



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.015.01.2023

Pani
Małgorzata Usielska
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
ul. Arkońska 4
71-455 Szczecin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie ¹ , ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Małgorzata Usielska, Dyrektor SPWSZ od 1 września 2015 r.
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. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Sylwia Księżopolska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/80/2023 z 15 maja 2023 r.2. Izabela Kirysiuk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/86/2023 z 30 maja 2023 r., upoważnienie do kontroli nr LSZ/154/2023 z 5 października 2023 r. <p>(akta kontroli str.1-4, 26-27, 2973-2974)</p>

¹ Dalej: Szpital lub SPWSZ.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie zapewnienie dostępu przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie do kompleksowego leczenia onkologicznego.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Pozytywną ocenę uzasadnia spełnianie przez Szpital wymogów określonych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 6 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ⁴ i w rozporządzeniu z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ⁵ , niezbędne do zawarcia umów z Narodowym Funduszem Zdrowia ⁶ . Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono dostęp do badań patomorfologicznych i genetycznych oraz przestrzegano przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Opracowane i wdrożone zostały szczegółowe medyczne procedury radiologiczne oraz wymagane przepisami standardy żywienia pacjentów. Szpital rzetelnie prowadził harmonogramy i listy przyjęć, zachował również zasady dotyczące kolejności umieszczania pacjentów na liście oczekujących. Prawdłowo realizowane były zadania powierzone przez Ministra Zdrowia ⁷ , w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej ⁸ oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych ⁹ .

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki leczenia onkologicznego
Opis stanu faktycznego	<p>1.1 W okresie objętym kontrolą zgodnie z obowiązującym Statutem SPWSZ¹¹, w Szpitalu udzielano świadczeń zdrowotnych w trybie stacjonarnym i całodobowym oraz ambulatoryjnym, a realizacja świadczeń odbywała się w trzech lokalizacjach w Szczecinie: przy ul. Arkońskiej 4, ul. Broniewskiego 2, ul. Sokołowskiego 11¹².</p> <p>W umowach zawartych przez Dyrektor SPWSZ z NFZ¹³ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej m.in. w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego określono,</p>

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie AOS.

⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie leczenia szpitalnego.

⁶ Dalej: NFZ.

⁷ Dalej: MZ.

⁸ Dalej: NSO.

⁹ Dalej: NPZChN.

¹⁰ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹¹ Na podstawie obowiązującego w kontrolowanym okresie Statutu SPWSZ (uchwały Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego nr: XXXV/546/18 z 26 września 2018 r., Dz. Urz. Woj. Zach. poz. 4986; XII/147/19 z 28 listopada 2020 r., Dz. Urz. Woj. Zach. poz. 49; XXVIII/329/21 z 21 września 2021 r., Dz. Urz. Woj. Zach. poz. 4301; XL/454/23 z 26 stycznia 2023 r., Dz. Urz. Woj. Zach. poz. 1063).

¹² Dalej: ul. Arkońska, ul. Broniewskiego, ul. Sokołowskiego.

¹³ Umowa w rodzaju leczenie szpitalne (programy lekowe) nr 16-00-00742-19-01/03-05-17-27 zawarta na rok 2019, nr 16-00-00742-20-01/03-05-17-27 na rok 2020, nr 16-00-00742-21-01/03-05-17-27 na rok 2021, nr 16-00-00742-21-17/03-05-21-01 na okres 01.03.2021-31.12.2021 r., nr 16-00-00742-22-02/03-05-17-27 na rok 2022, nr 16-00-00742-22-03/03-05-21-01 na rok 2022, nr 160000742230014/03-05-21-01 na rok 2023;

że w kontrolowanych latach przewidziano udzielanie świadczeń w następujących komórkach organizacyjnych:

- poradnie: onkologiczna (kod resortowy 1240), nefrologiczna (1130), gruźlicy i chorób płuc (1270), gastroenterologiczna (1050), endokrynologiczna (1030), chirurgii ogólnej (1500), urologii (1540), hematologiczna (1070)¹⁴;
- oddziały: onkologiczny (4240), onkologii klinicznej/chemioterapii (4242), hematologiczny (4070)¹⁵, nefrologiczny (4130), urologiczny (4640), gruźlicy i chorób płuc (4270), gastrologiczny (4050), endokrynologiczny (4030), chorób wewnętrznych (4000);
- pracownice: tomografii komputerowej (7220), rezonansu magnetycznego (7250).

W obowiązującym w badanym okresie regulaminie organizacyjnym Szpitala¹⁶ do realizacji ww. umowy wyodrębniono właściwe¹⁷ jednostki organizacyjne.

(akta kontroli str. 7-8, 19-20, 28-103, 2168-2469, 2570, 2978-2980)

W zakresie dotyczącym diagnostyki i leczenia onkologicznego świadczenia były udzielane w sposób ciągły.

(akta kontroli str. 103-133)

Informacje o dostępnych dla pacjenta świadczeniach udostępniono na stronie internetowej Szpitala¹⁸, w tym m.in. o: tzw. pakiecie onkologicznym (ze wskazaniem koordynatorów pakietu onkologicznego), funkcjonującym Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego (ze wskazaniem jego koordynatorów) oraz o wykonywanych w Szpitalu badaniach w ramach przesiewowego programu profilaktyki raka jelita grubego.

(akta kontroli str. 2470-2480, 2496-2518)

W toku kontroli przeprowadzono badanie¹⁹ spełniania przez Szpital wymagań określonych w rozporządzeniach w sprawie AOS, w sprawie leczenia szpitalnego oraz

umowa w rodzaju rehabilitacja lecznicza nr 16-00-00742-19-02/05-14-055 zawarta na okres 01.01.2019-30.06.2019 r., nr 16-00-00742-19-06/05-19-011 na okres 01.07.2019-31.12.2019 r., nr 16-00-00742-20-06/05-19-011 na rok 2020, nr 16-00-00742-21-04/05-19-011 na rok 2021, nr 16-00-00742-22-04/05-19-011 na rok 2022, nr 160000742230001/05-19-011 na rok 2023; umowa w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (KAOS) nr 16-00-00742-19-03/02-03-18-001 zawarta na rok 2019, nr 16-00-00742-20-05/02-03-18-001 na rok 2020, nr 16-00-00742-21-02/03-05-18-001 na rok 2021, nr 16-00-00742-22-10/02-03-18-001 na rok 2022; umowa w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie nr 16-00-00742-19-04/11-01-18-06 zawarta na rok 2019, nr 16-00-00742-20-02/11-01-18-06 na rok 2020, nr 16-00-00742-21-03/11-01-18-06 na rok 2021, nr 16-00-00742-22-01/11-01-18-06 na rok 2022, nr 160000742230007/11-01-18-06 na rok 2023; umowa w rodzaju leczenie szpitalne (PSZ) nr 16-00-00742-19-05/03-08-17-021 zawarta na rok 2019, nr 16-00-00742-20-03/03-08-17-021 na rok 2020, nr 16-00-00742-21-06/03-08-17-021 na rok 2021, nr 16-00-00742-22-05/03-08-17-021 na rok 2022, nr 160000742230008/03-08-23-21 na rok 2023; umowa w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnia hematologiczna) nr 16-00-00742-21-28/02-01-21-302 zawarta na okres 01.07.2021-31.12.2021 r., nr 16-00-00742-22-06/02-01-21-302 na rok 2022, nr 160000742230006/02-01-21-302 na rok 2023; umowa w rodzaju leczenie szpitalne (oddział hematologii) nr 16-00-00742-22-20/03-01-22-11 zawarta na okres 15.10.2022-31.12.2022 r., nr 160000742230011 na rok 2023; umowa w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne (kolonoskopia) nr 16-00-00742-22-27/10-22-0025 zawarta na okres 01.12.2022-31.12.2022 r., nr 160000742230004/10-22-0025 na rok 2023; umowa w rodzaju programy pilotażowe nr 16-00-00742-22-31/18-14-22-01 zawarta na okres 15.12.2022-31.12.2022 r., nr 160000742230012/18-14-22-01 na rok 2023.

¹⁴ Funkcjonującej od 17 maja 2021 r.

¹⁵ Funkcjonującym od 22 lipca 2021 r.

¹⁶ Na podstawie obowiązującego w kontrolowanym okresie regulaminu organizacyjnego SPWSZ (zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 40 z dnia 3 marca 2017 r. ze zm.).

¹⁷ Tj.: 1) poradnie: Onkologiczna z Punktem Podawania Cytostatyków, Gruźlicy i Chorób Płuc, Gastroenterologiczna, Endokrynologiczna, Chirurgii Ogólnej, Urologiczna, Hematologiczna i Nefrologiczna; 2) oddziały: Hematologii; Nefrologii; Chorób Wewnętrznych i Onkologii, Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Gruźlicy i Chorób Płuc, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Chorób Wewnętrznych i Diabetologii z Pododdziałem Endokrynologii i Oddział Chorób Wewnętrznych; 3) Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej obejmujący pracownice Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego a także pracownice: Ultrasonografii, Angiokardiografii, Rentgenodiagnostyki, Rentgenodiagnostyki Zabiegowej, Diagnostyki Naczyniowej i Radiologii Zabiegowej, Fibroscan, Densytometrii; Zakład Patomorfologii, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej.

¹⁸ <https://www.spwsz.szczecin.pl/>

¹⁹ Obejmujące przeprowadzenie oględzin w nw. siedmiu komórkach organizacyjnych objętych badaniem.

rozporządzenia MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych²⁰ obejmujących warunki ogólne oraz wybrane zakresy świadczeń:

- hematologia²¹ i onkologia²² w związku z udzielaniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu szpitalnego zabezpieczenia dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego²³;
- gastroenterologia i chirurgia ogólna²⁴ w ramach funkcjonowania Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego oraz Programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego²⁵.

(akta kontroli str. 2481-2495, 2519-2538, 2540-2541)

Powyższe badanie potwierdziło, że realizacja świadczeń odbywała się w sposób i na warunkach odpowiadających wymogom określonym w ww. rozporządzeniach dla poszczególnych rodzajów świadczeń, w tym m.in.:

- w Szpitalu obowiązywała Procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego²⁶, która regulowała etapy szybkiej terapii onkologicznej w SPWSZ, w szczególności: tryb i sposób wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, tryb postępowania z pacjentem skierowanym do poradni specjalistycznej, objętym opieką ambulatoryjną oraz hospitalizowanym, terminy obowiązujące w przypadku diagnostyki i w udzielaniu świadczeń, czynności wykonywane przez osoby rejestrujące, lekarzy specjalistów, konsylium, koordynatora,
- w kontrolowanym okresie w Szpitalu funkcjonował²⁷ wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, tzw. konsylium onkologiczne, ustalający plan leczenia onkologicznego, w tym kwalifikację pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii, ustalenie planu leczenia, ustalenie rodzajów terapii, które będą stosowane oraz wybór koordynatora leczenia. W badanym okresie w skład konsylium wchodziło od 16 do 34 lekarzy o następujących specjalizacjach: onkologii klinicznej, chorób wewnętrznych i gastroenterologii, radioterapii onkologicznej, neurochirurgii i neurotraumatologii, radiologii, chirurgii ogólnej i onkologicznej, patomorfologii, transplantologii, urologii, chirurgii klatki piersiowej, chorób płuc, chorób wewnętrznych, radiologii i diagnostyki obrazowej, chemioterapii nowotworów²⁸. W skład konsylium w całym okresie objętym kontrolą wchodził także koordynator leczenia w zakresie pakietu onkologicznego.

²⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 916, dalej: rozporządzenie w sprawie programów zdrowotnych.

²¹ Wymogi określone w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a, pkt 3 lit. a, b, pkt 4 lit. b, c, d, pkt 5 lit. a, b oraz w poz. 21 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

²² Wymogi określone w § 1, § 4-12 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 80 poz. 376 ze zm.); dalej: rozporządzenie w sprawie leków cytostatycznych; wymogi określone w § 6a ust. 1 pkt 1, 2 oraz w poz. 43 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie AOS.

²³ Na przykładzie Oddziału Hematologii i Poradni Hematologicznej oraz Poradni Onkologicznej z Punktem Podawania Cytostatyków i Poradni Neurochirurgicznej.

²⁴ Wymogi określone w załączniku lp. 8 do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych oraz wymogi określone w § 4a ust. 1a pkt 1 lit. b, pkt 2 lit. a, b, pkt 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

²⁵ Na przykładzie Pracowni Endoskopii (przy ul. Arkońskiej), Poradni Gastroenterologicznej, Poradni Chirurgicznej (przy ul. Broniewskiego).

²⁶ Obowiązujące w okresie kontrolnym procedury: z 18 stycznia 2016 r. wydanie 2; z 19 lipca 2021 r. wydanie 3; z 21 sierpnia 2023 r. wydanie 4.

²⁷ Zarządzenie Dyrektora nr 181 z 30 grudnia 2014 r.; Zmiana nr 1 do Zarządzenia Dyrektora nr 181 z 20 stycznia 2015 r.; Zarządzenie Dyrektora nr 145/2022 z 30 grudnia 2022 r.

²⁸ Zarządzenie Dyrektora nr 145/2022 z 30 grudnia 2022 r.

- według stanu na 31 sierpnia 2023 r. w Szpitalu zatrudnionych było sześciu koordynatorów leczenia onkologicznego²⁹ (w wymiarze czasu pracy łącznie sześć etatów), natomiast w całym kontrolowanym okresie łącznie było zatrudnionych 12 osób. Do szczegółowych zadań realizowanych przez koordynatorów należało: uczestniczenie w pracach konsylium onkologicznego, kompleksowa opieka nad pacjentem od początku do zakończenia jego leczenia w obrębie sieci diagnostyczno – terapeutycznej, wsparcie informacyjne, administracyjne i organizacyjne pacjenta, pomoc komunikacyjna między pacjentem a zespołem terapeutycznym, przekazanie pacjenta wraz z dokumentacją medyczną oraz zaleceniami pod opiekę lekarza specjalisty lub kierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia, koordynowanie zapisów w systemie do obsługi kart diagnostyki i leczenia onkologicznego³⁰, współpraca z NFZ w zakresie monitorowania rozliczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenta.
- w wybranych do kontroli czterech komórkach organizacyjnych zapewniono pacjentom dostęp do odpowiedniej diagnostyki i badań³¹, wyposażono w niezbędny sprzęt (w tym medyczny)³² i zapewniono właściwy personel medyczny.
- dla Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego opracowano procedurę postępowania, której celem było sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego jelita grubego lub odbytu albo leczonego z powodu nowotworu złośliwego jelita grubego lub odbytu w dniu kwalifikacji z rozpoznaniem ICD-10³³. Szpital spełniał wymagania formalne i organizacyjne do prowadzenia ww. Centrum, tj.: posiadał oddział o profilu chirurgia ogólna lub chirurgia onkologiczna, oddział o profilu onkologia kliniczna lub onkologia kliniczna/chemioterapia, blok operacyjny, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, poradnie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, poradnie onkologiczna lub chemioterapii, zakład patomorfologii, pracownię endoskopii, pracownię diagnostyki obrazowej: TK, RTG, USG oraz zapewniał we współpracy z podmiotami zewnętrznymi świadczenia w zakresie: radioterapii³⁴, badań molekularnych i cytogenetycznych³⁵, dostaw odczynników chemicznych, barwników oraz dostaw odczynników wraz z dzierżawą aparatów do barwień immunohistochemicznych³⁶, badań predykcyjnych przed leczeniem

²⁹ W tym na stanowisku: koordynator – jedna osoba, koordynator leczenia w zakresie pakietu onkologicznego – dwie osoby, koordynator Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego – jedna osoba, koordynator zespołu ds. pakietu onkologicznego – jedna osoba, pielęgniarka koordynująca pakietem onkologicznym – jedna osoba.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, Dz. U. z 2017 r. poz. 1250; dalej: karta DiLO.

³¹ W tym we współpracy z podmiotami zewnętrznymi w zakresie: pobierania i badania cytologicznego szpiku kostnego, trepanobiopsji, oceny histologicznej trepanobiopsji, badań cytofluorometrycznych, badań cytogenetycznych, badań biologii molekularnej, badań mikrobiologicznych, oznaczania białka monoklonalnego, badań koagulologicznych, badań zgodności tkankowej, napromienionych i filtrowanych składników krwi, aferez leczniczych, pracowni serologicznej, banku krwi.

³² Oddział Hematologii był wyposażony w mikroskop hematologiczny i kardiomonitory, a w miejscu udzielania świadczeń zapewniono: gabinet diagnostyczno – zabiegowy, łóżka izolacyjne z zapewnieniem reżimu sanitarnego oraz wydzielone łóżka leczenia jednego dnia.

Pracownia Endoskopii była wyposażona w kolonoskopy (4 szt.), gastroskopy (4 szt.), diatermie (2 szt.), myjkę ultradźwiękową, myjnie endoskopowe (3 szt.), szafy endoskopowe (2 szt.), monitory medyczne (3 szt.) wraz ze sprzętem do znieczulenia ogólnego, tory wizyjne (3 szt.), narzędzia i korpus do podwiązywania polipów, klipsownicy (2 szt.), pompy (3 szt.), ssaki (2 szt.), insuflator. W lokalizacji znajdowała się sala nadzoru po znieczuleniach.

Pacjenci Poradni Chirurgicznej byli przyjmowani w dwóch pomieszczeniach z gabinetami zabiegowymi.

³³ Procedura postępowania w ramach Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego z 21 sierpnia 2023 r., wyd. 1.

³⁴ Umowa z 25 października 2021 r. zawarta na okres od 25 października 2021 r. do 25 października 2024 r.

³⁵ Umowa nr 01/07/OD/2023 z 4 lipca 2023 r. zawarta na okres od 4 lipca 2023 r. do 31 października 2023 r.; umowa nr 01/08/OD/2020 z 7 sierpnia 2020 r. zawarta na okres od 7 sierpnia 2020 r. do 30 czerwca 2021 r.

³⁶ Umowa nr EP/221/225/2021 z 1 października 2021 r. zawarta na okres od 1 października 2021 r. do 1 października 2023 r.

raka niedrobnokomórkowego płuca i badań czynników prognostycznych i predykcyjnych przed leczeniem raka przewodu pokarmowego³⁷. Szpital przedłożył dokumentację potwierdzającą uczestnictwo w obowiązkowych szkoleniach personelu realizującego świadczenia w Centrum z zakresu wczesnej diagnostyki nowotworu jelita grubego, zasad komunikacji i współpracy w zakresie diagnostyki, monitorowania stanu zdrowia po zakończonym leczeniu i monitorowania efektu zdrowotnego. Szkolenia były prowadzone także dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Centrum Kompetencji realizowało wymóg prowadzenia edukacji zdrowotnej świadczeniobiorców poprzez: spotkania z pacjentami Poradni Onkologicznej i innych jednostek organizacyjnych Szpitala, zgłoszonych podczas prac konsylium onkologicznego, przekazanie informacji o utworzeniu Centrum do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej, informacje na stronie internetowej Szpitala, konferencje prasowe, informacje w czasopiśmie, portalach internetowych, mediach społecznościowych, programach telewizyjnych i radiowych. W kontrolowanym okresie spełnianie wymagań do prowadzenia Centrum Kompetencji zostało dwukrotnie potwierdzone przez NFZ³⁸.

(akta kontroli str. 1792-2165, 2481-2495, 2519-2538, 2540-2541, 2547-2554)

1.2 Zgodnie z § 33 ust. 1 pkt 1 regulaminu organizacyjnego w Szpitalu, w ramach struktur Apteki Szpitalnej, funkcjonowała Pracownia Leku Cytostatycznego.

Do zadań Apteki Szpitalnej należało m.in.: właściwe przechowywanie leków (w tym cytostatycznych), zaopatrywanie Szpitala w produkty do żywienia pozajelitowego i dojelitowego, przyjmowanie i wydawanie leków z programów lekowych, przygotowywanie i wydawanie leków cytostatycznych (§ 33 ust. 2 regulaminu).

(akta kontroli str. 70-71)

W kontrolowanym okresie w Szpitalu wprowadzono instrukcje i procedury³⁹ dotyczące m.in: charakterystyki profilu Pracowni Leku Cytostatycznego, przygotowania pracownika Pracowni, sporządzania leku cytostatycznego – Operator i Asystent, transportu i przechowywania leku cytostatycznego, postępowania przy wynacznieniu leku cytostatycznego, postępowania w przypadku podawania leków cytostatycznych. Pracownicy Apteki Szpitalnej pracujący przy przygotowywaniu i podawaniu cytostatyków uczestniczyli w szkoleniach z zakresu postępowania z cytostatykami⁴⁰.

(akta kontroli str. 372-436, 454-525, 546-561)

W celu weryfikacji spełniania przez Szpital warunków bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych przeprowadzono oględziny⁴¹ pomieszczeń Pracowni Leków

³⁷ Umowa z 21 stycznia 2021 r. zawarta na okres od 21 stycznia 2021 r. do 20 stycznia 2022 r.; umowa z 9 lutego 2022 r. zawarta na okres od 9 lutego 2022 r. do 8 lutego 2024 r.

³⁸ Zawiadomienie o pozytywnej ocenie wniosku nr 16-22-000007[03/8]-001/00 o objęcie świadczeń kompleksowych w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z 10 grudnia 2021 r.; pismo Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Szczecinie z 9 grudnia 2022 r.

³⁹ W tym m.in.: Procedura Charakterystyki Profilu Pracowni Leku Cytostatycznego (PA-APT./w-6 z 30 lipca 2018 r.), Procedura Przygotowania Pracownika Pracowni Leku Cytostatycznego (PA-APT./w-7 z 30 lipca 2018 r.), Procedury Sporządzania leku cytostatycznego – Operator i Asystent (PA-APT./w-8 i 9 z 30 lipca 2018 r., zm. 15 lipca 2019 r.), Procedura transportu i przechowywania leku cytostatycznego (PA-APT./w-10 z 30 lipca 2018 r., zm. 29 lipca 2019 r.), Instrukcja postępowania przy wynacznieniu leku cytostatycznego (INSTR-APT/z-1 z 29 lipca 2022 r.), Instrukcja postępowania w przypadku podawania leków cytostatycznych (INSTR-EPIDEM nr 29 z 12 grudnia 2018 r.).

⁴⁰ Dotyczących np.: „Zmniejszenia cytotoxyczności leków cytostatycznych – działanie cytoprotekcyjne”, „Postępowania przy rozlaniu leku cytostatycznego”, „Postępowania przy wynacznieniu leku cytostatycznego u pacjenta”.

⁴¹ W dniu 20 lipca 2023 r.

Cytostatycznych oraz punktów podawania cytostatyków, tj. Punktu Diennej Chemioterapii znajdującego się w Poradni Hematologicznej oraz Punktu Podawania Cytostatyków położonej w Poradni Onkologicznej.

W wyniku oględzin Pracowni Leków Cytostatycznych stwierdzono, że Szpital organizacyjnie i funkcjonalnie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie leków cytostatycznych, w tym m.in.: czynności związane z przygotowaniem leków cytostatycznych przed ich podaniem wykonywano w wydzielonych pomieszczeniach (§ 2) wyposażonych w łożę laminarną (§ 3 ust. 1), stosując jednorazowe środki ochrony indywidualnej dedykowane do pracy z cytostatykami kategorii III, tj. rękawiczki, fartuchy, okulary, czepki i maski (§ 5 i § 8 ust. 2); wydzielono miejsce na zniszczenie zużytych środków ochrony indywidualnej (§ 3 ust. 2); szczegółowe zasady postępowania przy przygotowywaniu i podawaniu leków cytostatycznych określono w przyjętych przez Dyrektora Szpitala instrukcjach i umieszczono w miejscach, w których leki cytostatyczne przygotowywano (§ 12 ust. 1), a personel pisemnie potwierdził zapoznanie się w tymi zasadami (§ 12 ust. 2).

Klasy czystości powietrza w pomieszczeniach czystych przy wytwarzaniu sterylnych produktów leczniczych odpowiadały uregulowaniom rozporządzenia MZ z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania⁴², tj.: czystość powietrza klasy A została zapewniona w łoży do przygotowywania leków cytotoksycznych, klasy B – w centralnej pracowni leku cytotoksycznego oraz służbie czystej, klasy C – w służbie brudnej, klasy D – w pomieszczeniu przygotowawczym, magazynie leków, pokoju administracyjnym oraz łazience personelu.

W dniu prowadzenia oględzin w Pracowni Leku Cytostatycznego Szpital dysponował aktualnymi certyfikatami potwierdzającymi prowadzenie obowiązkowych przeglądów (w tym klas czystości powietrza oraz filtrów HEPA użytkowanych w pomieszczeniach Pracowni). W protokołach z ww. przeglądów nie stwierdzono nieprawidłowości.

W celu monitorowania czystości pomieszczeń w Pracowni Leku Cytostatycznego wykonywane były⁴³ badania czystości mikrobiologicznej obu dłoni pracowników metodą odciskową, badania „ślepej próby”⁴⁴, badania metodą sedymentacyjną blatów, parapetów, podłóg i wózków, badania mikrobiologiczne powierzchni łoży.

Temperatura w pomieszczeniu przygotowawczym oraz w lodówkach i szafkach, gdzie przechowywano leki cytostatyczne, była monitorowana za pomocą termometrów. Na dzień prowadzenia oględzin Szpital dysponował aktualnymi świadectwami wzorcowania termometrów.

W wyniku oględzin⁴⁵ dwóch punktów podawania cytostatyków stwierdzono, że punkty te znajdowały się w tym samym budynku („B”) przy ul. Arkońskiej na poziomie parteru i oddzielone były szklanymi drzwiami. Ww. oględziny przeprowadzono w czasie normalnego funkcjonowania tych punktów, w trakcie przyjmowania pacjentów i podawania im leków cytostatycznych. W tym czasie pacjenci odbywali chemioterapię w salach wyposażonych w odpowiednią odzież ochronną jednorazowego użytku, przeznaczoną do pracy z cytostatykami, a także zapewniono pacjentom specjalne fotele z podłokietnikami i podstawkami na nogi. Leki cytostatyczne transportowane w trakcie dokonywania oględzin przechowywane były w lodówkach.

(akta kontroli str. 437-611)

⁴² Dz. U. z 2022 r. poz. 1273.

⁴³ Przez Pracownię Mikrobiologii Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, wchodzącą w skład struktury organizacyjnej Szpitala.

⁴⁴ Tj. badanie czystości losowo wybranych powierzchni roboczych w Pracowni.

⁴⁵ Stan na 24 lipca 2023 r.

1.3 W kontrolowanym okresie w Szpitalu określono zasady dotyczące organizacji żywienia pacjentów (w tym onkologicznych)⁴⁶ ze wskazaniem szczegółowych instrukcji⁴⁷ Zasad Dobrej Praktyki Produkcyjnej (zasad GMP) i Dobrej Praktyki Higienicznej (zasad GHP) oraz funkcjonującego w Szpitalu systemu HACCP⁴⁸.

W wyniku analizy ww. zasad ustalono, że w SPWSZ stosowano procedury identyfikacji chorych zagrożonych niedożywieniem lub niedożywionych, określenia rodzaju i stopnia niedożywienia oraz monitorowania skuteczności leczenia żywieniowego, w tym kwalifikacji do żywienia, oceny stanu odżywienia (metodami: wywiad żywieniowy, badania antropometryczne, badania biochemiczne, skale oceny stanu odżywienia), określenia zapotrzebowania na składniki odżywcze, określenia sposobów/drogi interwencji żywieniowej (droga doustna albo sztuczna), określenia zasad podawania diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię.

We wszystkich oddziałach szpitalnych przewidziano stosowanie następujących diet: podstawowej, łatwostrawnej, łatwostrawnej bogatobiałkowej, łatwostrawnej niskobiałkowej, łatwostrawnej z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego, łatwostrawnej z ograniczeniem tłuszczu, z ograniczeniem węglowodanów łatwo przyswajalnych i nasyconych kwasów tłuszczowych, bogatoresztkowej, łatwostrawnej o zmienionej konsystencji: papkowatej, płynnej, do żywienia przez zgłębnik lub przetokę, ubogoenergetycznej oraz diety zleczone przez lekarza będące modyfikacją powyższych. Dla ww. diet określono ich charakterystykę, uwagi technologiczne, wykaz produktów dozwolonych, dozwolonych w umiarkowanych ilościach oraz przeciwwskazanych. Informacje o zdrowym trybie odżywiania, rodzajach diet i zaleceniach żywieniowych, w tym o ogólnych zaleceniach żywieniowych w trakcie choroby nowotworowej były udostępnione również na stronie internetowej Szpitala⁴⁹.

(akta kontroli str. 265-350)

Przygotowaniem posiłków w kuchni szpitalnej w lokalizacji Arkońska oraz dostarczaniem posiłków do kuchенок oddziałowych w ww. lokalizacji oraz w lokalizacji Broniewskiego od 2016 r. zajmowała się, wyłoniona w postępowaniach przetargowych, firma cateringowa posiadająca certyfikaty: ISO 22000:2005⁵⁰ i ISO 9001:2015⁵¹ oraz HACCP⁵². Natomiast w lokalizacji Sokołowskiego przygotowaniem

⁴⁶ M.in. w zakresie: odżywiania pacjentów drogą przewodu pokarmowego (enteralnego); przygotowania poza apteką żywienia pozajelitowego – Procedura z 18 grudnia 2018 r., wydanie 1; klasyfikacji i charakterystyk stosowanych w Szpitalu diet – Rozdzielnik Dyrektor Szpitala nr 158/2019 z 7 maja 2019 r.; zaleceń żywieniowych wraz ze wskazaniem rodzajów diet, sposobu przygotowania oraz stosowania diety po wypisie ze Szpitala – Instrukcja z 5 października 2018 r., wydanie nr 1; Instrukcja z 7 maja 2019 r., wydanie nr 2; Instrukcja z 30 maja 2022 r., wydanie nr 3; stosowania dobrej praktyki higienicznej w kuchenkach oddziałowych w lokalizacjach: Arkońska i Sokołowskiego – Instrukcja z 7 maja 2019 r., wydanie 7; warunków do higienicznego przechowywania żywności pacjentów na wszystkich oddziałach Szpitala w lokalizacjach: Arkońska i Sokołowskiego – Instrukcja z 12 maja 2023 r., wydanie 2; zasad przygotowywania, dystrybucji i podawania posiłków, specyficznych form żywienia i żywności pacjentom w SPWSZ – Instrukcja z 10 czerwca 2022 r., wydanie 6.

⁴⁷ Zawierających instrukcje m.in. produkcji dań kulinarnych, kontroli warunków magazynowania, pobierania i przechowywania próbek żywności, usuwania odpadów kuchennych, mycia i dezynfekcji pomieszczeń, sprzętu, urządzeń, pakowania i transportu żywności do oddziałów szpitalnych oraz zwrotu brudnych pojemników z oddziałów – Zasady Dobrej Praktyki Produkcyjnej i Dobrej Praktyki Higienicznej stosowane w lokalizacji Sokołowskiego w Instrukcji IKP (1 do 22), Instrukcja z 10 czerwca 2022 r., wydanie 6.

⁴⁸ System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (od ang. Hazard Analysis and Critical Control Points).

⁴⁹ <https://www.spwsz.szczecin.pl/strefa-pacjenta/zywienie/diety-i-zalecenia>.

⁵⁰ Certyfikat nr 330812007/1 wydany przez Dekra Certification GmbH 9 sierpnia 2015 r. (ważny do 9 sierpnia 2018 r.), zakres certyfikacji: Produkcja i obrót żywnością. Żywnienie zbiorowe, dietetyka, żywienie szpitalne, catering, restauracja, kawiarnia, stołówka, bufet i kuchnia mleczna.

⁵¹ Certyfikat nr NC-2924 wydany przez Biuro Certyfikacji Systemów Zarządzania Polskiego Rejestru Statków S.A. (dalej: Biuro Certyfikacji) 21 maja 2018 r. (ważny do 20 maja 2021 r.), zakres certyfikacji: Produkcja i obrót żywnością, żywienie zbiorowe, dietetyka, żywienie szpitalne, catering, restauracja, stołówka, bufet i kuchnia mleczna.

⁵² Certyfikat nr 430313001/3 wydany przez Dekra Certification sp. z o.o. 9 sierpnia 2015 r. (ważny do 9 sierpnia 2018 r.), zakres certyfikacji: Produkcja i obrót żywnością. Żywnienie zbiorowe, dietetyka, żywienie szpitalne,

posiłków zajmowali się pracownicy kuchni zatrudnieni w SPWSZ, gdzie system HACPP oraz zasady GMP i GHP wprowadzono w 2008 r. i na bieżąco uaktualniano⁵³.

(akta kontroli str. 328-347)

W toku kontroli ustalono, że w Szpitalu na stanowisku dietetyk bądź technolog żywienia zatrudnionych było pięć osób (w wymiarze czasu pracy wynoszącym łącznie 4,5 etatu), natomiast w całym kontrolowanym okresie na ww. stanowiskach zatrudnionych było łącznie osiem osób⁵⁴.

Badanie zakresów obowiązków losowo wybranych trzech osób zatrudnionych na stanowisku dietetyk wykazało, że w ramach swoich przypisanych zadań ww. osoby zobowiązane były m.in. do: planowania jadłospisów dekadowych i ustalenia ilości produktów potrzebnych do wykonania każdej zaplanowanej potrawy⁵⁵; przygotowania codziennego zapotrzebowania żywieniowego z oddziałów zgodnie z klasyfikacją diet, sporządzania dokumentacji rozliczania dekadowego ilości wydawanych posiłków na oddziały w rozbiciu na śniadania, obiady, kolacje; organizowania produkcji potraw zgodnie z zasadami dietetyki, kontroli gotowych potraw w kuchni przed ich wydaniem na oddziały; czuwania nad sporządzeniem diet specjalnych; interweniowania w przypadku zgłoszeń nieprawidłowości związanych z żywnością – w celu sprawdzenia zasadności zgłoszenia; stałego podnoszenia standardów higienicznych w zakresie żywienia poprzez utrzymanie HACCP; systematycznej kontroli punktów zbiorczych składowania resztek pokonsumpcyjnych.

(akta kontroli str. 166-182)

Na podstawie dokumentacji medycznej wybranych losowo 20 pacjentów przebywających w I kwartale 2023 r. na czterech oddziałach szpitalnych prowadzących leczenie pacjentów onkologicznych o najdłuższym przeciętnym czasie hospitalizacji⁵⁶ przeprowadzono badanie żywienia pacjentów onkologicznych, które wykazało, że we wszystkich 20 przypadkach:

- przy przyjęciu na oddział dokonano oceny stanu odżywienia metodą NRS (Nutritional Risk Screening 2002) oraz pomiaru wagi, wzrostu, wskaźnika BMI (Body Mass Index), wskaźnika BSA (Body Surface Area), zgodnie ze Standardami żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego;
- w trakcie pobytu pacjenta w Szpitalu dokonywano ocenę ryzyka związanego ze stanem odżywienia i w żadnym przypadku nie stwierdzono ryzyka wystąpienia niedożywienia;
- zalecenia wynikające z ww. ocen ryzyka związanych ze stanem odżywienia zostały zrealizowane;
- w dokumentacji medycznej odnotowano sposób żywienia oraz rodzaj diety, w tym też zalecenia stosowania diety po wypisie ze Szpitala⁵⁷;

catering, restauracja, kawiarnia, stolówka, bufet i kuchnia mleczna; Certyfikat nr NC-2924/2 wydany przez Biuro Certyfikacji 24 sierpnia 2021 r. (ważny do 23 lutego 2024 r., pierwsze wydanie certyfikatu 24 lutego 2021 r.), potwierdzający zgodność z wymaganiami systemu HACCP, zakres certyfikacji: Produkcja i dystrybucja żywności w zakresie: żywienie zbiorowe, dietetyka, żywienie szpitalne, catering, gastronomia.

⁵³ Rozdziałnik ZJ 8/2022 z 1 kwietnia 2022 r. – dotyczący aktualizacji procedur GHP/GMP i HACCP.

⁵⁴ W tym siedem na pełen etat i jedna na część etatu (od 0,25 do 0,5).

⁵⁵ Tzw. gramówek.

⁵⁶ Na podstawie informacji uzyskanej z Działu Statystyki Szpitalnej były to: Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Zatruc z Pododdziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci – wybrano dwóch pacjentów onkologicznych; Oddział Obserwacyjno – Zakaźny, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych – siedmiu pacjentów onkologicznych; Oddział Gruźlicy, Chorób Płuc i Alergologii – 10 pacjentów onkologicznych; Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii – jeden pacjent onkologiczny.

⁵⁷ Na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej ustalono, że stosowano żywienie dojelitowe i pozajelitowe (trzech pacjentów), dietę podstawową (10 pacjentów), cukrzycową (sześciu pacjentów), wątrobową (jeden pacjent). Przy żywieniu dojelitowym i pozajelitowym codziennie wypełniana była karta leczenia żywieniowego dorosłych z podaniem nazw stosowanych preparatów oraz liczby kalorii podanych preparatów.

– postępowanie w zakresie żywienia z pacjentami onkologicznymi odbywało się zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procedurami i instrukcjami.

(akta kontroli str. 235, 351-371)

1.4 W kontrolowanym okresie Szpital zapewniał pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej niezbędne badania patomorfologiczne oraz genetyczne, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie leczenia szpitalnego i rozporządzeniu w sprawie AOS. SPWSZ samodzielnie wykonywał badania materiału biologicznego: 1) mikroskopowe – preparat bezpośredni i badanie cytologiczne oraz 2) posiew jakościowy i ilościowy. W pozostałym zakresie zlecano wykonywanie badań pięciu podmiotom zewnętrznym, w tym badań: molekularnych i cytogenetycznych; mammograficznych, USG piersi, biopsji cienkoigłowej, dostępu do zestawu PCNL⁵⁸, badań urodynamicznych; mikrobiologii, immunologii, HLA⁵⁹, badań diagnostycznych śródoperacyjnych, badań laboratoryjnych z zakresu toksykologii klinicznej; histopatologicznych, barwień histochemicznych i specjalistycznych konsultacji onkologicznych materiałów pobranych.

(akta kontroli str. 198-199, 236, 263-264, 2433-2435, 2542-2543, 2651-2652)

Łączny koszt badań materiału biologicznego wykonanych we własnym zakresie wyniósł:

- 1) badanie mikroskopowe materiału biologicznego:
 - preparat bezpośredni: w 2019 r. łącznie 11 150 zł (w tym pacjentów onkologicznych 2 690 zł); w 2020 r. – 8 985 zł (2 275 zł); w 2021 r. – 6 885 zł (1 160 zł); w 2022 r. – 15 480 zł (4 195 zł); w I kwartale 2023 r. – 5 505 zł (1 225 zł);
 - badanie cytologiczne: w 2019 r. łącznie 486 350 zł (w tym pacjentów onkologicznych 176 880 zł); w 2020 r. – 412 665 zł (163 900 zł); w 2021 r. – 489 175 zł (182 430 zł); w 2022 r. – 526 955 zł (184 355 zł); w I kwartale 2023 r. – 143 635 zł (46 315 zł);
- 2) badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy: w 2019 r. łącznie 865 375 zł (w tym pacjentów onkologicznych 62 700 zł); w 2020 r. – 712 955 zł (40 815 zł); w 2021 r. – 1 054 775 zł (78 985 zł); w 2022 r. – 1 017 370 zł (106 555 zł); w I kwartale 2023 r. – 325 360 zł (39 735 zł).

Liczba badań materiału biologicznego oraz badań genetycznych kształtowała się następująco:

- 1) badanie mikroskopowe materiału biologicznego:
 - preparat bezpośredni: w 2019 r. łącznie 2 230 badań (w tym na rzecz pacjentów onkologicznych 538); w 2020 r. – 1 797 (455); w 2021 r. – 1 377 (232); w 2022 r. – 3 096 (839); w I kwartale 2023 r. – 1 101 (245);
 - badanie cytologiczne: w 2019 r. łącznie 9 009 badań (w tym na rzecz pacjentów onkologicznych 3 224), w 2020 r. – 7 510 (2960); w 2021 r. łącznie 8 887 (3 295); w 2022 r. – 9 591 (3 320); w I kwartale 2023 r. – 2 601 (830);
- 2) badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy: w 2019 r. łącznie 41 633 badań (w tym na rzecz pacjentów onkologicznych 3 023); w 2020 r. – 35 497 (1 897); w 2021 r. – 48 896 (3 463); w 2022 r. – 45 108 (4 532); w I kwartale 2023 r. – 14 243 (1 595);
- 3) klasyczne badania cytogenetyczne – w 2019 r. łącznie 180 badań, w 2020 r. – 220, w 2021 r. – 237, w 2022 r. – 392, w I kwartale 2023 r. – 157;
- 4) cytogenetyczne badania molekularne – w 2019 r. łącznie 154 badania, w 2020 r. – 159, w 2021 r. – 161, w 2022 r. – 207, w I kwartale 2023 r. – 95;

⁵⁸ Endoskopowe usuwanie kamieni nerkowych.

⁵⁹ Główny układ zgodności tkankowej.

5) badania metodami biologii molekularnej – w 2019 r. łącznie 464 badania, w 2020 r. – 405, w 2021 r. – 440, w 2022 r. – 731, w I kwartale 2023 r. – 190.

(akta kontroli str. 198, 200-236)

Pełniąca obowiązki Kierownik Sekcji Analiz Ekonomicznych wyjaśniła, że w związku ze zlecaniem badań genetycznych do podmiotów zewnętrznych nie można było wyodrębnić liczby badań wykonanych na rzecz pacjentów onkologicznych z liczby badań zleconych ogółem oraz ustalić średniego kosztu diagnostyki histopatologicznej pacjentów⁶⁰.

(akta kontroli str. 234)

W podziale na typ nowotworu w Szpitalu liczba pacjentów i wykonanych badań materiału biologicznego w kontrolowanym okresie wyniosła:

- 1) rak płuca – liczba pacjentów 7 830, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 1 838, liczba badań materiału biologicznego 13 268;
- 2) rak urotelialny – liczba pacjentów 1 668, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 1 455, liczba badań materiału biologicznego 3 136;
- 3) rak jelita grubego – liczba pacjentów 1 640, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 756, liczba badań materiału biologicznego 2 736;
- 4) nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego (GIST) – liczba pacjentów 408, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 188, liczba badań materiału biologicznego 756;
- 5) białaczka – liczba pacjentów 265, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 5, liczba badań materiału biologicznego 553;
- 6) rak żołądka – liczba pacjentów 262, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 126, liczba badań materiału biologicznego 489,
- 7) szpiczak plazmocytowy – liczba pacjentów 97, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 1, liczba badań materiału biologicznego 158,
- 8) rak piersi – liczba pacjentów 46, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 16, liczba badań materiału biologicznego 142;
- 9) rak jajnika – liczba pacjentów 11, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 10, liczba badań materiału biologicznego 44;
- 10) rak trzonu macicy⁶¹ – liczba pacjentów 2, liczba diagnostycznych zabiegów chirurgicznych 2;
- 11) czerniak⁶² – liczba pacjentów 1, liczba badań materiału biologicznego 10.

Pełniąca obowiązki Kierownik Sekcji Analiz Ekonomicznych wyjaśniła, że badania genetyczne były zlecane do podmiotów zewnętrznych, w związku z czym Szpital nie posiadał ewidencji powiązania liczby zleconych badań genetycznych z poszczególnymi typami nowotworów.

(akta kontroli str. 199)

1.5 W Szpitalu opracowane zostały w formie pisemnej procedury, instrukcje i programy dotyczące postępowania i zapewnienia bezpieczeństwa przy wykonywaniu badań radiologicznych i obsłudze urządzeń radiologicznych, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁶³, rozporządzenia MZ z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi⁶⁴, rozporządzenia MZ z dnia 18 lutego 2011 r.

⁶⁰ Wynikało to z faktu, że w zakresach objętych finansowaniem w ramach ryczałtu realizacja świadczeń ewidencjonowana była w punktach i z uwagi na zmienność cen jednostkowych nie było możliwe takie „proste” przeliczenie.

⁶¹ Nie wykonywano badań materiału biologicznego.

⁶² Nie wykonywano diagnostycznych zabiegów chirurgicznych.

⁶³ Dz. U. z 2018 r., poz. 792 ze zm.; Dz. U. z 2023 r. poz. 1173 ze zm.

⁶⁴ Dz. U. z 2006 r., nr 180, poz. 1325 ze zm.

w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁶⁵, rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie ochrony przed promieniowaniem jonizującym pracowników zewnętrznych narażonych podczas pracy na terenie kontrolowanym lub nadzorowanym⁶⁶, rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 maja 2021 r. w sprawie zakresu analizy zagrożeń wynikających z działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące oraz formy przedstawiania wniosków z analizy zagrożeń⁶⁷, rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 maja 2021 r. w sprawie planów postępowania awaryjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych⁶⁸, rozporządzenia MZ z dnia 13 grudnia 2022 r. w sprawie kategorii oraz kryteriów kwalifikowania ekspozycji niezamierzonych i narażeń przypadkowych, działań, które należy podjąć w jednostce ochrony zdrowia po ich wystąpieniu, a także zakresu informacji objętych Centralnym Rejestrem Ekspozycji Niezamierzonych i Narażeń Przypadkowych⁶⁹, rozporządzenia MZ z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych⁷⁰.

Ponadto w Szpitalu funkcjonowały szczegółowe procedury radiologiczne, opracowane w formie pisemnej na podstawie obwieszczenia MZ z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej⁷¹.

Każda z tych procedur zawierała następujące pozycje: nazwę rodzaju badania, identyfikator procedury wzorcowej, stopień (tytuł) naukowy oraz imię i nazwisko autora (autorów) procedury roboczej, nazwę, typ, numer identyfikacyjny urządzenia radiologicznego stosowanego w procedurze, nazwiska osób uprawnionych do realizacji procedury i ich kwalifikacje, opis postępowania w zakresie oceny skierowania na badania lub leczenie, opis pomieszczenia, w którym wykonywana jest procedura, wykaz wyposażenia pomocniczego mającego zastosowanie w procedurze, stosowane fizyczne parametry pracy urządzeń radiologicznych, szczegółowy opis postępowania medycznego w trakcie wykonywania badań lub leczenia, szczegółowy opis obsługi urządzenia radiologicznego, dokumentację wyników badań lub postępowania leczniczego, wykaz odstępstw od procedury wzorcowej wraz z uzasadnieniem, zasady ochrony radiologicznej pacjenta, podpisy osób uprawnionych do realizacji procedury. Procedury⁷² te obowiązywały następujących w jednostkach organizacyjnych Szpitala:

- dla lokalizacji ul. Arkońska - Pracownie Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Pracownie Tomografii Komputerowej (w tym oddzielnie badania pediatryczne), Pracownia Diagnostyki Naczyniowej i Radiologii Zabiegowej, Pracownia Chirurgii Endoskopowej, Zintegrowany Blok Operacyjny, Pracownia Hemodynamiki i Angiokardiografii, Pracownia Elektrofizjologii, Pracownia Elektroterapii,
- dla lokalizacji Sokołowskiego - Pracownie Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Pracownia Densytometrii, Ortopedyczny Blok Operacyjny (radiologia zabiegowa), Pracownia Rentgenodiagnostyki Zabiegowej, Pracownia Tomografii Komputerowej.

(akta kontroli str. 1307-1578)

⁶⁵ Dz. U. z 2017 r., poz. 884 ze zm.; Dz. U. z 2023 r., poz. 195 ze zm.

⁶⁶ Dz. U. z 2020 r., poz. 2313 ze zm.

⁶⁷ Dz. U. z 2021 r., poz. 1059 ze zm.

⁶⁸ Dz. U. z 2021 r., poz. 1086 ze zm.

⁶⁹ Dz. U. z 2022 r., poz. 2700 ze zm.

⁷⁰ Dz. U. z 2022 r., poz. 2759 ze zm.

⁷¹ Dz. Urz. Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2014 r., poz. 85; Dz. Urz. Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2015 r., poz. 78.

⁷² W kontrolowanym okresie w Szpitalu łącznie obowiązywało 480 takich procedur.

Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie⁷³ decyzją nr 17/20 z 22 stycznia 2020 r. wydał SPWSZ zgodę na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych w pracowniach rentgenowskich, a decyzją nr 288/22 z 20 grudnia 2022 r. - na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii zabiegowej, z użytkowaniem aparatów rentgenowskich do radiologii zabiegowej.

(akta kontroli str. 1626-1670)

W okresie objętym kontrolą w SPWSZ w zakresie przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące ochrony radiologicznej Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie przeprowadził sześć kontroli, w wyniku których nie stwierdzono nieprawidłowości⁷⁴.

(akta kontroli str. 1579-1625)

W zakresie zgodności stosowania przepisów dotyczących ochrony radiologicznej personelu i pacjenta w pracowni rentgenowskiej⁷⁵ w badanym okresie w jednostkach organizacyjnych Szpitala przeprowadzono łącznie 31 wewnętrznych audytów⁷⁶. W trzech raportach (z 31) stwierdzono niezgodności polegające na tym, że: z powodu braku wystarczającej liczby drukarek nie wszystkie opisy badań RTG były drukowane; z powodu braku wystarczającej liczby kadry lekarskiej nie wszystkie badania RTG były opisane; wystąpił brak pisemnej informacji określającej, czy pacjentka będąca w wieku reprodukcyjnym miała wykonany test ciążowy – lekarz wziął pod uwagę tylko oświadczenie ustne pacjentki; wystąpił brak adnotacji o wartościach parametrów ekspozycji bądź dawki, jaką otrzymał pacjent podczas badania z użyciem aparatu RTG – lekarz nie spisywał informacji z aparatu bezpośrednio po zabiegu. Zgodnie z informacjami z powyższych raportów audytowych, niezgodności zostały usunięte, co zostało zweryfikowane przez audytora wiodącego.

(akta kontroli str. 1671-1791)

1.6 Na podstawie zestawienia ilościowego Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, które zostały przesłane do Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie⁷⁷, prowadzącego Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów w ramach Krajowego Rejestru Nowotworów, ustalono, że: w 2019 r. było to 928 sztuk; w 2020 r. – 1 295 sztuk; w 2021 r. – 2 829 sztuk; w 2022 r. – 1 726 sztuk; w I kwartale 2023 r. – 849 sztuk. Powyższe dane obejmowały tylko karty przekazane w formie elektronicznej, nie obejmowały kart sporządzonych i przekazanych listownie do ZCO w formie wydruku.

Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Sprzedaży Usług SPWSZ wyjaśniła, że: Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego prowadzone były w systemie HIS – szpitalnym systemie informatycznym, a następnie drukowane, podpisywane przez lekarza wystawiającego kartę oraz przekazywane do Działu Statystyki Medycznej i Sprzedaży Usług SPWSZ. Następnie pracownik tego Działu przekazywał karty raz w miesiącu listownie z lokalizacji przy ul. Arkońskiej i ul. Sokołowskiego do ZCO. Zgłoszenia nowotworu złośliwego nie stanowiły indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

⁷³ Dalej: Wojewódzki Inspektor Sanitarny.

⁷⁴ Protokół kontroli nr NHR.9026.90.2020 z 12 października 2020 r.; Protokół kontroli nr NHR.9026.2.2021 z 8 stycznia 2021 r.; Protokół kontroli nr NHR.9026.3.2022 z 13 stycznia 2022 r.; Protokół kontroli nr NHR.9026.6.2022 z 19 stycznia 2022 r.; Protokół kontroli nr NHR.9026.52.2022 z 23 czerwca 2022 r.; Protokół kontroli nr NHR.9026.99.2022 z 17 lutego 2023 r.

⁷⁵ Tj. z uwzględnieniem obowiązujących w jednostce procedur szczegółowych na podstawie ustawy Prawo atomowe i przepisów wykonawczych do tej ustawy oraz normy PN-EN ISO 9001:2015-10 pkt 7.1.2, 7.1.3, 7.2, 7.5.3.

⁷⁶ W tym: osiem w 2019 r., 2021 r. i 2022 r. oraz siedem w 2020 r.

⁷⁷ Dalej: ZCO.

i nie były gromadzone ani w dokumentacji pacjenta, ani w dokumentacji zbiorczej Szpitala.

(akta kontroli s. 2725-2726)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

2.1 W ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego w kontrolowanym okresie udzielono świadczeń ogółem w 75 230 przypadkach⁷⁸ o łącznej wartości 160 081,8 tys. zł, z tego w: 2019 r. – 19 477 świadczeń o wartości 37 872,7 tys. zł; 2020 r. – 16 428 (33 430,8 tys. zł); 2021 r. – 15 595 (36 063,8 tys. zł); 2022 r. – 18 662 (41 628,5 tys. zł); I kwartale 2023 r. – 5 068 (11 086 tys. zł).

(akta kontroli str. 200-234, 238-242, 2981)

W badanym okresie wartość zakontraktowanych świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym wyniosła⁷⁹: w 2019 r. – 43 485,9 tys. zł, w 2020 r. – 36 612,8 tys. zł., w 2021 – 41 085,37 tys. zł., w 2022 r. – 53 208,9 tys. zł, w I kwartale 2023 r. – 15 551.3 tys. zł. Wartość sprawozdanych świadczeń wyniosła: w 2019 r. - 43 448,7 tys. zł., 2020 r. - 37 740,2 tys. zł., 2021 r. – 41 102,0 tys. zł., 2022 r. – 53 540,2 tys. zł., w I kwartale 2023 r. – 16 743,5 tys. zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Różnice w wykonaniu umów (...) wynikają z: - ponownej weryfikacji raportów statystycznych przez NFZ po zamknięciu okresów rozliczeniowych (np. zmiana świadczeń z pakietu onkologicznego na świadczenia poza pakietem onkologicznym po zakwestionowaniu świadczeń przez NFZ – przekroczenie limitów świadczeń poza pakietem, niewykonanie w pakiecie onkologicznym), - faktu, że w roku 2020 SPWSZ decyzją Wojewody Zachodniopomorskiego zobowiązany został do realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z podejrzeniem bądź zakażonych wirusem SARS-CoV-2, a w okresie 15.03.2020-31.05.2020 r. jednoimiennym szpitalem zakaźnym, co oznaczało niską realizację świadczeń w umowie PSZ (Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej). Szpital w maju 2020 r. wystawił fakturę za świadczenia niezrealizowane do wartości limitów określonych w umowie. Na koniec okresu rozliczeniowego limity umowy zawierają wartość świadczeń zrealizowanych przez Szpital oraz wartość wystawionej faktury za maj 2020 r. – stąd niewykonania limitu w roku 2020, - w latach 2020, 2022 i 2023 (I kwartał) SPWSZ „spłacał” nadwykonaniami fakturę wystawioną w maju 2020 r.*

(akta kontroli str. 238-242, 2980-2981)

2.2 Prawidłowość prowadzenia przez Szpital harmonogramów przyjęć i list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego przeprowadzono na próbie trzech komórek organizacyjnych Szpitala podejmujących leczenie pacjentów zlecone na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w:

⁷⁸ Mowa o „przypadkach”, ponieważ w ogólnym ujęciu pacjent korzystający ze świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego mógł być wykazywany wielokrotnie. W ramach realizacji ww. świadczeń jeden pacjent mógł mieć zlecone różne rodzaje świadczeń, przyporządkowane każdorazowo do osobnego zakresu i z tego powodu wykazywane osobno.

⁷⁹ Na koniec okresu rozliczeniowego.

- 1) Poradni Onkologicznej z Punktem Podawania Cytostatyków,
- 2) Pracowni Endoskopii (dla badania kolonoskopii),
- 3) Oddziału Urologii Ogólnej i Onkologicznej.

Na podstawie harmonogramów przyjęć i list oczekujących ww. komórek organizacyjnych do szczegółowego badania dobrano próbę pacjentów kolejno zapisanych w harmonogramach ww. jednostek organizacyjnych. W wyniku badania dokumentacji 60 pacjentów⁸⁰ stwierdzono, że:

- 1) harmonogramy przyjęć były prowadzone na bieżąco w systemie elektronicznym;
- 2) harmonogramy przyjęć oraz listy oczekujących miały wymagane przepisami elementy: datę i godzinę wpisu pacjenta, imię i nazwisko pacjenta, numer PESEL;
- 3) zachowano zasady dotyczące kolejności umieszczania pacjentów na liście oczekujących z zachowaniem kategorii świadczeniobiorców;
- 4) pacjenci pierwszorazowi mieli wyznaczany termin udzielenia świadczenia zgodnie z kolejnością zgłoszenia.

(akta kontroli str. 2659-2719)

2.3 Na podstawie danych z systemu służącego do obsługi kart DiLO⁸¹ ustalono, że w latach 2019-2023 (I kwartał 2023 r.) zaewidencjonowano 7 592 kart DiLO, z tego wystawionych przez:

- 1) lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym - 5 234 kart (w tym 63 w sytuacji zmiany świadczeniodawcy),
- 2) lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej - 1 208 kart (w tym: 259 z podejrzeniem nowotworu i 949 z rozpoznaniem nowotworu),
- 3) lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej - 1 150 kart (w tym: 1 051 z podejrzeniem nowotworu i 99 z rozpoznaniem nowotworu);

W ramach programów zdrowotnych nie wystawiono żadnej karty.

(akta kontroli str. 196-197, 2727)

Szczegółowym badaniem prawidłowości koordynacji przez Szpital świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie kart DiLO, objęto 30 kart pacjentów wybranych losowo, w tym 15 kart wystawionych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub AOS i 15 kart z ustalonym planem leczenia onkologicznego. Ponadto wykonano badanie dokumentacji medycznej każdego z pacjentów z wylosowanych kart DiLO.

W wyniku badania ustalono, że spośród 30 ww. kart:

- 1) 11 kart zostało wystawionych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej; sześć przez specjalistów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Szpitalu; dwie przez specjalistów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej u innego świadczeniodawcy; 11 w ramach leczenia szpitalnego,
- 2) we wszystkich 30 przypadkach daty wykonywanych badań i udzielonych porad z indywidualnej dokumentacji medycznej odpowiadały datom wprowadzonym do kart DiLO,
- 3) w 25 przypadkach w skład konsylium onkologicznego wchodziło trzech lekarzy specjalistów wskazanych w rozporządzeniu w sprawie leczenia szpitalnego⁸²;

⁸⁰ Po 20 pacjentów z ww. jednostek organizacyjnych wybranych na podstawie harmonogramów przyjęć i list oczekujących.

⁸¹ Tj. systemu AP-DILO.

⁸² Tj. lekarz specjalista onkologii klinicznej, lekarz specjalista radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej, lekarz specjalista chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu złośliwego (na przykład: lekarz specjalista urologii i chirurgii ogólnej; lekarz specjalista chirurgii klatki piersiowej i transplantologii; lekarz specjalista onkologii klinicznej, chorób wewnętrznych i gastroenterologii; lekarz specjalista chorób płuc, chemioterapii nowotworów i onkologii klinicznej).

- w jednym przypadku pacjent został przekazany do innego świadczeniodawcy; w czterech przypadkach podejrzenie nowotworu nie potwierdziło się i diagnostyka wstępna zakończyła się innym rozpoznaniem,
- 4) koordynatorzy pakietu onkologicznego zostali wyznaczeni dla 24 pacjentów; w czterech przypadkach nie został wyznaczony koordynator z uwagi na brak potwierdzenia nowotworu na etapie diagnostyki wstępnej; w dwóch przypadkach nie został wyznaczony koordynator z powodu przekazania pacjenta do innego świadczeniodawcy;
 - 5) koordynatorzy pakietu onkologicznego dokonywali wpisów w dokumentacji medycznej pacjentów, w tym dokonano zapisów w 18 kartach DiLO;
 - 6) w trzech przypadkach w dokumentacji medycznej personel medyczny odnotował kontakt pacjenta z zespołem terapeutycznym, w pozostałych przypadkach nie udokumentowano udziału w zespole prowadzącym leczenie fizjoterapeuty i psychologa lub psychoonkologa,
 - 7) w dziewięciu przypadkach pacjent, po zakończeniu udzielania przez Szpital świadczeń, został przekazany do innego świadczeniodawcy w celu kontynuacji leczenia onkologicznego. W pozostałych 21 przypadkach leczenie zostało zakończone lub było kontynuowane w SPWSZ.

(akta kontroli str. 2659-2724, 2734-2972)

Dyrektor Szpitala w sprawie dostępu do opieki fizjoterapeutycznej i psychologicznej wyjaśniła, że (...) *Wszyscy pacjenci SPWSZ, w tym pacjenci onkologiczni, mają zapewniony dostęp do świadczeń w postaci konsultacji psychologicznych (...) oraz do zabiegów z zakresu rehabilitacji leczniczej (...), Konsultacje psychologiczne (...) są realizowane po uprzednim zleceniu lekarza prowadzącego leczenie pacjenta. Zlecenie konsultacji jest przesyłane przez system informatyczny Szpitala (AMMS) lub przekazywane psychologowi w formie papierowej/ustnie (w ubiegłych latach ta forma zlecenia była dominująca). (...) Pacjent w ramach konsultacji psychologicznej otrzymuje, oprócz wsparcia psychologicznego, także ustną informację zwrotną na temat swojego stanu zdrowia, a także zalecenia do wypełnienia. Psycholog wpisuje w systemie AMMS opis konsultacji i rezultat postępowania diagnostycznego. (...), Świadczenia z zakresu fizjoterapii są realizowane po uprzednim zleceniu przez lekarza prowadzącego leczenie pacjenta. Zlecenie (...) jest przesyłane przez system informatyczny Szpitala (Info Medica/AMMS). Fizjoterapeuta (...) przyjmuje, ocenia, dobiera i realizuje procedury fizjoterapeutyczne (...) Rehabilitacja jest realizowana przy łóżku pacjenta lub w gabinecie fizjoterapeutycznym (...) Wykonywane zabiegi wykazywane są w systemie informatycznym. (...). (...) wszyscy pacjenci, których dokumentację uczyniono przedmiotem kontroli NIK, nie byli świadczeniobiorcami w zakresie psychologii oraz fizjoterapii z uwagi np. na brak wskazań medycznych czy stanowisko pacjenta, poza pacjentami o numerach karty DiLO [REDACTED] oraz [REDACTED] którzy mieli wykonywane świadczenia z zakresu fizjoterapii⁸³.*

(akta kontroli str. 2659-2724, 2734-2972)

Dyrektor Szpitala w sprawie dokonywania wpisów w kartach DiLO przez koordynatorów wyjaśniła, że (...): *Koordynator otrzymuje (w wersji elektronicznej lub papierowej) od lekarza komplet dokumentacji potwierdzającej jednostkę chorobową pacjenta (z wynikami badań, kartą DiLO) wraz ze skierowaniem na konsylium onkologiczne. Dokumentacja może wpłynąć zarówno z poradni, jak i z oddziału SPWSZ. Koordynator przygotowuje dokumentację do konsylium onkologicznego. Po konsylium onkologicznym zostaje sporządzony protokół z zaleceniami, a koordynator uzupełnia kartę DiLO (str. 6 karty). Dokumenty są drukowane i przechowywane w wersji papierowej. Równolegle w wersji elektronicznej*

⁸³ Tj. wykazano dla tych pacjentów w systemie elektronicznym procedurę medyczną: pionizację czynną (kod ICD-9 – 93.2202).

(dokument Excel) prowadzona jest baza pacjentów skierowanych na konsylium onkologiczne, która umożliwia szybki podgląd, ułatwia odnalezienie archiwizowanej dokumentacji papierowej oraz umożliwia wgląd w przebieg ścieżki zaleconego przez konsylium onkologiczne leczenia pacjenta.

(akta kontroli str. 2618-2640, 2977-2988)

W Szpitalu było zatrudnionych od czterech (w latach 2019-2021) do sześciu (2022-2023) psychologów oraz od 43 do 40 w 2019 r., 36 (w latach 2020-2021), do 33 (2022-2023) fizjoterapeutów⁸⁴.

(akta kontroli s. 2570-2571, 2618-2640, 2733, 2977-2988)

2.4 Szczegółowe badanie terminów⁸⁵, w jakich pacjenci z wystawioną darta DiLO uzyskali świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zleczone na podstawie tej karty, wykazało, że zostały zachowane przez Szpital terminy udzielania świadczeń pacjentom zgodnie z § 6a rozporządzenia w sprawie AOS i zgodnie z § 4a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego w zakresie dat wykonania diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej i dat posiedzenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

(akta kontroli str. 2659-2724, 2734-2972)

2.5 W SPWSZ realizowano profilaktyczny program zdrowotny określony w załączniku lp. 8 do rozporządzenia w sprawie programów zdrowotnych: Wykonanie badania przesiewowego polegającego na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina. W latach 2019-2021 wykonywano te badania w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych pn. Program badań przesiewowych raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w systemie oportunistycznym lub mieszanym (zapraszano – oportunistycznym) na lata 2019-2021. Badania wykonywano w Pracowni Endoskopii w dwóch lokalizacjach: ul. Arkońska i ul. Sokołowskiego (szczegółowo realizację tego programu w latach 2019-2021 opisano w obszarze 3 niniejszego wystąpienia).

Następnie w 2022 r. MZ przekazał do realizacji program badań przesiewowych raka jelita grubego do oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. W województwie zachodniopomorskim konkurs na wykonywanie tych zadań został ogłoszony dopiero w grudniu 2022 r.; Szpital zawarł umowę nr 16-00-00742-22-27 z NFZ na realizację badań przesiewowych raka jelita grubego i ze względu na termin ogłoszenia i rozstrzygnięcia konkursu przez NFZ badania wykonywał tylko w grudniu 2022 r. – wykonano łącznie 60 badań, w tym 29 w lokalizacji ul. Arkońska i 31 w lokalizacji ul. Sokołowskiego o wartości 71,7 tys. zł, w tym 34,8 tys. zł w lokalizacji ul. Arkońska i 36,9 tys. zł w lokalizacji ul. Sokołowskiego. W 2023 r. kontynuowano przeprowadzanie badań przesiewowych, w I kwartale 2023 r. wykonano 234 badania, w tym 95 w lokalizacji ul. Arkońska i 139 w lokalizacji ul. Sokołowskiego o wartości 240,2 tys. zł, w tym 102,3 tys. zł w lokalizacji ul. Arkońska i 137,9 tys. zł w lokalizacji ul. Sokołowskiego.

(akta kontroli str. 859-1200, 2589-2617, 2658)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

⁸⁴ W grupie fizjoterapeutów nie ujęto masażyistów oraz terapeutów zajęciowych.

⁸⁵ Przeprowadzone na próbie 30 kart DiLO opisanych w punkcie 2.3 wystąpienia.

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

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Szpital złożył cztery oferty do postępowań konkursowych zorganizowanych przez MZ w ramach NSO oraz NPZChN, w tym dotyczących:

1. Zakupu sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego w 2022 r. (NSO),
2. Zakupu sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca w 2021 r. w zakresie torakochirurgii (NSO),
3. Programu badań w kierunku wykrywania raka płuca na lata 2021-2023 (NSO).
4. Programu badań przesiewowych raka jelita grubego, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych na lata 2019-2021 (NPZChN).

Porównanie danych zawartych w ww. ofertach z dokumentacją przedłożoną przez Szpital potwierdziło, że wszystkie oferty zawierały informacje zgodne ze stanem faktycznym, a Szpital we wszystkich ww. przypadkach spełniał warunki progowe i formalne udziału w powyższych konkursach MZ.

(akta kontroli str. 681-711, 842-846, 859-877, 991-1011)

W związku z pozytywnym rozstrzygnięciem ww. postępowań konkursowych, Szpital zawarł z MZ pięć umów, w tym:

- 1) umowę nr 1/14/99/2022/91/664 na zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego⁸⁶ (na kwotę 160 tys. zł);
- 2) umowę nr 1/11/34/2021/91/858 na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca⁸⁷ (na kwotę 1 345 tys. zł);
- 3) umowę nr 1/11/17/2021/91/740 na realizację zadania pn. Program badań w kierunku wykrywania raka płuca⁸⁸ (na kwotę 285 tys. zł);
- 4) dwie umowy na realizację zadania pn. Program badań przesiewowych raka jelita grubego, w tym obowiązująca: w lokalizacji Arkońska - nr 1/4/133/2019/91/537⁸⁹ na kwotę 795 tys. zł (ostatecznie po zawarciu aneksów nr 1⁹⁰, nr 2⁹¹ i nr 3⁹² wartość umowy wyniosła 764,2 tys. zł); w lokalizacji Sokołowskiego – nr 1/4/23/2019/91/226⁹³ na kwotę 1 800 tys. zł (ostatecznie po zawarciu aneksów nr 2⁹⁴ i 3⁹⁵ wartość umowy wyniosła 2 016 tys. zł).

(akta kontroli str. 612-1306)

3.2 Szpital zrealizował wszystkie cztery ww. zadania zgodnie z ww. pięcioma umowami, tj. w ramach realizacji zadania:

- 1) *Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego* – Szpital dokonał w wyznaczonym terminie zakupu czterech nowych cystoskopów giętkich za łączną kwotę 159 091,34 zł (tj. 99,4 % kwoty umownej) po przeprowadzeniu

⁸⁶ Zawartą w dniu 28 września 2022 r., środki należało wykorzystać do 30 grudnia 2022 r.

⁸⁷ Zawartą w dniu 29 września 2021 r., środki należało wykorzystać do 31 grudnia 2021 r.

⁸⁸ Zawartą w dniu 3 września 2021 r., zadanie należało zrealizować do końca 2023 r., przy czym środki wykorzystać następująco: do 31 grudnia 2021 r. - 57 tys. zł, do 31 grudnia 2022 r. - 114 tys. zł, do 31 grudnia 2023 r. - 114 tys. zł.

⁸⁹ Zawartą w dniu 26 sierpnia 2019 r., zadanie należało zrealizować w latach 2019-2021, przy czym w każdym roku należało wykorzystać po 265 tys. zł.

⁹⁰ Zawartego 30 listopada 2020 r. – wartość umowy wyniosła 657,2 tys. zł; w tym do wydatkowania w 2019 r. – 265 tys. zł, w 2020 r. – 127,2 tys. zł, w 2021 r. – 265 tys. zł.

⁹¹ Zawartego 7 kwietnia 2021 r. – zmianie uległy kwoty do wydatkowania w poszczególnych latach: w 2019 r. – 265 tys. zł, w 2020 r. – 127,2 tys. zł, w 2021 r. – 310 tys. zł.

⁹² Zawartego 24 listopada 2021 r. – zmianie uległa kwota do wydatkowania w roku 2021 – 690 tys. zł.

⁹³ Zawartą w dniu 3 lipca 2019 r., zadanie zrealizowane w latach 2019-2021, przy czym w każdym roku zaplanowano do wykorzystania po 600 tys. zł.

⁹⁴ Zawartego 3 grudnia 2020 r. – zmianie uległa łączna wartość umowy - 1 926 tys. zł; w tym do wydatkowania w 2019 r. – 600 tys. zł, w 2020 r. – 726 tys. zł, w 2021 r. – 600 tys. zł.

⁹⁵ Zawartego 7 kwietnia 2021 r. – zmianie uległy kwoty do wydatkowania w poszczególnych latach: w 2019 r. – 600 tys. zł, w 2020 r. – 726 tys. zł, w 2021 r. – 690 tys. zł.

postępowania w trybie podstawowym. Sprzęt został zakupiony do wykorzystania w Poradni Urologicznej Szpitala przy ul. Arkońskiej, został wpisany do ewidencji księgowej środków trwałych i terminowo oddany do użytku⁹⁶. Kwota dofinansowania została wykorzystana wyłącznie na zakup sprzętu. Szpital prowadził działania informacyjne dotyczące finansowania ww. zadania ze środków NSO oraz terminowo⁹⁷ przekazał MZ merytoryczne sprawozdanie z realizacji umowy nr 1/14/99/2022/91/664. Termin złożenia informacji dotyczącej wykorzystania zakupionego sprzętu upływa po zakończeniu niniejszych czynności kontrolnych, tj. 21 stycznia 2024 r. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *przed ww. zakupem SPWSZ posiadał cztery cystoskopy wyprodukowane między rokiem 2007 a 2011 (trzy sztuki) i jeden z 2016 r. Wszystkie te urządzenia ulegały częstym awariom. Ze względu na wyeksploatowanie po dokonaniu zakupu nowych cystoskopów, dwa zostały wycofane z użytkowania.*

- 2) *Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca* – Szpital, po przeprowadzeniu postępowania w trybie przetargu nieograniczonego, dokonał w wyznaczonym terminie zakupu (za łączną kwotą 1 021 785,76 zł, tj. 76% kwoty umownej) nowego sprzętu obejmującego: dwa videobronchoskopy ultrasonograficzne EBUS, sześć videobronchoskopów, jeden bronchoskop sztywny z zestawem sztywnych optyk (teleskopów) i narzędzi. Sprzęt został zakupiony do wykorzystania w Pracowni Badań Endoskopowych i Układu Oddechowego Szpitala przy ul. Sokołowskiego, został wpisany do ewidencji księgowej środków trwałych i oddany do użytku⁹⁸. Kwota dofinansowania została wykorzystana wyłącznie na zakup sprzętu. Szpital prowadził działania informacyjne dotyczące finansowania ww. zadania ze środków NSO i przekazał MZ terminowo⁹⁹ informację dotyczącą wykorzystania zakupionego sprzętu. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *przed ww. zakupem SPWSZ posiadał 15 wideobronchoskopów, w tym dziewięć wyprodukowanych między 2005 a 2013 r. oraz sześć wyprodukowanych między 2014 a 2015 r. Wszystkie te urządzenia ulegały częstym awariom. Ze względu na wyeksploatowanie po dokonaniu zakupu nowych wideobronchoskopów, 13 zostało wycofanych z użytkowania.*
- 3) *Program badań w kierunku wykrywania raka płuca* - zadanie Szpitala polegało na przeprowadzeniu w latach 2021-2023 badań niskodawkowej tomografii komputerowej w kierunku wykrycia raka płuca. Program zgodnie z warunkami umowy nr 1/11/17/2021/91/740 był realizowany we współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Prowadzono działania informacyjne dotyczące finansowania ww. zadania ze środków NSO. Zgodnie ze składanymi MZ przez Szpital sprawozdaniami: w 2021 r. wykonano 52 takie badania na łączną kwotę 19,8 tys. zł; w 2022 r. – 193 badania na łączną kwotę 73,3 tys. zł; w I połowie 2023 r. – 91 badań na łączną kwotę 34,6 tys. zł. Łączna liczba zrealizowanych badań wyniosła 327, a ich wartość - 124,3 tys. zł (tj. 43,6% zaplanowanej liczby badań i kwoty umownej według stanu na 30 czerwca 2023 r. – umowa zawarta jest na okres realizacji do 31 grudnia 2023 r.).
- 4) *Program badań przesiewowych raka jelita grubego* – Szpital realizował zadanie w zakresie wykonywania w lokalizacji Arkońska i Sokołowskiego badań kolonoskopowych w systemie mieszanym lub oportunistycznym. Prowadzono działania informacyjne dotyczące finansowania ww. zadania ze środków NPChN. Na podstawie kwartalnych sprawozdań z realizacji ww. umów ustalono, że

⁹⁶ Data instalacji: 9 grudnia 2022 r., data rozpoczęcia udzielania świadczeń: 9 marca 2023 r.

⁹⁷ W dniu 28 grudnia 2022 r.

⁹⁸ Data instalacji i data rozpoczęcia udzielania świadczeń: odpowiednio: 4 i 9 listopada 2021 r.

⁹⁹ Tj. w dniu 10 stycznia 2022 r.

Szpital w latach 2019 – 2021 wykonał łącznie 3 202 badań¹⁰⁰, w tym w lokalizacji Arkońska – 894 i w lokalizacji Sokołowskiego – 2 308. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie 1 889,1 tys. zł¹⁰¹, w tym w lokalizacji Arkońska – 450,6 tys. zł (tj. 59% wartości umownej) i w lokalizacji Sokołowskiego – 1 448,5 tys. zł (tj. 72% wartości umownej).

(akta kontroli str. 612-1306, 2470-2480, 2496-2518, 2589-2617, 2658, 2981, 2989-2990)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków ani uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie. 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.

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.

Szczecin, 17 października 2023 r.

Kontrolerzy

Sylwia Księżopolska

główny specjalista kontroli państwowej



Podpisano przez:

Sylwia
Księżopolska

Date / Data:
2023-10-17
13:01

Izabela Kirysiuk

główny specjalista kontroli państwowej



Podpisano przez:

Izabela Kirysiuk

Date / Data:
2023-10-17
13:09

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Szczecinie

Dyrektor

Z up.



Elektronicznie
podpisany przez
Bogusław Tomasz
Wójcik
Data: 2023.10.17
13:39:10 +02'00'

podpis

¹⁰⁰ W tym: w 2019 r. łącznie 687 badań, w tym 300 w lokalizacji Arkońska i 387 - Sokołowskiego; w 2020 r. łącznie 1 116 badań, w tym 195 - Arkońska i 921 - Sokołowskiego; w 2021 r. łącznie 1 399 badań, w tym 399 - Arkońska i 1 000 - Sokołowskiego.

¹⁰¹ W tym w: 2019 r. łącznie 385,2 tys. zł, w tym 147,3 tys. zł w lokalizacji Arkońska i 237,9 tys. zł - Sokołowskiego; w 2020 r. łącznie 673,6 tys. zł, w tym 99,1 tys. zł - Arkońska i 574,5 tys. zł - Sokołowskiego; w 2021 r. łącznie 840,4 tys. zł, w tym 204,2 tys. zł - Arkońska i 636,2 tys. zł - Sokołowskiego.

