



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.015.01.2023

Andrzej Kasprzyk  
Dyrektor  
Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum  
Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi  
ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Łodzi  
ul. Kilińskiego 210, 93-106 Łódź  
T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90  
llo@nik.gov.pl

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź (zw. dalej Szpitalem).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kasprzyk, Dyrektor Szpitala, od 27 września 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Wojciech Szrajber, Dyrektor Szpitala, od listopada 2007 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.</li><li>2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.</li><li>3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontroler	Dominik Gołacki, gł. specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/92/2023 z 23 maja 2023 r.  (akta kontroli str. 1-6)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

W Szpitalu zapewniono warunki do realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych dotyczących raka piersi i raka jelita grubego, określone w przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>3</sup> i z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>4</sup>. Szpital spełniał wymagania centrum kompetencji ośrodka raka piersi (KON Piers) oraz raka jelita grubego (KON-JG). W Szpitalu, co do zasady, zapewniono także warunki do realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego<sup>5</sup>. Uchybienie polegało na niezabezpieczeniu pełnej obsady (brak 1,2 etatu) personelu pielęgniarskiego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej w marcu 2023 r. Zachowane były warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono badania patomorfologiczne i genetyczne, wykonywane w Szpitalu bądź przez podmioty zewnętrzne. Zagwarantowano żywienie adekwatne do potrzeb pacjentów onkologicznych. Diagnozując nowe rozpoznania i podejrzenia nowotworów złośliwych, personel medyczny Szpitala nierzetelnie wypełniał Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

W latach 2019, 2021 i 2022 ogólna wartość realizowanych świadczeń zdrowotnych mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym systematycznie rosła. Szczególny wzrost wartości kontraktów nastąpił po okresie pandemii w 2022 r. (o 57,9% w stosunku do 2021 r.). Wzrosła tym samym liczba diagnozowanych pacjentów, z 12 222 w 2021 r. do 22 550 w 2022 r. (o 85%). W latach 2019-2023 średni czas oczekiwania na realizację świadczenia uległ wydłużeniu w czterech jednostkach organizacyjnych Szpitala (na 14 badanych) w przypadkach stabilnych oraz w sześciu komórkach w przypadkach pilnych. Powyższe związane było ze stanem pandemii i znacznym ograniczeniem liczby pacjentów przyjmowanych w tym czasie. W trzech jednostkach organizacyjnych Szpitala średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych. W poszczególnych latach okresu 2019-2022 liczba i wartość wykonanych świadczeń w ramach programów zdrowotnych – poza 2020 r. – były zbliżone.

W Szpitalu nie przestrzegano postanowień art. 19a i 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup> oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>7</sup>, w zakresie prowadzenia kolejek osób oczekujących i harmonogramów przyjęć dla świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych. Ponadto w okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie dostosowano się do wymogów art. 20 ust. 12 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co skutkowało nierzetelnym prowadzeniem listy osób oczekujących na udzielenie świadczeń oraz

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

<sup>3</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm. – dalej: rozporządzenie w sprawie AOS.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 870 ze zm. – dalej: rozporządzenie w sprawie LSZ.

<sup>5</sup> Warunki realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego skontrolowano w Poradni Chirurgii Onkologicznej i w Oddziale Chirurgii Onkologicznej.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 ze zm.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 434 ze zm.

harmonogramów przyjęć dla pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (zw. dalej DiLO).

Poddana analizie elektroniczna dokumentacja medyczna pacjentów oraz harmonogramy przyjęć, co do zasady były prowadzone prawidłowo. Uchybienia stwierdzone w dokumentacji w dwóch przypadkach (na 40 badanych) oraz w ośmiu harmonogramach (na 60 badanych) nie miały wpływu na przebieg procesu leczenia.

Szpital prawidłowo wykorzystywał środki finansowe przekazane przez Ministra Zdrowia na zakup sprzętu i aparatury medycznej służących leczeniu pacjentów onkologicznych, jak również na prowadzenie Wojewódzkiego Biura Rejestru Nowotworów.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>8</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2019 – I kwartał 2023 Szpital posiadał zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>9</sup>. Umowy obejmowały świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego (dalej zw. LSZ), ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (dalej zw. AOS), programów zdrowotnych i lekowych.

(akta kontroli str. 517)

Spełnienie przez Szpital wymagań określonych w § 6a ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie AOS oraz § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a oraz § 4a ust. 1 pkt 3-5 rozporządzenia w sprawie LSZ zbadano odpowiednio dla Poradni Chirurgii Onkologicznej oraz Oddziału Chirurgii Onkologicznej.

Szpital posiadał procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego (§ 6a ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie AOS) oraz zapewniał dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych (§ 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie AOS).

Poradnia Chirurgii Onkologicznej wyposażona była w sprzęt wymagany rozporządzeniem w sprawie AOS oraz wykazany w załączniku do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych AOS. W Poradni świadczenia udzielane były przez lekarzy o odpowiedniej specjalizacji, wykazanych w Portalu Potencjału. W marcu 2023 r. świadczenia pielęgnacyjne wykonywane były przez cztery pielęgniarki.

(akta kontroli str. 7-37, 517, 520-529)

Szpital posiadał procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (§ 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie LSZ), spełniał też pozostałe warunki określone w § 4a ust. 1 pkt 3-5 ww. rozporządzenia.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Dalej zwana umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W Oddziale Chirurgii Onkologicznej zapewniono sprzęt wymagany rozporządzeniem w sprawie LSZ i część sprzętu wykazanego w umowie o udzielanie świadczeń LSZ. Na dzień przeprowadzania oględzin<sup>10</sup> przez NIK w Oddziale brak było jednej pompy strzykawkowej oraz wideostroboskopu. W marcu 2023 r. świadczenia udzielane były przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje. Świadczenia pielęgnacyjne zostały zabezpieczone przez wskazane w Portalu Potencjału 24 pielęgniarki (24 pełne etaty). Liczba etatów pielęgniarek nie odpowiadała wymogom określonym w pkt 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie LSZ (co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 7-14, 38-77, 517, 530--542)

Na poddane analizie kontrolnej 23 paszporty techniczne sprzętu znajdującego się na Oddziale Chirurgii Ogólnej przegląd techniczny dwóch urządzeń<sup>11</sup> został dokonany z ponad 4-miesięcznym opóźnieniem, tj. zamiast 14 listopada 2020 r., przeglądu dokonano 25 marca 2021 r.

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że przeglądy techniczne tych urządzeń zostały zawieszono do czasu instalacji w nowej lokalizacji Oddziału. Sprzęt ten był wyłączony z użytkowania i znajdował się w magazynie Oddziału. Dodatkowo dostęp do sprzętu był ograniczony z powodu epidemii COVID-19. Po decyzji o możliwości instalacji sprzętu w nowej sali, został przeprowadzony przegląd techniczny.

(akta kontroli str. 78-88, 520-529)

W Szpitalu realizowane były profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka piersi i raka jelita grubego, jak również Szpital pełnił rolę centrum kompetencji ośrodka raka piersi (KON Piers) oraz raka jelita grubego (KON-JG). W powyższych zakresach spełnione były wymagania określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych<sup>12</sup> (lp. 3 i 8<sup>13</sup>) oraz w § 4 ust. 1a pkt 1-2 i pkt 1-3 załącznika 3a do rozporządzenia w sprawie LSZ.

W Szpitalu nie był realizowany program zdrowotny w zakresie raka szyjki macicy.

(akta kontroli str. 89-107)

**2.** Przygotowywanie preparatów cytostatycznych odbywało się w Centralnej Pracowni Leku Cytotoksycznego w Aptece Szpitalnej. W Pracowni obowiązywały m.in. procedura przygotowania preparatów cytostatycznych, przygotowania Pracowni do pracy (mycie i dezynfekcja), procedura awaryjna w razie bezpośredniego kontaktu z substancją cytostatyczną lub skażenia środowiska pracy lekiem cytostatycznym, procedura przygotowywania i podawania produktów leczniczych w komórkach organizacyjnych z zachowaniem zasad bezpieczeństwa – obejmująca m.in. schemat podawania leków cytostatycznych.

Trzy łóżka laminarne znajdowały się w wydzielonym pomieszczeniu, usytuowanym z dala od pomieszczeń służących do przechowywania środków spożywczych oraz przyrządzania i spożywania posiłków, a także z dala od ciągów komunikacyjnych służących do ruchu pacjentów i odwiedzających. W wydzielonym pomieszczeniu znajdowały się środki ochrony indywidualnej jednorazowe (rękawiczki, fartuchy/kombinezony, czepki, maski) oraz wielorazowego użytku (okulary).

Łóżka laminarne podlegały przeglądom walidacyjnym i sprawdzeniu ich sprawności co najmniej raz w roku. W przypadku dwóch komór laminarnych przegląd w 2023 r. został przeprowadzony z opóźnieniem o 21 dni, w stosunku do terminu wyznaczonego

<sup>10</sup> Dnia 21 czerwca 2023 r.

<sup>11</sup> Dotyczy kardiomonitora i ssaka Cheiron.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 916.

<sup>13</sup> Program profilaktyki raka piersi oraz Program badań przesiewowych raka jelita grubego.



podczas przeglądu w 2022 r. W zaleceniach serwisów komór laminarnych ich przegląd powinien być wykonywany co 12 miesięcy +/- 1 miesiąc lub natychmiast w przypadku aktywacji alarmu zbyt niskiej prędkości przepływu.

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w związku z takimi zaleceniami serwisu w ww. okresie nie zaprzestano przygotowywania leków cytostatycznych. Wyłączenie komór spowodowałoby konieczność przerwania trwających i planowanych cykli leczenia pacjentów z chorobą nowotworową. Personel Apteki Szpitalnej na bieżąco monitorował i konsultował z serwisem producenta parametry wydajności komór. W czasie użytkowania komór nie odnotowano żadnych nieprawidłowości pracy urządzeń, nie został aktywowany żaden sygnał optyczny lub dźwiękowy mogący świadczyć o defekcie. Ich sprawność bez zastrzeżeń została potwierdzona przy kolejnym przeglądzie.

(akta kontroli str. 108-128, 520-529, 543-550)

3. W Szpitalu funkcjonowała Sekcja Dietetyki, zatrudniająca sześć osób. Dodatkowo jeden dietetyk zatrudniony był w Poradni Leczenia Mukowiscydozy. Zgodnie z zakresami czynności do dietetyków należało m.in.: uczestnictwo w obchodach lekarskich i śledzenie zaleceń lekarza odnośnie diet, sporządzanie zamówień diet, organizowanie pracy przy rozdziale posiłków na oddziale – czuwanie nad prawidłowym ich przydziałem, pomoc chorym przy jedzeniu, kontrolowanie żywności dostarczanej chorym przez ich rodziny, prowadzenie wywiadu żywieniowego z chorym, zgłaszanie uwag i wniosków dotyczących przebiegu leczenia dietetycznego.

Zaopatrzenie Szpitala w żywność odbywało się w ramach usługi zewnętrznej. Firma zewnętrzna odpowiadała za transport, higienę i jakość dostarczanych posiłków.

Obowiązująca w Szpitalu procedura – Bezpieczne żywienie określała m.in.: zasady żywienia w schorzeniach hematologicznych oraz nomenklaturę diet najczęściej stosowanych, tj.: ogólna, lekkostrawna, oszczędzająca, pęcherzykowa, niskotłuszczowa, cukrzycowa, bogatobiałkowa, trzustkowa, bezglutenowa, bezmleczna, kleikowa, pępkowa i płynno-kaloryczna. Dla poszczególnych diet określono ich charakterystykę, uwagi technologiczne, produkty dozwolone oraz dozwolone w umiarkowanych ilościach, a przy niektórych przeciwwskazania.

(akta kontroli str. 129-166)

W I kwartale 2023 r. na Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ginekologii Onkologicznej zastosowano odpowiednio 11 i siedem rodzajów diet, tj. na Oddziale:

- a) Chirurgii Onkologicznej: bezglutenowa (cztery razy), bez laktozy (trzy razy), cukrzycowa (261 razy), lekkostrawna (1.581 razy), niskotłuszczowa (35 razy), ogólna (53 razy), papkowata (187 razy), płynno-kaloryczna (14 razy), sonda (38 razy), wegetariańska (2 razy) i trzustkowa (272 razy),
- b) Ginekologii Onkologicznej: bezglutenowa (dwa razy), bezmleczna (dwa razy), cukrzycowa (65 razy), lekkostrawna (559 razy), ogólna (171 razy), płynno-kaloryczna (dwa razy) i trzustkowa (cztery razy).

(akta kontroli str. 167)

W badanej grupie 20 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w I kwartale 2023 r.<sup>14</sup> ustalono, że wszyscy zostali poddani przesiewowej ocenie stanu odżywiania. W 17 przypadkach zastosowana była dieta ogólna, w dwóch – cukrzycowa, a w jednym wysokobiałkowa przez sondę. W próbie nie było pacjenta, który zostałby zakwalifikowany do grupy ryzyka wystąpienia niedożywienia.

(akta kontroli str. 168-169)

<sup>14</sup> Po 10 z Oddziałów Ginekologii Onkologicznej i Chirurgii Onkologicznej.

4. W Szpitalu funkcjonowała Pracownia Immunologii Klinicznej, Transplantacyjnej i Genetyki, która realizowała świadczenia m.in. z zakresów: badania laboratoryjne i molekularne, diagnostyka laboratoryjna oraz genetyka kliniczna. Utworzony został również Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej realizujący świadczenia z zakresu badań i diagnostyki laboratoryjnej<sup>15</sup>. Pracownia i Zakład były wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

(akta kontroli str. 170)

Szpital zawierał umowy z podmiotem zewnętrznym na udzielanie świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej i histopatologii.

(akta kontroli str. 173-207, 517)

W latach 2019 – I kwartał 2023 r., we własnym zakresie Szpital realizował następujące badania:

- a) cytologiczne nieginekologiczne, których koszt jednostkowy w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 229,16 zł, 297,67 zł, 310,08 zł, 380,63 zł i 372,30 zł,
- b) metodami biologii molekularnej (PCR) (z wyłączeniem SARS-CoV-2), których koszt jednostkowy w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 732,60 zł, 803,03 zł, 769,63 zł, 609,50 zł i 521,79 zł.

Koszt badań cytogenetyczno-hematoonkologicznych Szpital ustalał od 2021 r., w tym z zakresu:

- a) FISH, których koszt w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 759,83 zł, 780,33 zł i 458,73 zł,
- b) kariotyp, których koszt w poszczególnych latach wynosił odpowiednio: 705 zł, 727 zł i 621,60 zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w latach 2019-2020 badania cytogenetyczno-hematoonkologiczne były wykonywane na Oddziale Hematologii Ogólnej. Od 2021 r. pracownicy wykonujący ww. badania zostali włączeni w strukturę ośrodka proceduralnego Zakładu Diagnostyki Genetycznej. Zmiana ta spowodowała podział kosztów wg ustalonego klucza i możliwość określania kosztów każdego badania.

Od 2020 r. Szpital realizował badania dotyczące sekwencjonowania następnej generacji (NGS), po kosztach odpowiednio: 2942,40 zł, 2820 zł, 2098 zł i 866,31 zł.

(akta kontroli str. 171, 559-562, 569)

Podmiotowi zewnętrznemu były zlecane następujące badania:

- a) histopatologiczne (łącznie z cytoblok), których koszt jednostkowy wynosił w 2019 i 2020 r. 21 zł, a od 1 października 2021 r. 21,37 zł, w tym:
  - badanie śródoperacyjne w cenie 50 zł w latach 2019 – I kwartał 2023 r.,
- b) immunohistochemiczne, których koszt jednostkowy wynosił w 2019 i 2020 r. 36,90 zł, a od 1 października 2021 r. 39,20 zł,
- c) konsultacja patomorfologiczna w cenie 95 zł w latach 2019 – I kwartał 2023 r.,
- d) cytologiczne, w tym cytologia ginekologiczna w cenie 32 zł w latach 2019 – I kwartał 2023 r.,
- e) cytogenetyczne - guzy lite FISH w cenie 450 zł w latach 2019 – I kwartał 2023 r.

(akta kontroli str. 172-207, 517)

Liczba badań patomorfologicznych oraz badań genetycznych wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala (przez Szpital i podmiot zewnętrzny) w latach 2019 – I kwartał 2023 wyniosła odpowiednio:

<sup>15</sup> <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?id=3346>

- a) badania histopatologiczne: 14 890, 11 140, 13 517, 16 973 i 4352, z czego na rzecz pacjentów onkologicznych: 8117, 6503, 8705, 10 533 i 2763,
- b) badania immunohistochemiczne: 4844, 4266, 5666, 10 986 i 1846, z czego na rzecz pacjentów onkologicznych: 3061, 2706, 3588, 7112 i 1189,
- c) konsultacja patomorfologiczna: 477, 399, 536, 324 i 76, z czego na rzecz pacjentów onkologicznych: 464, 389, 522, 272 i 73,
- d) badania cytologiczne: 6540, 4691, 6177, 6408 i 2280, z czego na rzecz pacjentów onkologicznych: 5124, 4065, 4987, 5121 i 1935,
- e) badania cytogenetyczne – guzy lite FISH: 175, 130, 201, 226 i 50, z czego na rzecz pacjentów onkologicznych: 175, 130, 201, 225 i 49,
- f) badania metodami biologii molekularnej (PCR) (z wyłączeniem SARS-CoV-2): 1438, 1733, 2784, 469 i 1.184 - wszystkie dotyczyły pacjentów onkologicznych,
- g) sekwencjonowanie następnej generacji (NGS): 37, 151, 344, 453 i 227 - wszystkie dotyczyły pacjentów onkologicznych.

(akta kontroli str. 211-212)

5. W Szpitalu opracowano, w formie pisemnej, szczegółowe medyczne procedury radiologiczne, o których mowa w art. 33f ust. 1 ustawy z 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe<sup>16</sup>. Procedury te zawierały opis postępowania z urządzeniami radiologicznymi i urządzeniami pomocniczymi, informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej oraz inne istotne informacje o sposobie wykonania badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia. W zakresie ochrony radiologicznej, obowiązywały „Zasady ochrony radiologicznej pacjenta i personelu”. W szczegółowych procedurach radiologicznych nie określono kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem urządzeń radiologicznych i pomocniczych.

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że zapisy o kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu pojawiły się w nowelizacji ustawy Prawo atomowe w 2019 r., a wszystkie procedury robocze zostały opracowane przed dniem wejścia nowelizacji. Zgodnie z § 5 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2021 r. w sprawie formy i szczegółowego zakresu wzorcowych medycznych procedur radiologicznych dla standardowych ekspozycji medycznych oraz szczegółowych medycznych procedur radiologicznych<sup>17</sup>, jednostki ochrony zdrowia dostosują opracowane w tych jednostkach szczegółowe medyczne procedury radiologiczne, o których mowa w art. 33f ust. 1 ustawy Prawo atomowe, do zakresu wynikającego z przepisów rozporządzenia, w terminie 24 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia (tj. do 26 października 2023 r.).

(akta kontroli str. 215-228, 520-529)

W latach 2019 – I kwartał 2023 w Szpitalu nie został przeprowadzony audyt kliniczny zewnętrzny. Przeprowadzane były natomiast co roku (w latach 2019-2022) audyty dozymetryczne akceleratorów służących do naświetlania pacjentów w celach radioterapii, każdorazowo z wynikiem pozytywnym.

(akta kontroli str. 229-234)

W latach 2019 – I kwartał 2023 corocznie przeprowadzane były audyty kliniczne wewnętrzne w Zakładzie Teleradioterapii, Zakładzie Medycyny Nuklearnej, Oddziale Brachyterapii i Zakładzie Radiologii, w wyniku których stwierdzono m.in.:

- a) audyt z 2019 r. – potrzebę korekt procedur roboczych, podjęcie prac dotyczących prowadzenia optymalizacji dawek, częstsze i obejmujące cały zakres kliniczny

<sup>16</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 1173 dalej: ustawa Prawo atomowe.

<sup>17</sup> Dz. U. z 2021 r., poz. 1920 ze zm.



wykonywanie testów eksploatacyjnych, uzupełnianie skierowań o wszystkie informacje wymaganych prawem, wdrożenie zasad optymalizacji dokumentacji medycznej,

- b) audyt z 2020 r. – konieczność dołączania do dokumentacji skierowań na badania obrazowe CT, uzupełnianie brakujących wpisów w dokumentacji, zorganizowanie szkolenia personelu w zakresie postępowania z dokumentacją medyczną, skorygowania i zaktualizowania formularzy kontroli symulatora, wdrożenie sposobu gromadzenia danych, potrzebę aktualizowania dokumentacji procesu, tak by zawierała wszystkie prawnie wymagane informacje, a następnie wprowadzenie jej do systemu zarządzania jakością, zapoznania pracowników z aktualnymi procedurami szczegółowymi, wprowadzenie pieczętek imiennych, opracowanie procedur szczegółowych badań: scyntygrafii perfuzji serca, terapii radem przerzutów do kości, terapii jodem chorób nienowotworowych tarczycy,
- c) audyt z 2021 r. – wdrożenie sposobu gromadzenia danych, opracowanie procedury szczegółowego badania scyntygrafii serca, poprawienie wzorów druków testów podstawowych, przeprowadzenia szkolenia z prawidłowego uzupełniania dokumentacji medycznej, wprowadzenie imiennych pieczętek dla personelu, brak jasnej informacji o dawce podanej na narządy promieniowrażliwe w sposób, jaki zdefiniowany jest w aktualnym protokole brachyterapii, dokumentacja prowadzona w sposób niestaranny i nieprawidłowy, brak nadzoru nad dokumentacją medyczną.

Na Oddziale Brachyterapii nie uwzględniono uwag wykazanych w audycie klinicznym za 2020 r., dotyczących niezaktualizowania obowiązujących wzorów dokumentów medycznych,

- d) audyt z 2022 r. – zwiększenie nadzoru nad prawidłowym uzupełnieniem dokumentów w zakresie autoryzacji wykonywanych czynności, zwiększenie nadzoru nad aktualizacją stosowanych dokumentów i druków, przeprowadzenie szkolenia wewnętrznego w zakresie prawidłowego nadzoru nad dokumentacją medyczną, wprowadzenie pieczętek imiennych, dokonanie zmiany sposobu autoryzacji elektronicznej, tak by osoba składająca podpis elektroniczny była identyfikowalna.

W Zakładzie Radiologii wskazano wprowadzenie działań naprawczych po audycie w 2021 r., które były niewystarczające w zakresie czytelnej identyfikacji techników elektro radiologii wykonywujących czynności zawodowe.

(akta kontroli str. 235-261)

Szczegółowa analiza przeprowadzonych w 2022 r. klinicznych audytów wewnętrznych wykazała, że odpowiedzialny personel przestrzegał wymogi art. 33v ustawy Prawo atomowe.

W Szpitalu nie została powołana komisja procedur i audytów, o której mowa w art. 33v ust. 7 ustawy Prawo atomowe. Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w Szpitalu funkcjonuje Zespół ds. Systemów Zarządzania wraz z powołanym Pełnomocnikiem i przedstawicielami komórek organizacyjnych Szpitala, którzy realizują zadania komisji procedur i audytów. Członkowie Zespołu realizują zadania zapisane w ustawie Prawo atomowe, jednak funkcjonują pod inną nazwą. Dyrektor Szpitala przekazał Zespołowi ds. Systemów Zarządzania raporty z przeprowadzonych audytów, spełniając wymogi art. 33v ust. 7 ustawy Prawo atomowe.

(akta kontroli str. 254-284, 520-529, 551)

W latach 2020-2022 Państwowa Agencja Atomistyki przeprowadziła w Szpitalu siedem kontroli związanych z: uruchomieniem pracowni izotopowych, stosowaniu źródła promieniotwórczego oraz jego przechowywaniu, spełnieniem warunków

bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

Łódzki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny przeprowadził jedną kontrolę w grudniu 2019 r., dotyczącą prowadzenia w Szpitalu działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 285-311)

6. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów<sup>18</sup> w Szpitalu zostało utworzone Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów, które było obsługiwane przez trzech pracowników.

(akta kontroli str. 312-317)

Odnosnie do nowych rozpoznań oraz podejrzeń nowotworów złośliwych, w latach 2019 – I kwartał 2023 r., Szpital za pośrednictwem Wojewódzkiego Biura Rejestracji Nowotworów zgłosił do Krajowego Rejestru Nowotworów następującą liczbę Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, odpowiednio: 7103, 7894, 8060, 6293 i 2780 (razem 32 130). W 2021 r. dwie karty, a w 2022 r. osiem kart miało status „wysłana do KRN”. W I kwartale 2023 r. jedna uzyskała status „anulowana”, a 17 „wysłana do KRN”. Pozostałe Karty zostały wysłane i zaakceptowane przez pracownika KRN.

W poszczególnych latach 2019 – I kwartał 2023 liczba przypadków wskazana w Kartach rozpoznania nowotworu złośliwego wynosiła odpowiednio w: 6248, 4729, 3814, 7 i 0 (razem 14 798), natomiast liczba pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego wyniosła: 6163, 4656, 3723, 7 i 0 (razem 14 549). W latach 2020-2022 odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych przypadkach wyniósł 100%, natomiast w 2019 r. 99%.

Na dzień 3 lipca 2023 r., za I kwartał 2023 r., pracownicy Krajowego Rejestru Nowotworów zweryfikowali 99% Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego zgłoszonych przez Szpital, a za lata wcześniejsze 100%.

(akta kontroli str. 319-321, 323-324)

Weryfikacja 20 Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego wystawionych przez personel medyczny Szpitala wykazała, że w Kartach:

- a) we wszystkich przypadkach wskazane były rozpoznania histopatologiczne (poz. 26 Karty) oraz kody histopatologiczne (poz. 27 Karty),
- b) w 19 przypadkach wskazane były kody zaawansowania TNM (7 rewizja) (poz. 32 Karty) oraz stadia zaawansowania (poz. 35 Karty),
- c) w 18 przypadkach wskazane były stopnie zaawansowania (poz. 34 Karty),
- d) w żadnym przypadku nie wskazano innej klasyfikacji zaawansowania (poz. 33 Karty).

Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie wypełniania Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego zostały opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 325-326)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Oddziale Chirurgii Onkologicznej w marcu 2023 r. nie zapewniono równoważnika co najmniej 0,7 etatu pielęgniarek na 1 łóżko, tj. 25,2 etatu, stosownie do wymogów zawartych w pkt 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia

<sup>18</sup> Dz.U. z 2018 r. poz. 1197 ze zm.

w sprawie świadczeń LSZ. W Portalu Potencjału oraz w miesięcznej ewidencji czasu pracy wykazano 24 pielęgniarki udzielające świadczeń w pełnym etacie (24 etaty).

(akta kontroli str.12-14, 45-77, 517)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że powyższe było spowodowane brakiem chętnych do pracy pielęgniarek i był to stan przejściowy, uzupełniony 1 kwietnia 2023 r.

(akta kontroli str. 520-529)

2. Na 20 Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego wprowadzonych do Rejestru Nowotworów Złośliwych w dniu 5 lipca 2023 r., wystawionych przez personel medyczny Szpitala stwierdzono:

- a) w jednym przypadku brak kodu zaawansowania TNM 7 rewizja (poz. 32 Karty) oraz informacji o innej klasyfikacji zaawansowania (poz. 33 Karty),
- b) w dwóch przypadkach brak informacji o stopniu zaawansowania (poz. 34 Karty),
- c) w 19 przypadkach brak wskazania stadium zaawansowania nowotworu (poz. 35 Karty).

Stan powyższy był niezgodny z postanowieniami § 5 pkt 2 lit. a, w związku z § 5a ust. 1 rozporządzenia w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów, w którym wskazano, iż do Rejestru powinny być wprowadzone m.in. dane dotyczące: kodu zaawansowania TNM, informacje o innych klasyfikacjach zaawansowania (w szczególności: Astler-Coller, FIGO, Breslow/Clark, Gleason), informacje o stopniu zaawansowania (zgodnie z wersją klasyfikacji TNM) lub stadium zaawansowania nowotworu (in situ, miejscowe, regionalne, uogólnione).

(akta kontroli str. 325-326)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że uzupełnienie podczas wizyty wymaganych klasyfikacji jest tylko dodatkowym obowiązkiem, niemającym wpływu na sposób postępowania i wdrażania leczenia. Mając świadomość, że zostanie to uzupełnione przez pracowników Wojewódzkiego Biura Rejestru Nowotworów, lekarz stara się skoncentrować na pacjencie, a nie na systemach informatycznych. Sam system KRN pozwala na zapisywanie kart bez wszystkich wymaganych rozporządzeniem informacji, co skutkuje dobrowolnością wprowadzanych przez lekarzy danych. Dopiero dokonywana weryfikacja przez KRN powoduje kwestionowanie zarejestrowanych już kart i obowiązek ich uzupełniania przez pracowników Biura o dokładne wskazanie pozycji.

(akta kontroli str. 559-567)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Poradni Chirurgii Onkologicznej i w Oddziale Chirurgii Onkologicznej co do zasady zapewniono warunki do udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie AOS i LSZ. Uchybienie polegało na niezabezpieczeniu 1,2 etatu personelu pielęgniarskiego w marcu 2023 r. w Oddziale. Szpital spełniał wymagania centrum kompetencji ośrodka raka piersi (KON Pierś) oraz raka jelita grubego (KON-JG) określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz w rozporządzeniu w sprawie LSZ i realizował profilaktyczne programy zdrowotne w ww. zakresie. W Szpitalu obowiązywały szczegółowe medyczne procedury radiologiczne oraz przeprowadzano audyty kliniczne wewnętrzne ich stosowania. Zachowane były warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Pacjentom

z rozpoznaniem nowotworu zapewniono badania patomorfologiczne i genetyczne, wykonywane w Szpitalu, bądź przez wykonawców zewnętrznych. Zapewniono żywienie adekwatne do potrzeb pacjentów onkologicznych. Diagnozując nowe rozpoznania i podejrzenia nowotworów złośliwych, personel medyczny Szpitala nierzetelnie wypełniał Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Wysokość świadczeń zakontraktowanych i zrealizowanych w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w okresie 2019 – I kwartał 2023 wynosiła:

Rok	świadczenia zakontraktowane	świadczenie sprawozdane
2019	88 707,0 tys. zł	92 797,8 tys. zł
2020	88 377,3 tys. zł	88 088,7 tys. zł
2021	96 264,7 tys. zł	93 367,3 tys. zł
2022	166 342,5 tys. zł	159 818,6 tys. zł
I kwartał 2023	50 112,4 tys. z	50 614,6 tys. zł

Liczba świadczeń jednostkowych w poszczególnych latach wyniosła: w 2019 r. – 17 808, w 2020 r. – 16 531, w 2021 r. – 16 620, w 2022 r. – 42 988 i w I kwartale 2023 r. – 11 901.

(akta kontroli str. 327)

Niewykonanie zakontraktowanych świadczeń w wartościach powyżej 100 tys. zł wystąpiło w: jednym zakresie w 2020 r., pięciu w 2021 r., 14 w 2022 r. i sześciu w I kwartale 2023 r.<sup>19</sup>. Tzw. nadwykonania, o wartości powyżej 100 tys. zł, wystąpiły

<sup>19</sup> Dotyczyło to niewykonanych następujących zakresów i o wartości:

- w 2020 r. w zakresie Teleradioterapia - Pakiet Onkologiczny – 200 419,00 zł,
- w 2021 r. w zakresach: Świadczenia w Zakresie Hematologii-Diagnostyka Onkologiczna – 216 814,20 zł, Teleradioterapia - Pakiet Onkologiczny – 913 263,66 zł, Hematologia - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny – 216 829,81 zł, Położnictwo i Ginekologia (Wyłącznie Ginekologia) - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny – 1 221 088,06 zł, Chirurgia Onkologiczna - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny – 462 578,70 zł,
- w 2022 r. w zakresach: Teleradioterapia - Pakiet Onkologiczny – 602 211,46 zł, Hematologia - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym – 419 031,81 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna nad Świadczeniobiorcą z Nowotworem Piersi (KON Piers) – 147 259,42 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna nad Pacjentem z Nowotworem Jelita Grubego (KON-JG) – 158 635,79 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna - Monitorowanie w Nowotworze Piersi – 920 612,45 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna - Rehabilitacja w Nowotworze Piersi – 653 001,04 zł, Onkologia Kliniczna - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny o 156 687,95 zł, Onkologia Kliniczna - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym – 390 308,84 zł, Położnictwo i Ginekologia (Wyłącznie Ginekologia) - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym – 275 163,90 zł, Położnictwo i Ginekologia (Wyłącznie Ginekologia) - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny – 1 628 519,62 zł, Chirurgia Ogólna - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym – 162 275,60 zł, Chirurgia Onkologiczna - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny – 178 076,53 zł, Chirurgia Onkologiczna - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym – 218 070,51 zł, Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny – 146 589,16 zł,
- w I kwartale 2023 r. w zakresach: Hematologia - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym – 264 413,91 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna - Monitorowanie w Nowotworze Piersi – 121 518,27 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna - Monitorowanie w Nowotworze Jelita Grubego – 192 161,54 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna - Rehabilitacja w Nowotworze Piersi – 163 910,20 zł, Położnictwo w Ginekologia (Wyłącznie Ginekologia) - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny – 1 013 174,22 zł, Chirurgia Ogólna - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym – 167 577,14 zł.

w: trzech zakresach w 2019 r., po jednym w 2020 i 2021 r. oraz pięciu w I kwartale 2023 r.<sup>20</sup>.

(akta kontroli str. 518-519)

Zastępca Kierownika Działu ds. Monitorowania Świadczeń Medycznych wyjaśniła, że niewykonania w poszczególnych zakresach w latach 2020-2022 związane były ze zmniejszoną zgłaszalnością chorych do Szpitala, co miało związek z trwającą pandemią. W I kwartale 2023 r. limity poszczególnych zakresów przyznawane są przez NFZ na początku roku rozliczeniowego, w tych samych kwotach na każdy miesiąc, co powoduje trudności w postaci konieczności przyjęcia identycznej liczby pacjentów w każdym miesiącu. Najczęściej w pierwszym kwartale w niektórych zakresach obserwujemy niewykonania, a w kolejnych kwartałach kontrakt jest w pełni wykonywany. Tzw. nadwykonania w zakresach świadczeń dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego zostały w całości sfinansowane przez NFZ. Wzrost wartości kontraktów w ww. zakresach w 2022 r. w stosunku do 2021 r. (o 57,9%) wynikał ze stopniowego wzrostu liczby pacjentów i udzielanych świadczeń.

(akta kontroli str. 572-576)

W latach 2019 – I kwartał 2023 w Szpitalu, w ramach AOS i LSZ, udzielono świadczeń w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego następującej liczbie pacjentów, odpowiednio: 12 966, 12 116, 12 222, 22 550 i 8168. Jednocześnie w tym samym okresie w Szpitalu wystawiono karty DiLO oraz do Szpitala z kartą DiLO zgłosiło się łącznie: 7 369 pacjentów w 2019 r., 7 010 – w 2020 r., 8 363 – w 2021 r., 8 846 – w 2022 r. i 2 354 – I kwartał 2023 r.

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że jeden pacjent może korzystać wielokrotnie ze świadczeń w kilku różnych zakresach, tak więc jedna karta DiLO może odpowiadać kilku, a nawet kilkunastu świadczeniom.

(akta kontroli str. 327, 350, 559-567)

2. Na 14 jednostek organizacyjnych Szpitala<sup>21</sup>, w których udzielane były świadczenia z zakresu onkologii w marcu w latach 2019 – 2023, średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wydłużył się w czterech jednostkach, tj.: w Poradni Chirurgii Onkologicznej z 19 dni w 2019 r. do 32 w 2020 r., 21 w 2021 r. i 26 w 2023 r., w Wojewódzkiej Poradni Hematologicznej ze 148 dni w 2019 r. do 156 w 2020 r., w Klinice Chirurgii Endokrynologicznej i Ogólnej ze 112 dni w 2019 r. do 140 w 2021 r. i w Pozytonowej Tomografii Emisyjnej z 7 dni w 2019 r. do 24 w 2020 r., 11 w 2021 r., 20 w 2022 r. i 23 w 2023 r.

<sup>20</sup> Dotyczy to nadwykonani zakresów i o wartości:

- a) 2019 r.: Hematologia - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym w wysokości 1 406 402,78 zł, Onkologia Kliniczna - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym w wysokości 1 347 927,61 zł, Chirurgia Onkologiczna - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym w wysokości 1 035 473,68 zł,
- b) 2020 r. – Hematologia - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym w wysokości 112 242,37 zł,
- c) 2021 r. – Hematologia - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym w wysokości 202 865,28 zł,
- d) I kwartał 2023 r.: Kompleksowa Opieka Onkologiczna nad Świadczeniobiorcą z Nowotworem Piersi (KON Piers) w wysokości 230 871,41 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna nad Pacjentem z Nowotworem Jelita Grubego (KON-JG) w wysokości 374 807,68 zł, Chirurgia Onkologiczna - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny w wysokości 985 612,36 zł, Chirurgia Onkologiczna - Hospitalizacja - Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - poza Pakietem Onkologicznym w wysokości 566 698,83 zł, Urologia - Hospitalizacja - Pakiet Onkologiczny w wysokości 265 564,95 zł.

<sup>21</sup> Oddział Hematoonkologii Poradni Chirurgii Onkologicznej, Poradnia Onkologiczna, Oddział Ginekologii Onkologicznej, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Onkologicznej, Poradnia Neurologiczna, Poradnia Chirurgii Ogólnej, Oddział Chorób Wewnętrznych, Wojewódzka Poradnia Hematologiczna, Oddział Radioterapii i Onkologii Ogólnej, Oddział Nefrologiczny, Wojewódzka Poradnia Gastrologiczna, II Klinika Urologii U.M., Klinika Chirurgii Onkologicznej U.M., Klinika Chirurgii Endokrynologicznej i Ogólnej U.M., Poradnia Urologiczna i Pozytonowa Tomografia Emisyjna.



Średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych wydłużył się w sześciu jednostkach, tj.: w Poradni Chirurgii Onkologicznej z 0 dni w 2019 r. do 15 w 2020 r. i 14 w 2023 r., w Oddziale Ginekologii Onkologicznej z 0 dni w 2019 r. do 10 w 2023 r., w Poradni Neurologicznej z 62 dni w 2019 r. do 101 w 2020 r., 73 w 2021 r. i 103 w 2022 r., w Poradni Chirurgii Ogólnej z 12 dni w 2019 r. do 16 w 2021 r., 15 w 2022 r. i 16 w 2023 r., w Wojewódzkiej Poradni Hematologicznej z 78 dni w 2019 r. do 118 w 2020 r., 95 w 2021 r., 86 w 2022 r. i 86 w 2023 r. oraz w Poradni Urologicznej z 43 dni w 2019 r. do 96 w 2021 r., 58 w 2022 r. i 63 dni w 2023 r. W pozostałych przypadkach czas oczekiwania uległ skróceniu.

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że wydłużenie średniego czasu oczekiwania wynikało ze stanu pandemii i znacznych ograniczeń w liczbie przyjmowania chorych. Dostosowując się do wytycznych NFZ Szpital musiał wielokrotnie zaprzestać realizacji pewnych świadczeń, koncentrując się na chorobach nagłych, co skutkowało nawarstwieniem się chorych niewymagających pilnego leczenia. Zastępca Dyrektora wskazał, że bardzo istotnym argumentem jest fakt, że Szpital jest największym ośrodkiem onkologicznym w województwie łódzkim, który świadczy kompleksowo usługi z obszaru onkologii. Posiada jedyny oddział hematologii w województwie, jedną z dwóch pracowni PET oraz jedną z trzech poradni hematologicznych. Jakość usług i opinia o Szpitalu powoduje zgłaszanie się coraz większej liczby pacjentów. W celu skrócenia czasu oczekiwania, wydłużono czas pracy poradni, stworzono dodatkowe etaty, zorganizowano Call-Center. Premiowane są zabiegi wykonywane poza regulaminowym czasem pracy oraz rozpoczęto wykonywanie części badań w soboty i niedziele.

(akta kontroli str. 328, 552-558)

Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń z zakresów onkologii corocznie rosła i wynosiła odpowiednio w marcu w latach 2019 – 2023: 2725, 3400, 3152, 3831 i 4854.

(akta kontroli str. 328)

W harmonogramach przyjęć, w przypadku Poradni Onkologicznej i Oddziału Nefrologicznego w marcu 2020 r. oraz pracowni Badań Medycyny Nuklearnej w marcu 2022 r., wykazano w pozycji „średni czas oczekiwania – przypadki stabilne” w liczbie odpowiednio: 32, 10 i 39 dni pomimo, że nie wykazano żadnych osób oczekujących na udzielenie świadczenia w tych miesiącach. W sześciu jednostkach organizacyjnych (po jednej w latach 2020-2022) średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych.

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że średni czas oczekiwania to średnia z ostatnich trzech miesięcy, tak więc możliwe jest wykazanie średniego czasu oczekiwania przy jednoczesnym braku pacjentów oczekujących w danym miesiącu. Dłuższy czas oczekiwania pacjentów ze statusem „pilny” od pacjentów ze statusem „stabilny” w latach 2020-2022 wynikał z faktu, iż część pacjentów zapisanych nie mogła lub nie chciała się zgłosić do Szpitala (z uwagi na trwającą pandemię, kwarantannę). Wielu z nich nie informowało o rezygnacji przed ustaloną datą zgłoszenia, co znacznie utrudniało prowadzenie kolejek oczekujących. Ograniczenia w dostępności wynikające z pandemii spowodowały, że chorzy w przypadkach pilnych przebywający np. na kwarantannie, musieli czekać średnio dwa tygodnie, aby móc przepisać się na nowy termin. Stąd zdarzało się, że przyjmowani byli w terminie późniejszym, niż pierwotny termin dla przypadków stabilnych.

(akta kontroli str. 328, 552-558)

W Wojewódzkiej Przychodni Gastrologicznej w marcu 2020 r. nie wskazano żadnych danych dotyczących kolejek oczekujących. W pozostałych latach objętych kontrolą wykazano od 26 do 162 osób oczekujących na udzielenie świadczeń.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że brak danych w marcu 2020 r. wynikał z choroby etatowego pracownika i problemów z brakiem chętnych do pracy w poradni, jak i z uwagi na stan pandemii. Szpital na bieżąco nadzorował sytuację i wyjaśniał trudności z NFZ,

(akta kontroli str. 328-333, 552-558)

W marcu 2023 r. na Oddziale Hematoonkologii oraz w Poradni Urologicznej i Pozytonowej Tomografii Emisyjnej czas oczekiwania pacjentów ze statusem „pilny” był dłuższy od czasu oczekiwania pacjentów ze statusem „stabilny” (co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 328, 552-558)

W Szpitalu nie prowadzono kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć dla analizowanych pięciu programów lekowych dotyczących leczenia pacjentów z nowotworami, realizowanych łącznie w 20 jednostkach organizacyjnych Szpitala<sup>22</sup> (co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 329-330)

W zakresie pacjentów onkologicznych nie były zachowane zasady umieszczania pacjentów w harmonogramie przyjęć wg kolejności zgłoszenia. Występowały sytuacje, że pacjent wpisany do kolejki w późniejszym terminie miał wyznaczoną datę świadczenia wcześniejszą od osób ujętych w harmonogramie wcześniej.

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że różne terminy wyznaczania pacjentom pierwszorazowym związane są z oceną merytoryczną stanu zdrowia pacjenta i koniecznością dostosowania takiego terminu, który będzie optymalny ze względu na konieczność przeprowadzania wymaganej diagnostyki lub wdrożenia leczenia w danym schorzeniu.

(akta kontroli str. 517, 552-558)

Badanie próby 60 pacjentów ujętych w listach kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć w lutym 2023 r. w trzech jednostkach organizacyjnych Szpitala<sup>23</sup> wykazało, że:

- a) harmonogramy przyjęć i kolejki oczekujących były prowadzone w formie elektronicznej,
- b) we wszystkich przypadkach wskazano: datę i godzinę wpisu, adres, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, nr PESEL, rozpoznanie oraz imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu. Tylko w jednym przypadku nie wskazano numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- c) każdorazowo termin udzielenia świadczenia był wyznaczany w dniu wpisu do harmonogramu. W czterech przypadkach nie wskazano informacji o rezerwacji

<sup>22</sup> Próbą objęto system kolejek oczekujących za marzec lat 2019-2023, następujących programów lekowych: Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej (prowadzony w czterech jednostkach organizacyjnych), Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (gist) (prowadzony w trzech jednostkach organizacyjnych), Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków (prowadzony w trzech jednostkach organizacyjnych), Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki (prowadzony w trzech jednostkach organizacyjnych), Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu (prowadzony w siedmiu jednostkach organizacyjnych).

<sup>23</sup> Po 20 pierwszych pacjentów z: Poradni Ginekologiczno-Onkologicznej, Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Tomografii Onkologicznej.

terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,

- d) w dwóch przypadkach nieprawidłowo określono kategorię wpisu (w harmonogramie wskazano oczekujący, zamiast kontynuujący leczenie),
- e) w wszystkich przypadkach skreślenia z harmonogramu przyjęć (59 przypadków) wskazano datę i przyczynę skreślenia,
- f) wszyscy pacjenci zgłaszający się pierwszy raz wpisani zostali na listę oczekujących do Poradni Ginekologiczno-Onkologicznej i Kliniki Chirurgii Onkologicznej jako pierwszorazowi,
- g) w jednym przypadku pomimo wskazania na skierowaniu pilny, w kolejce oczekujących pacjent został wskazany jako stabilny.

System informatyczny, za pomocą którego prowadzone były listy oczekujących, pozwalał na wyszukiwanie pacjentów z kartą DiLO.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące kolejek osób oczekujących i harmonogramów przyjęć zostały opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 331-349)

3. W latach 2019 – I kwartał 2023 do Szpitala, z wystawioną kartą DiLO zgłosiło się pacjentów odpowiednio: 4876, 4708, 5581, 5268 i 1508. Karty DiLO wystawiali głównie lekarze AOS, tj.: 2678, 3086, 3516, 2972 i 893. Trzy karty DiLO w 2019 r. i jedną w 2020 r. wystawiono po badaniach odbytych w ramach programów zdrowotnych. Pozostałe karty zostały wystawione pacjentom w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (dalej zw. POZ), tj.: 2195, 1621, 2065, 2296 i 615.

W ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital w ww. latach wystawiono kart DiLO, odpowiednio: 2493, 2302, 2782, 3578 i 846. Najwięcej kart wystawili lekarze świadczący usługi w ramach AOS, tj.: 1709, 1550, 1979, 2729 i 604, pozostałe wystawione zostały w ramach świadczenia przez Szpital usług LSZ, tj.: 784, 752, 803, 849 i 242.

(akta kontroli str. 350)

Analiza 40 kart DiLO (30 wystawionych w poradniach Szpitala i 10 wystawionych przez inne podmioty lecznicze) wykazała:

- a) 31 pacjentów podjęło leczenie w Szpitalu, ośmiu - w innych podmiotach leczniczych (u jednego pacjenta nie potwierdzono nowotworu),
- b) 31 pacjentom, którzy podjęli leczenie w Szpitalu, po wystawieniu karty DiLO, udzielono 49 świadczeń, z których tylko jedno zostało prawidłowo ujęte w harmonogramie przyjęć i kolejce oczekujących (co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*),
- c) dla wszystkich pacjentów kontynuujących leczenie w Szpitalu powołany został wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, stosowanie do wymogów § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a tiret 2 rozporządzenia w sprawie LSZ,
- d) w jednej karcie DiLO nie wyznaczono koordynatora leczenia onkologicznego oraz nie ustalono planu leczenia (co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*),
- e) w dokumentacji medycznej pacjentów brak było wpisów świadczących o wykonywaniu zadań przez koordynatora.

W sprawie braku ww. wpisów Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że koordynatorzy wykonują zadania, które wynikają bezpośrednio z obowiązku prowadzenia pacjenta przez wszystkie etapy karty DiLO w szybkiej ścieżce onkologicznej, jak również są obecni podczas wielodyscyplinarnych

konsyliów. Każdorazowo służą informacją i wsparciem dla chorych na każdym z etapów ścieżki onkologicznej oraz współpracują z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie przekazywania i prowadzenia kolejnych etapów w DiLO. Nie odnotowuje się tych czynności w kartach DiLO, ponieważ koordynatorzy nie są uprawnieni do dokonywania wpisów w dokumentacji pacjenta.

- f) w dwóch przypadkach w dokumentacji medycznej pacjentów nie odnotowano udzielenia porady medycznej w ramach diagnostyki pogłębionej (co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*),
- g) na 19 hospitalizacji w dwóch przypadkach świadczenia były udzielane zarówno przez psychologa, jak i przez fizjoterapeutę, w czterech przypadkach tylko przez psychologa i w jednym tylko przez fizjoterapeutę,
- h) u dziewięciu na 15 pacjentów, którym wystawiono karty DiLO w ramach diagnostyki wstępnej onkologicznej (12 w ramach poradni Szpitala i trzy przez inne podmioty lecznicze) zakończenie rozpoznaniem nastąpiło w terminie przekraczającym 28 dni, tj. w ośmiu przypadkach od 32 do 52 dni od dnia wizyty, a w jednym po 325 dniach,

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że przekroczenie terminów diagnostycznych spowodowane jest wieloma czynnikami, m.in.:

- długim oczekiwaniem na badania i ich opisy, wykonywane w Szpitalu. Duża liczba pacjentów wewnętrznych i zewnętrznych powoduje, że dostęp do niektórych badań i ich opisów w czasie wskazanym przez przepisy prawa jest niemożliwy. Są sytuacje, w których dodatkowe barwienia lub niediagnostyczność materiału dodatkowo przedłużała ścieżkę leczenia,
  - dla wielu pacjentów wiadomość o podejrzeniu/rozpoznaniu nowotworu jest traumatycznym przeżyciem. Próba wyparcia przekazanych przez lekarza informacji skutkuje czasami początkową rezygnacją z dalszej diagnostyki, a dopiero po długich namowach decydują się na dalsze leczenie.
- i) 12 pacjentom, w dniu zakończenia diagnostyki wstępnej wykonano diagnostykę pogłębioną, w jednym przypadku po dwóch dniach. W pozostałych przypadkach pacjenci mieli wykonywaną tylko diagnostykę wstępną lub tylko pogłębioną,
  - j) wszystkie karty DiLO wystawione przez personel Szpitala zostały sporządzone w dniu pierwszej porady.

Z uwagi na nieujmowanie ww. pacjentów w harmonogramie przyjęć i w kolejkach osób oczekujących<sup>24</sup>, niemożliwe było sprawdzenie terminowości udzielenia świadczeń pierwszorazowych pacjentom z kartą DiLO, o których mowa w § 6a ust. 4 rozporządzenia w sprawie AOS oraz § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia w sprawie LSZ.

(akta kontroli str. 351-361, 559-567)

**4.** W okresie objętym kontrolą w Szpitalu w ramach Programów zdrowotnych udzielane były świadczenia w zakresie realizacji Programu profilaktyki raka piersi (etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki) oraz Programu profilaktyki raka jelita grubego.

Liczba i wartość wykonanych świadczeń w zakresie profilaktyki raka piersi w etapie diagnostyki podstawowej i pogłębionej wyniosła: 3710 o wartości 234,5 tys. zł w 2019 r., 2334 o wartości 152,4 tys. zł w 2020 r., 3377 o wartości 208 tys. zł w 2021 r., 3453 o wartości 242,3 tys. zł w 2022 r. i 904 o wartości 65 tys. zł w 2023 r. (I kwartał).

<sup>24</sup> Z wyjątkiem jednego pacjenta, który na diagnostykę pogłębioną czekał 12 dni.



Liczba i wartość wykonanych świadczeń w zakresie Programu profilaktyki raka jelita grubego wyniosła: 763 świadczeń o wartości 487,3 tys. zł w 2019 r., 483 świadczenia o wartości 328,6 tys. zł w 2020 r., 531 świadczenia o wartości 382,6 tys. zł w 2021 r., 572 świadczenia o wartości 552,1 tys. zł w 2022 r. i 74 świadczenia o wartości 63 tys. zł w 2023 r. (I kwartał).

Liczba pacjentek, u których wykonano świadczenia w ramach Programu profilaktyki raka piersi wyniosła w latach 2019 – I kwartał 2023 r. odpowiednio: 2.388, 1.501, 2.210, 2.106 i 595. W ramach Programu profilaktyki raka jelita grubego świadczeń udzielono odpowiednio następującej liczbie pacjentów: 763, 483, 531, 572 i 74

W badanym okresie poza programami profilaktycznymi wykonano również świadczenia w zakresie mammografii pacjentkom w wieku od 50 do 69 lat (odpowiednio: 10.751<sup>25</sup>) i kolonoskopii pacjentom w wieku od 50 do 65 lat (odpowiednio 1.361<sup>26</sup>) w ramach AOS.

(akta kontroli str. 568)

Zastępca Kierownika Działu ds. Monitorowania Świadczeń Medycznych wyjaśniła, że w przypadku programów zdrowotnych kryterium kwalifikacji jest ściśle określone. Pacjenci, którzy mają w swojej historii choroby rozpoznanie nowotworowe nie mogą zostać objęci badaniem w ramach programu zdrowotnego i są oni monitorowani w ramach opieki AOS. Badanie u osób chorych wykonywane jest częściej, niż w wytycznych programowych.

(akta kontroli str. 572-576)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Oddziale Hematoonkologii oraz w Poradni Urologicznej i Pozytonowej Tomografii Emisyjnej w marcu 2023 r. średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych.

(akta kontroli str. 328-333)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że początkowa sytuacja wynikała z trwającej pandemii. Obecnie istnieje problem z wewnętrznym systemem informatycznym AMMS. Szpital jest w trakcie wyjaśniania, dlaczego taka sytuacja miała miejsce.

(akta kontroli str. 552-558)

2. Dla poddanych analizie pięciu programów lekowych dotyczących leczenia pacjentów z nowotworami nie były prowadzone kolejki osób oczekujących i harmonogramy przyjęć, co było niezgodne z art. 19a i 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z pkt IV załącznika nr 8 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, który stanowi m.in., że harmonogram przyjęć, w tym listy pacjentów oczekujących świadczeniodawcy prowadzą dla świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji leków.

(akta kontroli str.329-330)

<sup>25</sup> Odpowiednio: 2.640 świadczeń w 2019 r., 2.051 świadczenia w 2020 r., 2.620 świadczenia w 2021 r., 2.716 świadczenia w 2022 r. i 724 świadczenia w 2023 r. (I kwartał).

<sup>26</sup> Odpowiednio: 291 świadczeń w 2019 r., 170 świadczenia w 2020 r., 234 świadczenia w 2021 r., 501 świadczenia w 2022 r. i 165 świadczenia w 2023 r. (I kwartał).



Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że chorzy zakwalifikowani przez lekarza do programu otrzymują decyzje i substancje czynne bez konieczności oczekiwania. Chorzy programowi są najczęściej pacjentami dotychczas już leczonymi w tych samych oddziałach/poradniach przez tych samych lekarzy, którzy dalej obejmują ich programem lekowym, również podczas leczenia dotychczas stosowaną metodą. Wskazane przez kontrolę NIK wątpliwości w tym zakresie zostały omówione na spotkaniu z dyrekcją i przekazane zostaną do wiadomości i zastosowania przez lekarzy i rejestratorów zapisujących pacjentów do kolejek i harmonogramów.

(akta kontroli str. 552-558)

3. Analiza harmonogramów przyjęć 60 pacjentów ujętych w harmonogramach przyjęć w trzech komórkach organizacyjnych Szpitala wykazała następujące nieprawidłowości:
- a) w jednym przypadku nie wskazano numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem, co było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - b) w czterech przypadkach nie wskazano informacji o rezerwacji terminu - w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę, co było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. i) tiret 2 ww. ustawy,
  - c) w dwóch przypadkach nieprawidłowo określono kategorię wpisu - w harmonogramie wskazano „oczekujący”, zamiast „kontynuujący leczenie”,
  - d) w jednym przypadku pomimo wskazania na skierowaniu „pilny”, w kolejce oczekujących pacjent został wskazany jako „stabilny”, co wskazuje na niedostosowanie się do postanowień art. 20 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy.

(akta kontroli str. 331-349)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że ww. nieprawidłowości związane są z dużą liczbą zgłaszających się pacjentów oraz obciążeniem pracowników zapisujących/rejestrujących chorych w harmonogramie przyjęć. Zaistniałe pomyłki wynikały z natłoku obowiązków, szybkości działania, niedostosowaniem systemów, które pozwalają rejestrować pacjenta bez uzupełnienia wynikających z przepisów informacji lub zwykłej pomyłki pisarskiej. Przedmiotowe problemy zostały omówione z dyrekcją Szpitala i zostaną przeprowadzone szkolenia personelu z zakresu prowadzenia harmonogramów przyjęć i kolejek oczekujących.

(akta kontroli str. 522-558)

4. W latach 2019 – I kwartał 2023 r. nie była rzetelnie prowadzona lista osób oczekujących na udzielanie świadczeń dla świadczeniobiorców objętych DiLO, co było niezgodne z art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Spośród 49 świadczeń udzielonych 31 pacjentom, 48 świadczeń nie zostało ujętych w harmonogramie przyjęć i kolejek oczekujących.

(akta kontroli str. 332-349)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że wizyty ww. pacjentów zarejestrowane zostały w grafikach pracy lekarzy i komórek organizacyjnych, które nie zaciągnęły się do harmonogramów przyjęć i kolejek oczekujących. Prowadzenie pacjentów w harmonogramach oraz nadzór nad prawidłowością zapisów stanowi duży problem dla Szpitala, który z roku na rok sprawozdawać musi coraz większą liczbę pozycji (obecnie 272 harmonogramy). Brak wpisów

w harmonogramach pacjentów onkologicznych nie wpływa na merytorykę postępowania. Trudno jest wymagać od lekarzy, aby rejestrując pacjentów uzupełniali dodatkowe dane w harmonogramach przyjęć dublując czynności, które ich zdaniem niczemu nie służą, a stanowią tylko obciążenie. 4 sierpnia 2023 r. po raz kolejny przeszkolono personel z zakresu prowadzenia harmonogramów i kolejek oczekujących.

(akta kontroli str. 559-567)

5. W dwóch przypadkach (na 40 poddanych analizie) w dokumentacji medycznej pacjentów nie odnotowano udzielenia porady medycznej w ramach diagnostyki pogłębionej (fakt ten odnotowano w kartach DiLO). Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>27</sup>, wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

W jednym przypadku w karcie DiLO nie został wskazany koordynator leczenia onkologicznego, co było niezgodne z art. 32a ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obowiązującym do 20 kwietnia 2023 r.), który stanowi, że świadczeniodawca realizujący leczenie wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego. W jednym przypadku nie określono dalszego planu leczenia przez zespół wielodyscyplinarny, co było niezgodne z załącznikiem 3a pkt 13 rozporządzenia w sprawie LSZ, w którym wskazano, że wielodyscyplinarny zespół na bieżąco planuje i ustala plan postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego dla każdego świadczeniobiorcy pozostającego pod opieką świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 351-361)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że brak wpisów w dokumentacji medycznej wynikał z faktu przeprowadzenia diagnostyki pogłębionej w trakcie hospitalizacji, ze względu na dobro pacjentów i przyspieszenie leczenia. Brak koordynatora w karcie DiLO było prawdopodobnie błędem informatycznym, natomiast brak wpisu wskazującego dalsze leczenie wynikał z natłoku obowiązków i niedopilnowania.

(akta kontroli str. 559-567)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu co do zasady zaspokajano potrzeby zdrowotne pacjentów w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz w zakresie realizowanych Programów zdrowotnych – raka piersi i raka jelita grubego, a także Programów lekowych. W latach 2019, 2021 i 2022 ogólna wartość realizowanych świadczeń zdrowotnych mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym systematycznie rosła. Szczególny wzrost wartości kontraktów nastąpił po okresie pandemii w 2022 r. (o 57,9% w stosunku do 2021 r.). Wzrosła tym samym liczba diagnozowanych pacjentów, z 12.222 w 2021 r. do 22.550 w 2022 r. (o 85%). Zrealizowane przez Szpital nadwykonania w zakresach świadczeń dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego zostały w całości sfinansowane przez NFZ. W latach 2019-2023 średni czas oczekiwania na realizację świadczenia uległ wydłużeniu w czterech jednostkach organizacyjnych Szpitala (na 14 badanych) w przypadkach stabilnych oraz w sześciu komórkach w przypadkach pilnych. Powyższe związane było ze stanem pandemii i znacznym ograniczeniem w liczbie przyjmowanych pacjentów. W trzech jednostkach organizacyjnych Szpitala średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych był dłuższy od średniego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych. Corocznie Szpital udzielał świadczeń w ramach programów zdrowotnych – profilaktyki raka piersi oraz profilaktyki raka jelita grubego. W poszczególnych latach

<sup>27</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 1304 ze zm.

okresu 2019-2022 liczba i wartość wykonanych w tych zakresach świadczeń – poza 2020 r. – były stabilne.

W Szpitalu nie przestrzegano postanowień art. 19a i 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie prowadzenia kolejek osób oczekujących i harmonogramów przyjęć dla świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych. Ponadto w okresie objętym kontrolą w Szpitalu nierzetelnie prowadzono listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz harmonogramy przyjęć dla pacjentów z kartą DiLO.

Badana dokumentacja medyczna pacjentów oraz harmonogramy przyjęć prowadzone w formie elektronicznej co do zasady były prowadzone prawidłowo. Uchybienia stwierdzone w dokumentacji w dwóch przypadkach (na 40 badanych) oraz w harmonogramach w ośmiu (na 60 badanych) nie miały wpływu na przebieg procesu leczenia.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2019 – I kwartał 2023 r. Szpital zawarł 18 umów z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, na łączną kwotę 31 506,2 tys. zł, z czego w 2019 r. na kwotę 11 578,1 tys. zł, w 2020 r. – 693,5 tys. zł, w 2021 r. – 16 115,7 tys. zł, w 2022 r. – 3118,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 362-363, 517)

W badanym okresie Szpital posiadał sześć akceleratorów (przyspieszaczy liniowych). Nabywając nowy akcelerator, w tym ze środków Narodowej Strategii Onkologicznej, likwidacji i utylizacji poddawano stary. W latach 2018-2021 Szpital zlikwidował sześć akceleratorów z lat 2003-2010, a na dzień przeprowadzania kontroli posiadał sześć z lat 2013-2021.

W Pracowni Brachyterapii znajdowały się dwa aparaty HDR uruchomione w 2019 i 2022 r. Zastąpiły one aparaty nabyte w 1999 i 2009 r.

(akta kontroli str. 364-366)

Analiza czterech umów<sup>28</sup> (dwóch z 2019 r. i dwóch z 2021 r.)<sup>29</sup> wykazała, że:

- a) Szpital złożył oferty w terminach przewidzianych w ogłoszeniach Ministerstwa Zdrowia,
- b) oferty zawierały wszystkie elementy wymagane konkursami oraz spełniały warunki formalne i progowe,
- c) dane wykazane w ofertach w zakresie liczby procedur napromieniowania w ramach leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego, różniły się w nieznacznym stopniu od danych wykazanych w ofertach z 2019 r. i 2021 r., jak również z danymi

<sup>28</sup> Dwóch na zakup akceleratorów o wartości: 8.500 tys. zł i 6.842,5 tys. zł, jednego aparatu HDR do Brachyterapii o wartości 2.248,2 tys. zł oraz jedna na zakup nowej wersji systemu planowania radioterapii wraz z niezbędnym sprzętem o wartości 2.700 tys. zł.

<sup>29</sup> Po dwie umowy w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

pozyskanymi w trakcie czynności kontrolnych w tym zakresie z Zakładu Teleradioterapii<sup>30</sup>. Dodatkowo w ofertach z 2021 r. wykazano średni czas oczekiwania pacjentów na procedurę napromieniowania w liczbie 8 dni w 2019 r., a zgodnie z danymi z Zakładu Teleradioterapii czas ten wynosił 2 tygodnie.

Powyższe rozbieżności nie miały wpływu na spełnienie warunków progowych przewidzianych konkursami.

Zastępca Dyrektora Szpital ds. Lecznictwa wyjaśnił, że rozbieżność wynikała z faktu realizacji świadczeń na przestrzeni roku rozliczeniowego, stąd w przypadkach chorych przechodzących z roku na rok (kontynuujących cykl naświetlania na przełomie roku) dane mogą się różnić w zależności od sposobu wykonania wykazu/raportu – inne tworzone po dacie zakończenia cyklu naświetlań i zgodne ze sprawozdawczością NFZ, a inne dla liczby procedur wykonanych wg rzeczywistej daty ich wykonania.

- d) w trzech przypadkach zakupy były przeprowadzone przez Szpital, w trybie przetargu nieograniczonego, natomiast jeden<sup>31</sup> został dokonany przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia, również w trybie przetargu nieograniczonego,
- e) dostawa przedmiotowej aparatury oraz systemu informatycznego była przeprowadzona w terminach określonych z wykonawcą,
- f) zakupiony sprzęt zastąpił poddane utylizacji sprzęty, które miały od 10 do 19 lat,
- g) stare akceleratory i aparat HDR zostały wysięgowane z ewidencji środków trwałych, natomiast nowe ujęte w tej ewidencji,
- h) od odbioru nabytych aparatów do czasu rozpoczęcia udzielania świadczeń upłynęło od 204 do 278 dni, natomiast w przypadku nowego systemu planowania radioterapii od odbioru do czasu rozpoczęcia udzielania świadczeń upłynęło 63 dni,
- i) Szpital nieterminowo przedłożył cztery oświadczenia oraz po jednym rozliczeniu, podsumowaniu i sprawozdaniu, w stosunku do terminów określonych w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia (co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*),
- j) odnośnie do wszystkich umów Szpital przedkładał do Ministra Zdrowia, do 31 stycznia następnego roku, informacje dotyczące wykorzystania zakupionego sprzętu,
- k) koszty z tytułu dostawy, zainstalowania sprzętu, dostosowania pomieszczeń i szkoleń pracowników Szpital pokrył ze środków własnych oraz z dofinansowania od jednostek samorządu terytorialnego,
- l) środki na zakup przedmiotowej aparatury oraz systemu informatycznego zostały wydatkowane zgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia,
- m) tabliczki informacyjne o zakupionym sprzęcie i źródłach finansowania zostały umieszczone przed wejściem do Oddziału Brachyterapii i Zakładu Teleradioterapii.

(akta kontroli str. 367-517, 559-567)

2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały dwie umowy zawarte z Ministrem Zdrowia na realizację zadania pn. „Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów” w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. W tym celu utworzone zostało Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów, do którego zadań należały weryfikacja i opracowywanie danych dotyczących zachorowań na nowotwory oraz przekazywanie ich do Krajowego Rejestru

<sup>30</sup> Dane pozyskane 5 lipca 2023 r.

<sup>31</sup> Dotyczy umowy na akcelerator z 2019 r.

Nowotworów. Szczegółowe działania obejmowały: weryfikację postaci histopatologicznych i stopnia zaawansowania, uzupełnianie vital status przypadków zachorowań, uzupełnianie populacji wg płci, wieku i jednostek administracyjnych oraz opracowywanie raportów dotyczących epidemiologii nowotworów.

Do umowy z 2017 r. zawartych zostało pięć aneksów, a do umowy z 2021 r. trzy. Aneksy dotyczyły głównie wysokości przyznanych środków na kolejne lata oraz ich podziału na poszczególne zadania. Zmieniane były również wykazy kosztów kwalifikowalnych i zakresy składania sprawozdań do Ministra Zdrowia.

Zgodnie z warunkami umów prowadzona była odrębna ewidencja księgową dla realizacji zadań. Otrzymane środki publiczne zostały przeznaczone na sfinansowanie zadań określonych w umowie. Wysokość środków nie była wystarczająca i corocznie Szpital ponosił dodatkowe koszty na wynagrodzenia pracowników w wysokości: 24,5 tys. zł w 2019 r., 20,1 tys. zł w 2020 r., 46,1 tys. zł w 2021 r., 51,2 tys. zł w 2022 r. i 29,3 tys. zł w I kwartale 2023 r. Dodatkowe środki Szpital poniósł również w 2021 r. na ryczałtowe koszty obsługi administracyjnej w wysokości 314,55 zł. W pozostałych przypadkach dotyczących wydatków na weryfikację i opracowywanie danych, szkolenia oraz zakup drobnego sprzętu komputerowego i oprogramowania, wysokość środków przeznaczanych przez Ministra Zdrowia była wystarczająca.

Sprawozdania roczne i za I kwartał 2023 r. były przekazywane do Ministerstwa Zdrowia w terminach określonych w umowie. Przed pomieszczeniami, gdzie mieściło się Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów umieszczone były tabliczki informujące o finansowaniu Biura z Budżetu Państwa.

(akta kontroli str. 577-715)

3. W okresie objętym kontrolą, łącznie z całego województwa łódzkiego zostało zgłoszonych za pośrednictwem Wojewódzkiego Biura Nowotworów Złośliwych do Krajowego Rejestru Nowotworów 69 496 Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, odpowiednio w poszczególnych latach: 13 642, 15 609, 16 486, 16 972 i 6787. W I kwartale 2023 r. jedna karta została anulowana i jedną kartę przekazano do korekty. Status „wysłana do KRN” uzyskało 386 Kart w 2019 r., 290 w 2020 r., 939 w 2021 r., 2946 w 2022 r. i 1511 w I kwartale 2023 r. Pozostałe Karty zostały wysłane i zaakceptowane przez pracownika KRN.

Liczba przypadków rozpoznania nowotworu złośliwego została wskazana w następującej liczbie Kart: 11 793, 9614, 7773, 22 i 2, natomiast liczba pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego wynosiła odpowiednio: 11 680, 9504, 7653, 21 i 2. Odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych przypadkach w I kwartale 2023 r. wyniósł 100%, w 2022 r. – 95%, a w latach 2019-2021 od 98% do 99%.

Z wypełnionym jedynie rozpoznaniem klinicznym ICD-10 w latach 2019-2021 było 1-2% Kart, a w 2022 i I kwartale 2023 r. po 6%. Pracownicy Rejestru zweryfikowali za poszczególne lata zgłoszone Karty z całego województwa łódzkiego, odpowiednio w: 97%, 98%, 94%, 83% i 78%.

(akta kontroli str. 318-322)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wskazał na następujące problemy związane z funkcjonowaniem Krajowego i Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów:

- a) we wprowadzonej w 2023 r. nowej platformie występowały problemy dotyczące: logowania, zawieszania systemu i „wyrzucania” z aplikacji,
- b) w trakcie zapisywania pacjenta pokazywany był błąd „karta uległa awarii”,
- c) w trakcie kopiowania karty cząstkowej zamiast jednej pojawiały się trzy karty cząstkowe w edycji, a podczas zadania system się zawieszał,
- d) braki możliwości wpisania poprawnego adresu,



e) braki w aplikacji, które przed zamknięciem/zakończeniem zbioru wymuszały ponowną weryfikację pacjentów.

Problemy z funkcjonowaniem Wojewódzkiego Biura Rejestrów Nowotworów polegały również na tworzeniu, w tym samym czasie, na platformie dwóch modułów eKRN+ (rejestr narządowy) oraz PROH (rejestr onkohematologiczny) - początkowo Rejestr narządowy miał nie obejmować rejestrowania pacjentów PROH.

Problemy z funkcjonowaniem Krajowego i Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów Szpital zgłaszał do administratora Krajowego Rejestru Nowotworów, drogą telefoniczną i mailową.

(akta kontroli str. 520-529)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W ramach umów zawartych z Ministrem Zdrowia Szpital nieterminowo przedłożył oświadczenia oraz rozliczenie, podsumowanie i sprawozdanie w zakresie:

a) zakupu nowej wersji systemu planowania radioterapii (upgrade) wraz z niezbędnym systemem (umowa z 2021 r.), tj.

– rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych wraz z kserokopiami faktur i protokołem zdawczo odbiorczym – przekroczenie o 27 dni,

– oświadczenie, że dofinansowanie ze środków nie obejmuje kosztów dostawy, zainstalowania sprzętu, serwisowania sprzętu i przeszkolenia personelu w zakresie obsługi sprzętu – przekroczenie o 27 dni,

– podsumowanie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy – przekroczenie o 38 dni,

– sprawozdanie merytoryczne z realizacji umowy – przekroczenie o 2 dni,

b) zakupu dwóch akceleratorów (umowy z 2019 i 2021 r.) i aparatu HDR (umowa z 2019 r.):

– po jednym oświadczeniu o wycofaniu z użytkowania sprzętu wskazanego do wymiany w ofercie konkursowej – przekroczenie odpowiednio o 115, 103 i 11 dni.

(akta kontroli str. 367-369,)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przekroczenie wskazanych terminów w ramach umów zawartych z Ministrem Zdrowia nastąpiło w wyniku przeoczenia. Związane to było ze zmianą sposobu podpisywania i przesyłania dokumentów do Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo nie dochodziło kar umownych w związku z nieterminowym złożeniem ww. dokumentów.

(akta kontroli str. 559-562, 569-571)

OCENA CZĄSTKOWA

W ramach zawartych umów z Ministrem Zdrowia Szpital wyposażano w nową aparaturę służącą leczeniu pacjentów onkologicznych oraz prowadzeniu Wojewódzkiego Biura Rejestru Nowotworów. Analiza umów wykazała, iż środki finansowe zostały prawidłowo wykorzystane przez Szpital, natomiast w kilku przypadkach wystąpiły opóźnienia w przekazywaniu wymaganych rozliczeń i oświadczeń, z tytułu czego nie zostały jednak naliczone Szpitalowi kary umowne.

## IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zwiększenie skuteczności nadzoru w celu prawidłowej realizacji zadań dotyczących:
  - a) wypełniania Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego wprowadzanych do Rejestru Nowotworów Złośliwych,
  - b) prowadzenia harmonogramów przyjęć i list pacjentów oczekujących, w szczególności utworzenia takich harmonogramów i list dla świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych oraz prowadzenia rzetelnie harmonogramów i list dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką i leczeniem onkologicznym DiLO,
  - c) sporządzania dokumentacji medycznej pacjentów onkologicznych.
2. Wyjaśnienie przyczyn dłuższego średniego czasu oczekiwania pacjentów w przypadkach pilnych niż średniego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych w Oddziale Hematoonkologii oraz w Poradni Urologicznej i Pozytonowej Tomografii Emisyjnej i podjęcie działań w celu niedopuszczenia do podobnych sytuacji.
3. Przestrzeganie terminów dotyczących przekazywania do Ministerstwa Zdrowia wymaganych sprawozdań, rozliczeń i oświadczeń, określonych w umowach zawieranych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

## 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 Łodzi. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Łódź, 22... września 2023 r.

Kontroler  
Dominik Gołacki  
gł. specjalista k.p.

  
.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Łodzi  
p.o. Dyrektor  
Piotr Walczak

  
.....  
podpis