



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.015.02.2023

Pani

dr hab. n.med. Iwona Maroszyńska

Dyrektor

Instytutu Centrum Zdrowia

Matki Polki w Łodzi

ul. Rzgowska 281/289

93-338 Łódź

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne


Pilotobrow

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	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź (zw. dalej Szpitalem, Instytutem lub ICZMP).
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr hab. n. med. Iwona Maroszyńska, Dyrektor ICZMP od dnia 22 kwietnia 2021 r. Poprzednio, tj. w okresie od 20 lutego 2014 r. do 23 marca 2021 r. Dyrektorem Instytutu był prof. dr hab. n. med. Maciej Banach.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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 Zwalczenia Chorób Nowotworowych.
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. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontrolerzy	Włodzimierz Zegadło, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LLO/87/2023 z 18 maja 2023 r. Rafał Piotrowski, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/91/2023 z 23 maja 2023 r.

(akta kontroli str.1-4)



¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki realizował w latach 2019-2023 świadczenia ambulatoryjne i leczenie szpitalne w zakresie chorób nowotworowych. Instytut aktywnie uczestniczył w programie profilaktyki raka piersi oraz programie profilaktyki raka szyjki macicy. Zakres świadczeń gwarantowanych wykonywanych w ramach programów zdrowotnych wynikał z treści umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Instytut był przygotowany pod względem organizacyjnym, kadrowym i sprzętowym do realizacji poszczególnych etapów pakietu onkologicznego obejmujących: wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), diagnostykę wstępną i pogłębianą, zabiegi diagnostyczno-lecznicze, konsylia i leczenie.

Realizacja przez ICZMP świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego odbywała się w sposób i na warunkach odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i umowach. W poddanych kontroli komórkach organizacyjnych Instytutu zapewniono koordynację podejmowanego leczenia, terminowo udzielano świadczeń pacjentom z wystawioną kartą DiLO, zagwarantowano profesjonalny personel medyczny oraz sprawne wyposażenie.

W latach 2019-2020 w ICZMP nie przeprowadzono wewnętrznych audytów klinicznych procedur radiologicznych, co naruszało przepisy art. 33v ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe³. Audyt został przeprowadzony dopiero w 2022 r. i dotyczył roku 2021.

Lekarze ICZMP sporządzali karty zgłoszeniowe do Krajowego Rejestru Nowotworów, które nie zawierały wszystkich wymaganych danych, co było niezgodne z postanowieniami § 5 pkt 2 lit. a, w związku z § 5a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów⁴.

Dokumentację medyczną pacjentów z zakresu leczenia onkologicznego prowadzono rzetelnie, za wyjątkiem wpisów dotyczących przeprowadzania przesiewowej oceny stanu odżywienia pacjentów, przyjmowanych do klinik ICZMP. Ponadto uchybienia stwierdzono w zakresie prowadzenia harmonogramów przyjęć na udzielenie świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Szpital prawidłowo wykorzystywał środki finansowe przekazane przez Ministra Zdrowia na zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej oraz realizację umowy zawartej w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

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

³ W ówczesnym stanie prawnym - t. jedn. - Dz.U. z 2018 r. poz. 792. Obecnie - t. jedn. - Dz.U. z 2023 r. poz. 1173.

⁴ Dz.U. poz. 1197, ze zm.



III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

1.1.a Zasady udzielania w ICZMP świadczeń medycznych na podstawie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego zostały określone w dniu 21 października 2020 r. dla lekarzy wszystkich komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych i stacjonarnych, w dokumencie PP/01 – DiLO Organizacja udzielania świadczeń na podstawie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego⁶ – wydanie 4. Procedury zostały opracowane w nawiązaniu do przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych⁷, rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸, rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹, rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹⁰ oraz zarządzeń Prezesa NFZ. Dokument zatwierdził Zastępca Dyrektora ICZMP ds. Lecznictwa oraz Dyrektor ICZMP. Obowiązujący w trakcie kontroli zbiór przepisów wewnętrznych ICZMP w zakresie onkologii był czwartą wersją procedury, podlegającą sukcesywnej aktualizacji¹¹.

(akta kontroli str. 298)

Zgodnie z założeniami przyjętymi w dokumencie PP/01 – DiLO realizacja poszczególnych etapów pakietu onkologicznego obejmowała: wydanie karty DiLO, diagnostykę wstępną i pogłębioną, zabiegi diagnostyczno-lecznicze, konsylia i leczenie.

Leczenie onkologiczne było realizowane w klinikach i poradniach Instytutu. Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej udzielane były w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi, świadczeń z zakresu chemioterapii – hospitalizacja udzielano w Klinice Onkologii. Instytut posiadał także w swojej strukturze Zakład Patomorfologii, Poradnię Genetyczną, Zakład Genetyki, Zakład Radiologii, Klinikę Rehabilitacji, Pracownię Histopatologii i Pracownię Fizjoterapii 2.

⁵ 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.

⁶ Dalej: DiLO

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

⁸ Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

¹⁰ Dz.U. z 2020 r. poz. 2209, ze zm.

¹¹ Poprzednie elektroniczne wersje procedury PP/01-DiLO zostały utracone przez Instytut w wyniku ataku hackerskiego w październiku 2022 r.



Protokół

W zakresie leczenia chorób nowotworowych pacjentów posiadających kartę DiLO: chemioterapia - hospitalizacja oraz radioterapia, Instytut zlecał usługi Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

(akta kontroli str. 166-176, 187, 218-240, 243-245)

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczenia z pakietu onkologicznego miały być realizowane w 12 z 51 poradni przyszpitalnych, tj. w Poradni Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka, Perinatologii i Ginekologii, Położniczej i Patologii Ciąży, Ginekologii Onkologicznej i Patologii Szyjki Macicy, Ginekologii i Chorób Menopauzy, Ginekologii Wieków Rozwojowego, Neurologii dla Dzieci, Endokrynologii dla Dzieci, Onkologii Klinicznej, Urologii Dziecięcej, Chirurgii Dziecięcej, Otolaryngologii dla Dzieci.

W okresie od 2019 do I kw. 2023 r. ambulatoryjne świadczenia diagnostyki onkologicznej w ramach pakietu onkologicznego były faktycznie udzielane pacjentom przez cztery poradnie: Poradnię Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka, Poradnię Ginekologiczną i Chorób Menopauzy, Poradnię Ginekologii Onkologicznej i Patologii Szyjki Macicy, Poradnię Onkologii Klinicznej.

Dyrektor ICZMP wyjaśniła, że w badanym okresie Instytut zajmował się udzielaniem świadczeń z pakietu onkologicznego tylko w tych zakresach, w których zgłaszali się pacjenci wymagający leczenia.

(akta kontroli str. 166-176, 187, 298, 782-783)

Wyposażenie Poradni Endokrynologii dla Dzieci, dla której w okresie objętym kontrolą zakontraktowano świadczenia w zakresie diagnostyki onkologicznej, odpowiadało warunkom umowy zawartej z NFZ. Wykaz wyposażenia Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci, zgłoszony w umowie z NFZ (harmonogram zasoby, system SZOI) obejmował: aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, wagę ze wzrostomierzem i gabinet zabiegowy. W trakcie kontroli potwierdzono kompletność i sprawność urządzeń poradni.

Czas pracy personelu medycznego rozliczano poprzez indywidualne miesięczne listy obecności pracowników wykonujących świadczenia, oparte o harmonogramy pracy ustalone przez przełożonych. Dokumenty te zawierały planowane godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy oraz podpisy pracownika i przełożonego.

Zgodnie z § 21 Regulaminu pracy ICZMP kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych, w których praca odbywa się w oparciu o harmonogramy czasu pracy, byli odpowiedzialni za ich opracowanie i przestrzeganie przez podległych pracowników.

Analiza czasu pracy w Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci w marcu 2023 r. wykazała, że był on zgodny z czasem pracy określonym w harmonogramie pracy Poradni.

(akta kontroli str. 792-793)



1.1.b Zgodnie z postanowieniami procedury PP/01 – DiLO kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers) obejmowała moduły: diagnostyki, leczenia, monitorowania i rehabilitacji. Świadczenia powinny być udzielone w ciągu sześciu tygodni od dnia zgłoszenia pacjenta do Instytutu, po potwierdzeniu rozpoznania zasadniczego. Maksymalny czas realizacji świadczenia określono na 9 tygodni, przy czym realizacja w okresie od 6 do 9 tygodni nie powinna dotyczyć więcej niż 10% przypadków. Dochowanie tych terminów należało do zadań koordynatorów merytorycznego i organizacyjnego, co opisano w pkt. 2 wystąpienia.

W Instytucie funkcjonowało Centrum kompetencji raka piersi obejmujące Klinikę Chirurgii Onkologicznej i Raka Piersi, Poradnię Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka, Poradnię Onkologiczną, Klinikę Onkologii Klinicznej, Pracownię Patomorfologii, Poradnię Genetyczną, Zakład Genetyki, Zakład Radiologii, Klinikę Rehabilitacji i Pracownię fizjoterapii 2, wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Centrum realizowało kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, zgodnie z wymaganiami określonymi dla poszczególnych modułów.

Świadczeniodawca zapewniał udokumentowaną koordynację procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz wyodrębniony wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego.

W ramach koordynacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” świadczeniodawca zapewniał przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego rehabilitacyjnego i monitorowania opieki, przy uwzględnieniu wszystkich świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej. Świadczenia były udzielane na terenie Instytutu, za wyjątkiem radioterapii, opieki paliatywnej i hospicyjnej i badań PET, realizowanych we współpracy z Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi. Instytut na bieżąco udostępniał pacjentom informacje o wykazie realizatorów badań przesiewowych raka piersi (m.in. na stronie internetowej w zakładce „przydatne informacje”) oraz o prowadzonych badaniach klinicznych i dostępnym leczeniu.

(akta kontroli str. 187, 243-245)

Ogłędziny Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi dokonane w dniu 22 czerwca 2023 r. w obecności Kierownika Kliniki potwierdziły kompletność wyposażenia i sprawność urządzeń medycznych niezbędnych do realizacji umowy z NFZ.

Wykaz wyposażenia kliniki, zgłoszony w umowie z NFZ (harmonogram zasoby, system SZOI) zawierał 27 pozycji sprzętu medycznego, wykorzystywanego do realizacji umowy z NFZ. Były to urządzenia pomiarowe i zabiegowe oraz gabinet zabiegowy. Na stanie Kliniki w czerwcu 2023 r. znajdowało się 70 pozycji sprzętowych, obejmujących 27 wyszczególnionych do realizacji umowy. Okresowo weryfikowano sprawność urządzeń dokonując stosownych zapisów.

(akta kontroli str. 250-297, 631)

Analiza dokumentacji w zakresie czasu pracy wykazała, że sporządzano indywidualne miesięczne rozliczenia czasu pracy, podpisywane przez pracownika i przełożonego. Treść rozliczeń przedstawiała potwierdzenie wykonania czasu pracy wyznaczonego w harmonogramie. Miesięczne rozliczenia przedstawiały czas pracy personelu medycznego zgodny z postanowieniami umów z NFZ.



(akta kontroli str. 790-791)

1.1.c W latach 2019-2023 była realizowana umowa z dnia 27 czerwca 2017 r. zawarta pomiędzy NFZ – ŁOW a ICZMP w Łodzi o udzielanie świadczeń gwarantowanych opieki medycznej w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych. Zakres świadczeń obejmował:

- program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny realizowany przez Zakład Patomorfologii i etap pogłębionej diagnostyki, realizowany przez Poradnię Ginekologii Onkologicznej i Patologii Szyjki Macicy,
- program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki, realizowane w Pracowni Mammografii.

W załącznikach do umowy określono plan rzeczowo-finansowy i harmonogram – zasoby (personel i wyposażenie).

Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy był realizowany w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 181-183, 661-693)

Na podstawie analizy dokumentów ofertowych pięciu postępowań poprzedzających zawarcie umowy dot. programów zdrowotnych, w tym dokumentów potwierdzających wymagane przygotowanie organizacyjne, kadrowe i sprzętowe oraz weryfikacji stanu aktualnego w trakcie kontroli ustalono, że Instytut CZMP spełniał warunki wymagane do wykonywania świadczeń w ramach programów profilaktycznych, co skutkowało zawarciem stosownych umów z NFZ. Instytut zapewnił odpowiednio przygotowany personel i wyposażenie, poświadczoną jakością badań mammograficznych i dostęp do badań histopatologicznych. Wymagane przez NFZ poświadczenia złożono w postępowaniu ofertowym, uzupełniając następnie braki stwierdzone przez zamawiającego w zakresie bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną i prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

(akta kontroli str. 921-1008)

W przypadkach, gdy w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych określono dodatkowe wymagania dla personelu, do oferty poprzedzającej zawarcie umowy z NFZ załączano kopie stosownych zaświadczeń, takich jak np. certyfikaty, szkolenia, udokumentowane doświadczenie w określonej dziedzinie. Analiza dokumentacji w zakresie przygotowania zawodowego pracowników potwierdziła wymagane kwalifikacje personelu zgłoszonego do realizacji umów z NFZ.

(akta kontroli str. 921, 973-985).

1.2. Pracownia Leku Cytostatycznego (PLC) działała w strukturze Apteki Szpitalnej ICZMP od 1 lipca 2020 r. Pracownia spełniała wymagania w tym zakresie określone w ustawie Prawo farmaceutyczne oraz w rozporządzeniach ministra zdrowia. Na podstawie ww. przepisów opracowano procedury wewnętrzne w zakresie organizacji i przygotowania indywidualnych dawek leków cytostatycznych, w tym szczegółowe instrukcje postępowania przez personel apteki zgodne ze standardami jakościowymi Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Wyposażenie techniczne i sprzętowe Pracowni Leku Cytostatycznego obejmowało: magazyn, pokój



Piotrowski

administracyjny, służbę powietrzną osobową, magazyn podawczy, pomieszczenie produkcyjne (boks jałowy), pokój wydawania przygotowanych leków.

Dwie komory laminarne BIO CYTO (firmy ALPINA) zostały uruchomione w czerwcu 2020 r. i w marcu 2022 r. Komory zostały wyposażone w filtry HEPA 99,995% dla MPPS oraz dodatkowo łożę wyposażono w wyciągi mechaniczne. Corocznie wykonywano przeglądy techniczne, badając parametry pracy urządzeń. Wymiana filtrów HEPA przewidziana jest na czerwiec 2025 r. i czerwiec 2027 r. Na bieżąco usuwano usterki i awarie urządzeń, np. wymiana płyty sterującej w 2020 r., wymiana uchwytów lampy i czujnika przepływu w 2021 r.

Śluzy podawcza i odbiorcza wyposażono w lodówki do przechowywania leków gwarantujące utrzymanie temperatury na poziomie 2-8°C. Wszystkie pomieszczenia PLC przyłączono do centralnej klimatyzacji utrzymującej wymaganą temperaturę pomieszczeń. Wymiana filtrów odbywała się w sposób planowy.

(akta kontroli str. 322-436)

W okresie od 14 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2020 r. Instytut posiadał umowę z powiatowym Centrum Zdrowia w Brzezinach na sporządzanie i dostawy indywidualnych dawek leków cytostatycznych. W tym okresie zamawiano leki poprzez przesłanie recept do apteki w Brzezinach, a następnie przygotowane preparaty w odpowiednich warunkach i wskazanym czasie były dostarczane do Instytutu.

(akta kontroli str. 402-404, 1009, 2001-2094)

1.3. Umową z dnia 15 grudnia 2010 r. ICZMP w Łodzi zlecił całodzienne żywienie pacjentów spółce z o.o. Catermed z Krakowa, której udostępnił pomieszczenia kuchenne. Umowa obowiązywała do dnia 3 lutego 2021 r., kiedy Instytut zawarł nową umowę na całodzienne żywienie pacjentów z konsorcjum firm: Catermed Spółka Akcyjna z Łodzi oraz JOL-MARK sp. z o.o. z Gliwic.

Zgodnie z zapisami umowy z 2010 r. świadczenie usług miało odbywać się zgodnie z przepisami o bezpieczeństwie żywności, ze szczególnym uwzględnieniem reżimów sanitarnych oraz następujących procedur: systemu HACCP, Dobrej Praktyki Higienicznej, Dobrej Praktyki Produkcyjnej, Technologii dietetycznej i Wytucznych Instytutu Matki i Dziecka w zakresie żywienia niemowląt.

W umowie zawartej w 2021 r. zapisano, że odpowiedzialność za realizację umowy po stronie zamawiającego ponosi Naczelną Pielęgniarka, dwoje dietetyków oraz kierownik działu zarządzania infrastrukturą. Wykonawca został zobowiązany do przygotowania posiłków z uwzględnieniem diet specjalistycznych oraz zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego i Instytutu Żywności i Żywienia w sprawie norm żywności z zachowaniem wartości odżywczych.

W badanym okresie szpital zatrudniał dietetyków, w czasie kontroli było to dziewięć osób. Zakres obowiązków dietetyka przewidywał m.in. współpracę z Pielęgniarką Oddziałową w zakresie organizacji żywienia pacjentów w klinice, współpracę z lekarzem w zakresie leczenia dietetycznego i ustalania diet specjalistycznych, zbieranie wywiadu żywieniowego od pacjentów, zgłaszanie zamówień na posiłki i mieszanki mleczne/lecznicze, ocena jakości usług cateringowych.

Badaniem szczegółowym objęto żywienie w I kwartale 2023 r. w dwóch klinikach prowadzących leczenie pacjentów onkologicznych (o najdłuższym przeciętnym


Piotrowski

czasie hospitalizacji¹²). Analiza dokumentacji medycznej losowo dobranych 20 pacjentek ICZMP hospitalizowanych powyżej siedmiu dni w latach objętych kontrolą wykazała we wszystkich przypadkach brak kart przesiewowej oceny stanu odżywienia i w konsekwencji brak zaleceń dietetycznych i brak badań pogłębionych w zakresie stanu odżywienia. Check-lista dokumentacji medycznej pacjentek zawierała adnotację „nie dotyczy” przy pozycji „karta przesiewowa oceny stanu odżywienia” lub też brak adnotacji. W żadnym z badanych przypadków nie potwierdzono sporządzenia takiego dokumentu. Pisemne zalecenia żywieniowe wydawano chorym w karcie informacyjnej w momencie wypisywania ze szpitala. (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*)

(akta kontroli str. 600-624, 659)

1.5. W latach 2019-2023 ICZMP wykonywał samodzielnie na rzecz pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej badania patomorfologiczne i molekularne, o których mowa w:

- załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹³ – Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji, część I. Badania laboratoryjne, lit. L. Badania materiału biologicznego oraz lit. M. Badania genetyczne,

- załączniku nr 1 Wykaz świadczeń gwarantowanych do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego¹⁴.

Badania laboratoryjne były wykonywane przez Centrum Medycznej Diagnostyki Laboratoryjnej, badanie materiału biologicznego wykonywał Zakład Patomorfologii z pracownią cytostatyczną, a badania genetyczne – Zakład Genetyki. Komórki te posiadały wpisy do Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Instytut we własnym zakresie wykonywał również badania z zakresu tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Badania genetyczne, które nie mogły być realizowane samodzielnie, były zlecane podwykonawcom poza Instytutem.

W przypadku niektórych nowotworów złośliwych, po wykonaniu badań immunohistochemicznych lub molekularnych, można było odpowiednio dobrać leczenie spersonalizowane.

Dyrektor ICZMP nie przedstawiła średniego kosztu diagnostyki histopatologicznej pacjentów w podziale na poszczególne typy badań w latach objętych kontrolą, ponieważ w tym zakresie nie był prowadzony rachunek kosztów. Zakład Patomorfologii Klinicznej ICZMP przedstawił cennik badań obowiązujący od października 2021 r. obejmujący: badanie histopatologiczne 30 zł, badanie immunohistochemiczne 50 zł, oznaczenie i ocenę receptorów ER, PR, HER-2 – po 50 zł, ocenę statusu HER-2 metodą CISH- 350 zł, badania cytologiczne – 25 zł, badania DNA HPV – 175 zł, biopsja cienkoigłowa – 50 zł, badania autopsyjne – 500 zł.

(akta kontroli str. 629-630, 635)

W okresie od 2019 r. do 31 marca 2023 r. na rzecz pacjentów ICZMP wykonano ogółem 186 118 badań patomorfologicznych i genetycznych. Badań

¹² Najdłuższy czas hospitalizacji odnotowano w Klinice Ginekologii Operacyjnej i Ginekologii Onkologicznej oraz w Klinice Ginekologii Operacyjnej, Onkologicznej i Leczenia Endometriozy

¹³ Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

¹⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.



histopatologicznych wykonano w tym czasie 119 398, z tego 15 778 śródoperacyjnych. Badań immunohistochemicznych wykonano 18 874, badań cytologicznych 32 086 (w tym 23 332 w zakresie ginekologii). Ponadto wykonano 189 badań mikroskopowych metodą CISH.¹⁵

Instytut w ograniczonym zakresie zgromadził dane o liczbie badań wykonanych na rzecz 5 741 pacjentów nowotworowych w latach 2019 – 2023 (I kw.). Odnotowano liczbę badań genetycznych, badań materiału onkologicznego oraz liczbę zabiegów. Instytut nie wyodrębniał danych o pozostałych badaniach wykonanych na rzecz pacjentów onkologicznych, tj. liczby badań histopatologicznych, immunohistochemicznych, konsultacji patomorfologicznych, badań cytogenetycznych, metodami biologii molekularnej i sekwencjonowania następnej generacji (NGC).

W latach 2019-2023 (I kw.) w Instytucie leczono 2 947 pacjentów z rakiem piersi, którym przeprowadzono 1 748 zabiegów, 54 podstawowe badania genetyczne, 117 złożonych badań genetycznych i 12 zaawansowanych badań genetycznych oraz pobrano i zbadano 419 razy materiał śródoperacyjny i 903 razy materiał onkologiczny duży.

W związku z leczeniem 843 pacjentek z rakiem trzonu macicy przeprowadzono 601 zabiegów, osiem podstawowych badań genetycznych, 107 złożonych badań genetycznych i jedno zaawansowane badanie genetyczne.

Leczenie 244 pacjentek z rakiem szyjki macicy obejmowało 88 zabiegów, nie odnotowano natomiast badań wyskospecjalistycznych.

W związku z leczeniem 677 pacjentek z rakiem jajnika przeprowadzono 434 zabiegi, jedno podstawowe badanie genetyczne, 43 złożone badania genetyczne i 55 zaawansowanych badań genetycznych.

Leczenie 346 pacjentów z rakiem płuc obejmowało trzy zabiegi, sześć podstawowych badań genetycznych, 44 złożone badania genetyczne i pięć zaawansowanych badań genetycznych.

W związku z leczeniem 177 przypadków mięsaków tkanek miękkich i kości, i nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) przeprowadzono pięć zabiegów, 11 podstawowych badań genetycznych, 35 złożonych badań genetycznych i jedno zaawansowane badanie genetyczne.

W związku z leczeniem 128 przypadków nowotworów układu moczowego nie wykonywano zabiegów, wykonano jedno podstawowe, jedno złożone i jedno zaawansowane badanie genetyczne.

W związku z leczeniem 105 przypadków nowotworów OUN przeprowadzono 46 zabiegów i nie wykonywano badań genetycznych.

W związku z leczeniem 101 pacjentów z rakiem jelita grubego przeprowadzono trzy zabiegi, siedem podstawowych badań genetycznych, 31 złożonych badań genetycznych i jedno zaawansowane badanie genetyczne.

W związku z leczeniem 74 przypadków chłoniaka przeprowadzono dwa zabiegi i nie wykonywano badań wyskospecjalistycznych.

W leczeniu 38 przypadków czerniaka wykonano osiem zabiegów bez ww. badań, a w leczeniu 40 przypadków raka żołądka nie wykonano zabiegów i badań. Ponadto

¹⁵ Badania FISH nie były wykonywane.

leczono sześć przypadków szpiczaka plazmocytoowego i 15 białaczki, bez wykonywania zabiegów i badań wysokospecjalistycznych.

(akta kontroli str. 697-701)

1.6. W ICZMP opracowane zostały, w formie pisemnej, szczegółowe medyczne procedury radiologiczne, o których mowa w art. 33f ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*. Procedury szczegółowe zawierały takie elementy jak: 1) opis postępowania odnoszącego się do stosowanych w jednostce ochrony zdrowia urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, a także do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń; 2) informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym informacje dotyczące narażenia osób, 3) inne istotne informacje o sposobie wykonania badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia takie jak szczegółowe procedury postępowania w poszczególnych typach badań, obejmujące wykaz odstępstw od procedury wzorcowej zalecanej przez Ministra Zdrowia wraz z uzasadnieniem oraz zasady ochrony radiologicznej pacjenta.

Ogółem procedury radiologiczne ujęto w 197 dokumentach opracowanych w grudniu 2015 i styczniu 2016 r.

(akta kontroli str. 300-312, 1010-1012)

W badanym okresie nie był prowadzony zewnętrzny audyt kliniczny Instytutu oceniający poprawność i aktualność procedur szczegółowych, stosowanych w zakresie radiologii. Instytut nie był informowany o planie takiego audytu w 2023 r. Audyt kliniczny wewnętrzny został przeprowadzony w 2022 r. i dotyczył roku 2021. Po sporządzeniu raportu nie został przesłany do komisji procedur i audytów z powodu nieutworzenia komisji do 2022 r. Audytorzy ustalili m.in. że, z uwagi na brak dawkomierza DAP przy większości aparatów przyłóżkowych nie było możliwe porównanie otrzymanych wyników opartych o kV i mAs z poziomami referencyjnymi. W analizowanej procedurze PP_029-RTG jamy brzusznej nie odnotowano przekroczeń poziomu referencyjnego dla osób dorosłych, wynoszącego 550 cGycm², jak również dla pacjentów pediatrycznych, za wyjątkiem noworodków, dla których brak referencji. Zalecono ujednoczenie nazewnictwa procedur szczegółowych z nazewnictwem występującym w szpitalnym systemie informatycznym oraz aktualizację procedur szczegółowych zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2021 r. w sprawie formy i szczegółowego zakresu wzorcowych medycznych procedur radiologicznych.

ICZMP nie przeprowadził audytów wewnętrznych za rok 2019, 2020, natomiast audyt za rok 2022 i 2023 nie został jeszcze rozpoczęty do czasu kontroli NIK. (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*)

(akta kontroli str. 300-301, 780-781)

1.7. Z informacji przekazanej przez Zastępcę Dyrektora ICZMP ds. Lecznictwa wynika, że zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów odbywały się na podstawie § 5 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie KRN przez lekarzy prowadzących bez wykorzystania sekretarki medycznej lub rejestratorki. Instytut nie dysponował wiedzą o liczbie przekazanych kart.

Zdaniem Zastępcy Dyrektora Instytutu nowy interfejs KRN uniemożliwia wydruk kart zgłoszonych w ostatnim okresie.

Na podstawie analizy zapisów widocznych na ekranie 20 formularzy MZ/N-1a, wprowadzonych do systemu KRN+ do dnia 23 sierpnia 2023 r. ustalono, że karty zawierały wypełnione m.in. pola nr 26 Rozpoznanie histopatologiczne, brak było natomiast zapisów w polach 32 Kod zaawansowania TNM (7 rewizja), 33 Inne klasyfikacje zaawansowania, 34 Stopień zaawansowania, 35 Stadium zaawansowania. (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*)

(akta kontroli str. 657-658, 694)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Analiza arkuszy ocen dokumentacji medycznej po zakończeniu hospitalizacji¹⁶ 20 pacjentek dwóch Klinik Instytutu¹⁷ wykazała, że w żadnym przypadku nie sporządzono „Karty przesiewowej oceny stanu odżywiania”. Obowiązek poddawania wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywienia wynikał z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego¹⁸. Zgodnie zaś ze *Standardami żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego* Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, dokument oceniający stan odżywienia musi się znaleźć w każdej historii choroby.

Kierownik Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Leczenia Endometriozy wyjaśnił, że zalecenia dietetyczne wydawano tylko na karcie informacyjnej, natomiast brak karty przesiewowej wynikał z przeoczenia osób przyjmujących do szpitala, które prowadząc wywiad nie odnotowały informacji żywieniowych w systemie informatycznym w przeznaczonych do tego zakładkach.

Kierownik Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Ginekologii Onkologicznej wyjaśnił, że prowadzono ocenę stanu odżywienia chorych i wydawano zalecenia dietetyczne. Jeśli występowała potrzeba stosowania jakiejś diety zlecano to dietetyczce, która zamawiała posiłki dla chorej. Dietetyczka uczestniczyła w obchodzie lekarskim i dostawała zalecenia, szczególnie dla chorych we wczesnym okresie pooperacyjnym. Od każdej pacjentki zbierano wywiad pod kątem przebytych chorób i ewentualnych potrzeb dietetycznych. Kierownik Kliniki wskazał, że karty przesiewowe oceny stanu odżywienia były dostępne w systemie elektronicznym dla połowy pacjentek. Karty nie były drukowane w wersji papierowej, co ma się obecnie zmienić.

(akta kontr. str. 600-624, 659)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zauważa, że zalecenia dietetyczne wydawane na karcie informacyjnej w momencie wypisywania pacjentek ze szpitala, są elementem wypisu i mają za zadanie wskazać jak pacjent ma się odżywiać

¹⁶ Zgodnie z Zarządzeniem nr 68/2017 Dyrektora Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” z dnia 14 listopada 2017 r. w sprawie zmiany zasad prowadzenia arkuszy ocen dokumentacji medycznej po zakończeniu hospitalizacji wprowadzono obowiązek stosowania takich arkuszy w postaci check-listy.

¹⁷ Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Ginekologii Onkologicznej oraz Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Leczenia Endometriozy.

¹⁸ Dz.U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

w domu. Natomiast ocena stanu odżywienia ma służyć dobraniu właściwego żywienia (rodzaju diety) w trakcie hospitalizacji i jej wyniki powinny być przedstawione w stosownej karcie. W żadnym z badanych przypadków nie sporządzono takiego dokumentu.

2. W latach 2019-2020 w ICZMP nie przeprowadzono wewnętrznych audytów klinicznych procedur radiologicznych, co naruszało przepisy art. 33v ustawy Prawo atomowe.

Ustalenie terminu przeprowadzenia audytu klinicznego należało do obowiązków kierownika jednostki. Zastępca Dyrektora Instytutu ds. Lecznictwa nie wyjaśnił przyczyn zaniechania audytów w latach 2019-2020. Stwierdził natomiast, że po ukazaniu się przepisów wykonawczych w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych i wzoru raportu, niezbędne jest dokończenie procedury wewnętrznej ICZMP, ustalenie osób odpowiedzialnych za te zadania i czasu realizacji.

Ustawodawca nie sprecyzował bezwzględnych norm czasowych, audyt należało jednak wykonywać nie rzadziej niż raz na rok. Zmiana przepisów nie uzasadnia zaniechania audytów, gdyż z braku nowych regulacji można było wykorzystać poprzednie.

(akta kontroli str. 300-301, 780-781)

3. Poddane analizie 20 kart zgłoszeniowych do Krajowego Rejestru Nowotworów nie zawierało zapisów w polach 32 Kod zaawansowania TNM (7 rewizja), 33 Inne klasyfikacje zaawansowania, 34 Stopień zaawansowania, 35 Stadium zaawansowania, co było niezgodne z postanowieniami § 5 pkt 2 lit. a, w związku z § 5a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów¹⁹.

Z wyjaśnień uzyskanych od lekarza wprowadzającego dane w Klinice Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Leczenia Endometriozy wynikało, że pola nr 27 i 32-35 w obecnej wersji programu są aktywne, lecz ich wypełnienie nie jest konieczne do zaakceptowania zgłoszenia karty przez system, przez co nie wymuszają na użytkowniku ich wypełnienia. W chwili wypełniania karty lekarz nie zawsze miał dostęp do protokołu operacyjnego i badań obrazowych, potrzebnych do określenia stopnia zaawansowania nowotworu. Problemem były ograniczenia systemu w możliwości wpisywania faktycznych danych o pacjentach, u których stwierdzono nowotwór w wyniku rozpoznania histopatologicznego po zabiegu operacyjnym.

(akta kontroli str. 657-658, 694)

OCENA CZĄSTKOWA

W Instytucie ustalono zasady udzielania świadczeń medycznych ambulatoryjnych i szpitalnych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Opracowano także szczegółowe procedury radiologiczne oraz przeprowadzono audyt kliniczny wewnętrzny ich stosowania. Zachowane były warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono badania patomorfologiczne i molekularne.

¹⁹ Dz.U. z 2018 r. poz. 1197 ze zm.



Instytut spełniał warunki do udzielania świadczeń gwarantowanych opieki medycznej w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych raka szyjki macicy oraz raka piersi. W Klinice Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi zapewniono wymagane wyposażenie i sprawne urządzenia medyczne. W ramach koordynacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” Instytut zapewnił prowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego rehabilitacyjnego i monitorowania opieki. Nie sporządzano kart przesiewowych oceny stanu odżywienia pacjentów przyjmowanych do klinik ICZMP. Diagnozując nowe rozpoznania i podejrzenia nowotworów złośliwych, personel medyczny Instytutu 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

2.1. W Szpitalu wartość zakontraktowanych w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym wyniosła łączną kwotę 870 085,7 tys. zł, w tym: 166 020,8 tys. zł w 2019 r., 165 712,4 tys. zł w 2020 r., 204 733,5 tys. zł w 2021 r., 251 894,6 tys. zł w 2022 r. i 81 724,2 tys. zł w I kwartale 2023 r. Natomiast wartość świadczeń zrealizowanych (z tzw. nadwykonaniami) wyniosła łączną kwotę: 872 162,1 tys. zł w tym: 166 281,0 tys. zł w 2019 r., 164 913,4 tys. zł w 2020 r., 199 359,3 tys. zł w 2021 r., 254 915,0 tys. zł w 2022 r. i 86 693,2 tys. zł w I kwartale 2023 r.

Niewykonanie zakontraktowanych świadczeń w wartościach powyżej 100 tys. zł wystąpiło w: trzech zakresach w 2020 r., 12 w 2021 r., 15 w 2022 r. i trzech w I kwartale 2023 r.²⁰, natomiast tzw. nadwykonania, o wartości powyżej 100 tys. zł, wystąpiły w: w jednym zakresie w 2019 r., sześciu w 2022 r. i 13 zakresach²¹ w I kwartale 2023 r.

²⁰ Dotyczyło to niewykonanych następujących zakresów i o wartości:

- a) w 2020 r. w zakresie: Leki w programie Lekowym – Leczenie Chorych na raka płuca oraz Międzybłonniaka opłucnej – 1.580.039,00 zł.
- b) w 2021 r. w zakresach: Chemioterapia – Hospitalizacja z Zakresem Skojarzonym – 2.114.934,00 zł, Substancje Czynne w Chemioterapii – Hospitalizacji z Zakresem Skojarzonym – 1.025.000,00 zł, Położnictwo i ginekologia – Hospitalizacja III Poziom Referencyjny Pakiet Onkologiczny – 4.420.014,00 zł, Świadczenia w zakresie Endokrynologii dla dzieci – 516.512,34 zł, Leki w Programie Lekowym – Leczenie Raka Piersi – 4.660.423,00 zł, Endokrynologia Dziecięca – hospitalizacja 3.052.587,60 zł, Anestezjologia i Intensywna Terapia Hospitalizacja 4.607.296,00 zł, Anestezjologia i Intensywna Terapia dla dzieci – Hospitalizacja – 10.287.671,76 zł, Pediatria – Hospitalizacja – 9.700.443,36 zł, Chirurgia Dziecięca – Hospitalizacja - 7.703.916,48 zł, Neurochirurgia dziecięca – Hospitalizacja – 7.364.404,44 zł, Leki w programie Lekowym – Leczenie Chorych na raka płuca oraz Międzybłonniaka opłucnej – 2.451.164,00 zł
- c) w 2022 r. w zakresach: Położnictwo i ginekologia – Hospitalizacja III Poziom Referencyjny Pakiet Onkologiczny – 3.836.709,12 zł Kompleksowa Opieka Onkologiczna nad Świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON Piers) – 7.080.808,81 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna – Monitorowanie w Nowotworze Piersi – 546.203,20 zł, Kompleksowa Opieka Onkologiczna – Rehabilitacja w Nowotworze Piersi – 542.916,37 zł, Położnictwo i Ginekologia (wyłącznie Ginekologia) – Hospitalizacja – Pakiet Onkologiczny – 2.322.971,93 zł, Program lekowy – leczenie raka piersi – 1.555.605,96 zł, Gastroenterologia Dziecięca – Hospitalizacja – 6.934.925,84 zł, Kariologia Dziecięca – Hospitalizacja – 14.186.379,54 zł, Neurologia Dziecięca – Hospitalizacja - 15.471.361,59 zł, Anestezjologia i Intensywna Terapia – Hospitalizacja – 5.405.062,10 zł, Anestezjologia i Intensywna Terapia dla dzieci – Hospitalizacja – 13.131.002,01 zł, , Pediatria – Hospitalizacja – 13.088.885,97 zł, Neonatologia – Hospitalizacja – III poziom referencyjny -N20, N21, N22, N23, N24, N25 – 56.642.565,73 zł, Neurochirurgia dziecięca – Hospitalizacja – 7.187.557,92 zł, Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika – 111.802,90 zł
- d) w I kwartale 2023 r. w zakresach: Onkologia Kliniczna – Hospitalizacja – Świadczenia Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego – Poza Pakietem Onkologicznym – 271.509,12 zł, Leki w Programie Lekowym -TLI- Leczenie chorych na raka piersi – 345.077,00 zł, Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika – 212.735,60 zł

²¹ Dotyczyło to nadwykonanych następujących zakresów i o wartości:

- a) w 2019 r. w zakresie: Program lekowy – leczenie raka piersi – 881.818,36 zł
- b) w 2022 r. w zakresach: Świadczenia z Zakresu Ratunkowego Dostępu Do Technologii Lekowej, Dla Świadczeniodawców Zakwalifikowanych W Ramach PSZ Do Poziomu: III Stopnia, Ogólnopolskiego, Onkologicznego, Pediatrycznego,

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala wyjaśnił, że przyczyna niewykonania i nadwykonania wynika z liczby pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, dla których zrealizowane świadczenia mogą być rozliczane z Narodowym Funduszem Zdrowia wg ściśle określonych zasad wynikających z obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa, a w przypadku realizacji świadczeń w zakresie programów lekowych rozliczenie uwarunkowane jest możliwością włączenia pacjenta do określonego programu lekowego.

W latach 2019 – I kwartał 2023 r. w Szpitalu, w ramach AOS i LSZ, udzielono świadczeń w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego odpowiednio następującej liczbie pacjentów: 5371, 7338, 6833, 7964, 3557. Jednocześnie w tym samym okresie w Szpitalu wystawiono karty DiLO oraz do Szpitala z kartą DiLO zgłosiło się łącznie: 766 pacjentów w 2019 r., 768 w 2020 r., 925 w 2021 r., 898 w 2022 r. i 384 do 30.05.2023 r. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż pacjenci z kartą DiLO korzystają ze świadczeń udzielanych na jej podstawie nie tylko w roku, w którym karta została założona, ale również w późniejszych okresach co oznacza, iż w okresie 2019-2023 ze świadczeń udzielanych na podstawie karty DiLO korzystali pacjenci z kartami założonymi w latach wcześniejszych.

(akta kontroli str. tabela nr 1013-1025, 1229-1233)

Liczba świadczeń jednostkowych oraz wartość tych świadczeń w poszczególnych latach wyniosła: w 2019 r. 11 277 świadczeń o wartości 20 474,0 tys. zł, w 2020 r. – 15 352 i 24 155,8 tys. zł, w 2021 r. – 18 979 i 27 730,8 tys. zł, w 2022 r. – 20 650 i 36 902,4 tys. zł i w I kwartale 2023 r. – 6476 i 12 053,9 tys. zł.

Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń z zakresów onkologii ulegała wahaniom i wynosiła odpowiednio na koniec I kwartału lat 2019 – 2023: siedem, 525, 250, 90 i 27.

W okresie od 2019 do I kw. 2023 r. ambulatoryjne świadczenia diagnostyki onkologicznej w ramach pakietu onkologicznego były udzielone 1171 pacjentom.

W 2019 r. przyjęto 133 pacjentów onkologicznych, w 2020 r. 306, w 2021 r. 405, w 2022 r. 439, a w I kw. 2023 r. 116. W Poradni Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka wykonano 383 badania wstępne i 509 pogłębionych diagnostyk raka piersi oraz sześć badań innych nowotworów. W Poradni Ginekologicznej i Chorób Menopauzy wykonano 30 badań pogłębionych raka macicy i szyjki macicy oraz jedno raka piersi. W Poradni Ginekologii Onkologicznej i Patologii Szyjki Macicy wykonano pięć badań diagnostyki wstępnej i 417 pogłębionej nowotworów macicy i szyjki macicy, pięć badań wstępnych nowotworów jajników i jajowodów, dziewięć badań nowotworów

Pulmonologicznego – 1.652.010,11 zł, Endokrynologia – Hospitalizacja – 5.064.479,27 zł, Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja III Poziom referencyjny – 36.064.886,00 zł, Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) – 7.313.398,39 zł, Chirurgia onkologiczna – Hospitalizacja -1.597.101,68 zł, Badania Genetyczne – 1.559.631,26 zł,

- c) w I kwartale 2023 r. w zakresach: Leki w Programie Lekowym – Leczenie Raka Piersi – 1.620.687,72 zł, Endokrynologia – Hospitalizacja – 1.855.596,60 zł, Neurologia Dziecięca – Hospitalizacja - 5.294.718,54 zł, Anestezjologia i Intensywna Terapia – Hospitalizacja -1.808.308,67 zł, Anestezjologia i Intensywna Terapia dla dzieci – Hospitalizacja – 4.655.423,37 zł, Pediatria – Hospitalizacja – 4.166.396,00 zł, Neonatologia – Hospitalizacja – III poziom referencyjny -N20, N21, N22, N23, N24, N25 – 19.421.973,58 zł, Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja III Poziom referencyjny – 11.405.888,00 zł, Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) - 2.102.437,30 zł, Chirurgia Dziecięca -Hospitalizacja - 4.528.622,18 zł, Chirurgia onkologiczna – Hospitalizacja – 541.088,68 zł, Leki w Programie lekowym – leczenie pacjentów z rakiem nerki – 146.618,21 zł, Leki w programie lekowym – leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 853.730,08 zł.

piersi. W Poradni Onkologii Klinicznej wykonano osiem badań wstępnych i 21 pogłębionych nowotworów piersi i pięć badań innych nowotworów.

(akta kontroli str. 298, 782-783, 1072-1073, 1019-1025)

2.2 W badanym okresie w 4 poradniach Szpitala²², (w których udzielane były świadczenia z zakresu onkologii w latach 2019 – I kwartał 2023 r.) liczba osób oczekujących w przypadkach stabilnych, wg danych z marca poszczególnych lat, wydłużyła się w 3 poradniach, tj.: w Poradni Ginekologii Onkologicznej i Patologii Szyjki Macicy z 14 osób w 2019 r. do 21, 19, 38 i 55 w latach 2020-2023, w Poradni Onkologii Klinicznej z 0 osób w 2019 r. do 11, 14, 42 i 22 w latach 2020-2023 i w Poradni Ginekologicznej i Chorób Menopauzy z 22 osób w 2019 r. do 27 i 42 osób w 2022 i 2023 r.

W przypadkach pilnych liczba osób oczekujących wydłużyła się w 2 poradniach tj.: w Poradni Onkologii Klinicznej z 0 osób w latach 2019-2022 do 4 w 2023 r. i w Poradni Ginekologicznej i Chorób Menopauzy z 0 osób w latach 2019-2022 do 21 w 2023 r. W pozostałych przypadkach liczba osób oczekujących uległa obniżeniu. Dyrektora Szpitala wyjaśniła, że zwiększenie liczby osób oczekujących na świadczenie wynika ze zwiększonej liczby osób przyjmowanych do Szpitala, w tym części osób, których status w kolejce wskazano jako „kontynuujący”.

(akta kontroli str. 1026-1071, 1253-1256)

Badanie próby 60 pacjentów wpisanych jako pierwszych w listach kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć w styczniu 2023 r. w trzech jednostkach organizacyjnych Szpitala²³ wykazało, że

- a) harmonogramy przyjęć i kolejki oczekujących były prowadzone w formie elektronicznej;
- b) we wszystkich przypadkach wskazano: datę, adres, imię i nazwisko świadczeniobiorcy. W przypadku dwóch pacjentów pracowni rezonansu magnetycznego nie uzupełniono listy o numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;
- c) we wszystkich trzech jednostkach organizacyjnych 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 ds. Lecznictwa Szpitala wyjaśnił, że przy zapisach brano pod uwagę kryteria medyczne, tj. choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności;
- d) każdorazowo termin udzielenia świadczenia był wyznaczany w dniu wpisu do harmonogramu;
- e) we wszystkich przypadkach prawidłowo określano kategorię wpisu;

²² Poradnia Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka, Poradnia Ginekologiczna i Chorób Menopauzy, Poradnia Ginekologii Onkologicznej i Patologii Szyjki Macicy i Poradnia Onkologii Klinicznej.

²³ Po 20 pierwszych pacjentów z Pracowni diagnostycznej Rezonansu Magnetycznego, Poradni Onkologicznej i Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi.



- f) we wszystkich przypadkach prawidłowo wskazano datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć;
- g) wszyscy pacjenci wpisani na listę oczekujących jako pierwszorazowi, nie byli pacjentami kontynuującymi leczenie w tych jednostkach;
- h) dla pacjentów objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym (dalej zw. pacjentami DiLO) nie była prowadzona rzetelnie lista oczekujących na udzielenie świadczenia.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące kolejek pacjentów oczekujących i harmonogramów przyjęć zostały opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1074-1102, 1234-42)

2.3./2.4. W latach 2019 – 30.05.2023 r. do Szpitala, z wystawioną kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego zgłosiło się pacjentów odpowiednio: 145, 141, 158, 121 i 55. Odpowiednio: 90, 87, 90, 64 i 35 kart wystawili lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ), 55, 54, 68, 57 i 20 kart DiLO wystawili lekarze AOS cztery karty w 2021 r. oraz po jednej w 2022 r. i 2023 r. (do dnia 30.05.2023 r.) wystawiono w ramach programów zdrowotnych.

W ramach udzielanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych w ww. latach zostało wystawionych kart DiLO, odpowiednio: 621, 627, 763, 776 i 328. Najwięcej wystawionych kart zostało w trakcie udzielania świadczeń w leczeniu szpitalnym świadczeniodawcy, tj. 508, 384, 388, 327 i 129 natomiast pozostałe w zakresie AOS tj.: 113, 243, 375, 449 i 199.

(akta kontroli str. 1103-1104)

Analiza 30 kart DiLO wystawionych w ramach POZ wykazała, że:

- a) wszyscy pacjenci kontynuowali leczenie w Szpitalu, a w przypadku 10 z nich dodatkowe leczenie radioterapią było wykonywane poza Szpitalem;
- b) dla wszystkich pacjentów kontynuujących leczenie w Szpitalu powoływano wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne, które opracowywały plan leczenia dla pacjenta, a ich skład był zgodny z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁴;
- c) we wszystkich przypadkach wyznaczono koordynatora leczenia onkologicznego oraz ustalono plan leczenia;
- d) w dokumentacji medycznej pacjentów brak było wpisów świadczących o wykonywaniu zadań przez koordynatora. Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że koordynatorzy pełnią funkcję informacyjną, edukacyjną oraz są łącznikiem między lekarzem a pacjentem. Współpraca koordynatorów z innymi podmiotami dotyczy przede wszystkim umawiania terminów niezbędnych badań i wizyt, a brak wpisów wynika z faktu, że w obowiązującym aktualnie formularzu karty DiLO brak jest możliwości odnotowywania świadczeń udzielonych przez koordynatorów;



²⁴ Dz. U. z 2021 r., poz. 290.

- e) w dwóch przypadkach świadczenia były udzielane zarówno przez psychologa, jak i przez fizjoterapeutę, w trzech tylko przez fizjoterapeutę i w jednym przypadku tylko przez psychologa;
 - f) w dokumentacji medycznej pacjentów odnotowywano udzielenie porad medycznych w ramach diagnostyki podstawowej, wstępnej i pogłębionej;
 - g) w przypadku wszystkich pacjentów, którym Szpital udzielał świadczeń w ramach diagnostyki pogłębionej liczba dni pomiędzy zakończeniem diagnostyki wstępnej, a rozpoczęciem diagnostyki pogłębionej nie przekraczała 7 dni;
 - h) dla dwóch na 30 pacjentów, którym wystawiono karty DiLO w ramach diagnostyki wstępnej onkologicznej zakończenie rozpoznania nastąpiło w terminie przekraczającym 28 dni, tj. o 7 i 14 dni;
 - i) w przypadku trzech na 30 pacjentów, którym Szpital udzielał świadczeń w ramach diagnostyki pogłębionej liczba dni pomiędzy pierwszą poradą specjalistyczną związaną z diagnostyką pogłębioną, a datą porady kończącej etap diagnostyki pogłębionej przekraczała 21 dni, tj. o 7 i 25 dni;
- Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala wyjaśnił, że przekroczenie terminów diagnostycznych spowodowane było m.in. oczekiwaniem na komplet badań (1 pacjent), niezgłaszaniem się pacjenta (1 pacjent), zlecaniem przez lekarzy prowadzących kolejnych badań niezbędnych do zakończenia diagnostyki (2 pacjentów);
- j) 30 pacjentom kontynuującym leczenie w Szpitalu, po wystawieniu karty DiLO, udzielono 827 świadczeń, z czego 244 zostały prawidłowo ujęte w harmonogramie przyjęć. Pozostałych świadczeń nie ujęto w ww. harmonogramie (co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str.1105-1162, 1229-1233)

2.5. W okresie objętym kontrolą udzielanie świadczeń w zakresie realizacji programów zdrowotnych: profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy, diagnostyki cytologicznej, etap pogłębionej diagnostyki) oraz raka piersi (etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki) dokonywane były na podstawie umów zawartych pomiędzy Szpitalem, a Narodowym Funduszem Zdrowia – Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim²⁵. W badanym okresie w Szpitalu nie realizowano świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych dotyczących raka jelita grubego.

Liczba i wartość wykonanych świadczeń w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy w etapie diagnostyki cytologicznej wyniosła: 52 o wartości 1248,00 zł w 2019 r., 527 o wartości 12 648,00 zł w 2020 r., 216 o wartości 5184,00 zł w 2021 r., 27 o wartości 1002,00 zł w 2022 r. i 19 o wartości 721,44 zł w 2023 r. (I kwartał). W etapie podstawowym wyniosła: 3738 o wartości 77 410,65 zł w 2019 r., 2504 o wartości 53 321,41 zł w 2020 r., 3190 o wartości 67 871,36 zł w 2021 r., 2996 o wartości 86 867,15 zł w 2022 r. i 426 o wartości 13 818,70 zł w 2023 r. (I kwartał). Natomiast

²⁵ Umowy zawarte w rodzaju Profilaktyczne Programy Zdrowotne: na 2019 r. nr 051/110006/10/010/19N z 19 grudnia 2018 r., na 2020 r. nr 051/110006/10/010/20N z dnia 31.12.2019 r., na 2021 r. nr 051/110006/10/010/21N z dnia 15.01.2021 r., na 2022 r. nr 051/110006/10/010/22N z dnia 05.01.2022 r., na 2023 r. nr 051/110006/10/010/23N z dnia 19.12.2022 r.

w etapie diagnostyki pogłębionej wykonano siedem świadczeń o wartości 1931,61 zł w 2019 r. (brak liczby świadczeń w latach 2020-2023 – I kwartał).

Liczba i wartość wykonanych świadczeń w zakresie profilaktyki raka piersi w etapie podstawowej diagnostyki wyniosła: 446 świadczeń o wartości 38 253,06 zł w 2019 r., 423 świadczenia o wartości 37 015,46 zł w 2020 r., 686 świadczenia o wartości 60 029,80 zł w 2021 r., 515 świadczenia o wartości 51 875,41zł w 2022 r. i 123 świadczenia o wartości 14 575,87 zł w 2023 r. (I kwartał). Natomiast w etapie pogłębionej diagnostyki liczba i wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła: 327 o wartości 16 719,76 zł w 2019 r., 287 o wartości 18 656,85 zł w 2020 r., 239 o wartości 16 960,77 zł w 2021 r., 122 o wartości 8152,33 zł w 2022 r. i 40 o wartości 2554,40 zł w 2023 r. (I kwartał).

Liczba kobiet, u których wykonano badania cytologiczne w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych wyniosła 3738 w 2019 r., 2504 w 2020 r., 3190 w 2021 r., 2996 w 2022 r. i 426 w 2023 r. (I kwartał). Natomiast liczba kobiet, którym wykonano badanie mammograficzne wyniosła 446 w 2019 r., 423 w 2020 r., 686 w 2021 r., 515 w 2022 r. i 123 w 2023 r. (I kwartał).

W badanym okresie wykonano również procedury dotyczące: cytologii (łącznie wykonano 9169²⁶ świadczeń), mammografii (odpowiednio: 7366²⁷) i kolonoskopii (odpowiednio 668²⁸) w ramach innych rodzajów świadczeń niż o udzielanie świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych. Dyrektor Szpitala, wyjaśniła, że aby można było rozliczyć świadczenia realizowane w ramach rodzaju profilaktycznych programów zdrowotnych, muszą one spełniać kryteria określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. z zakresu programów zdrowotnych. Tożsame badania tj. mammografia, kolonoskopia czy świadczenie „91.447- badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni” są wykazywane jako badania refundowane i wymagane do rozliczenia innych rodzajów świadczeń. Wskazane kody ICD9 zostały wymienione w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. W zarządzeniach tych zostały one wymienione jako jedne z badań, które warunkują rozliczenie określonego JGP.

(akta kontroli str. 1163-1233)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2019 – I kwartał 2023 r. nierzetelnie prowadzono listę osób oczekujących na udzielenie świadczenia dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym, bowiem spośród 827 świadczeń udzielonych 30 pacjentom, 583 świadczenia nie zostały w ogóle ujęte w

²⁶ Odpowiednio: 1915 świadczeń w 2019 r., 1675 świadczenia w 2020 r., 2004 świadczenia w 2021 r., 2478 świadczenia w 2022 r. i 1097 świadczenia w 2023 r. (I kwartał).

²⁷ Odpowiednio: 1821 świadczeń w 2019 r., 1563 świadczenia w 2020 r., 1735 świadczenia w 2021 r., 1698 świadczenia w 2022 r. i 549 świadczenia w 2023 r. (I kwartał).

²⁸ Odpowiednio: 125 świadczeń w 2019 r., 75 świadczenia w 2020 r., 124 świadczenia w 2021 r., 174 świadczenia w 2022 r. i 170 świadczenia w 2023 r. (I kwartał).

harmonogramie przyjęć. Stanowiło to naruszenie zasad prowadzenia harmonogramów przyjęć i ustalania kolejności dostępu do świadczeń określonych w art. 19a i 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jako przyczynę takiego stanu Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wskazał duże ilości świadczeń, które powodowały problemy z właściwym przyporządkowaniem pacjentów do właściwych zakresów. Łatwiejszym rozwiązaniem było wskazanie konkretnej kliniki, a brak umieszczania w harmonogramach przyjęć wszystkich świadczeń wynikał prawdopodobnie z nieświadomej interpretacji osób wprowadzających do kolejek dane osób kontynuujących leczenie oraz dużej ilości świadczeń, które powodowały problemy z prawidłowym przyporządkowaniem pacjentów do właściwych zakresów.

(akta kontroli str.1111-1122, 1131-1162, 1234-1242)

2. Na listach oczekujących na świadczenia wykonywane w Pracowni Diagnostycznej Rezonansu Magnetycznego w przypadku dwóch²⁹ pacjentów brak było numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem. Było to niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że brak wpisu dotyczącego numeru telefonu wynikał z przeoczenia osoby dokonującej wpisu.

(akta kontroli str. 1074-1101,1243-1250)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu w ramach udzielanych świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego powoływano wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne i opracowywano plan leczenia pacjenta, jak również wywiązywano się z terminowego udzielania świadczeń pacjentom, z wystawioną kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego DiLO. W prowadzonych w formie elektronicznej harmonogramach przyjęć i w kolejkach osób oczekujących na udzielenie świadczeń stwierdzono przypadki nierzetelnych wpisów. Ponadto 70% poddanych analizie świadczeń pacjentów z wystawionymi kartami DiLO nie zostało ujętych w harmonogramie przyjęć, co stanowiło naruszenie postanowień art. 19a i 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

3.1./3.2. W latach 2019 – I kwartał 2023 r. Szpital zawarł dwie umowy z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, tj.: w zakresie realizacji zadania pn. „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe Moduł I – wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka



²⁹ Nr na liście zapisania [REDACTED]

piersi i raka jajnika³⁰ oraz zadania pn. „Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej”³¹ na łączną kwotę 2 239,2 tys. zł, z czego w 2019 r. na kwotę 498,8 tys. zł, a w 2020 r. – 1 740,3 tys. zł.

(akta kontroli str.1103-1104)

Zakupiony przez Szpital sprzęt do rehabilitacji onkologicznej był sprzętem nowym, we wcześniejszym okresie Szpital takim sprzętem nie dysponował.

(akta kontroli str. 1258)

Szczegółowa analiza obu umów (zawartych w 2019 i 2020 r.) wykazała, iż:

- a) Szpital złożył oferty w terminach przewidzianych w ogłoszeniach,
- b) oferty zawierały wszystkie elementy wymagane konkursami oraz spełniały warunki formalne i progowe,
- c) zakupy były przeprowadzone przez Szpital, w trybie przetargu nieograniczonego,
- d) dostawa specjalistycznej aparatury tj. przedmiotu zamówienia była przeprowadzona w terminach określonych z wykonawcą,
- e) zakupiona specjalistyczna aparatura została ujęta w ewidencji środków trwałych,
- f) od odbioru zakupionych urządzeń do czasu rozpoczęcia udzielania świadczeń upłynęło 77 dni,
- g) w przypadku jednej umowy Szpital z opóźnieniem przedkładał do Ministra Zdrowia, do 31 stycznia następnego roku, informacje dotyczące wykorzystania zakupionego sprzętu (co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”),
- h) dziewięć z 22 sporządzonych sprawozdań (merytorycznych rocznych i kwartalnych oraz merytoryczno-finansowych) zostało przekazanych z opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w umowie³² (co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”),
- i) z dofinansowania ze środków Ministra Zdrowia nie pokrywano kosztów związanych z tytułu dostawy, zainstalowania sprzętu, serwisowania oraz przeszkolenia personelu w zakresie obsługi zakupionego sprzętu. Wydatki te zostały pokryte przez Szpital ze środków własnych,
- j) prawidłowo prowadzono działania informacyjne, dotyczące finansowania zadania ze środków Narodowej Strategii Onkologicznej,
- k) środki na zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej oraz realizacji zadania w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika zostały prawidłowo rozliczone oraz wydatkowane zgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia.

(akta kontroli str. 1257-1338)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

³⁰ Na kwotę 504,3 tys. zł.

³¹ Na kwotę 498,8 tys. zł.

³² Z tytułu czego nie zostały jednak naliczone Szpitalowi kary umowne



1. W ramach realizacji umów z Ministrem Zdrowia, Szpital nieterminowo przekazywał informacje i sprawozdania tj.:

a) w zakresie umowy z 2020 r.³³ zawartej z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na realizację zadania pn. „Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej” Szpital przekazał Ministrowi Zdrowia informację o sposobie wykorzystania zakupionego sprzętu z opóźnieniami wynoszącymi od 16 do 48 dni, w stosunku do terminu określonego w § 5 ust. 3 umowy. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przekazanie rozliczeń z opóźnieniem wynikało ze zmian personalnych na stanowiskach w komórce organizacyjnej odpowiedzialnej za rozliczenie umowy zawartej z Ministerstwem Zdrowia.

(akta kontroli str. 1229-1233, 1258-2000)

b) w ramach realizacji umowy³⁴ Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, dziewięć³⁵ z 22 sporządzonych sprawozdań (merytorycznych kwartalnych i rocznych oraz merytoryczno-finansowych) zostało przekazanych z opóźnieniem od jednego do 145 dni, w stosunku do terminu określonego odpowiednio w § 2 ust. 4, 12 i 13 umowy. Dyrektor Szpitala, wyjaśniła, że opóźnienia w dostarczaniu sprawozdań wynikały z urlopów wypoczynkowych, zwolnień lekarskich oraz rotacji pracowników zaangażowanych w realizację projektu.

(akta kontroli str. 1229-1233, 1258-2000)

OCENA CZĄSTKOWA

W badanym okresie Szpital zrealizował dwie umowy z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Złożone przez Szpital oferty spełniały warunki wymagane konkursami. W wyniku zrealizowanych zadań Szpital osiągnął planowany efekt rzeczowy inwestycji, a dosława specjalistycznej aparatury została dokonana zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych³⁶. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że przy realizacji umów Szpital uchybił wyznaczonym w umowach terminom dotyczącym przekazywania Ministrowi Zdrowia sprawozdań oraz informacji o sposobie wykorzystania zakupionego sprzętu, z tytułu czego nie zostały jednak naliczone Szpitalowi kary umowne.

IV. Uwagi i wnioski

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

- Wnioski
1. Zwiększenie skuteczności nadzoru w celu prawidłowej realizacji zadań dotyczących:
 - a) dokonywania przesiewowej oceny stanu odżywienia pacjentów onkologicznych i wydawanie stosownych zaleceń dietetycznych,

³³ Nr 1/18/17/2020/62/356

³⁴ Nr 1/5/11/2019/62/139 z dnia 8.02.2019 r.

³⁵ podsumowanie merytoryczno - finansowe za 2021 r. i 2022 r., sprawozdanie merytoryczne za 2021 r. i 2022 r. oraz kwartalne sprawozdanie merytoryczne z realizacją zadania za: III kwartał 2022 r., II, III i IV kwartał 2021 r. oraz II kwartał 2019 r.

³⁶ Dz.U. z 2023 r. poz. 1605.

- b) Przeprowadzania co najmniej raz w roku audytu klinicznego wewnętrznego procedur radiologicznych,
 - c) wypełniania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego wprowadzanych do Rejestru Nowotworów Złośliwych,
 - d) prowadzenia odrębnych harmonogramów dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką i leczeniem onkologicznym DiLO,
 - e) prowadzenia list oczekujących w zakresie wpisywania wszystkich wymaganych danych, w tym oznaczenia sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą, celem możliwości utrzymywania z nim kontaktu, zwłaszcza w sytuacji możliwości przyspieszenia wizyty.
2. Zapewnienie terminowego przekazywania rozliczeń i sprawozdań, określonych w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.



Podawam

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 uwag i 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, ¹²..... października 2023 r.

Kontrolerzy
Włodzimierz Zegadło
Doradca ekonomiczny



.....
podpis

Rafał Piotrowski
Specjalista k.p.



.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi
po Dyrektor
Piotr Walczak



.....
podpis