzono, że nie zawierały one potwierdzenia dokonania przesiewowej oceny stanu odżywiania, natomiast w przypadku jednego pacjenta takiej oceny nie dokonano, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 308-318, 1781-1816)

4. Szpital posiadając w strukturze (wpisany na Listę Laboratoriów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych), Zakład Patomorfologii – z Pracownią histopatologii i cytodiagnostyki – w miejscu zapewniał pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej badania patomorfologiczne oraz badania materiału biologicznego, a dostęp do badań molekularnych⁷⁸ oraz badań genetycznych⁷⁹ zapewniono poprzez zlecenie ich podmiotom trzecim.

(akta kontroli str. 966-970, 1051-1067)

Liczba pacjentów diagnozowanych i leczonych w Szpitalu oraz liczba badań patomorfologicznych i badań genetycznych wykonywanych w kontrolowanej jednostce dla wybranych typów nowotworów⁸⁰ kształtowała się następująco⁸¹:

1) w 2019 r. dla 1137 pacjentów przeprowadzono następującą liczbę badań:

⁷² 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.

⁷³ Z ang. Good Manufacturing Practice (dobra praktyka produkcyjna).

⁷⁴ Z ang. Good Hygienic Practice (dobra praktyka higieniczna).

⁷⁵ Protokoły kontroli sanitarnej z 26 kwietnia 2019 r., 29 grudnia 2022 r. oraz 26 maja 2023 r.

⁷⁶ Analizę, w zakresie standardu żywienia oraz regulacji wskazanych w § 6 ust. 1 rozporządzenia LSZ, objęto 20 pacjentów hospitalizowanych na dwóch oddziałach szpitalnych prowadzących leczenie pacjentów onkologicznych (chirurgicznym i onkologicznym), o najdłuższym przeciętnym czasie hospitalizacji.

⁷⁷ Dalej: IKZL.

⁷⁸ Na podstawie umowy nr 01/06/OD/2016 z 29 czerwca 2016 r. w przedmiocie wykonania badań molekularnych i cytogenetycznych zawartej na czas nieokreślony.

⁷⁹ Na podstawie umowy z 29 maja 2012 r. w przedmiocie wykonywania badań genetycznych oraz ich opisu w formie wyniku badania genetycznego.

⁸⁰ Rak piersi, czerniak, rak płuca, rak jelita grubego, rak jajnika, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy, rak żołądka, szpiczak plazmocytowy, chłoniak, mięsaki tkanek miękkich i kości, nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego (GIST), Nowotwory układu moczowego (rak pęcherza moczowego, rak prostaty, rak nerki).

⁸¹ Szpital nie gromadził informacji o liczbie wykonywanych u podwykonawców następujących badań:

- immunohistochemicznych,
- cytogenetycznych – hematologia,
- cytogenetycznych – FISH guzy lite,
- metodami biologii molekularnej (PCR),
- sekwencjonowanie następnej generacji (NGS).

- badanie histopatologiczne (łącznie z cytoblok) – 1425,
- badanie śródoperacyjne – 23,
- badanie cytologiczne 141 (w tym cytologia ginekologiczna 96),

2) w 2020 r. dla 1072 pacjentów – odpowiednio: 1374, 33, 102 (w tym cytologia ginekologiczna 62),

3) w 2021 r. dla 1097 – 1388, 19, 103 (w tym cytologia ginekologiczna 80),

4) w 2022 r. dla 933 – 1163, 20, 94 (w tym cytologia ginekologiczna 71),

5) w 2023 r. (I kwartał) dla 227 – 297, 10, 49 (w tym cytologia ginekologiczna 23).

W poszczególnych latach najwięcej przeprowadzono badań histopatologicznych (łącznie z cytoblok) dla pacjentów z diagnozą nowotworu układu moczowego: 723 badania dla 600 pacjentów w 2019 r., 794 dla 638 świadczeniobiorców w 2020 r., 835 świadczenia dla 655 pacjentów w 2021 r., 742 dla 603 w 2022 r. oraz 169 badania dla 131 pacjentów w I kwartale 2023 r.

(akta kontroli str. 1233-1240, 1749-1758)

5. W zakresie leczenia i diagnostyki onkologicznej w Szpitalu opracowano 23 procedury radiologiczne, o których mowa w art. 33f ustawy z 29 listopada 2000 r. – *Prawo atomowe*⁸². Szczegółowe badanie pięciu procedur: *Fluoroscopia, pasaż jelitowy; Radiografia, urolografia; Radiografia, cystografia; TK, jama brzuszna i miednica mniejsza, bez i z wzmocnieniem kontrastowym, wielofazowe; TK, klatka piersiowa – wysoka rozdzielczość*, wykazało że procedury zostały opracowane na podstawie obowiązujących procedur wzorcowych, wydanych na mocy art. 33g ust. 7 ustawy *Prawo atomowe*⁸³.

(akta kontroli str. 319-354 1833-1838)

W okresie objętym kontrolą procedury radiologiczne Szpitala nie były przedmiotem audytu zewnętrznego, kontrolą pod kątem ich poprawności i aktualności. Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni dokonali w powyższym okresie sześć kontroli w zakresie oceny stanu technicznego urządzeń radiologicznych używanych do diagnostyki i terapii oraz poziomu ochrony radiologicznej pacjentów. Pomimo niestwierdzenia w powyższym zakresie nieprawidłowości – w trakcie ostatniej kontroli (z 22 lutego 2023 r.), wystosowano doraźne zalecenia dotyczące weryfikacji niejednorodnie wskazanego w testach numeru seryjnego jednego ze sprzętów (aparatu rtg) oraz powinności wykończenia ścian pomieszczenia opisowego ciemną niepołyskliwą powłoką. Dyrektor wyjaśnił, że zgodnie z zaleceniami ściany pomieszczenia pomalowano odpowiednią farbą oraz zwrócono się do firmy o korektę nieprawidłowo zapisanego numeru w sprawozdaniu z testów urządzenia, które zostało właściwe przez wykonawcę zweryfikowane⁸⁴.

(akta kontroli str. 966-970, 1833-1844)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie przeprowadzano audytu klinicznego wewnętrznego, o którym mowa w art. 33u ust. 1 pkt 1 oraz art. 33v ustawy *Prawo atomowe*, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 966-970)

6. W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, do bazy Krajowego Rejestru Nowotworów⁸⁵ wprowadzono 3287 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego – MZ/N-1a⁸⁶: 456 w 2019 r., 442 w 2020 r., 722 w 2021 r., 801 w 2022 r., oraz 866 w 2023 r.⁸⁷, dla których odsetek potwierdzeń histopatologicznych wyniósł odpowiednio: 95% w 2019 r., w 2020 r. i 2022 r., poprzez 96% w I kwartale 2023 r., do 97% 2021 r. Z wszystkich

⁸² Dz. U z 2023 r. poz. 1173, ze zm.

⁸³ W brzmieniu sprzed 23 września 2019 r.

⁸⁴ Aneks do sprawozdania nr 2209136R13/17 z lipca 2023 r. – sprostowanie błędu.

⁸⁵ Dalej: KRN.

⁸⁶ Dalej: karta zgłoszenia.

⁸⁷ Stan na dzień 3 września 2023 r.

przesłanych przez WSW kart zgłoszenia trzy zostały anulowane, żadna nie posiadała statusu „do korekty”. Odsetek kart z poprawnie zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu⁸⁸ wyniósł: 65% w 2019 r., 76% w 2020 r., 80% w 2021 r., 88% w 2022 r. oraz 85% w 2023 r.⁸⁹

(akta kontroli str. 355-383)

Szczegółowym badaniem pod kątem poprawności kart zgłoszenia wypełnienia – zgodnie z instrukcją określoną w załączniku nr 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów⁹⁰ z 14 marca 2017 r. – objęto 20 kart zgłoszenia⁹¹ przesłanych do KRN. Wszystkie zawierały dane, takie jak: dane personalne pacjenta, rozpoznanie kliniczne i histopatologiczne wraz z datą wyniku, datą wypełnienia karty oraz nr prawa wykonywania zawodu lekarza. W żadnej karcie zgłoszenia nie wykazano danych w sposób prawidłowy w odniesieniu do instrukcji ich wypełniania, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 355-383. 1260-1266, 1781-1816, 1927, 1934)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie przeprowadzono audytu klinicznego wewnętrznego, o którym mowa w art. 33u ust. 1 pkt 1 i art. 33v ustawy *Prawo atomowe*. Przepisy te stanowią, że jednostki ochrony zdrowia stosujące medyczne procedury radiologiczne podlegają audytowi klinicznemu wewnętrznemu, który powinien być przeprowadzany nie rzadziej niż raz na rok.

Dyrektor wyjaśnił, że *audyty kliniczne nie zostały przeprowadzone ponieważ wcześniejsze ich wykonywanie nie było możliwe ze względu na brak odpowiednich regulacji prawnych*⁹². Dodał, że *audyt kliniczny wewnętrzny zaplanowano na IV kwartał 2023 r.*

NIK nie podziela stanowiska Dyrektora Szpitala. Obowiązek przeprowadzania audytów klinicznych wynika z ww. przepisu. W art. 13 ustawy o zmianie ustawy *Prawo atomowe* z 13 czerwca 2019 r.⁹³ wskazano jakie elementy powinny zawierać raporty z audytu klinicznego do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 33x ustawy *Prawo atomowe*.

(akta kontroli str. 966-970)

2. Szpital nie posiadał w strukturze oddziału o profilu dermatologia i wenerologia. Zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 4 lit. c tiret drugie *rozporządzenia LSZ* w przypadkach leczenia pierwotnych skórnych postaci nowotworów złośliwych świadczeniodawca powinien zapewnić w lokalizacji ww. oddział.

Dyrektor wyjaśnił, że *Szpital nie dysponuje oddziałami o ww. profilach, a pacjenci chorujący na ten typ nowotworu są w Szpitalu leczenia na Oddziale (zabiegowym)*

⁸⁸ Poprawnie wpisany kod zaawansowania TNM (poz. 32 karty) lub inna klasyfikacja stopnia zaawansowania nowotworu (poz. 33) oraz podany stopień i stadium zaawansowania (poz. 34 i 35 karty).

⁸⁹ Wg stanu na dzień 3 września 2023 r.

⁹⁰ W sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 wskazane poniżej pola Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego – Dz. U. z 2017 r. poz. 837. Dalej: rozporządzenie ws. wzorów formularzy.

⁹¹ (...) Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawa 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.

⁹² Tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych oraz wzorów raportów z ich przeprowadzania - Dz. U. z 2022 r. poz. 2683.

⁹³ Ustawa z 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy *Prawo atomowe* oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej, Dz. U. z 2019 poz. 1593, ze zm.

chirurgicznym. W I kwartale 2023 r. na tym oddziale, w tym zakresie zrealizowano cztery świadczenia dla czterech pacjentów.

(akta kontroli str. 587-597, 1854)

3. W dokumentacji dziesięciu⁹⁴ (z 20 badanych) pacjentów nie odnotowano dokonania przesiewowej oceny stanu odżywiania. Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia LSZ udzielając świadczeń (w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej) Szpital powinien poddać wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia⁹⁵ przesiewowej ocenie stanu odżywiania (SGA lub NRS 2002), zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego. Natomiast według tych Standardów⁹⁶, u każdego pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala należy dokonać przesiewowej oceny stanu odżywienia, a dokument oceniający stan odżywienia musi znaleźć się w każdej historii choroby.

Ponadto, działanie takie naruszało § 4 pkt. 1 rozporządzenia MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹⁷, 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.

Dyrektor wyjaśnił, że poza jednym przypadkiem (opisanym w nieprawidłowości nr 4) pacjenci byli przebadani pod kątem ewentualnych cech zaburzeń odżywiania, natomiast brak spełnienia obowiązku wypełnienia kart przesiewowych oceny stanu odżywiania spowodowany był przeoczeniem.

(akta kontroli str. 308-318, 1781-1816)

4. W przypadku jednego pacjenta przebywającego w Szpitalu w maju 2020 r.⁹⁸ nie została dokonana przesiewowa ocena stanu odżywiania – co było niezgodne z § 6 ust. 1 rozporządzenia LSZ. Ponadto zgodnie ze Standardami żywienia, u każdego pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala należy dokonać przesiewowej oceny stanu odżywienia, a dokument oceniający stan odżywienia musi znaleźć się w każdej historii choroby.

Dyrektor wyjaśnił, że wynikało z niedopatrzenia lekarza podczas przyjęcia pacjenta.

(akta kontroli str. 316-318, 1785, 1790, 1811)

5. W dokumentacji dwóch pacjentów⁹⁹ nie odnotowano informacji o zaleceniach dietetycznych przypisanych świadczeniobiorcy, a w jednym przypadku zalecenia te nie obejmowały całego pobytu¹⁰⁰. Tym samym w dokumentacji nie odnotowano zaleceń będących podstawą stosowanego żywienia w trakcie pobytu, co było działaniem nierzetelnym. Nieodnotowywanie zaleceń żywieniowych w dokumentacji pacjenta potencjalnie mogło stwarzać ryzyko niedostosowania diety do potrzeb świadczeniobiorcy. Tym bardziej, że w dokumentacji pozostałych pacjentów (18 osób) dane takie były ujmowane w IKZL.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że codzienne zalecenia dietetyczne przekazywane były do działu żywienia w postaci kart zamówień dietetycznych oraz powinny być odnotowywane w zaleceniach lekarskich. Ich brak wynikał z braku staranności lekarza

⁹⁴ (...) jak w przypisie nr 91.

⁹⁵ Z wyjątkiem szpitalnego oddziału ratunkowego.

⁹⁶ Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, Scientifica 2019. Strona 21-22.

⁹⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

⁹⁸ (...) jak w przypisie nr 91.

⁹⁹ Z 20 poddanych analizie.

¹⁰⁰ Pobyt w szpitalu od 4 stycznia do 9 lutego 2023 r. – brak zaleceń żywieniowych od 4 stycznia do 11 stycznia oraz od 27 stycznia do końca pobytu.

prowadzącego, który zapomniał dokonać tych czynności. Dodał, że ww. karty zamówień nie podlegają przechowywaniu i archiwizacji.

(akta kontroli str. 308-318, 1781-1816)

6. W Szpitalu nierzetelnie i niezgodnie z instrukcją określoną w rozporządzeniu ws. wzorów formularzy wypełniono 20 Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, co polegało na:

- 1) niewypełnieniu w sześciu¹⁰¹ kartach – pola 28, w którym należało zaznaczyć, czy rozpoznany nowotwór jest pierwszym nowotworem, czy jest to kolejny różny histologicznie nowotwór,
- 2) niewskazaniu, w polu 28, daty stwierdzonego przerzutu w jednej karcie¹⁰²;
- 3) nieokreśleniu w dziewięciu kartach¹⁰³, w polu 34, stopnia zaawansowania według klasyfikacji TNM wersja 7,
- 3) niepodaniu w trzech kartach¹⁰⁴, w polu 38, daty przy metodzie leczenia,
- 4) niewypełnieniu w trzech kartach¹⁰⁵, pola 40 – rodzaj leczenia.

Dyrektor wyjaśnił, że powyżej wykazane braki wynikały z niedopatrzenia – błędów lekarzy wypełniających karty.

5) zaznaczeniu we wszystkich 20 badanych kartach – w polu 35 – każdego stadium zaawansowania choroby: in situ¹⁰⁶, miejscowe¹⁰⁷, regionalne (przerzuty reg.)¹⁰⁸, uogólnione (przerzuty odległe)¹⁰⁹.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego jest uzupełniana w szpitalnym systemie informatycznym Eskulap i za pośrednictwem tego systemu przesyłana do KRN. Funkcjonalność systemu jest tak zaprojektowana, że w przypadku niezaznaczenia przez lekarza wybranego stadium zaawansowania automatycznie zaznaczane są wszystkie przypisane do pozycji 35 opcje. Podkreślił, że błędnie wypełnione karty są odsyłane przez KRN do skorygowania, jednak nie dotyczyło to tych wszystkich przypadków z zaznaczonymi wszystkimi opcjami stadium zaawansowania.

(akta kontroli str. 355-383. 1260-1266, 1781-1816, 1927, 1934)

Ocena częściowa

W latach 2019-2023 (do czasu zakończenia kontroli) sposób organizacji i udzielania przez Szpital objętych szczegółową analizą świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznych programów zdrowotnych odpowiadał, za wyjątkiem organizacji leczenia określonej postaci nowotworu, wymogom określonym w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z 22 listopada 2013 r. Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych i analizowanych umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dla realizacji tych zadań WSW dysponował niezbędnym sprzętem medycznym, a zasoby kadrowe świadczeniodawcy spełniały wymogi określone przez Ministra Zdrowia i niezbędne do zawarcia umów z NFZ.

W jednostce kontrolowanej opracowano i wdrożono procedury dotyczące standardów żywienia (w tym rodzajów diet), a pacjenci mieli zapewnione żywienie zgodne z otrzymanymi zaleceniami. Spełniono warunki bezpieczeństwa i higieny pracy

¹⁰¹ (...) jak w przypisie nr 91.

¹⁰² (...) jak w przypisie nr 91.

¹⁰³ (...) jak w przypisie nr 91.

¹⁰⁴ (...) jak w przypisie nr 91.

¹⁰⁵ (...) jak w przypisie nr 91.

¹⁰⁶ Stwierdzono obecność nowotworowych komórek, ale nie rozprzestrzeniły się do obecnych w pobliżu tkanek.

¹⁰⁷ Nowotwór znajduje się w miejscu pierwotnym, nie ma oznak świadczących o jego rozprzestrzenieniu się do okolicznych tkanek.

¹⁰⁸ Nowotwór obejmuje pobliskie tkanki, węzły chłonne oraz organy.

¹⁰⁹ Nowotwór rozprzestrzenił się do odległych narządów.

w zakresie przygotowania, przechowywania i podawania leków cytostatycznych, określonych 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 zdrowotnej*. Szpital zapewniał pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej dostęp do badań patomorfologicznych oraz genetycznych. W Szpitalu nie utworzono oddziału o profilu dermatologia i wenerologia, wymaganego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia pierwotnych skórnych postaci nowotworów złośliwych, a leczenie w tym zakresie (obejmujące jednostkowe przypadki) prowadzono na Oddziale chirurgii ogólnej. W WSW niezetelnie dokumentowano przeprowadzenie przesiewowej oceny stanu odżywiania pacjentów oraz zaleceń dietetycznych. W jednym przypadku taka ocena nie została przeprowadzona. Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości, niemające wpływu na prawidłowość leczenia onkologicznego, dotyczyły ponadto nieprzeprowadzania wymaganych wewnętrznych audytów klinicznych w zakresie medycznych procedur radiologicznych, nie zapewniono również prawidłowego wypełniania formularza karty zgłoszenia nowotworów złośliwych przesyłanych do Krajowego Rejestru Nowotworów.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2023 r. Szpital realizował 69 zakresów świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w ramach zawartych umów w tym dotyczących leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, chemioterapii, badań diagnostycznych czy programów lekowych. Łączna wartość zakontraktowanych¹¹⁰ oraz sprawozdanych świadczeń wynosiła odpowiednio:

- w 2019 r. – 14 594 308 zł oraz 14 064 492 zł,
- w 2020 r. – 14 375 505 zł oraz 13 859 944 zł,
- w 2021 r. – 16 462 326 zł oraz 15 479 423 zł,
- w 2022 r. – 21 621 191 zł oraz 20 425 010 zł,
- w I kwartale 2023 r. – 6 292 228 zł / 6 478 765 zł.

W powyższym okresie najwyższe środki zakontraktowano na następujące (dane dla 2022 r.) świadczenia:

- 3 229 281 zł – kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem jelita grubego,
- 1 811 091 zł – badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia,
- 1 602 720 zł – urologia – hospitalizacja – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem onkologicznym.

(akta kontroli str. 240-257)

Pięć najwyższych różnic pomiędzy wartością zakontraktowaną w stosunku do wykonania umów, w kategorii tzw. „niewykonanych” dotyczyło:

- 1) chirurgii ogólnej – hospitalizacji – pakiet onkologiczny w 2021 r. – 795 201 zł vs. 614 858 zł,
- 2) położnictwa i ginekologii – hospitalizacja II poziom referencyjny – pakiet onkologiczny w 2022 r. – 563 786 zł vs. 342 231 zł,
- 3) położnictwa i ginekologii – hospitalizacja II poziom referencyjny – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem onkologicznym w 2019 r. – 343 336 zł vs. 98 475 zł,
- 4) kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) w 2021 r. – 1 075 918 zł vs. 384 377 zł,

¹¹⁰ Zgodnie z wartością ostateczną umów.

5) jw. – w 2022 r. – 3 229 281 zł vs. 2 812 218 zł.

Dyrektor wyjaśnił, że *na realizację świadczeń w ww. zakresach i różnicę pomiędzy wykonaniem a wartością wynikały z zapotrzebowania pacjentów na daną kategorię świadczenia oraz ograniczenia związane z pandemią COVID-19.*

(akta kontroli str. 250-257, 1239-1251)

Pięć najwyższych różnic pomiędzy wykonaniem umów a wartością zakontraktowaną – tzw. „nadwykonań”, w latach 2019 – 2023 (I kwartał) dotyczyło:

1) chirurgii ogólnej – hospitalizacji – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem onkologicznym w 2022 r. – 1 367 333 zł vs. 1 485 181 zł,

2) chemioterapii – hospitalizacji z zakresem skojarzonym w 2021 r. – 1 161 520 zł vs. 1 311 321 zł,

3) substancji czynnych w chemioterapii – hospitalizacji z zakresem skojarzonym 2021 r. – 388 529 zł vs. 440 772 zł,

4) położnictwa i ginekologii – hospitalizacja II poziom referencyjny – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem onkologicznym w 2023 r. (I kwartał) – 66 544 zł vs. 162 339 zł,

5) leki w programie lekowym – leczenia raka piersi w 2023 r. (I kwartał) – 205 162 zł vs. 335 765 zł.

Dyrektor wyjaśnił, że *w latach 2021 – 2022 Szpital skorzystał z możliwości, które dawały wprowadzone w okresie pandemii COVID-19 regulacje prawne. W przypadku trzech pierwszych z ww. nadwykonań z § 2 ust. 1¹¹¹ rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzone rozwiązania umożliwiały finansowanie świadczenia w formie zaliczkowej do 1/12 wartości umowy – niezależnie od wartości zrealizowanych świadczeń co w powyższych przypadkach wystarczało na pokrycie całości tych „nadwykonań” przez NFZ. Dyrektor dodał, że na tzw. nadwykonania wpływają niewystarczające wartości kontraktowane przez NFZ, więc Szpital mając na uwadze obowiązek świadczenia usług medycznych na optymalnym poziomie, posługuje się środkami z pozostałej działalności operacyjnej oraz kredytami bankowymi. Wyjaśnił także, że NFZ wielokrotnie był informowany o stosowaniu zbyt niskiej wyceny niektórych procedur realizowanych przez Szpital. Do świadczeń najbardziej odbiegających wyceną od potrzeb w 2022 r. obejmujących zakres przedmiotowy kontroli wskazał m.in. leczenie zachowawcze nowotworów oraz procedury zabiegowe w zakresie raka pęcherza moczowego.*

(akta kontroli str. 250-257, 1239-1251)

Odnosząc się do dwóch pozostałych przypadków „nadwykonań” (dotyczących 2023 r.), Dyrektor wyjaśnił, że *zgodnie z § 12 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ z 22 grudnia 2022 r.¹¹² w sytuacji wykonania nielimitowanych świadczeń powyżej określonego w umowie limitu, po zakończeniu każdego kwartału świadczeniodawca ma możliwość złożenia do NFZ wniosku o zapłatę świadczenia wykonanego ponad ten limit. Szpital składa takie wnioski również dla świadczeń limitowanych, tj. bez gwarancji ich sfinansowania do poziomu realizacji. Decyzję o ich sfinansowaniu lub poziomie sfinansowania NFZ podejmuje w trakcie roku lub po jego zakończeniu (termin rozliczenia umów upływa 14 lutego 2024 r.).*

(akta kontroli 250-257, 1239-1251)

¹¹¹ Dz. U. z 2020 r., poz. 437.

¹¹² W sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Wartość zakontraktowanych świadczeń udzielonych pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego¹¹³ oraz liczba pacjentów wynosiła:

- w 2019 r. – 10 878 353 zł oraz 5 080 pacjentów,
- w 2020 r. – 10 694 423 zł oraz 5 042 pacjentów,
- w 2021 r. – 12 197 925 zł oraz 5 612 pacjentów,
- w 2022 r. – 17 919 130 zł oraz 5 911 pacjentów,
- w I kwartale 2023 r. – 5 183 684 zł oraz 1 268 pacjentów.

W okresie objętym kontrolą największa liczba pacjentów skorzystała z świadczeń w zakresie onkologii – diagnostyki poza pakietem onkologicznym tj.: 1 807 pacjentów w 2019 r., 1 802 w 2020 r., 1 790 w 2021 r. oraz 1 849 w 2022 r., następnie z badań tomografii komputerowej – odpowiednio: 523, 499, 525, 499 oraz 141 świadczeniobiorców w I kwartale 2023 r. oraz z hospitalizacji na Oddziale urologia – poza pakietem onkologicznym – odpowiednio: 321, 288, 302, 234 i 55 pacjentów.

Poza tym z substancji czynnych w chemioterapii – hospitalizacji z zakresem skojarzonym skorzystało w 2019 r. – 206 pacjentów, jeden mniej w kolejnym roku, 247 w 2021 r., 256 w 2022 r. oraz 107 w 2023 r. (I kwartał), z chirurgii ogólnej – hospitalizacji w ramach pakietu onkologicznego odpowiednio: 95, 83, 56, 41 i 22 świadczeniobiorców, a z hospitalizacji na oddziale onkologicznym w ramach pakietu onkologicznego skorzystało w 2019 r. – 15, w 2020 r. – 24, w 2021 r. – 18, oraz jeden pacjent w 2022 r.

(akta kontroli str. 240-241)

2. Szczegółowym badaniem w zakresie prawidłowego prowadzenia harmonogramów przyjęć, w tym list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia (stanowiących element integralny tych harmonogramów), na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego objęto harmonogramy oraz 60 wpisanych pacjentów¹¹⁴ – po 20 z Poradni onkologicznej, Oddziału chirurgii ogólnej oraz Pracowni rezonansu magnetycznego¹¹⁵. Harmonogram był prowadzony w wersji elektronicznej, a wygenerowanie odrębnych listy oczekujących dla pacjentów z kartami DiLO umożliwiało funkcjonalność systemu – wybór kategorii świadczeniobiorców.

Analizowane harmonogramy zawierały dane wskazane w art. 19a ust 4 pkt 1 i 2 oraz art. 20 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*¹¹⁶, m.in: imię nazwisko, pesel, dane teleadresowe pacjenta, datę i godzinę wpisu, jak i terminu udzielenia świadczenia oraz rozpoznanie lub inny powód przyjęcia. W odniesieniu do 40 zbadanych wpisów harmonogramy przyjęć zawierały wszystkie wymagane informacje. Natomiast w 20 przypadkach nie ujęto wszystkich wymaganych danych, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli 2124-2237, 1854-1872, 1874-1877, 1921)

W PONK 17 osobom o kategorii „kontynuujący” leczenie, dwóm przyjętym w stanie nagłym i jednej posiadającej prawo do skorzystania z świadczeń poza kolejnością wyznaczono termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia i wskazań medycznych (trzem ostatnim tego samego dnia co data zapisu w harmonogramie).

W PRM w przypadku siedmiu pacjentów¹¹⁷ (spośród 18 o kategorii „oczekujący”, jednego pacjenta objętego diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym

¹¹³ 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.

¹¹⁴ Po 20 kolejno wpisanych do harmonogramu od 10 lutego 2023 r.

¹¹⁵ Dalej odpowiednio: PONK, CHIR i PRZ.

¹¹⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm. dalej: ustawa o świadczeniach.

¹¹⁷ (...) jak w przypisie nr 91.

na podstawie karty DiLO i jednego posiadającego prawo do korzystania z świadczeń poza kolejnością) termin realizacji świadczenia nie wynikał bezpośrednio z daty wpisu na listę oczekujących, tj. data udzielenia świadczeń została wyznaczona z uwzględnieniem preferencji pacjentów. Informacja o wyborze przez tych świadczeniobiorców terminów późniejszych niż wskazane przez Szpital nie została odnotowana w harmonogramie przyjęć, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W CHIR trzem pacjentom w kategorii „przyjęty na bieżąco”, pięciu „kontynuującym” leczenie oraz 12 „oczekującym” wyznaczono termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia lub wskazań medycznych.

(akta kontroli str. 2123-2237, 1854-1872, 1874-1877, 1921)

Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia oraz średni (w dniach) czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w poniżej wykazanych komórkach organizacyjnych Szpitala¹¹⁸, według stanu na koniec pierwszego kwartału 2023 r. dla pacjentów pilnych / stabilnych wynosiły:

1) w Poradni onkologicznej w 2019 r. przyjęcia pacjentów pilnych odbywały się na bieżąco, czterech pacjentów stabilnych oczekiwało średnio cztery dni, w kolejnym roku czterech pacjentów pilnych oczekiwało na udzielenie świadczenia średnio dwa dni a 37 stabilnych 15 dni, w 2021 r. 15 pacjentów pilnych oczekiwało pięć dni a 60 stabilnych – 15. W 2022 r. średnio trzy dni oczekiwało 23 pilnych pacjentów, 77 stabilnych – dziesięć, a w pierwszym kwartale 2023 r. 56 pacjentów pilnych oczekiwało średnio dziewięć dni a stabilnych 19 dni;

2) na udzielenie świadczenia na Oddziale chirurgii ogólnej w 2019 r. jeden pacjent pilny oczekiwał 47 dni, 103 stabilnych 72 dni, w latach 2020-2023 (I kwartał) przyjęcia pacjentów pilnych realizowano na bieżąco, natomiast w przypadku pacjentów stabilnych w 2019 r. 103 oczekiwało 72 dni, w kolejnym roku 73 pacjentów – 45 dni, 32 świadczeniobiorców – 30 dni w 2022 r. oraz w I kwartale 2023 r. - 16 oczekiwało - 13 dni;

3) w Pracowni rezonansu w 2019 r. 195 pacjentów pilnych oczekiwało 55 dni, 374 stabilnych – 83 dni, w 2020 r. 279 pilnych – 77 dni, 141 stabilnych – 171 dni, w roku kolejnym 277 świadczeniobiorców pilnych oczekiwało 53 dni, 241 stabilnych – 111 dni, w 2022 r. – 314 pacjentów pilnych oczekiwało 31 dni, 255 stabilnych – 77 dni, a w I kwartale 2023 r. 320 pilnych – 60 dni a 252 stabilnych 113 dni;

4) na Oddziale onkologicznym w okresie podlegającym kontroli wszystkie przyjęcia pacjentów pilnych odbywały się na bieżąco, w przypadku pacjentów stabilnych w 2019 r. czterech z nich oczekiwało średnio cztery dni, w 2020 r. – 120 – 30 dni, natomiast w 2021 r, 2022 r. i 2023 r. (I kwartał) pacjentów stabilnych przyjmowano na bieżąco;

5) w Pracowni endoskopii na badanie kolonoskopii pacjenci oczekiwali¹¹⁹ w 2020 r. 10 dni w przypadku pacjentów pilnych i 11 dni stabilni, w 2021 r. – 83 pacjentów pilnych oczekiwało 11 dni a 395 stabilnych 18 dni, w kolejnym roku 55 pilnych – 41 dni a 405 stabilnych 59 dni a w I kwartale 2023 r. 99 pacjentów pilnych oczekiwało 60 dni oraz 378 stabilnych oczekiwało 78 dni.

Dyrektor wyjaśnił, że *wskazany średni czas oczekiwania obejmuje dane wszystkich pacjentów pierwszorazowych oraz, że system nie pozwala na automatyczne wygenerowanie jednoznacznych danych, obejmujących jedynie pacjentów z kartą DiLO. Dodał, że dla tych pacjentów ustala się termin leczenia poza limitem przyjęć,*

¹¹⁸ Dla komórek, które objęto badaniem dotyczącym prowadzenia harmonogramów przyjęć oraz dodatkowo z uwagi na przedmiot kontroli Oddział onkologiczny oraz Pracownię endoskopii.

¹¹⁹ Dane od 2020 r. – w zakresie kolonoskopii w 2019 r. nie gromadzono wyselekcjonowanych danych. W tym roku – ogólnie na udzielenie świadczeń Poradni endoskopii 180 pacjentów pilnych oczekiwało osiem dni, a 638 pacjentów stabilnych – 22 dni.

a średni czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie wynosi do 14 dni w Oddziałach onkologicznym i chirurgicznym, do dziewięciu dni w Pracowni endoskopii, do siedmiu w Poradni onkologicznej i Pracowni rezonansu magnetycznego.

(akta kontroli 1241-1244, 1252-1257)

3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu, udzielono świadczeń 3 516 pacjentom z kartą DiLO w tym wystawianych przez lekarzy w ramach:

- podstawowej opieki zdrowotnej¹²⁰ – 233 karty DiLO – (85 w 2019 r., 40 w 2020 r., 71 w 2021 r. oraz 23 w I kwartale 2023 r.);
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 2 277 – (odpowiednio: 433, 425, 580, 591 oraz 248);
- oddziału szpitalnego¹²¹ – 946 – (odpowiednio: 244, 191, 220, 221 i 70).

(akta kontroli str. 1231-1238)

W odniesieniu do analizowanych kart DiLO¹²², zgodnie z art. 32a ust. 2a ustawy o świadczeniach, do każdej sprawy wyznaczano koordynatora leczenia onkologicznego, który uczestniczył w posiedzeniach powołanego¹²³ w 2014 r. Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego¹²⁴. Skład Zespołu na każdym z protokolowanych konsyliów zgodny był z wymogami wskazanymi w § 4a ust. 1 pkt 1 rozporządzenia LSZ. Poza tym, realizując obowiązek § 4a ust. 1 pkt 1 tego rozporządzenia Szpital¹²⁵ zapewniał udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów psychologa oraz fizjoterapeuty.

(akta kontroli str. 388-513, 418-447, 1476-1480)

Koordynator pakietu DiLO wyjaśniła, że swoje obowiązki realizuje przede wszystkim poprzez wsparcie pacjenta poprzez stały (całodobowy) kontakt telefoniczny (lub bezpośredni w godzinach pracy w gabinecie koordynatora lub oddziale) z pacjentami i ich rodzinami, jak i z personelem medycznym. Pacjenci najczęściej pytają / zgłaszają potrzeby – w zakresie zasadności diagnostyki, objaśnienia otrzymanych wyników histopatologicznych oraz wyjaśnienia dotyczące sposobów leczenia. Dodała, że od 2018 r. przydzielono mi numer telefonu komórkowego, który jest w zasadzie powszechnie dostępny, a już w szczególności dla każdego z pacjentów onkologicznych. Nr widoczny jest na tablicach informujących, iż w Szpitalu realizowane jest świadczenie onkologiczne DiLO, na stronie internetowej Szpitala oraz na każdym niekorzystnym wyniku histopatologicznym przekazywanym pacjentowi z zapisem – wskazany kontakt z koordynatorem. Poza tym koordynator wskazała na:

- nadzór nad terminowością poszczególnych etapów procesu leczenia dla pacjentów z kart DiLO w tym: szybsze opisy wyników przez radiologów, ścisła współpraca z lekarzami przeprowadzającymi operacje - wyznaczanie terminów operacji w ciągu 14 dni od decyzji konsylium,
- współpracę z Ośrodkami o wyższym stopniu referencji (II i I) celem ustalenia leczenia pacjentów wg planu leczenia ustalonym na Konsylium (obecnie współpracujemy z Ośrodkami onkologicznymi w Krakowie, Gliwicach, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Poznaniu - kierując tam pacjentów na konsultacje bądź leczenie),
- umawianie na konsultacje z psychologiem pacjentów, którzy są już na etapie leczenia, a nie przebywają w Szpitalu,

¹²⁰ Dalej: POZ, wszystkie poza kontrolowanym Szpitalem.

¹²¹ Wszystkie w Szpitalu (brak kart wystawionych na oddziale innego podmiotu leczniczego).

¹²² 30 kart DiLO.

¹²³ Zarządzeniem Dyrektora z 20 grudnia 2014 r., nr 59/2014, ze zm.

¹²⁴ Dalej: Zespół.

¹²⁵ Na mocy ww. zarządzenia Dyrektora.

– przygotowanie i protokolowanie posiedzeń Konsylium, stały kontakt ze specjalistami przy ewentualnych wątpliwościach świadczeniobiorców na temat zasadności i sposobu leczenia oraz odpowiedniego przygotowania pacjenta (w tym mentalnego) do tego procesu.

(akta kontroli str. 384-387)

4. W dokumentacji 30 pacjentów posiadających karty DiLO, informacje tam wskazane - poza jednym przypadkiem błędnie wpisanej daty, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości* - zgodne były z indywidualną dokumentacją medyczną pacjenta. Spośród badanej próby, każdy z pacjentów objęty był i zakończył diagnostykę onkologiczną:

- siedmiu diagnostykę wstępną
- 28 diagnostykę pogłębioną,
- pięciu świadczeniobiorców skorzystało z zarówno z diagnostyki wstępnej jak i pogłębionej,
- 17 pacjentów podjęło leczenie onkologiczne (hospitalizacja) w Szpitalu, w tym dwóch poddanych zostało zabiegom diagnostyczno – leczniczym.

(akta kontroli str. 418-447, 471-472, 1781-1821)

W przypadku każdego z pacjentów, którego dokumentację objęto badaniem, każdorazowo rozpoczęcie i zakończenie diagnostyki wstępnej następowało zgodnie z 14-dniowym¹²⁶ i 28-dniowym terminem określonym § 6a ust. 4 pkt 1 *rozporządzenia AOS*. W przypadku diagnostyki pogłębionej, wszystkie rozpoczęto z zachowaniem 7-dniowego terminu – zgodnie z § 6a ust. 4 pkt 2 ww. *rozporządzenia*.

Termin 21-dniowy na realizację diagnostyki pogłębionej zachowano w 23 sprawach, a w pięciu przypadkach¹²⁷ zakończenie diagnostyki nastąpiło w późniejszych terminach¹²⁸. Dyrektor wyjaśnił to względami medycznymi, tj. koniecznością przeprowadzenia dodatkowych badań.

(akta kontroli str. 418-447, 471-472, 1781-1821)

Data posiedzenia zespołu terapeutycznego / ustalenia planu leczenia – dla 16 pacjentów zgodna była z 14-dniowym terminem (28-dniowym dla zabiegów diagnostyczno-leczniczych), określonym w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b *rozporządzenia LSZ*. W jednym przypadku ustalenie planu nastąpiło po 40 dniach od daty zapisania pacjenta na listę osób oczekujących na leczenie szpitalne. Dyrektor wyjaśnił, że spowodowane to było *dobrem pacjenta, który ze względu na uwarunkowania medyczne został przez konsylium 10 czerwca 2020 r. (po pięciu dniach od wpisania na listę oczekujących) skierowany na dodatkowe badanie – PET¹²⁹, po przeprowadzeniu których niezwłocznie, osiem dni po drugim konsylium podjął leczenie.*

Z 17 pacjentów, którzy podjęli leczenie szpitalne – 15 rozpoczęło je zgodnie z 14-dniowym terminem (28-dniowym dla zabiegów diagnostyczno-leczniczych) określonym w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b *rozporządzenia LSZ*, w pozostałych dwóch przypadkach, podjęcie leczenia nastąpiło to po 21 i po 48 dniach od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

Dyrektor wyjaśnił, że *opóźnienie terminów leczenia tych dwóch pacjentów wynikało z przyczyn niezależnych od Szpitala – wynikających z sytuacji losowych samych pacjentów.*

¹²⁶ Od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących.

¹²⁷ (...) jak w przypisie nr 91.

¹²⁸ Termin przekroczone o dziewięć, 13, 21, 28 i 34 dni.

¹²⁹ Pozytonowa tomografia emisyjna.

Na sześciu kartach DiLO¹³⁰ nie podano daty wpisania pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w odpowiednich sekcjach¹³¹. Dyrektor wyjaśnił, że *daty wpisania na listę oczekujących w Szpitalu zaczęto wpisywać od lipca 2022 r.*

(akta kontroli str. 418-447, 471-472, 1781-1821)

5. W ramach programów profilaktyki raka piersi: etapu podstawowego i etapu pogłębionej diagnostyki Szpital w kontrolowanych okresie udzielił świadczeń (odpowiednio) następującej liczby pacjentów¹³² o poniższych wartościach:

- w 2019 r. – 1 492 (116 758 zł) / 253 (10 288 zł)
- w 2020 r. – 1 013 (81 369 zł) / 211 (6 948 zł)
- w 2021 r. – 1 564 (118 961 zł) / 254 (6 893 zł)
- w 2022 r. – 1 439 (131 126 zł) / 178 (7 764 zł)
- w I kwartale 2023 r. – 444 (43 846 zł) / 38 (2 536 zł).

W analizowanym okresie – tylko w zakresie grup wiekowych objętych programem profilaktyki raka piersi – udzielono w ramach AOS świadczenia mammografia: w 2019 r. - 388, w 2020 r. - 333, 2 2021 r. - 317, w 2022 r. - 250 i w 2023 r. (I kwartale) 61 pacjentom.

Ze świadczeń uruchomionego pod koniec 2022 r. profilaktycznego programu badań przesiewowych raka jelita grubego skorzystało 15 świadczeniobiorców (w tym 14 w I kwartale 2023 r.). Wartość tych świadczeń wyniosła 13 614 zł.

W zakresie grup wiekowych kwalifikujących do objęcia ww. programem z świadczenia kolonoskopia skorzystała następująca liczba pacjentów:

- 2019 r. – 1 318 (526 555 zł),
- 2020 r. – 1 334 (543 909 zł),
- 2021 r. – 1 501 (618 932 zł),
- 2022 r. – 1 665 (698 232 zł),
- I kwartał 2023 r. – 463 (229 067 zł)¹³³

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że *wszyscy pacjenci, którzy zgłosili się do Szpitala w celu uzyskania świadczeń w ramach powyższych programów profilaktycznych i kwalifikowali się do ich realizacji mieli udzielone oczekiwane świadczenia. Natomiast pacjenci, którzy przeszli negatywną weryfikację tej kwalifikacji mogli, po otrzymaniu skierowania od lekarza uzyskać świadczenie poza programem.*

(akta kontroli str. 1764-1766, 1865-1867)

Szpital nie zawierał w okresie objętym kontrolą umów dotyczących profilaktycznych programów zdrowotnych dotyczących leczenia raka szyjki macicy. Dyrektor wyjaśnił, że *w Szpitalu decyzją poprzednich dyrekcji nie realizowano świadczeń cytologii w oparciu o program profilaktyczny.*

W ramach realizowanego przez Szpital w AOS świadczenia cytologia udzielono następującej liczbie, z których skorzystała wykazana poniżej liczba pacjentów:

- w 2019 r. – 1 712 świadczeń dla 1 482 pacjentów,
- w 2020 r. – 1 157 / 1 016,
- w 2021 r. – 1 394 / 1 172,
- w 2022 r. – 1 558 / 1 376,
- w I kwartale 2023 r. – 474 / 456.

(akta kontroli str. 1430-1444, 1764-1766)

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

Stwierdzone
nieprawidłowości

¹³⁰ (...) jak w przepisie nr 91.

¹³¹ Pola CA 1, DA 1, EA i FA w zależności od rodzaju świadczenia.

¹³² Liczba pacjentów odpowiada liczbie udzielonych świadczeń.

¹³³ Liczba świadczeń – odpowiednio: 1320, 1336, 1501, 1665 i 463.

1. Niezgodnie z dokumentacją źródłową wypełniono jedną z 30 objętych badaniem kart DiLO, co polegało na wpisaniu błędnej daty wykonania porady początkowej (10 lipiec 2020 r. zamiast 10 czerwiec 2020 r.).

Dyrektor wyjaśnił, że niewłaściwie wpisana data została wpisana omyłkowo.

(akta kontroli str. 428-429, 1789)

Z uwagi na incydentalny charakter nieprawidłowości NIK odstąpiła od sformułowania wniosku pokontrolnego.

2. Nierzetelne i niezgodne z wymogami wskazanymi w *ustawie o świadczeniach* ewidencjonowano informacje i dane w harmonogramach przyjęć dotyczących 14 pacjentów:

1) nie podano, w dwóch przypadkach, podstawy prawnej przy kategorii świadczeniobiorcy posiadającego prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej¹³⁴, co było niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. d ww. ustawy.

Dyrektor wyjaśnił, że *nieuzupełnienie powyższych danych wynikało z przeoczenia – nieuzupełnienia podstawy po dostarczeniu (w dniu wizyty) przez pacjentów dokumentacji potwierdzającej podstawę przedmiotowego zapisu (orzeczeń o niepełnosprawności).*

2) nie wskazano w harmonogramie przyjęć na Oddział chirurgii ogólnej kategorii świadczeniodawcy w przypadku 12¹³⁵ pacjentów, co było niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 3 *ustawy o świadczeniach*.

Dyrektor wyjaśnił, że *wpisując pacjenta do księgi oczekujących – pole kategorii świadczeniobiorcy (každorazowo „oczekujący”) zostało pominięte ponieważ w trakcie zatwierdzania operacji system nie zgłaszał uwag w tym zakresie.*

W ocenie NIK – brak funkcjonalności systemu nie stanowi o istocie – konieczności realizacji obowiązku wynikającego z przytoczonego przepisu.

3) brak podania daty i powodu wykreślenia w trzech przypadkach¹³⁶ na Oddziale chirurgii ogólnej, co było niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 4 *ustawy o świadczeniach*.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że *było to spowodowane niedopatrzeniem.*

(akta kontroli str. 1854-1872, 1874-187, 1921, 2123-2237)

3. W harmonogramie przyjęć pacjentów do Pracowni rezonansu magnetycznego w przypadku siedmiu osób¹³⁷ nie została odnotowana informacja o wyborze przez te osoby późniejszych, niż terminy wyznaczone pierwotnie przez Szpital. Było to niezgodne z art. 19a ust. 4 pkt 2 lit. b *ustawy o świadczeniach*. W przepisie tym zobowiązano świadczeniodawcę do wpisywania w harmonogramie przyjęć informacji o rezerwacji terminu, w przypadku, gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę.

Dyrektor wyjaśnił, że *fakt nieodnotowania wynikających z preferencjami pacjentów w kolumnie „rezerwacja” harmonogramu przyjęć wynikał z błędów osób rejestrujących. Zadeklarował dołożenie wszelkich starań aby w przyszłości podobne sytuacje nie miały miejsca.*

(akta kontroli str. 1855-1857, 1862, 2191-2237)

Ocena częściowa

W harmonogramach przyjęć prawidłowo określano kolejność dostępu do świadczeń medycznych, uwzględniając kolejność zgłoszeń oraz wskazania medyczne. W okresie objętym kontrolą zapewniono w WSW również koordynację udzielania świadczeń zlecanych pacjentom na podstawie analizowanych kart DiLO, w ramach

¹³⁴ (...) jak w przypisie nr 91.

¹³⁵ (...) jak w przypisie nr 91.

¹³⁶ (...) jak w przypisie nr 91.

¹³⁷ (...) jak w przypisie nr 91.

której pacjenci mieli m.in. możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej oraz wsparcia nadzorującego proces leczenia koordynatora. Świadczenia, realizowano zgodnie z obowiązującymi terminami, z uwzględnieniem wskazań medycznych. Stwierdzono natomiast braki w zakresie wprowadzanych do harmonogramów przyjęć pacjentów informacji i danych oraz jednostkowy przypadek nierzetelnego wypełnienia karty DiLO.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

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

1. W okresie objętym kontroli Szpital zawarł z Ministrem Zdrowia (28 września 2022 r.) jedną umowę na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej – w zakresie zadania pn. Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego¹³⁸.

Zakup sprzętu uzasadniony był brakiem tego typu urządzeń w WSW. Dyrektor wyjaśnił, że zakup cystoskopów giętkich umożliwił podawanie stosowanego u pacjentów z rakiem pęcherza preparatu BCG w poradni urologicznej, co znacznie zwiększyło dostępność tego świadczenia (realizowanego przed zakupem w oddziale szpitalnym w znieczuleniu).

Zgodnie z warunkami umowy, realizator zobowiązał się do zakupu sprzętu – czterech cystoskopów giętkich – na realizację których Minister miał przekazać środki w wysokości nieprzekraczającej kwoty 160 000 zł (w przypadku przekroczenia tej kwoty Szpital zobowiązany był pokryć różnicę ze środków własnych). Ostatecznie wartość przekazanych na zakup sprzętu środków wyniosła 159 687 zł.

Złożona przez Szpital w toku postępowania konkursowego oferta na dzień jej składania (12 lipca 2022 r.) zawierała informacje i oświadczenia dotyczące m.in: udzielanych świadczeń¹³⁹, zasobów kadrowych oraz posiadania dodatkowego osprzętu w postaci dostępu do toru wizyjnego (zapewniającego efektywne wykorzystanie cystoskopów). Oferta potwierdzała spełnienie wymagań progowych i wymagań formalnych wskazanych w ogłoszeniu konkursowym z 27 czerwca 2022 r., w tym w zakresie wskazania terminów (ostatecznie zachowanych) zakupu sprzętu do 30 listopada 2022 r., oddania go użytku do 30 marca 2023 r. oraz posiadania aktualnej umowy odpowiedzialności cywilnej.

(akta kontroli str. 1863, 1935-1966, 1969-2122)

2. Szpital dokonał zakupów¹⁴⁰ urządzeń zgodnie z warunkami umowy z Ministrem Zdrowia, w tym wykorzystując przewidziane umową środki do 30 grudnia 2022 r. na zakup czterech cystoskopów giętkich z zastosowaniem ustawy *Prawo zamówień publicznych*¹⁴¹ – w trybie przetargu podstawowego, prawidłowo wskazując w rozliczeniu wartości sprzętów bez dodatkowych kosztów¹⁴². Dostarczona do Szpitala 24 listopada i 8 grudnia 2022 r. aparatura¹⁴³ została oddana do użytku z zachowaniem terminu umowy – udzielanie świadczeń z jej wykorzystaniem rozpoczęło 3 stycznia 2023 r. Informacja o zakupionym sprzęcie (w tym źródłach jego finansowania) nie została zamieszczona na stronie internetowej Szpitala, w WZW brak było również tablic z takimi informacjami na dzień przeprowadzania przez NIK oględzin (18 września 2023 r.) co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1832, 1935-1966, 1969-2122)

¹³⁸ Nr 1/14/95/2022/279/660.

¹³⁹ Świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w rodzaju leczenie ambulatoryjne w zakresie urologii oraz świadczeń w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w zakresie onkologii w poradni onkologicznej oraz prowadzenia leczenia związanego z diagnostyką i leczeniem raka pęcherza moczowego w ramach kontraktu z NFZ w latach 2019 – 2021.

¹⁴⁰ W ramach umów z dostawcami nr 246/2022/ZP z 13 października 2022 r. oraz nr 255/2022/ZP z 7 listopada 2022 r.

¹⁴¹ Ustawa z 11 września 2019 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605, ze zm.)

¹⁴² Jak np. koszty dostawy, instalacji czy dostosowania infrastruktury dla prawidłowego działania urządzenia.

¹⁴³ W listopadzie dostarczono trzy urządzenia o łącznej wartości brutto – 107 697,60 zł w grudniu jedno o wartości – 51 989,73 zł.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie dochowano obowiązków informacyjnych odnośnie do zakupionego sprzętu (zakup czterech cystoskopów giętkich) tj.:

a) nie zamieszczono w miejscu użytkowania sprzętu – Poradni urologicznej – tablicy informującej o zakupie i źródłach finansowania sprzętu, co było niezgodne z warunkami umowy nr 1/14/95/2022/279/660 z 28 września 2022 r.¹⁴⁴ oraz art. 35a ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych*¹⁴⁵ i § 2 pkt 1 lit. c) oraz § 5 rozporządzenia Rady Ministrów z 7 maja 2021 r. *w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych*¹⁴⁶;

b) nie zamieszczono¹⁴⁷ na stronie internetowej Szpitala¹⁴⁸ informacji na temat zakupu sprzętu oraz źródła jego finansowania, co było niezgodne z warunkami umowy nr 1/14/95/2022/279/660 z 28 września 2022 r. oraz § 2 pkt 3 oraz § 7 ww. rozporządzenia.

Na podstawie § 2 ust. 7 i 8 umowy nr 1/14/95/2022/279/660 (w ramach której dokonano zakupu czterech cystoskopów giętkich w całości sfinansowanego przez Ministra Zdrowia) realizator zobowiązany był do podjęcia działań informacyjnych dotyczących finansowania zadania zgodnie z art. 35 a ust. 1¹⁴⁹ ustawy *o finansach publicznych* oraz działań informacyjnych zgodnie z rozporządzeniem *w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych*.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że *tablice informacyjne znajdowały się w Poradni urologicznej, w której sprzęt jest wykorzystywany – jednakże zostały zdjęte przez pracownika, co wynikało z jego niewiedzy o konieczności ich pozostawienia. Dodał, że błąd został już naprawiony i tablice informacyjne są już w poradni*.

Wskazał również, że *informacja dotycząca zakupu i finansowania cystoskopów giętkich nie została zamieszczona na stronie internetowej Szpitala przez niedopatrzenie. Zapewnił, że Szpital zobowiązuje się do umieszczenia tej informacji w ciągu 4 tygodni od zakończenia kontroli*.

(akta kontroli str. 1832, 1935-1967)

Ocena częściowa

W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej Szpital dokonał uzasadnionego zakupu urządzeń polepszających standard leczenia w całości finansowanego przez Ministra Zdrowia, jednak nie wypełnił warunków umowy w zakresie obowiązków informacyjnych zarówno w postaci zamieszczenia tablic w Poradni urologicznej, jak i wymaganych informacji na stronie internetowej Szpitala.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

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

1. Przeprowadzania wewnętrznych audytów klinicznych w zakresie stosowania medycznych procedur radiologicznych.

¹⁴⁴ Na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej w zakresie zadania pn. Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego.

¹⁴⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.

¹⁴⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 953 ze zm.

¹⁴⁷ 14 września 2023 r.

¹⁴⁸ <https://wsz.leszno.pl/>

¹⁴⁹ Podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych są obowiązane do podejmowania działań informacyjnych dotyczących tego finansowania lub dofinansowania, przy wykorzystaniu różnych form i metod komunikacji. Koszty tych działań są ponoszone w ramach finansowania lub dofinansowania z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych bądź ze środków własnych podmiotów realizujących zadania.

2. Dokumentowania zaleceń dietetycznych, przeprowadzania przesiewowej oceny stanu odżywiania oraz zapewnienie przeprowadzania tej oceny w odniesieniu do każdego świadczeniobiorcy.
3. Poprawnego wypełniania danych w kwestionariuszu karty zgłoszenia nowotworu złośliwego oraz harmonogramach przyjęć.
4. Realizację obowiązków informacyjnych Szpitala wynikających z umowy z Ministrem Zdrowia.
5. Podjęcia działań zmierzających do dostosowania struktury organizacyjnej Szpitala do zakresu udzielanych świadczeń gwarantowanych, w ramach leczenia onkologicznego lub wskazywanie pacjentom podmiotów leczniczych realizujących wymagane świadczenia opieki zdrowotnej.

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
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, dnia 17 października 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Marcin Kaczmarek
Starszy inspektor k. p.
/podpisano elektronicznie/

p.o. Dyrektor

Karolina Wirszyć-Sitkowska
/podpisano elektronicznie/