



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.15.2.2023

Pan  
Adrian Sikorski  
Dyrektor Zachodniopomorskiego  
Centrum Onkologii w Szczecinie  
ul. Strzałowska 22  
71-730 Szczecin

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie <sup>1</sup> , ul. Strzałowska 22, 71-730 Szczecin.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adrian Sikorski, Dyrektor Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii <sup>2</sup> od 1 maja 2022 r., od 4 września 2020 r. do 30 kwietnia 2022 r. pełniący obowiązki Dyrektora ZCO. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełniła Krystyna Pieczyńska, Dyrektor ZCO od 1 września 2000 r. do 3 września 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.</li><li>2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.</li><li>3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie
Kontroler	Ewelina Czerepska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/97/2023 z 13 czerwca 2023 r.

(akta kontroli str.1-5)

<sup>1</sup> Dalej: Szpital lub ZCO.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor Szpitala lub Dyrektor ZCO.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

ZCO spełniało wymogi określone przez Ministra Zdrowia<sup>5</sup> w rozporządzeniu z dnia 6 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>6</sup>, w rozporządzeniu z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>7</sup>, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych<sup>8</sup>, niezbędnych do zawarcia umów z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>9</sup>. Pacjenci z rozpoznaniem nowotworu mieli zapewniony dostęp do badań patomorfologicznych i genetycznych. W Szpitalu opracowano i wdrożono medyczne procedury radiologiczne i przeprowadzono wewnętrzne audyty kliniczne w tym zakresie. Opracowano standardy żywienia pacjentów oraz wdrożono zasady Systemu HACCP<sup>10</sup>, a przy przyjęciu pacjentów każdorazowo przeprowadzono ocenę stanu ich odżywienia. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane były na podstawie kolejności zgłoszeń pacjentów. Oferty złożone w postępowaniach konkursowych w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej<sup>11</sup> oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych<sup>12</sup> były sporządzone rzetelnie i zgodnie ze stanem faktycznym. ZCO zrealizowało wszystkie zadania powierzone przez Ministra w ramach NSO oraz NPZChN zgodnie z zawartymi umowami. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.: nieprzeprowadzania kolejnych ocen stanu odżywienia zgodnie z Instrukcją prowadzenia leczenia żywieniowego, niedokonania w 2020 r. przeglądu komór laminarnych do prac z cytostatykami, przekroczenia terminów wykonania diagnostyki wstępnej i pogłębionej oraz ustalania planu leczenia onkologicznego nowotworu złośliwego przez zespół składający się z trzech lekarzy specjalistów, podczas gdy ustalenie planu tego leczenia powinno odbyć się przez pięcioosobowy zespół.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>13</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1 W okresie objętym kontrolą, zgodnie z obowiązującym Regulaminem Organizacyjnym Szpitala<sup>14</sup>, ZCO udzielało świadczeń zdrowotnych szpitalnych i ambulatoryjnych oraz przeprowadzało badania diagnostyczne.

(akta kontroli str. 32-68)

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

<sup>5</sup> Dalej: Minister lub MZ.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm., dalej: rozporządzenia w sprawie AOS.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870 ze zm., dalej: rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 916.

<sup>9</sup> Dalej: NFZ.

<sup>10</sup> Czyli System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli, dalej: HACCP.

<sup>11</sup> Dalej: NSO.

<sup>12</sup> Dalej: NPZChN.

<sup>13</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>14</sup> Zarządzenie Nr 2/2018 Dyrektora Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie z dnia 5 kwietnia 2018 r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii; Zarządzenie Nr 1/2013 Dyrektora Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie z dnia 2 stycznia 2023 r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii.

W formie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>15</sup>, w kontrolowanym okresie udzielano świadczeń w zakresie: onkologii, chirurgii onkologicznej, dermatologii i wenerologii, położnictwa i ginekologii, leczenia bólu. ZCO, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie AOS, opracowało procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego<sup>16</sup> oraz zapewniło dostęp do ich realizacji w zakresie: diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badań endoskopowych, pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej.

Badanie spełniania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych udzielanych w Poradni Onkologii wykazało, że spełniono wymogi określone w lp. 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie AOS<sup>17</sup>, w tym zapewniono pacjentom dostęp do odpowiedniej diagnostyki i badań<sup>18</sup>. Poradnia wyposażona była w niezbędny sprzęt zgłoszony do realizacji umowy z NFZ, który posiadał certyfikaty i orzeczenia dopuszczające do użytku oraz aktualne przeglądy<sup>19</sup>, zapewniono także właściwy personel medyczny<sup>20</sup>. Lekarze specjaliści pracujący w Poradni Onkologii byli zgłoszeni do umowy z NFZ<sup>21</sup>.

(akta kontroli str. 81-100, 443-446, 449-580, 1151-1282)

W ramach leczenia szpitalnego<sup>22</sup> udzielano świadczeń w zakresie: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii onkologicznej, chemioterapii - hospitalizacja oraz chemioterapii - tryb jednodniowy, onkologii klinicznej, radioterapii/ brachyterapii. ZCO, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego, posiadał opracowaną procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego<sup>23</sup>, zapewniał udokumentowaną

<sup>15</sup> Umowa nr 16-00-00737-19-07/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 18 grudnia 2018 r.; umowa nr 16-00-00737-20-01/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 31 grudnia 2019 r.; umowa nr 16-00-00737-21-06/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 12 stycznia 2020 r.; umowa nr 16-00-00737-22-04/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 31 grudnia 2021r.; umowa nr 160000737230008/03-08-23-03 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 30 grudnia 2022 r.

<sup>16</sup> W tym procedury kluczowych procesów zachodzących w ramach diagnozowania i leczenia onkologicznego, Procedura P-201, wraz z instrukcjami od I-201-001 do I-201-022, Procedura P-202 wraz instrukcjami I-202-001 do I-202-021.

<sup>17</sup> Załącznik nr 1 Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji będącego załącznikiem.

<sup>18</sup> W tym dostęp w lokalizacji do badań laboratoryjnych i w dostępie do badań mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, RTG, mammografii, dermatoskopii - w lokalizacji.

<sup>19</sup> W tym. min. USG (w lokalizacji).

<sup>20</sup> Lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, radioterapii, radioterapii onkologicznej, chemioterapii nowotworów.

<sup>21</sup> W czasie pracy nie większym niż faktycznie przepracowany; badanie na podstawie dokumentacji za marzec 2023.

<sup>22</sup> Umowa nr 16-00-00737-19-07/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 18 grudnia 2018 r.; umowa nr 16-00-00737-20-01/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 31 grudnia 2019r.; umowa nr 16-00-00737-21-06/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 12 stycznia 2020 r.; umowa nr 16-00-00737-22-04/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 31 grudnia 2021r.; umowa nr 160000737230008/03-08-23-03 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 30 grudnia 2022 r.

<sup>23</sup> Zarządzenie Nr 5/2017 Dyrektora Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie z dnia 23 marca 2017 r. w sprawie zadań i składu osobowego funkcjonujących w ZCO Komitetów i Zespołów ze zm.; w tym Zespół ds. Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi, Zespół ds. Leczenia Nowotworów Przewodu Pokarmowego.

koordynację oraz dostęp do świadczeń chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej<sup>24</sup>.

Badanie spełniania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych udzielanych na Oddziale Onkologii Klinicznej wykazało, że spełniono wymogi określone w lp. 33 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>25</sup>, w tym zapewniono pacjentom dostęp do odpowiednich badań<sup>26</sup>. Oddział wyposażony był w niezbędny sprzęt zgłoszony do realizacji umowy z NFZ, posiadający certyfikaty i orzeczenia dopuszczające do użytku oraz aktualne przeglądy<sup>27</sup>. Zapewniono gabinet diagnostyczno-zabiegowy oraz pracownię endoskopii, a także właściwy personel medyczny<sup>28</sup>. Lekarze specjaliści pracujący na Oddziale Onkologii byli zgłoszeni do umowy z NFZ<sup>29</sup>.

(akta kontroli str. 81-100, 443-446, 449-454, 581-958, 1151-1282)

Szpital od 1 stycznia 2023 r. prowadził centrum kompetencji raka piersi<sup>30</sup>. Zgodnie z § 4a ust. 1a oraz lp. 2 załącznika nr 3a do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego<sup>31</sup>, zapewniony został właściwy personel medyczny<sup>32</sup>, udział w zespole prowadzącym leczenie psychologa oraz fizjoterapeutów.

Szpital spełniał wymagania w zakresie: posiadania w lokalizacji lub w dostępie właściwych komórek organizacyjnych<sup>33</sup>, świadczeń udzielanych w lokalizacji lub dostępie<sup>34</sup>, organizacji udzielania świadczeń<sup>35</sup>, wymagań jakościowych<sup>36</sup>.

(akta kontroli str. 81-100, 443-446, 959-966, 967-1007)

Szpital od 1 stycznia 2023 r. prowadził centrum kompetencji raka jelita grubego<sup>37</sup>. Zgodnie z § 4a ust. 1a oraz lp. 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia w sprawie

<sup>24</sup> W przypadku nowotworów złośliwych leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej.

<sup>25</sup> Załącznik nr 3 Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

<sup>26</sup> W tym dostęp do biopsji pod kontrolą USG (w lokalizacji), badań endoskopowych (w lokalizacji) mammograficznych (w lokalizacji), patomorfologicznych (w lokalizacji), cytofluorometrycznych (w dostępie), cytogenetycznych (w lokalizacji i dostępie), wirusologicznych (w dostępie).

<sup>27</sup> W tym. min. kardiomonitor, aparat USG z opcją kolorowego Dopplera.

<sup>28</sup> W tym lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej, chemioterapii nowotworów, pielęgniarki onkologiczne.

<sup>29</sup> W czasie pracy nie większym niż faktycznie przepracowany; badanie na podstawie dokumentacji za marzec 2023.

<sup>30</sup> Umowa nr 160000737230008/03-08-23-03 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z 30 grudnia 2022 r. wraz z aneksami.

<sup>31</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.

<sup>32</sup> W tym m.in. lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, chemioterapii nowotworów, w dziedzinie chirurgii plastycznej, chirurgii onkologicznej, dziedzinie radioterapii, radioterapii onkologicznej, radiologii, radiodiagnostyki, patomorfologa.

<sup>33</sup> W tym m.in. oddziały o profilu: chirurgia onkologiczna (w lokalizacji), chemioterapia - hospitalizacja (w lokalizacji), radioterapia (w lokalizacji), laboratorium histopatologiczne (w lokalizacji), pracownia radioterapii (w lokalizacji), medyczne laboratorium diagnostyczne zarejestrowane w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych (w lokalizacji).

<sup>34</sup> W tym m.in. świadczenia z zakresu chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej (w lokalizacji), świadczenia z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej i plastycznej (w lokalizacji), świadczenia z zakresu: chemioterapia - hospitalizacja, chemioterapia - leczenie jednego dnia, lub podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym (w lokalizacji), programy lekowe dotyczące terapii chorych z rakiem piersi (w lokalizacji), świadczenia z zakresu radioterapii lub brachyterapii w trybie hospitalizacji lub w trybie ambulatoryjnym (w lokalizacji), porada psychologiczna lub psychoonkologiczna (w lokalizacji), porada w zakresie doboru protezy piersi (w lokalizacji i dostępie).

<sup>35</sup> W tym m.in. współpracuje z kilkunastoma świadczeniodawcami w województwie zachodniopomorskim, powołał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, wyznaczył koordynatorów merytorycznych i organizacyjnych, opracował, wdrożył i stosuje sformalizowaną procedurę określającą zasady diagnostyki i leczenia nowotworu piersi.

<sup>36</sup> Leczenie operacyjne co najmniej 250 nowo zdiagnozowanych przypadków nowotworu piersi w roku kalendarzowym 2022 i 2021.

<sup>37</sup> Umowa nr 160000737230008/03-08-23-03 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z 30 grudnia 2022 r. wraz z aneksami.

leczenia szpitalnego<sup>38</sup>, zapewniony został właściwy personel medyczny<sup>39</sup>, udział w zespole prowadzącym leczenie psychologa oraz fizjoterapeutów. Szpital spełniał wymagania w zakresie: posiadania w lokalizacji lub dostępie właściwych komórek organizacyjnych<sup>40</sup>, świadczeń udzielanych w lokalizacji lub dostępie<sup>41</sup>, organizacji udzielania świadczeń<sup>42</sup> wymagań jakościowych<sup>43</sup>.

(akta kontroli str. 81-100, 443-446, 959-966, 1008-1150)

W badanym okresie Szpital realizował:

- Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy – etap podstawowy<sup>44</sup>. Szpital, zgodnie z wymogami lp. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, zapewnił właściwy personel medyczny<sup>45</sup> oraz sprzęt i aparaturę medyczną<sup>46</sup>;
- Program Profilaktyki Raka Piersi – etap podstawowy i pogłębiony<sup>47</sup>. Szpital, zgodnie z wymogami lp. 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, dla etapu podstawowego zapewnił właściwy personel medyczny<sup>48</sup> oraz sprzęt i aparaturę medyczną

<sup>38</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.

<sup>39</sup> W tym m.in. lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, gastroenterologii, lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii klinicznej, lekarza specjalistę w dziedzinie radioterapii, lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii radiodiagnostyki, rentgenodiagnostyki, diagnostyki obrazowej, lekarza specjalistę w dziedzinie patomorfologii.

<sup>40</sup> W tym m.in. w lokalizacji oddział o profilu chirurgia onkologiczna, oddział o profilu onkologia kliniczna, blok operacyjny, poradnia chirurgii onkologicznej, poradnia onkologiczna i chemioterapii, zakład patomorfologii; pracownia endoskopii, pracownia diagnostyki obrazowej: TK, RTG, USG.

<sup>41</sup> W tym m.in. badania diagnostyczne: USG, TK, RTG (w lokalizacji), procedury endoskopowe i zabiegowe (w tym kolonoskopia) (w lokalizacji), diagnostyka patomorfologiczna (w lokalizacji), badania laboratoryjne-biochemiczne (w lokalizacji), PET (w dostępie), leczenie zabiegowe (w lokalizacji), teleradioterapia (w lokalizacji), brachyterapia (w lokalizacji), leczenie systemowe stosowanie chemioterapii, immunoterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie w ramach programów lekowych (w lokalizacji), leczenie skojarzone w uzasadnionych klinicznie przypadkach, możliwość zastosowania u pacjenta jednoczesnej chemioterapii i radioterapii (RCHT) (w lokalizacji), leczenie wyżywieniowe do jelitowe i pozajelitowe (w lokalizacji), porada stomijna (w lokalizacji).

<sup>42</sup> W tym m.in. powołał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, wyznaczył koordynatorów merytorycznych i organizacyjnych, opracował, wdrożył i stosuje sformalizowaną procedurę określającą zasady diagnostyki i leczenia pacjenta z nowotworem jelita grubego.

<sup>43</sup> Realizacja w 2022 r. oraz 2021 r. co najmniej 75 zabiegów usunięcia pierwotnego nowotworu jelita grubego (kolektomia, hemikolektomia, sigmoidektomia) oraz realizacja w 2022 r. co najmniej 200 kolonoskopii, w tym co najmniej 20 zabiegów polipektomii endoskopowej.

<sup>44</sup> Etap podstawowy realizowany w zakresie świadczeń: Pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego, zakres skojarzony 02.1450.001.02 w ramach umów PSZ: umowa nr 16-00-00737-19-07/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 18 grudnia 2018 r.; umowa nr 16-00-00737-20-01/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 31 grudnia 2019 r.; umowa nr 16-00-00737-21-06/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 12 stycznia 2020 r.; umowa nr 16-00-00737-22-04/03-08-17-0003 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 31 grudnia 2021 r.; umowa nr 160000737230008/03-08-23-03 o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 30 grudnia 2022 r.

<sup>45</sup> W tym m.in. lekarzem specjalistą położnictwa i ginekologii.

<sup>46</sup> W tym wziernik jednorazowy, jednorazową szczoteczkę umożliwiającą pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy, fotel ginekologiczny.

<sup>47</sup> Umowa nr 16-00-00737-19-04/10-19-0008 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy zdrowotne w zakresach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne z dnia 19 grudnia 2018r., umowa nr 16-00-00737-20-03/10-19-0008 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne z dnia 19 grudnia 2019 r., umowa nr 16-00-00737-21-01/10-19-0008 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne z dnia 22 stycznia 2021r., umowa nr 16-00-00737-22-07/10-19-0008 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne z dnia 25 stycznia 2022 r., aneks nr 29 do umowy 160000737230006/10-19-0008 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne z dnia 22 grudnia 2022 r.

<sup>48</sup> W tym lekarza specjalistę radiologii, rentgenodiagnostyki.

z pozytywnymi wynikami kontroli jakości badań mammograficznych<sup>49</sup> oraz pozytywnymi wynikami audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, przeprowadzanego nie rzadziej niż raz na 24 miesiące<sup>50</sup>. Dla etapu pogłębionego, zapewnił właściwy sprzęt i aparaturę medyczną<sup>51</sup>;

- badania przesiewowe polegające na wykonywaniu pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina<sup>52</sup>. Szpital, zgodnie z wymogami lp. 8 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych zapewnił gabinet badań endoskopowych przewodu pokarmowego<sup>53</sup>, właściwy personel medyczny oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną<sup>54</sup>.

(akta kontroli str. 81-100, 443-446, 1283-1518)

Personel objęty badaniem szczegółowym<sup>55</sup>, zgłoszony przez Szpital do realizacji umowy z NFZ, posiadał wymagane kwalifikacje, w tym odbył szkolenia w zakresie kontroli jakości w mammografii cyfrowej i ucyfrowionej, z zakresu zarządzania jakością w pracowni mammografii analogowej.

(akta kontroli str. 447-448)

ZCO, celem zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 w okresie pandemii, zgłosiło wnioski o przerwę w udzielaniu świadczeń: rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym<sup>56</sup>, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności<sup>57</sup>, program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w pracowni stacjonarnej<sup>58</sup>, badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroscopia<sup>59</sup>, badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia<sup>60</sup>, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna<sup>61</sup>, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności<sup>62</sup>, fizjoterapia ambulatoryjna<sup>63</sup>, fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności<sup>64</sup>. Ponadto ZCO zgłosiło wnioski o przerwę w udzielaniu świadczeń ze względu na problemy kadrowe: świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii<sup>65</sup>, świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka onkologiczna<sup>66</sup>, świadczenia w zakresie

<sup>49</sup> Dla aparatów Mammomat insiration nr serii: 3726 i 3728 z wynikiem prawidłowy w zakresie ocenianych parametrów w badanym okresie.

<sup>50</sup> Audyt przeprowadzony przez Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie.

<sup>51</sup> W tym dla mammografii uzupełniającej mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi, dla badania usg piersi aparat USG z głowicą liniową, szerokopasmową, wieloczęstotliwościową o wysokiej rozdzielczości liniowej i skali szarości pracującą w przedziale co najmniej 2-10 MHz.

<sup>52</sup> Aneks nr 27 do umowy 16-00-00737-22-07/10-19-0008 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy zdrowotne w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne z 28 listopada 2022 r.; aneks nr 29 do umowy – 160000737230006/10-19-0008 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy zdrowotne w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne z dnia 22 grudnia 2022 r.

<sup>53</sup> W miejscu.

<sup>54</sup> W tym m.in. kolonoskopy (6 sztuk), stanowiska do automatycznego mycia i dezynfekcji endoskopów (3 sztuki), myjka ultradźwiękowa (1 szt.), a dla kolonoskopii realizowanej w znieczuleniu ogólnym zapewnienie dodatkowego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, w tym. m.in. stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w źródło tlenu, salę wybudzeniową wyposażoną m.in. źródło tlenu, pulsoksymetr z pomiarem HR, SPO2 i wykresem fali tętna.

<sup>55</sup> Badanie przeprowadzone na próbie 10 osób personelu medycznego Szpitala.

<sup>56</sup> Od 17 marca do 10 maja 2020 r.

<sup>57</sup> Od 17 marca do 10 maja 2020 r.

<sup>58</sup> Od 30 marca do 3 maja 2020 r.

<sup>59</sup> Od 30 marca do 3 maja 2020 r.

<sup>60</sup> Od 30 marca do 3 maja 2020 r.

<sup>61</sup> Od 17 marca do 10 maja 2020 r.

<sup>62</sup> Od 17 marca do 10 maja 2020 r.

<sup>63</sup> Od 17 marca do 10 maja 2020 r.

<sup>64</sup> Od 17 marca do 10 maja 2020 r.

<sup>65</sup> Od 1 maja do 31 maja 2022 r.

<sup>66</sup> Od 1 maja do 31 maja 2022 r.

położnictwa i ginekologii – diagnostyka onkologiczna<sup>67</sup>, pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony<sup>68</sup>, świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony<sup>69</sup>, świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym<sup>70</sup>, świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia.

(akta kontroli str. 99, 112, 126-127, 137-154, 446)

**1.2** W okresie objętym kontrolą w ZCO obowiązywały instrukcje dotyczące warunków bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych<sup>71</sup>. W tych instrukcjach znajdowały się m.in. regulacje dotyczące zakazu zatrudniania przy pracy z lekami cytostatycznymi kobiet w ciąży i w okresie karmienia piersią<sup>72</sup>, obowiązku przestrzegania zaleceń dotyczących stosowania środków ochrony indywidualnej<sup>73</sup> przy wykonywaniu czynności polegających na rozpuszczaniu i podawaniu leków cytostatycznych<sup>74</sup>, obowiązku używania szczelnego, zapewniającego niewydostawanie się leku na zewnątrz, sprzętu medycznego<sup>75</sup> do podawania tych leków, obowiązku używania przez pracowników przygotowujących oraz podających leki cytostatyczne odzieży ochronnej jednorazowego użytku. Szczegółowe zasady postępowania przy przygotowywaniu i podawaniu leków cytostatycznych<sup>76</sup> ustalone w tych instrukcjach oraz procedurze P-206<sup>77</sup> były zbieżne z zasadami określonymi w rozporządzeniu 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<sup>78</sup>.

(akta kontroli str. 246-360)

W wyniku oględzin Pracowni Leków Cytostatycznych stwierdzono, że Szpital organizacyjnie i funkcjonalnie spełniał wymagania określone rozporządzeniem w sprawie leków cytostatycznych. W tym m.in. leki cytostatyczne przygotowywano w następujących pomieszczeniach: pomieszczenia produkcyjne, przygotowawcze, w pracowni cytostatyków. Do tych pomieszczeń przylegało pomieszczenie ekspedycyjne, pomieszczenie administracyjne oraz magazyn podręczny pracowni cytostatyków. Do pomieszczenia produkcyjnego przylegała śluza brudna. Śluza czysta znajdowała się przy pracowni. Pomieszczenie produkcyjne wyposażone było m.in. w dwie łóżka z laminarnym przepływem powietrza do pracy z cytostatykami III klasy bezpieczeństwa. W pomieszczeniach tych (w śluzie brudnej) znajdowało się m.in. wydzielone miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do

<sup>67</sup> Od 1 maja do 31 maja 2022 r.

<sup>68</sup> Od 1 maja do 31 maja 2022 r.

<sup>69</sup> Od 1 maja do 31 maja 2022 r.

<sup>70</sup> Od 1 maja do 31 maja 2022 r.

<sup>71</sup> Instrukcje od I-210-006 do I-210-019, oraz I-206-004 i I-206-005 oraz I-206-020.

<sup>72</sup> Instrukcja I-210-006 „Wejście do i wyjście z pracowni cytostatyków”

<sup>73</sup> Tj. rękawiczek, fartuchów, okularów, czepków i masek.

<sup>74</sup> Instrukcja nr I-206-020 „Instrukcja bezpieczeństwa i higieny pracy w procesie podawania leków cytostatycznych w oddziale onkologii klinicznej”.

<sup>75</sup> W szczególności strzykawki, zestawy do przetoczeń, pompy infuzyjne.

<sup>76</sup> Ustalono, że 1) podczas otwierania ampułki z lekiem oraz nabierania leku do strzykawki należy ampulkę przykryć jałowym gazikiem zwilżonym w spirytusie w celu uniknięcia skażenia i skażenia skóry wyciekającym płynem, 2) w razie gdy przed iniekcją zaistnieje potrzeba usunięcia powietrza ze strzykawki, należy na zakończenie igły umocowanej na strzykawce trzymanej pionowo nałożyć w sposób jałowy sterylny gazik w celu zapobieżenia rozpylaniu leku; po usunięciu powietrza, przed wykonaniem iniekcji u pacjenta, igłę należy zmienić, 3) podczas dzielenia leków tabletkowych nie należy dopuszczać do rozprzestrzeniania ich pyłu lub drobin oraz nie wolno dotykać ich gołą ręką, 4) miejsce skażone lekami należy dokładnie zmyć oraz oczyścić gazą lub ligniną zwilżoną wodą, a następnie osuszyć przez wytarcie; przy ewentualnym skażeniu skóry, błon śluzowych i oczu należy spłukać je za pomocą dużej ilości wody.

<sup>77</sup> Procedura Terapii w Oddziale Onkologii Klinicznej.

<sup>78</sup> Dz. U. z 1996 r. nr 80 poz. 376 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie leków cytostatycznych.

zniszczenia<sup>79</sup> i oczyszczenia<sup>80</sup>. Ww. pomieszczenia nie były usytuowane w bezpośrednim sąsiedztwie pomieszczeń służących do przechowywania środków spożywczych oraz przyrządzania i spożywania posiłków, a także przy ciągach komunikacyjnych służących do ruchu pacjentów i odwiedzających. Przy wykonywaniu czynności polegających na rozpuszczaniu i podawaniu leków cytostatycznych stosowano środki ochrony indywidualnej: rękawiczki, fartuchy, okulary, czepki i maski. Odzież ochronna pracowników przygotowujących leki cytostatyczne była jednorazowego użytku. Sprzęt medyczny używany do podawania leków cytostatycznych, w szczególności strzykawki, zestawy do przetoczeń, pompy infuzyjne, był szczelny, zapewniający niewydostawanie się leku na zewnątrz. Strzykawki, dreny, zbiorniki oraz inny sprzęt medyczny używany podczas pielęgnacji chorych leczonych lekami cytostatycznymi, był jednorazowego użytku.

(akta kontroli str. 241-247)

Klasy czystości powietrza w pomieszczeniach czystych przy wytwarzaniu sterylnych produktów leczniczych odpowiadały uregulowaniom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania<sup>81</sup>, w tym czystość powietrza klasy A została zapewniona w loży do przygotowywania leków cytostatycznych. W okresie objętym kontrolą, Szpital przeprowadzał pomiary i przeglądy komór laminarnych<sup>82</sup> co roku, z wyjątkiem przeglądu i pomiarów w 2020 r., co zostało opisane w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 241-442)

**1.3** Szpital opracował Procedurę Nr P-406 „Żywienie zbiorowe – sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie”<sup>83</sup> oraz instrukcję Nr I-406-009 „Instrukcja żywienia dietetycznego”<sup>84</sup>. Zasady higieny wymagane do utrzymania bezpieczeństwa sanitarnego warunków produkcji posiłków, określone zostały w „Księżce Higieny”, stanowiącej załącznik do procedury żywienia zbiorowego<sup>85</sup>. Od 2009 roku zostały wdrożone zasady systemu HACCP<sup>86</sup>. W ZCO plan produkcji posiłków, w postaci jadłospisu dekadowego, ustalano raz na 10 dni. Jadłospis był sporządzany przez dietetyka na miesiąc przed rozpoczęciem jego obowiązywania oraz był zatwierdzany przez Kierownika Działu Żywienia<sup>87</sup>, tj. stosownie do zapisów punktu 4.1.2 procedury żywienia zbiorowego. Kierownik Działu Żywienia<sup>88</sup> zgodnie z punktem 4.2.9 tej procedury, monitorował proces żywienia m.in. poprzez sprawdzenie prawidłowości przebiegów procesów technologicznych<sup>89</sup>, sprawdzanie stanu higienicznego pomieszczeń i wyposażenia<sup>90</sup>. Osobą odpowiedzialną za właściwe przygotowanie i wydanie posiłków dla poszczególnych rodzajów diet, był

---

<sup>79</sup> Rękawiczki, fartuchy, czepki lub maski.

<sup>80</sup> Okulary.

<sup>81</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1273.

<sup>82</sup> Komory laminarne numer seryjny 1013120527 oraz 1013120524.

<sup>83</sup> Dalej: procedura żywienia zbiorowego.

<sup>84</sup> Dalej: dalej: instrukcja żywienia.

<sup>85</sup> W zakresie technologii przygotowywania posiłków opracowano m.in. Instrukcję Nr I-406-001 „Instrukcja przyjmowania towarów, sposób magazynowania oraz reklamacji i wycofania z użycia”, Instrukcję Nr I-406-002 „Instrukcja postępowania z warzywami stosowanymi do przygotowania posiłków”, Instrukcję Nr I-406-002 „Instrukcja postępowania z warzywami stosowanymi do przygotowywania posiłków”.

<sup>86</sup> W ZCO nie stosowano systemów GMP Dobra praktyka GHP.

<sup>87</sup> Zbadano na próbie jadłospisów dekadowych obowiązujących od 21 lutego 2023 r. do 31 marca 2023 r.

<sup>88</sup> Lub wyznaczony przez niego pracownik.

<sup>89</sup> Potwierdzeniem sprawdzenia prawidłowości procesów były „Karty oceny organoleptycznej badanej partii produktu”; zbadano na próbie kart za okres od 01 lutego 2023 do 6 lutego 2023 r.

<sup>90</sup> Potwierdzeniem sprawdzenia stanu higienicznego były „Karty sprzątnięcia codziennego i tygodniowego – kuchnia właściwa wraz z wyposażeniem”; zbadano na próbie tych kart za okres od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2023 r.

kucharz, który w myśl punktu 4 instrukcji żywienia<sup>91</sup>, potwierdzał prawidłowość poszczególnych diet w odniesieniu do obowiązujących wymagań.

(akta kontroli str. 1581-1786)

ZCO przygotowywało posiłki we własnym zakresie w następujących dietach: podstawowa, łatwo-strawna, łatwo-strawna z ograniczeniem tłuszczu, dieta w cukrzycy z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów i nasyconych kwasów tłuszczowych, łatwo-strawna bogatobiałkowa, łatwo-strawna niskobiałkowa, łatwo-strawna o zmienionej konsystencji<sup>92</sup>, diety eliminacyjne, dieta indywidualna<sup>93</sup>. Dla stosowanych w ZCO diet określono ich charakterystykę, uwagi technologiczne, wykaz produktów dozwolonych, dozwolonych w umiarkowanych ilościach oraz przeciwwskazanych, z wyjątkiem diety eliminacyjnej, dla której określono jedynie jej charakterystykę.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Dieta eliminacyjna zgodnie z nomenklaturą diet jest modyfikacją diety łatwostrawnej, w której dobiera się produkty łatwostrawne oraz stosuje techniki sporządzania posiłków, które czynią potrawę łatwo przyswajalną. W związku z powyższym nie powielaliśmy dodatkowego zapisu w pkt 3.8 Instrukcji I-406-009. W przypadku tej diety nie określono produktów przeciwwskazanych, ze względu na brak wiedzy w dniu przyjęcia, na jaki składnik pożywienia pacjent może być uczulony. (...) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do diety indywidualnej, czy też pacjentów, u których występuje alergja bądź nietolerancja pokarmowa Pielęgniarka Oddziałowa przekazuje Dietetykowi dodatkowo informację dotyczącą: - konieczności indywidualnego podejścia do danego pacjenta, na jaki pokarm bądź też składnik hospitalizowany pacjent jest uczulony. (...) Na podstawie uzyskanych informacji Dietetyk dokonuje modyfikacji aktualnego menu poprzez wybór odpowiednich produktów i zastosowanie odpowiedniej technologii przyrządzania posiłku. Modyfikacja jadłospisu w formie pisemnej przekazywana jest kucharzowi (...) Kucharz po otrzymaniu „Zestawienie posiłków dla chorych” przystępuje do produkcji, (...). W przypadku diety eliminacyjnej dystrybucja na oddziały odbywa się w oznaczonej tacy termoizolacyjnej, zawierającej opis rodzaju diety np. dieta eliminacyjna z wykluczeniem „s selera i produktów pochodnych”.*

(akta kontroli str. 107, 134, 1581-1583, 1621-1626)

W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudniał dietetyka<sup>94</sup> w pełnym wymiarze czasu pracy. Zakres jego obowiązków obejmował m.in. planowanie i opracowywanie jadłospisów i potraw wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet, uczestniczenie w prowadzeniu leczenia żywieniowego na zlecenie, ocena sposobu żywienia i zapotrzebowania na składniki odżywcze pacjentów, zapobieganie i współuczestniczenie w leczeniu niedożywienia, prowadzenie dokumentacji dotyczącej żywienia i stanu odżywienia.

(akta kontroli str. 1581-1583, 1621-1626)

Badanie dokumentacji medycznej 20 pacjentów przebywających w I kwartale 2023 r. na Oddziale Klinicznym Radioterapii i na Oddziale Chirurgii Onkologicznej wykazało, że:

- wszyscy pacjenci byli poddawani przesiewowej ocenie stanu odżywienia metodą NRS 2002<sup>95</sup> oraz pomiarów wagi, wzrostu, wskaźnika BMI<sup>96</sup>;

<sup>91</sup> Potwierdzeniem sprawdzenia były „Zestawienia posiłków dla chorych”; zbadano na próbie zestawień za okres od 1 stycznia 2023 r. do 31 stycznia 2023 r.

<sup>92</sup> Kleikowa, papkowata, płynna, płynna wzmocniona, płynna wzmocniona do żywienia przez zgłąblik lub przetokę.

<sup>93</sup> Np. po resekcjach żołądka, po operacjach wyłonienia stomii.

<sup>94</sup> Pierwszego od 1 stycznia 2019 r. do 15 października 2020 r., kolejnego od 1 września 2020 r.

<sup>95</sup> Nutritional Risk Screening 2002.

<sup>96</sup> Body Mass Index.

- wszystkim pacjentom przy przyjęciu do Szpitala przeprowadzano 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 tym w dokumentacji medycznej odnotowano sposób żywienia oraz rodzaj diet;
- w 16 przypadkach nie przeprowadzono ponownej oceny NRS 2002, co zostało opisane w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1574-1580)

1.4 Szpital zapewniał pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej dostęp do badań patomorfologicznych w miejscu udzielania świadczeń oraz w ramach umów z podmiotami zewnętrznymi<sup>97</sup>. Szpital dysponował możliwością samodzielnego wykonania badań materiału biologicznego oraz badania genetycznego HER2 SISH<sup>98</sup> celem oceny amplikacji genu HER2. W strukturze ZCO znajdował się Zakład Patomorfologii, posiadający pracownię cytologiczną. W pozostałych przypadkach badań genetycznych, zlecenia realizowane były na podstawie umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi.

(akta kontroli str. 1796-1857)

W kontrolowanym okresie<sup>99</sup> łączna liczba badań patomorfologicznych oraz genetycznych<sup>100</sup> wyniosła: 97 162 badania przeprowadzone dla 77 656 pacjentów, w tym m.in.:

- 48 211 badań immunohistochemicznych<sup>101</sup>,
- 31 365 badań histopatologicznych<sup>102</sup>,
- 14 632 badań cytologicznych<sup>103</sup>.

(akta kontroli str. 1789-1795)

1.5 ZCO otrzymało Decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego<sup>104</sup> zgodę na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzieleniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej dla określonych procedur postępowania medycznego<sup>105</sup>. W Szpitalu opracowane zostały<sup>106</sup>, w formie pisemnej, szczegółowe medyczne procedury radiologiczne dotyczące leczenia radioterapeutycznego, o których mowa w art. 33f ustawy *Prawo atomowe*<sup>107</sup>. Były to Standardowe Procedury Operacyjne o numerach od I-207-SOP-001<sup>108</sup> do I-207-SOP-012<sup>109</sup>, wprowadzone Zarządzeniem

<sup>97</sup> W badanym okresie obowiązywało osiem umów w tym na genetyczne badania diagnostyczne, badania molekularne i cytogenetyczne, badania cytogenetyczne.

<sup>98</sup> Hybrydyzacja in situ oparta na srebrze.

<sup>99</sup> Lata 2019-2023 (I kwartał).

<sup>100</sup> Zrealizowanych wyłącznie dla pacjentów onkologicznych.

<sup>101</sup> Badanie mikroskopowe polegające na wykryciu lokalizacji antygenów/epitopów komórek i tkanek, oparte na zasadzie antygen-przeciwciało, którego następstwem jest reakcja barwna, oceniana w preparacie histopatologicznym.

<sup>102</sup> Badanie narządu, fragmentu narządu lub tkanki, pobranych od pacjenta albo ze zwłok, polegające na ocenie makroskopowej i mikroskopowej, zakończonej rozpoznaniem patomorfologicznym.

<sup>103</sup> Badanie płynu z jam ciała, materiału uzyskanego z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, rozmazu, wymazu, wydzieliny, popłuczyn i moczu, pobranych od pacjenta albo ze zwłok, polegające na ocenie mikroskopowej, zakończonej rozpoznaniem patomorfologicznym.

<sup>104</sup> Decyzja GIS z dnia 11 marca 2016r., znak: GIS-HŚ-EX-4350-131/WS/16.

<sup>105</sup> Decyzję wydano w oparciu o opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej z dnia 29 grudnia 2015 r. oraz Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie z dnia 18 stycznia 2016 r.

<sup>106</sup> W Oddziale Klinicznym Radioterapii.

<sup>107</sup> Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1173); dalej: ustawa prawo atomowe.

<sup>108</sup> Standardowa procedura diagnostyki i leczenia chorych na czerniaka, nowotwory skóry i mięsaki w oddziale klinicznym radioterapii.

<sup>109</sup> Standardowa procedura leczenia zmian włóknistych.

Dyrektora ZCO z 9 listopada 2017 r.<sup>110</sup>. Zawierały one wszystkie elementy wymagane ustawą prawo atomowe<sup>111</sup>. Procedury te poddane były weryfikacji i kontroli przez Zachodniopomorskiego Wojewódzkiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie<sup>112</sup>.

(akta kontroli str. 1858-1863)

W badanym okresie, co najmniej raz w roku przeprowadzono audyt kliniczny wewnętrzny<sup>113</sup> w zakresie diagnostyki obrazowej<sup>114</sup> oraz radioterapii<sup>115</sup>. W wyniku przeprowadzonych w latach 2019-2022 badań audytowych w zakresie rentgenodiagnostyki stwierdzano brak zgodności wielkości dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych z odpowiadającymi tym procedurom wartościami poziomów referencyjnych. W badaniu audytowym z zakresu tomografii ustalono:

- w 2019 - zgodność w 33 przypadkach na 51 zbadanych (czyli około w 65%),
- w 2020 - zgodność w 48 przypadkach na 50 zbadanych (czyli w około 96%),
- w 2021 - zgodność w 47 przypadkach na 50 zbadanych (czyli w około 94%),
- w 2022 r. - zgodność w 953 przypadkach na 983 zbadanych (czyli w około 97%).

(akta kontroli str. 1862-1958)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Po przeprowadzonym przez zespół audytorów audycie klinicznym rentgenodiagnostyki dokonano przeglądu protokołów wszystkich wykonywanych w ZCO rodzajów badań. Bardzo szczegółowo przeanalizowano protokoły badań, których dotyczyły przekroczenia. Wyciągnięto wnioski, wprowadzono niezbędne zmiany i podjęto decyzję o konieczności zakupu oprogramowania do nadzoru nad dawką otrzymywaną przez pacjenta. W latach 2020-2022 odsetek przekroczeń był wyraźnie mniejszy niż w roku 2019, co świadczy o skuteczności wprowadzonych zmian. Równocześnie prowadzono analizę dostępnych na rynku programów informatycznych, służących do nadzoru nad dawką otrzymywaną przez pacjenta i testowano przydatność tych rozwiązań przy pomocy wersji demonstracyjnych. W drugiej połowie 2022 roku, wraz z nowym tomografem komputerowym, zakupiono oprogramowanie do prowadzenia nadzoru nad dawką otrzymywaną przez pacjenta. Nowy tomograf uruchomiono w styczniu 2023 roku, jednocześnie rozpoczęto stały nadzór nad dawką otrzymywaną przez pacjenta podczas badań obrazowych w ZCO z użyciem nowego narzędzia. W chwili obecnej nadzór prowadzony jest na bieżąco, ewentualne przekroczenia również są analizowane na bieżąco i w razie potrzeby wyjaśniane z osobą wykonującą badanie (o ile nie wynikają z innych przyczyn np. ze względu na budowę anatomiczną pacjenta). Pragniemy zauważyć, że dawki referencyjne są jedynie wytycznymi do wykonywania badań, natomiast badania wykonywane w ramach programów*

<sup>110</sup> Zarządzenie nr 13/2017 Dyrektora ZCO z dnia 09.11.2017 w sprawie wykazu i wprowadzenia roboczych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – Diagnostyki Obrazowej opracowanych na podstawie wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – Diagnostyki Obrazowej Ministerstwa Zdrowia.

<sup>111</sup> W tym opis postępowania odnoszącego się do stosowanych w ZCO urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych oraz do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń, informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym informacje dotyczące narażenia osób.

<sup>112</sup> W wyniku kontroli Wojewódzki Inspektor Sanitarny wydał decyzję nr 29/18 z dnia 07.03.2018r., na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych, badań diagnostycznych i leczenia chorób nienowotworowych oraz zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej w pracowniach rentgenowskich, dla określonego zakresu procedur.

<sup>113</sup> Audyty takie przeprowadzane były przez zespoły powoływane przez Dyrektora ZCO.

<sup>114</sup> Tj. 29 listopada 2019 r., 30 listopada 2020 r., 30 listopada 2021 r., 30 września 2022 r.

<sup>115</sup> Tj. 28 listopada 2019 r., od 30 września do 2 października 2020 r., od 13 kwietnia do 14 kwietnia 2021 r., od 14 do 15 września 2022 r.

*onkologicznych podlegają często innym kryteriom doboru parametrów w związku z tym dawki często mogą odbiegać od dawek referencyjnych.*

(akta kontroli str. 113, 218)

Audyt kliniczny wewnętrzny w zakresie radioterapii wykonany w 2022 r. został przeprowadzony zgodnie z zasadami określonymi w art. 33v ustawy prawo atomowe, w tym osoby przeprowadzające audyt sporządziły z niego, w terminie do 14 dni od dnia jego zakończenia, pisemne sprawozdanie zawierające m.in. przegląd procedur szczegółowych stosowanych w ZCO, dane pozwalające określić wielkość narażenia pacjentów dorosłych oraz pacjentów do 16. roku życia, w podziale na płeć. Zakład Diagnostyki Obrazowej ZCO nie był poddany klinicznemu audytowi zewnętrznemu<sup>116</sup>.

(akta kontroli str. 1859-1860, 1887-1958)

Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny<sup>117</sup> 19 grudnia 2022 r. przeprowadził kontrolę stanu technicznego urządzenia, ochrony radiologicznej pacjentów i personelu – zakupionego tomografu komputerowego. W wyniku tej kontroli, ZWIS wydał decyzję<sup>118</sup> na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego do celów rentgenodiagnostyki.

W badanym okresie Departament Ochrony Radiologicznej Państwowej Agencji Atomistyki przeprowadził dwie kontrole w zakresie zgodności wykonywanej działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące. W wyniku tych kontroli stwierdzono<sup>119</sup>, że działalność prowadzona jest zgodnie z warunkami określonymi w zezwoleniu i przepisami regulującymi działalność objętą zezwoleniem.

(akta kontroli str. 1859-1860, 1887-1958)

**1.6** ZCO, zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów<sup>120</sup>, przekazywało dane<sup>121</sup> do Krajowego Rejestru Nowotworów<sup>122</sup>. Za lata 2019 – 2023 (I kwartał)<sup>123</sup> ZCO przesłała do bazy KRN łącznie 11 365 kart zgłoszeń nowotworu złośliwego<sup>124</sup>, z tego żadna z kart nie została anulowana i przekazana do korekty.

(akta kontroli str. 1959-1961)

Odsetek kart ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu, z poprawnie wpisanym kodem zaawansowania TNM (poz. 32 karty) lub inną klasyfikacją stopnia zaawansowania nowotworu (poz. 33 karty) oraz podanym stopniem (poz. 34 karty) i stadium zaawansowania (poz. 35 karty) wyniósł 76%. Odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych przypadkach (wypełniona poz. 26 – 27 karty) wyniósł 96,1%. Odsetek zgłoszeń z wypełnionym jedynie rozpoznaniem klinicznym ICD-10 (poz. 25 karty) wyniósł 1%.

(akta kontroli str. 1960)

---

<sup>116</sup> Audyt taki realizowany jest przez komisję d/s procedur i audytów klinicznych zewnętrznych Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej (dalej: KOR). Na stronie internetowej KCOR nie podano jakie ośrodki były objęte audytem zewnętrznym w zakresie diagnostyki obrazowej w kontrolowanym okresie, jakie ośrodki zostały wytypowane do przeprowadzenia takiej kontroli w 2023 r. Audyty ośrodków radioterapii rozpoczęły się w 2022 r. (audytowi poddano dwa ośrodki), w 2023 r. planowany jest audyt trzech ośrodków.

<sup>117</sup> Dalej: ZWIS.

<sup>118</sup> Decyzja nr 294/22 z 21 grudnia 2022 r.

<sup>119</sup> Protokół nr DJ/344/2021 z dnia 16 czerwca 2021 r., Protokół nr DJ/345/2021 PAA Departament Ochrony Radiologicznej z dnia 16 czerwca 2021 r.,

<sup>120</sup> Dz.U. poz. 1197, ze zm.

<sup>121</sup> Formularz MZ/N-1a.

<sup>122</sup> Dalej: KRN.

<sup>123</sup> Według stanu na 12 lipca 2023 r.

<sup>124</sup> Dalej: karta.

W ZCO w 2021 r. odbyło się szkolenie dotyczące wystawiania kart dla 68 lekarzy i pracowników medycznych Szpitala<sup>125</sup>.

(akta kontroli str. 2158)

Liczba karta diagnostyki i leczenia onkologicznego<sup>126</sup> wydanych w ZCO przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz przez lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym wyniosła 8 531.

(akta kontroli str. 114, 214)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Niedokonanie w 2020 r. przeglądu i pomiarów<sup>127</sup> komór laminarnych do prac z cytostatykami C[MaxPro] 3-130 firmy Berner International GmbH o numerach seryjnych 1013120524 oraz 1013120527, co było niezgodne z wytycznymi producenta zawartymi w instrukcji obsługi Berner FlowSafe Komory bezpieczne do cytostatyków C-[MaxPro]<sup>3</sup>-130 i 190. Zgodnie z zapisami Rozdziału 11 instrukcji obsługi Berner FlowSafe Komory bezpieczne do cytostatyków C-[MaxPro]<sup>3</sup>-130 i 190 urządzenia te należy poddawać testom wydajnościowym co najmniej raz do roku.

(akta kontroli str. 361-442)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) *W latach 2020-2021 planowano przeprowadzenie remontu pomieszczenia produkcyjnego apteki, w którym są eksploatowane komory laminarne. Pierwotne zamierzenie remontowe wiązało się z zamiarem usunięcia komór z pomieszczenia produkcyjnego. W tym czasie produkcja leków cytostatycznych miała być powierzona innemu szpitalowi lub prowadzona w tymczasowym obiekcie kontenerowym wypożyczonym na czas remontu. Ten wariant nie został zrealizowany z uwagi na brak na rynku mobilnych (tymczasowych) pracowni produkcyjnych leków. Nie było też szpitala w północno-zachodnim regionie Polski dysponującego nadwyżką produkcyjną pozwalającą na przejęcie produkcji leków na rzecz ZCO i zainteresowanego taką formą współpracy z ZCO. Wobec powyższego podjęto działania mające na celu przeniesienie produkcji do innego pomieszczenia na terenie szpitala. Wiązałoby się to z przeniesieniem komór, które w tymczasowym miejscu eksploatacji (oraz ponownie po powrocie do apteki) i tak podlegałyby kosztownym czynnościom serwisowym włącznie z kalibracją – co bezpośrednio spowodowało odstępianie od takich czynności w planowanym terminie. Ponadto do wykonania był cały szereg czynności adaptacyjnych tymczasowego pomieszczenia produkcyjnego – prace budowlane i instalacyjne (...). Po wstępnym oszacowaniu kosztów takiej operacji, sięgających kwoty 184 500 zł za prace budowlane w miejscu tymczasowej pracowni i ok. 80 000 zł za przenoszenie i ponowne uruchamianie komór laminarnych uznano, że taki wydatek nie jest racjonalny odstępując od tego wariantu. W konsekwencji zdecydowano o znaczącym ograniczeniu zakresu prac remontowych do niezbędnego minimum (uszczelnienie przestrzeni nadsufitowej oraz prace malarskie) oraz przeprowadzeniu ich w czasie wolnym od pracy – bez przenoszenia urządzeń technologicznych. W zamierzeniach inwestycyjnych ZCO znajduje się rozbudowa apteki o drugą pracownię produkcyjną, po wybudowaniu której pomieszczenia z obecnymi komorami laminarnymi zostaną poddane generalnemu remontowi. (...) Kilkumiesięczne wydłużenie okresu międzyprzeglądowego nie spowodowało negatywnych konsekwencji dotyczących stanu technicznego komór. W świetle zapisów zawartych w paszportach technicznych konkluzja przeglądów obydwóch komór z dnia 30 czerwca 2021 r. brzmi „urządzenie sprawne technicznie”.*

<sup>125</sup> Przeprowadzone przez pracowników Wojewódzkiego Biura Rejestracji Nowotworów.

<sup>126</sup> Dalej: karta DiLO.

<sup>127</sup> W 2019 r. – 2 października 2019 r., w 2021 r. – 30 czerwca 2021 r., w 2022 r. – 27 lipca 2022 r.

*W paszportach nie ma żadnych zapisów dotyczących realizacji jakichkolwiek czynności naprawczych w okresie 02.10.2019 - 30.06.2021 r. co dowodzi utrzymania ciągłości sprawności technicznej w tym czasie.*

(akta kontroli str. 119, 219-240)

NIK zwraca uwagę, że przeprowadzanie przeglądów i pomiarów komór laminarnych do prac z cytostatykami w terminach wskazanych przez producenta, może zagwarantować ich prawidłową i wieloletnią eksploatację.

2. Nieprzeprowadzenie, w 16 przypadkach<sup>128</sup> (na 20 objętych badaniem), kolejnych ocen stanu odżywienia (które powinny być powtarzane co 7 dni) czterech pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w Oddziale Chirurgii Onkologicznej oraz 12 pacjentów w Oddziale Klinicznym Radioterapii, co było niezgodnie z Instrukcją nr I-205-013 i załącznikiem nr 1 do tej instrukcji. Zgodnie z punktem 3.1. Instrukcji nr I-205-013 – Instrukcja prowadzenia leczenia żywieniowego, ocenę stanu odżywienia pacjentów hospitalizowanych w ZCO prowadzona jest za pomocą formularza NRS 2002. Karta NRS jest wypełniana przy przyjęciu do szpitala u każdego pacjenta poddanego hospitalizacji. Ocena jest powtarzana co 7 dni.

(akta kontroli str. 1574-1580)

*Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) W Oddziale Chirurgii Onkologicznej dokonuje się oceny stanu odżywienia dla wszystkich przypadków chorych, którzy nie są leczeni pozajelitowo, jeśli pobyt pacjenta jest przedłużony znacząco ponad 7 dni od dnia zabiegu. We wskazanych przypadkach pobyt wynosił od 7 – 10 dni od wykonania zabiegu. Z tego też powodu ocena NRS 2002 nie była powtórzona. Jednocześnie zobowiązujemy się do zmian w zarządzaniu stanem odżywienia chorych i realizację oceny NRS 2002 w 7 dobie po przyjęciu do szpitala. W zakresie wskazanych hospitalizacji w Oddziale Klinicznym Radioterapii, ponownej oceny stanu odżywienia wg karty NRS 2002 nie dokonano. Nie oznacza to jednak niezaopiekowania tego aspektu opieki nad pacjentem. Pragniemy podkreślić, że u wszystkich pacjentów zostają wykonywane pomiary masy ciała pod aparatami do napromieniań 1 raz w tygodniu, a wynik wpisywany jest do karty napromieniania. Lekarz z taką samą częstotliwością weryfikuje kartę w czasie realizacji napromieniania, zapoznaje się z pomiarami masy ciała, jego wahnięciami, co potwierdza podpisem. Dodatkowo codziennie odbywają się wizyty lekarskie z oceną stanu chorych.*

(akta kontroli str. 106-107, 132-133)

NIK zwraca uwagę, że przeprowadzanie regularnych ocen stanu odżywienia pacjenta według tej samej skali (w tym przypadku NRS 2002), pozwala na wdrożenie prawidłowej opieki żywieniowej pacjenta w odpowiednim czasie.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital spełniał warunki realizacji świadczeń określone rozporządzeniem w sprawie AOS, rozporządzeniem w sprawie leczenia szpitalnego, rozporządzeniem w sprawie programów zdrowotnych. Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono dostęp do badań patomorfologicznych i genetycznych. W Szpitalu opracowano i wdrożono medyczne procedury radiologiczne i przeprowadzono wewnętrzne audyty kliniczne w tym zakresie. Opracowano standardy żywienia pacjentów oraz wdrożono zasady systemu HACCP, a przy przyjęciu pacjenta do Szpitala każdorazowo przeprowadzono ocenę stanu odżywienia pacjentów. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieprzeprowadzania kolejnych ocen stanu odżywienia, które według przepisów wewnętrznych Szpitala powinny być powtarzane co 7 dni oraz

<sup>128</sup> Dotyczy pacjentów dla których prowadzono dokumentację pod następującymi numerami Księgi Głównej:

nieprzeprowadzenia w 2020 r. przeglądu i pomiarów komór laminarnych do prac z cytostatykami.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

**2.1** W 2019 r. wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 144 478 399,45 zł i była niższa niż wartość zakontraktowanych świadczeń o 138 578,33 zł. (tj. 144 616 977,78 zł). W latach 2020 - 2022 wartość sprawozdawanych świadczeń wyniosła odpowiednio: 158 811 882,55 zł (2020 r.), 181 599 878,49 zł (2021 r.) oraz 225 973 926,20 zł (2022 r.). Wartość zakontraktowanych świadczeń była mniejsza i wyniosła w tych latach odpowiednio: 158 771 250,98 zł. 179 361 266,96 zł oraz 225 610 399,03 zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) w 2020 roku przekroczenie realizacji umowy wynikało z nadlimitu jaki został wygenerowany w zakresie świadczeń ryczałtowych. Świadczeniodawca wielokrotnie sygnalizował płatnikowi zwiększające się zapotrzebowanie pacjentów na świadczenia realizowane w ramach ryczałtu PSZ. Zuwagi na specyfikę świadczonych usług ZCO nie mogło ograniczyć dostępu do świadczeń zdrowotnych. Pomimo trwającej pandemii w roku 2020, mając świadomość, iż opóźnienie momentu rozpoczęcia diagnostyki bądź leczenia onkologicznego znacząco zmniejsza szansę pacjentów na wyleczenie, Szpital robił wszystko by skuteczność całego cyklu leczenia onkologicznego nie została zachwiana, NFZ był o tej sytuacji wielokrotnie informowany.

Dyrektor Szpitala w sprawie mniejszej wartości zakontraktowanych świadczeń w latach 2021 i 2022 w stosunku do sprawozdanych świadczeń wyjaśnił, że: (...) We wskazanych latach różnica wynikała z przekroczenia wartości ryczałtu oraz otrzymania w 2020 roku środków finansowych od płatnika w związku z pojawieniem się w czasie pandemii przepisów (§ 3b rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; Dz.U. 2020 poz. 1548), które umożliwiały świadczeniodawcom utrzymanie płynności finansowej z powodu odnotowania spadku liczby udzielanych świadczeń, z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy, związanych ze stanem zagrożenia epidemiologicznego. ZCO skorzystało z tej formy wsparcia. Wypłata środków w listopadzie i grudniu 2020 roku miała być instrumentem płynnościowym dla szpitali. Jednak Ministerstwo Zdrowia wycofało się z pierwotnych deklaracji i wprowadziło przepis (§ 3c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; Dz.U. 2021 poz. 1327), który umożliwił płatnikowi zaniechania finansowania świadczeń zrealizowanych ponad limit umowy. Zgodnie ze stanowiskiem ZOW NFZ brak finansowania świadczeń nadlimitowych wynikał z konieczności spłaty powstałego zobowiązania z tytułu zaliczkowego finansowania świadczeń. Sprawa była wielokrotnie zgłaszana zarówno do Ministerstwa Zdrowia jak i do Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

(akta kontroli str. 110, 132, 1962-1965)

W badanym okresie w ramach teleradioterapii poza pakietem onkologicznym, liczba pacjentów wyniosła 8 532, w pakiecie onkologicznym liczba pacjentów była mniejsza i wyniosła 5 916 .

W ramach onkologii klinicznej – hospitalizacja świadczenia poza pakietem onkologicznym, liczba pacjentów w badanym okresie wyniosła 2 758. W ramach onkologii klinicznej – hospitalizacja – pakiet onkologiczny, liczba pacjentów była mniejsza i wyniosła 847.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) Świadczenia dedykowane do rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym określa załącznik nr 3b do Zarządzenia nr 1/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 03.01.2022r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne-świadczenia wysokospecjalistyczne. W tym katalogu nie zostały uwzględnione m. in. procedury związane z leczeniem paliatywną radioterapią, realizowane na Oddziale Klinicznym Radioterapii, które stanowiły znaczną część wszystkich procedur realizowanych w ramach zakresu świadczeń – teleradioterapia. Brak jest również procedur związanych z zastosowaniem leczenia zachowawczego, które z uwagi na występowanie powikłań po podanej chemioterapii, były realizowane na Oddziale Onkologii Klinicznej. Zaznaczyć należy, iż w zakresie onkologia kliniczna realizowane były również procedury związane z Ratunkowym Dostępem do Technologii Lekowych, które nie wchodziły w świadczenia realizowane w ramach pakietu onkologicznego. Poza tym opóźnienia związane z rozpoczęciem leczenia u innego świadczeniodawcy, w przypadkach w których ZCO było podmiotem kontynuującym leczenie, również uniemożliwiły sprawozdanie świadczeń w przedmiotowym zakresie. Kolejną grupę pacjentów, w przypadku których procedury zostały zrealizowane poza pakietem onkologicznym, stanowią chorzy z rozpoznaniem zasadniczymi, które nie wchodzi w zakres DiLO, określony w w/w załączniku do Zarządzenia. Wskazane (...) różnice wynikają zatem m. in. z rozliczania świadczeń zgodnie z przywołanym zarządzeniem.

(akta kontroli str. 111, 127-128, 1962-1965)

W badanym okresie<sup>129</sup> w ramach świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej – diagnostyka poza pakietem onkologicznym, liczba pacjentów wyniosła 18 331, natomiast w ramach pakietu liczba pacjentów była mniejsza i wyniosła 3 749.

W ramach świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii – diagnostyka poza pakietem onkologicznym, liczba pacjentów wyniosła 1 582, natomiast w ramach pakietu liczba pacjentów była mniejsza i wyniosła 78.

W ramach świadczenia w zakresie onkologii - diagnostyka poza pakietem onkologicznym, liczba pacjentów wyniosła 76 369, natomiast w ramach pakietu liczba pacjentów była mniejsza i wyniosła 5 758.

W ramach świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka poza pakietem onkologicznym, liczba pacjentów wynosiła 7 056, natomiast w ramach pakietu liczba pacjentów była mniejsza i wyniosła 59.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) W ramach świadczeń realizowanych w AOS, o których mowa powyżej, zakres świadczeń „diagnostyka onkologiczna” dedykowany jest dla pacjentów posiadających kartę DiLO, w przypadku których, przeprowadzana jest diagnostyka wstępna bądź pogłębiona. W tym miejscu zaznaczyć należy, iż zgodnie z art. 32a ust 1. Ustawy (...) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...) karta DiLO zakładana jest w przypadku stwierdzenia przez lekarza podejrzenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego. Przychodnia Przychodnia Onkologiczna ZCO, w której realizowane są zakresy świadczeń będące przedmiotem niniejszych wyjaśnień, świadczy usługi dla wszystkich grup pacjentów- tych z podejrzeniem nowotworu złośliwego, będących pod opieką lekarzy specjalistów bez podejrzenia zmian nowotworowych oraz będących w kontroli po zakończonym leczeniu onkologicznym. Świadczenia realizowane na rzecz dwóch ostatnich grup pacjentów, z uwagi na brak zasadności wystawienia karty DiLO, bądź też zamknięcia w/w z powodu zakończenia leczenia, sprawozdawane są poza pakietem onkologicznym, co znajduje odzwierciedlenie w aktualnie obowiązujących regulacjach prawnych. Z uwagi na profilaktykę, którą ZCO

<sup>129</sup> Do 31.12.2022 r.

*propaguje, oraz konieczność monitorowania stanu zdrowia pacjentów po zakończonym leczeniu onkologicznym- taka grupa osób stanowi znaczną część wszystkich pacjentów na rzecz których realizowane są świadczenia w w/w zakresach.*

(akta kontroli str. 111, 127-128, 1962-1965)

**2.2** Badanie przeprowadzone na próbie 50 pacjentów<sup>130</sup> kolejno zapisanych w harmonogramach udzielania świadczeń<sup>131</sup> dla Poradni Onkologii, Pracowni Diagnostycznej Rezonansu Magnetycznego, Programu Lekowego<sup>132</sup>, wykazało, że:

- harmonogramy prowadzone były na bieżąco w systemie elektronicznym,
- kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ustalana była na podstawie kolejności zgłoszeń,
- harmonogram zawierał wszystkie dane wskazane w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>133</sup>.

(akta kontroli str. 1998-2074)

Badanie przeprowadzone na próbie 20 pacjentów<sup>134</sup> kolejno zapisanych na liście oczekujących<sup>135</sup> dla Oddziału Chirurgii<sup>136</sup>, wykazało, że:

- prowadzono odrębną listę oczekujących,
- świadczenia były udzielane według kolejności zgłoszenia,
- lista prowadzona była w postaci elektronicznej,
- lista zawierała wszystkie dane wskazane w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli str. 1998-2074)

Na koniec I kwartału lat 2019-2021 pacjenci pierwszorazowi Poradni Chemioterapii przyjmowani byli na bieżąco. Na koniec I kwartału 2022 r. i 2023 r. czas oczekiwania pacjenta bez karty DiLO (pacjenci z kartą przyjmowani byli na bieżąco) wyniósł odpowiednio 1 dzień i 6 dni. Spowodowane to było bieżącym przyjmowaniem pacjentów z kartą DiLO.

Na koniec I kwartału lat 2019-2023 przyjmowanie pierwszorazowych pacjentów Poradni Radioterapii odbywało się na bieżąco.

Na koniec I kwartału lat 2019 – 2023 pacjenci pierwszorazowi Poradni Onkologii z kartą DiLO oraz bez tej karty w trybie pilnym, przyjmowani byli na bieżąco. Na koniec I kwartału lat 2020 – 2023 czas oczekiwania pacjentów bez karty DiLO w trybie stabilnym, wyniósł odpowiednio 100, 113, 309, 433 dni. Czas oczekiwania pacjentów zwiększył w związku ze wzrostem ich liczby (w I kwartale 2023 r. liczba wizyt była o 25% większa w stosunku do I kwartału 2022 r.). Wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów w trybie stabilnym było związane również ze wzrostem liczby pacjentów przyjmowanych na bieżąco z kartą DiLO oraz od 1 stycznia 2023 w ramach KON pierś.

Na koniec I kwartału lat 2019 – 2023 pierwszorazowi pacjenci z kartą DiLO Poradni Chirurgii Onkologicznej przyjmowani byli na bieżąco. Podobnie pacjenci bez karty DiLO w trybie pilnym na koniec I kwartału od 2019 r. do 2021 r. Na koniec I kwartału 2022 i 2023 czas oczekiwania tych pacjentów wyniósł odpowiednio 41 i 53 dni. Na koniec I kwartału 2020 – 2023 czas oczekiwania pacjentów bez karty DiLO w trybie stabilnym wydłużał się i wynosił odpowiednio 50, 53, 103 i 171 dni. Czas oczekiwania

<sup>130</sup> Harmonogram przyjęć pacjentów o planowanej dacie przyjęcia w okresie o od 1 stycznia 2023 r. do 31 marca 2023 r.

<sup>131</sup> Dalej: harmonogram.

<sup>132</sup> Na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia.

<sup>133</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach.

<sup>134</sup> Lista oczekujących pacjentów o planowanej dacie przyjęcia w okresie o od 1 stycznia 2023 r. do 31 marca 2023 r.

<sup>135</sup> Dalej: lista.

<sup>136</sup> Na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia.

pacjentów w trybie stabilnym/pilnym od 2022 roku zwiększył się w związku ze wzrostem liczby pacjentów zgłaszających się do Poradni (w I kwartale 2023 roku liczba wizyt była o 17% większa względem I kwartału 2022 roku). Przyczyną wydłużenia czasu oczekiwania dla pacjentów w trybie stabilnym było zwiększenie się liczby pacjentów przyjmowanych na bieżąco z kartą DiLO oraz w ramach KON pierś (od 1 stycznia 2023 r.).

Na koniec I kwartału lat 2019 – 2023 pierwszorazowi pacjenci z kartą DiLO i w trybie pilnym Poradni Dermatologii przyjmowali byli na bieżąco. Na koniec I kwartału 2020 – 2023 czas oczekiwania wydłużał się i wynosił odpowiednio 132, 125, 214, 263 dni. Wydłużony czas oczekiwania związany był także ze wzrostem liczby przyjęć pacjentów z kartą DiLO.

Na koniec I kwartału lat 2019 – 2022 pierwszorazowi pacjenci z kartą DiLO i w trybie pilnym Poradni Ginekologii przyjmowani byli na bieżąco, a w I kwartale 2023 r. czas oczekiwania wyniósł 80 dni.

W latach 2021- 2023 (na koniec I kwartału) czas oczekiwania pacjenta bez karty DiLO zwiększał się wynosząc odpowiednio 57, 69, 117, 774 dni. Czas oczekiwania pacjentów w trybie stabilnym/pilnym od 2022 roku zwiększył się w związku z zaprzestaniem świadczenia usług trzech lekarzy specjalistów pracujących w Poradni.

Na koniec I kwartału lat 2019 – 2023 pierwszorazowi pacjenci z kartą DiLO i w trybie pilnym Oddziału Onkologii Klinicznej (stacjonarne leczenie i pobyt dzienny) przyjmowani byli na bieżąco. Na koniec I kwartału lat 2019 – 2023 czas oczekiwania pacjenta bez karty DiLO wyniósł odpowiednio 10, 12, 13, 14 dni. Przyczyną wydłużenia na przestrzeni lat, czasu oczekiwania pacjentów w trybie stabilnym był wzrost ich liczby.

(akta kontroli str. 1966-1997)

**2.3** W latach 2019-2023 (I kwartał 2023 r.) w ZCO zaewidencjonowano 24 959 kart DiLO, z tego 16 428 kart wystawionych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza specjalistę udzielającego świadczeń w AOS u innego świadczeniodawcy, lekarza specjalistę udzielającego świadczeń w leczeniu szpitalnym u innego świadczeniodawcy, a 8 531 kart wydanych w ZCO przez lekarzy specjalistów ZCO udzielających świadczeń w AOS oraz lekarzy specjalistów ZCO udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym.

(akta kontroli str. 2075-2076)

Badanie przeprowadzone na próbie 30 kart DiLO<sup>137</sup> wykazało, że:

- we wszystkich przypadkach daty wykazane w przebadanej indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, w tym daty wykonywanych badań diagnostycznych i udzielanych porad, były zbieżne z datami wykazanymi w karcie DiLO założonej i prowadzonej dla pacjenta;
- we wszystkich przypadkach wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny powołany do leczenia pacjenta<sup>138</sup> działał i wykonywał swoje zadania<sup>139</sup>, dokumentując je poprzez wpisy w karcie DiLO oraz w protokole z posiedzenia komisji onkologicznej;
- we wszystkich przypadkach, w dokumentacji pacjenta znajdowały się wpisy świadczące o wykonywaniu zadań przez koordynatora<sup>140</sup>;
- w 25 przypadkach w posiedzeniu konsylium ustalającego plan leczenia onkologicznego nowotworów złośliwych, uczestniczyli lekarze specjaliści powołani

<sup>137</sup> Karty wystawione dla pacjentów w latach 2019 – 2023 (I kwartał).

<sup>138</sup> Dalej: konsylium.

<sup>139</sup> Określił plan leczenia, w tym kwalifikował pacjenta do leczenia m.in. zabiegowego, radioterapii, chemioterapii

<sup>140</sup> Koordynator brał udział w posiedzeniu konsylium i odnotował jego przebieg w dokumentacji, w tym w protokole z posiedzenia konsylium

- do właściwych zespołów terapeutycznych Zarządzeniem Dyrektora w sprawie zadań i składu osobowego funkcjonujących w ZCO Komitetów i Zespołów<sup>141</sup>; w pięciu przypadkach w skład konsylium wchodził specjalista nie powołany do właściwych zespołów terapeutycznych ww. zarządzeniem, co zostało opisane w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”;
- w 27 przypadkach skład konsylium był zgodny, a w trzech przypadkach niezgodny z § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego,<sup>142</sup> co zostało opisane w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.
  - w 18 przypadkach ZCO zapewnił udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie, osoby prowadzącej fizjoterapię, w sześciu przypadkach w związku z niewielką ingerencją chirurgiczną<sup>143</sup> opieka fizjoterapeutyczna nie była potrzebna, w pozostałych 5 przypadkach Szpital nie udokumentował udziału fizjoterapeuty w zespole prowadzącym leczenie.
  - w czterech przypadkach ZCO zapewnił udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie psychologa lub psychoonkologa, w pozostałych przypadkach Szpital nie udokumentował udziału psychologa lub psychoonkologa w zespole prowadzącym leczenie.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) *W zespole prowadzącym leczenie zapewnia udział fizjoterapeutów (...) oraz psychoonkologów (...). Udział powyższych osób w procesie terapeutycznym następuje na wyraźny wniosek lekarza, pacjenta czy też innego personelu medycznego bądź pomocniczego, biorącego udział w opiece nad pacjentem, w przypadkach, w których pomoc taka jest potrzebna. (...) W przypadku obszaru psychoonkologii informuję, iż w ZCO nie odnotowuje się w dokumentacji medycznej faktu, iż pomoc psychologiczna jest oferowana pacjentom, a sami chorzy nie są skłonni z niej skorzystać lub zgłosili sprzeciw co do jej udzielenia. Takie przypadki, szczególnie wśród pacjentów w starszym wieku, nie są rzadkością. Personel medyczny podchodzi do tego ze zrozumieniem. Niestety w obliczu dokumentacji medycznej fakt odmowy chorego co do zaopiekowania sfery psychicznej nie znajduje odzwierciedlenia. (...) ZCO efektywnie realizuje opiekę onkologiczną we wszystkich grupach narządowych i na wszystkich etapach. Dodatkowo prowadzimy szereg działań inwestycyjnych, organizacyjnych i informacyjnych, które zwiększają nasz potencjał jako ośrodka zajmującego się problemami onkologicznymi w sposób kompleksowy i zintegrowany. W strukturze ZCO znajduje się Ośrodek Rehabilitacji Psychospołecznej i Medycznej, który obejmuje opieką Pacjentów zgłaszających się ze skierowaniem, będących w trakcie leczenia bądź po zakończonym leczeniu. W zespole takim posiadamy dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, pięciu fizjoterapeutów, psychoonkologa oraz terapeutę zajęciowego. Aktualnie jesteśmy w trakcie rozszerzenia działalności w zakresie Fizjoterapii Onkologicznej, uruchamiania Zakładu Psychoonkologii oraz zwiększania liczby zatrudnionych fizjoterapeutów i psychoonkologów.*

(akta kontroli str. 105, 122, 2077-2128)

Koordynacja i sposób dokumentowania zadań poprzez koordynatora uwzględniały przyjęcie pacjenta na konsylium<sup>144</sup>, czynny udział w konsylium onkologicznym

<sup>141</sup> Zarządzenie Nr 5/2017 Dyrektora Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie z dnia 23 marca 2017 r. w sprawie zadań i składu osobowego funkcjonujących w ZCO Komitetów i Zespołów ze zm.; dalej: zarządzenie Dyrektora Szpitala w sprawie Komitetów i Zespołów.

<sup>142</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.

<sup>143</sup> W tkankę miękką i brakiem wpływu na ruchomość w stawie ramiennym, biomechanikę organizmu oraz krótkim okresem hospitalizacji u pacjentek po kwadrantektomii bez limfadenektomii pachowej.

<sup>144</sup> Koordynator m.in. wyjaśniał czego pacjent może się spodziewać na konsylium, weryfikował dokumenty.

i ustalenie terminu rozpoczęcia leczenia<sup>145</sup>, kontakty telefoniczne z pacjentami i ich rodzinami a także spotkania indywidualne, działania edukacyjne<sup>146</sup>, współpracę z psychologiem<sup>147</sup> oraz z poradnią prerrehabilitacji, dietetykiem, fizjoterapeutami<sup>148</sup>.

(akta kontroli str. 124-126)

**2.4** Badanie terminów<sup>149</sup> w jakich pacjenci z wystawioną kartą DiLO uzyskali świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zlecone na podstawie tej karty, wykazało, że:

- w 13 przypadkach diagnostykę wstępną zrealizowano w terminie nieprzekraczającym 28 dni<sup>150</sup>, w 16 przypadkach takiej diagnostyki nie realizowano, a w jednym przypadku termin ten wyniósł 39 dni, co zostało opisane w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”;
- w 14 przypadkach rozpoczęcie diagnostyki wstępnej nastąpiło w terminie do 14 dni<sup>151</sup>, w 16 przypadkach takiej diagnostyki nie realizowano;
- w 27 przypadkach diagnostykę pogłębioną zrealizowano w terminie nieprzekraczającym 21 dni<sup>152</sup>, w dwóch przypadkach termin został przekroczony w związku z okolicznościami po stronie pacjenta, w jednym przypadku nie zachowano tego terminu, co zostało opisane w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.
- w dwóch przypadkach realizacji świadczeń gwarantowanych diagnostyki i leczenia onkologicznego nowotworu piersi jako centrum kompetencji, Szpital zapewnił ustalenie planu leczenia onkologicznego i podjęcie leczenia nie później niż w terminie 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

(akta kontroli str. 2077-2080, 2084-2128)

**2.5** W latach 2019-2023 (I kwartał) w ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi wykonano odpowiednio: 5 910 świadczeń<sup>153</sup> o łącznej wartości 455 012,69 zł (w 2019 r.); 4 372 świadczenia<sup>154</sup> - 325 552,27 zł (2020 r.); 6 599 świadczeń<sup>155</sup> - 483 375,65 zł (2021 r.); 5 986 świadczeń<sup>156</sup> - 509 960,38 zł (2022 r.); 1 819 świadczeń<sup>157</sup> - 139 753,51 zł (I kwartał 2023 r.);

W tym samym okresie w ramach innych umów niż Program Profilaktyki Raka Piersi wykonano odpowiednio: 3 717, 3 470, 3 591, 4 069 i 1 124 badań mammograficznych.

(akta kontroli str. 2129-2130)

---

<sup>145</sup> Koordynator przekazywał informacje ustnie i pisemnie pacjentowi, przekazywał informację zwrotną do i z oddziałów.

<sup>146</sup> Zarówno w stosunku do pacjenta jak i osób bliskich (zawsze dostępne są poradniki oraz inne materiały informacyjno – edukacyjne).

<sup>147</sup> Dostarczenie informacji o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej.

<sup>148</sup> Ustalenie terminów wizyt w poradni, edukacja pacjenta w oparciu o wskazówki przekazane przez fizjoterapeutów.

<sup>149</sup> Przeprowadzone na próbie 30 kart DiLO opisanych w punkcie 2.3 wystąpienia.

<sup>150</sup> Od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i wystawiono kartę DiLO.

<sup>151</sup> Od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i wystawiono DiLO.

<sup>152</sup> Od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej, o której mowa w ust. 1 pkt 3, lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy.

<sup>153</sup> W tym 1 993 na etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi i 3 917 na etapie podstawowym.

<sup>154</sup> W tym 2 000 na etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi i 2 372 na etapie podstawowym.

<sup>155</sup> W tym 2 912 na etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi i 3 687 na etapie podstawowym.

<sup>156</sup> W tym 2 818 na etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi i 3 168 na etapie podstawowym.

<sup>157</sup> W tym 1 019 na etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi i 800 na etapie podstawowym.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Powyższe działanie spowodowane jest brakiem możliwości określenia liczby badań/ pacjentów, u których istniałaby możliwość zrealizowania diagnostyki pogłębionej w przypadku wyżej wspomnianego programu. Do tego etapu kwalifikowani są pacjenci, w przypadku których, po zrealizowaniu diagnostyki podstawowej, istnieje podstawa do pogłębienia diagnostyki o dodatkowe badania (...). ZCO nie posiada zagregowanych danych statystycznych dotyczących treści opisu wyników mammograficznych, stąd trudno ocenić, jaka grupa świadczeń zrealizowanych w ramach innych umów niż Program Profilaktyki Raka Piersi, kwalifikowałyby się do realizacji pozostałych badań diagnostycznych. (...) Program (...) jest kierowany do populacji kobiet zdrowych w wieku 50-69 lat. (...) Program (...) jest programem dobrowolnym i niektóre kobiety zgłaszając się na badania realizują je w okresach wskazanych na badania, co dwa lata lub co roku- jeśli tak zaleci radiolog. (...) 8 lat temu zrezygnowano z prowadzenia szerokiej kampanii informującej i namawiającej kobiety do badań profilaktycznych, poprzez m.in. likwidację Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących Program Profilaktyki Onkologicznej. Prowadząc te kampanie uzyskiwano coraz lepsze wskaźniki zgłaszalności. (...) Ponadto pacjentki mogą zgłosić się do poradni onkologicznej w przypadku niepokojących je objawów, (...), a prowadzący je lekarz w przypadku wskazań wynikających z aktualnej wiedzy medycznej jest zobowiązany skierować pacjentkę na właściwe badania diagnostyczne w ramach AOS. Ocena badań mammografii i USG wykonywanych w ramach AOS jest inna i oceniający je radiolog ma obowiązek ocenić w sposób szczegółowy wszystkie występujące zmiany, (...) oraz w razie potrzeby skierować na biopsję i badanie MR piersi. W roku 2023r. ZCO zakontraktowało KON-piers i od tego momentu zaobserwowaliśmy, że pacjentki wybierają tą ścieżkę diagnostyki (...). (...). Reasumując, w chwili obecnej, nie ma mechanizmu prawnego, który by pozwalał na odmowę przyjęcia kobiet z kohorty wiekowej do realizacji badań w ramach AOS, KON- piers i zamiennie przekierowanie ich do Programu Profilaktyki Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

(akta kontroli str. 108-109, 129-130)

W latach 2022-2023 (I kwartał)<sup>158</sup> w ramach Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego wykonano: 6 świadczeń o łącznej wartości 1 612,88 zł w 2022 r. oraz 110 świadczeń (o wartości 33 887,13 zł.) w I kwartale 2023 r.

Od 1 grudnia 2022 r. wykonano, w ramach innych umów niż wskazany wyżej program odpowiednio 20 i 70 badań diagnostycznych<sup>159</sup>.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) aneks dot. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Programu (...) został udostępniony przez ZOW NFZ w dniu 28.11.2022 r. W związku z wieloma wątpliwościami dotyczącymi sposobu ewidencji/ sprawozdawania świadczeń w pierwszym miesiącu funkcjonowania programu, koniecznością zapewnienia kompleksowej obsługi pacjenta na najwyższym poziomie oraz dopracowywaniem szczegółów organizacyjnych, nastąpiła zmniejszona ilość wykonywanych badań. Podkreślić należy, iż przedmiotowy program profilaktyczny nie funkcjonował wcześniej w ramach umów zawieranych przez NFZ. Podobnie jak w przypadku Programu Profilaktyki Raka Piersi, Program Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego jest programem dobrowolnym, kierowanym do populacji osób zdrowych w wieku 50 – 65 lat, oraz w wieku 40 – 49 lat<sup>160</sup>. (...). Badania diagnostyczne przywołane w pytaniu i realizowane w ramach innych umów dotyczą m.in. badań realizowanych w ramach karty DILO i w ramach Kompleksowej Opieki Onkologicznej Nad Świadczeniobiorcą z Nowotworem Jelita Grubego (KON- jelito). Ponadto pacjenci mają prawo zgłosić się do poradni onkologicznej w przypadku niepokojących

<sup>158</sup> Umowa na realizację badań przesiewowych raka jelita grubego obowiązuje od 01.12.2022 r.

<sup>159</sup> W tym kolonoskopia diagnostyczna, kolonoskopia z biopsją.

<sup>160</sup> W przypadkach rozpoznania u krewnego pierwszego stopnia nowotworu jelita grubego.

ich objawów, (...), a prowadzący lekarz w przypadku wskazań wynikających z aktualnej wiedzy medycznej jest zobowiązany skierować na właściwe badania diagnostyczne w ramach AOS. (...).

(akta kontroli str. 108-109, 129-130, 2129-2130)

ZCO, w badanym okresie udzielało świadczeń w celu diagnostyki raka szyjki macicy w ramach umowy Leczenie Szpitalne<sup>161</sup>.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ZCO *dostrzega potrzebę zorganizowania kompleksowej opieki onkologicznej w tym profilaktyki w zakresie ginekologii onkologicznej, jednak od 2019 r. NFZ nie ogłaszał postępowania konkursowego w sprawie zawarcie umowy na ten rodzaj świadczeń.*

(akta kontroli str. 108-109, 131)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W przypadku trzech pacjentów<sup>162</sup> skład zespołu ustalającego plan leczenia onkologicznego nowotworu złośliwego piersi był niezgodny z § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego<sup>163</sup>. Plan ten został ustalony przez zespół składający się z trzech lekarzy specjalistów<sup>164</sup>, podczas gdy ustalenia takiego planu powinien dokonać zespół pięcioosobowy<sup>165</sup> (ustalenie planu leczenia odbyło się bez udziału lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub rentgenodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz bez udziału lekarza specjalisty w dziedzinie patomorfologii).

(akta kontroli str. 2081-2083, 2084-2128)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ZCO w składzie *Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego zapewnia udział następujących lekarzy specjalistów w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii poprzez osobisty udział w posiedzeniach konsylium oraz radiologii i diagnostyki obrazowej, patomorfologii poprzez udział w posiedzeniach konsylium za pośrednictwem urządzeń teleinformatycznych. Powyższy sposób organizowania posiedzeń konsylium ma na celu kompleksowe podejście do opracowania planu leczenia pacjenta. Lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej, będąc w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, posiada bezpośredni i natychmiastowy dostęp do zdjęć radiologicznych, natomiast lekarz specjalista patomorfologii - do materiałów histopatologicznych znajdujących się w Zakładzie Patomorfologii. Takie działanie pozwala na bieżąco, w czasie rzeczywistym, podejmować decyzje dotyczące dalszego postępowania terapeutycznego. Ponadto zaznaczyć należy, iż karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, której wzór został wprowadzony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (...) umożliwia ewidencję danych lekarzy uczestniczących w ustaleniu planu leczenia wyłącznie w dziedzinie onkologii klinicznej, radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej- w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej oraz chirurgii onkologicznej albo ogólnej albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu (...).*

(akta kontroli str. 102-103, 122-124)

<sup>161</sup> W następujących zakresach świadczeń: świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii, świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii- diagnostyka onkologiczna- poza pakietem onkologicznym, świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii- zakres skojarzony z 02.1450.0001.02, świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii- diagnostyka onkologiczna oraz pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego- zakres skojarzony z 02.1450.001.02- w ramach którego można wykonać bezpłatne badanie cytologiczne.

<sup>162</sup> Dotyczy Kart DiL [REDACTED]

<sup>163</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.

<sup>164</sup> W dziedzinie radioterapii onkologicznej, w dziedzinie chirurgii onkologicznej oraz w dziedzinie radioterapii onkologicznej.

<sup>165</sup> Żaden z trzech przypadków nie dotyczył omawiania wykonania rekonstrukcji piersi.

NIK zauważa, że bezpośredni i osobisty udział w posiedzeniach wszystkich lekarzy specjalistów w wymaganych dziedzinach, przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych i określaniu planu leczenia onkologicznego, może mieć znaczenie w odniesieniu do przyjętej metody leczenia i jej skuteczności.

2. W pięciu przypadkach, w posiedzeniu konsylium ustalającego plan leczenia onkologicznego nowotworów złośliwych, uczestniczyli lekarze specjaliści nie powołani do właściwych zespołów terapeutycznych zarządzeniem Dyrektora Szpitala w sprawie Komitetów i Zespołów tj.:

- w trzech przypadkach<sup>166</sup> w zespole ustalającym plan leczenia onkologicznego nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego, uczestniczyli lekarze, którzy nie zostali powołani w skład Zespołu ds. Leczenia Nowotworów Przewodu Pokarmowego;
- w dwóch przypadkach<sup>167</sup> w zespole ustalającym plan leczenia onkologicznego nowotworu złośliwego piersi, uczestniczyli lekarze, którzy nie zostali powołani w skład Zespołu ds. Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi.

(akta kontroli str. 1519-1549, 2081-2128)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) skład zespołów terapeutycznych wskazanych w Zarządzeniu Dyrektora w sprawie komitetów i zespołów funkcjonujących w ZCO, nie jest traktowany jako skład zamknięty i wykluczający innych lekarzy specjalistów pracujących w szpitalu, z uczestnictwem w Wielodyscyplinarnych Zespołach Terapeutycznych (WZT). Wskazany w Zarządzeniu skład osobowy stanowi główny trzon specjalistów, którzy zajmują się wszelkimi zmianami dotyczącymi aktualizacji, rekomendacji terapii, analizują dane i aktywnie uczestniczą w raportowaniu danych jakościowych. Z największą również częstotliwością uczestniczą w planowaniu leczenia w czasie konsyliów. Nie jest to jednak wyłączna grupa lekarzy, która posiada uprawnienia do tworzenia planów leczenia. (...), lekarze uczestniczący w WZT posiadali pełną wiedzę i doświadczenie w terapii rozpoznań onkologicznych i w przypadku konieczności zastępstw głównego składu osobowego konsylium w zakresie rozpoznania raka piersi i rozpoznania raka przewodu pokarmowego, są uprawnieni i zostali prawidłowo oddelegowani przez ordynatora i kierowników głównych oddziałów terapeutycznych do uczestnictwa w konsyliach. Biorąc po uwagę powyższe, dokonano przeglądu aktualizacyjnego przywoływanego Zarządzenia. Uwzględniono w nim zmiany dotyczące składu głównego WZT oraz dopuszczenia możliwości rozszerzenia podanego składu imiennego WZT w praktyce klinicznej szpitala.

(akta kontroli str. 102-103, 122-124)

Ze względu na wprowadzenie zmian do zarządzenia Dyrektora Szpitala w sprawie Komitetów i Zespołów w zakresie dopuszczenia możliwości rozszerzenia składu imiennego konsylium w praktyce klinicznej szpitala, NIK odstępuje od sformułowania wniosku w tym zakresie.

<sup>166</sup> W przypadku ustalania planu leczenia dla pacjenta z kartą DiLO [redacted] w zespole uczestniczyło dwóch lekarzy niewchodzących w skład Zespołu ds. Leczenia Nowotworów Przewodu Pokarmowego; w przypadku ustalania planu leczenia dla pacjenta z kartą DiLO [redacted] w zespole uczestniczył lekarz specjalista w dziedzinie radiologii niewchodzący w skład Zespołu ds. Leczenia Nowotworów Przewodu Pokarmowego; w przypadku ustalania planu leczenia dla pacjenta z kartą DiLO [redacted] w zespole uczestniczył lekarz specjalista w dziedzinie radiologii niewchodzący w skład Zespołu ds. Leczenia Nowotworów Przewodu Pokarmowego.

<sup>167</sup> W przypadku ustalania planu leczenia dla pacjenta z kartą DiLO [redacted] w zespole uczestniczył jeden lekarz specjalista w zakresie chirurgii onkologicznej niewchodzący w skład Zespołu ds. Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi; w przypadku ustalania planu leczenia dla pacjenta z kartą DiLO [redacted] w zespole uczestniczył lekarz specjalista w zakresie chirurgii onkologicznej niewchodzący w skład Zespołu ds. Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi.

3. W dwóch przypadkach ZCO nie dotrzymał terminów przewidzianych w rozporządzeniu w sprawie AOS, tj.:

- w jednym przypadku<sup>168</sup> diagnostykę wstępną zrealizowano w terminie 39 dni<sup>169</sup> od dnia wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, podczas gdy jej realizacja, zgodnie z § 6a ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie AOS, powinna nastąpić w terminie nieprzekraczającym 28 dni<sup>170</sup>,
- w jednym przypadku<sup>171</sup> diagnostykę pogłębioną zrealizowano w terminie 35 dni<sup>172</sup> od zakończenia diagnostyki wstępnej lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, podczas gdy jej realizacja zgodnie z § 6a ust. 4 pkt 2 lit a rozporządzenia w sprawie AOS powinna nastąpić w terminie nieprzekraczającym 21 dni<sup>173</sup>.

(akta kontroli str. 2077-2080)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) Karta DiLO nr [REDAKTOWANE] - założona w dniu 14.10.2020 r. w Przychodni Medycyny Rodzinnej (...). Pierwsza wizyta pacjenta w ZCO odbyła się 16.10.2020 r. w Poradni Onkologii, podczas której lekarz rozpoczął diagnostykę wstępną. Wydano skierowania na następujące badania: (...). Termin badań został wyznaczony na 09.11.2020 r. Opisy wszystkich badań, łącznie z wynikiem histopatologicznym, były dostępne w dniu 19.11.2020 r. W dniu 24.11.2020 r. odbyła się kolejna wizyta, podczas której lekarz zakończył diagnostykę wstępną i skierował pacjenta na komisję onkologiczną. W powyższym przypadku diagnostyka została zrealizowana w terminie 39 dni. Aktualnie (...) ZCO nie jest w stanie jednoznacznie określić przyczyny opóźnienia terminu realizacji diagnostyki wstępnej. (...) Karta DiLO nr [REDAKTOWANE] - założona 06.04.2022 r. w Poradni Chirurgii Onkologicznej ZCO. Podczas wizyty, w ramach rozpoczętej diagnostyki pogłębionej, lekarz zlecił następujące badania: (...). Termin badań został wyznaczony na 20.04.2022 r., natomiast opisy badań były dostępne w dniu 06.05.2022 r. W dniu 11.05.2022 r. odbyła się kolejna wizyta, podczas której lekarz zakończył diagnostykę pogłębioną i skierował pacjenta na Komisję Onkologiczną. W powyższym przypadku diagnostyka została zrealizowana w okresie 35 dni. Aktualnie, na podstawie dokumentacji medycznej, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii nie jest w stanie jednoznacznie określić przyczyny opóźnienia terminu realizacji diagnostyki pogłębionej. (...) Aktualnie na stanowisku koordynatora opieki pacjenta mamy zatrudnionych 7 osób i w dalszym ciągu baza ta jest powiększana. Działanie takie ma na celu kompleksowe koordynowanie procesu diagnostyki i leczenia onkologicznego poprzez m. in.: organizowanie kolejnych etapów leczenia z zachowaniem ciągłości terminów wynikających z obowiązujących w tym zakresie regulacji prawnych, (...) zapewnienie pacjentowi przepływu informacji na wszystkich etapach związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym. Takie postępowanie pozwoliło nam na maksymalne zminimalizowanie sytuacji, w których okres realizacji diagnostyki nie został zachowany z powodu opóźnień w diagnostyce onkologicznej bądź opóźnionego zgłoszenia się pacjenta po odbiór wyniku.

(akta kontroli str. 104, 120-121)

<sup>168</sup> Karta DiLO [REDAKTOWANE]

<sup>169</sup> Tj. od 15 października 2020 r. do 24 listopada 2020 r.

<sup>170</sup> Zgodnie z § 6a ust. 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie AOS, świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną, jest obowiązany do jej realizacji w okresach nieprzekraczających 28 dni - w przypadku diagnostyki wstępnej.

<sup>171</sup> Karta DiLO [REDAKTOWANE]

<sup>172</sup> Tj. od 6 kwietnia 2022 r. do 11 maja 2022 r.

<sup>173</sup> Zgodnie z § 6a ust. 4 pkt 2 lit a rozporządzenia w sprawie AOS, świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną, jest obowiązany do jej realizacji w okresach nieprzekraczających 21 dni od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy.

NIK zauważa, że w przypadku choroby nowotworowej, szybka diagnostyka onkologiczna może mieć kluczowe znaczenia dla rokowania i skuteczności leczenia onkologicznego.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił ustalanie kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kolejności zgłoszeń pacjentów oraz zapewnił prawidłowe prowadzenie harmonogramów i list oczekujących pacjentów. Badanie przeprowadzone na próbie 30 pacjentów dla których założono kartę DiLO wykazało, że za każdym razem powołano koordynatora, a daty wykazane w przebadanej indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, były zbieżne z datami wykazanymi w karcie DiLO założonej i prowadzonej dla pacjenta. We wszystkich przypadkach konsylium działało i wykonywało swoje zadania dokumentując je w poprzez wpisy w karcie DiLO oraz w protokole z posiedzenia komisji onkologicznej, a w dokumentacji pacjenta znajdowały się wpisy świadczące o wykonywaniu zadań przez koordynatora. Skład konsylium był zgodny obowiązującymi w tym zakresie przepisami z wyjątkiem trzech przypadków, gdzie plan leczenia onkologicznego nowotworu złośliwego piersi został ustalony przez zespół składający się z trzech lekarzy specjalistów, podczas gdy ustalenia planu tego leczenia powinien dokonać pięcioosobowy zespół. Badanie to wykazało również, że pacjenci uzyskiwali świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w terminach przewidzianych w rozporządzeniu w sprawie AOS, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym przekroczono termin wykonania diagnostyki wstępnej i jednego przypadku, w którym przekroczono termin wykonania diagnostyki pogłębionej. Ponadto w pięciu przypadkach w posiedzeniu konsylium ustalającego plan leczenia onkologicznego nowotworów złośliwych, uczestniczyli lekarze specjaliści nie powołani do właściwych zespołów terapeutycznych zarządzeniem Dyrektora Szpitala w sprawie Komitetów i Zespołów.

#### 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 okresie objętym kontrolą ZCO zawarło z MZ, w ramach NSO oraz NPZChN, dziewięć umów na łączną kwotę 38 507,9 tys. zł.

Do szczegółowego badania wybrano cztery zadania, w tym trzy dotyczące doposażenia zakładów radioterapii w zakresie wymiany akceleratorów (jedno z 2019 r.<sup>174</sup>, i dwa z 2020 r.<sup>175</sup>.) oraz jedno z 2019 r. dotyczące doposażenia zakładów radioterapii – wymiana aparatów HDR)<sup>176</sup>.

Oferty złożone do MZ w toku poszczególnych postępowań konkursowych zostały rzetelnie sporządzone, zawierały informacje zgodne ze stanem faktycznym, a Szpital spełnił warunki progowe i formalne udziału w konkursach. Zakupu aparatury

<sup>174</sup> W ramach NPZChN; Szpital zawarł umowę 3 września 2019 r. na kwotę 7 000 tys. zł.

<sup>175</sup> W ramach NSO Szpital zawarł umowy: 1 września 2020 r. na kwotę 8 000 tys. zł. oraz 28 października 2020 r. na kwotę 8 000 tys. zł (II edycja).

<sup>176</sup> W ramach NPZChN; Szpital zawarł umowę 27 sierpnia 2019 r. na kwotę 2 278,5 tys. zł.

medycznej Szpital<sup>177</sup> dokonał w trybie wynikającym z przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych<sup>178</sup>.

(akta kontroli str. 2131-2149)

W latach 2019 -2020 w ZCO do wymiany kwalifikowały się 3 akceleratory:

- Ariste 5423; rozpoczął pracę w 2009 r.; częstotliwość awarii: 2017 r. - 11% czasu pracy, 2018 r. -12% czasu pracy<sup>179</sup>;
- Ariste 5537; rozpoczął pracę w 2009 r.; częstotliwość awarii: 2017 r.- 8% czasu pracy, 2018 r.– 8% czasu pracy<sup>180</sup>;
- Ariste 5580; rozpoczął pracę w 2010 r.; częstotliwość awarii: 2017 r. – 9,3% czasu pracy, 2018 r. - 13,5 % czasu pracy<sup>181</sup>.

(akta kontroli str. 118, 216-217)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *ZCO jest jedynym kompleksowym ośrodkiem leczącym choroby nowotworowe w województwie zachodniopomorskim i zalicza się do najnowocześniejszych ośrodków onkologicznych (...). Wszystkie akceleratory liniowe zakwalifikowane do wymiany, zostały wyprodukowane przez firmę Siemens, która wycofała się z tego przedmiotu działalności w 2012 r. Po upływie dziesięciu lat tj. w roku 2022 akceleratory straciłyby wsparcie serwisowe. MZ kwalifikuje akceleratory do wymiany w wieku co najmniej 10 lat. W ZCO pracuje 5 akceleratorów. Wszystkie akceleratory w ZCO pracują w dwuzmianowej organizacji pracy, pracują codziennie w dni robocze po 14,5 godziny. Na każdym z akceleratorów napromienianych jest ok. 655 pacjentów w roku, co jest jednym z najwyższych wskaźników w skali kraju. Zużycie akceleratorów, przestoje w pracy spowodowane awariami (od około 8% do nawet 13,5 % nominalnego czasu pracy), przekładała się na częste przestoje, powodując dezorganizację pracy oddziału i wydłużanie kolejki oczekujących na terapię. (...). W razie awarii technicy i pozostali personel zmuszeni są pracować w wydłużonym dobowym wymiarze czasu nawet w godzinach nocnych by zrealizować wszystkie zaplanowane zabiegi. W miesiącu kwietniu 2019 r. nastąpiły, jednocześnie awarie dwóch akceleratorów linowych Artiste. Awarie powodujące konieczność wymiany podstawowych i kosztownych podzespołów – sekcji przyspieszającej w jednym nich, oraz klistronu w drugim. Z posiadanych akceleratorów żaden aparat nie umożliwił realizacji nowoczesnych technik radioterapii takich jak VMAT czy łuk dynamiczny i nie mógł zastąpić w razie awarii nowszych urządzeń (Halcyon). Brak było także możliwości unowocześnienia akceleratorów i wprowadzenia nowych technik napromieniania jak Gating, IMRT, IGRT czy dozymetria portalowa. Instalacje kolejnych nowoczesnych akceleratorów miało za zadanie zwiększyć bezpieczeństwo realizacji napromieniania, utrzymać dotychczasowe wysokie ilości napromienianych pacjentów z wykorzystaniem technik IGRT i VMAT.*

(akta kontroli str. 118, 216-217)

ZCO przed inwestycją posiadało dwa aparaty do brachyterapii HDR: aparat do brachyterapii HDR Microselectron s/n 10852<sup>182</sup> Gammamed plus s/n H640175<sup>183</sup>.

<sup>177</sup> Podczas realizacji z trzech zadań inwestycyjnych Szpital zastosował tryb przetargu nieograniczonego, tj. „Doposażenie zakładów radioterapii” w 2020 r. w zakresie wymiany akceleratorów, „Doposażenie zakładów radioterapii” w 2020 r. II edycja w 2020 r. - w zakresie wymiany akceleratorów, „Doposażenie zakładów radioterapii” w 2019 r. (wymiana aparatów HDR)). Procedurę przetargową dotyczącą realizacji zadania „Doposażenie zakładów radioterapii” w 2019 r. w zakresie wymiany akceleratorów” uruchomił i przeprowadził Zakład Zamówień Publicznych przy MZ.

<sup>178</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm.

<sup>179</sup> Wyłączony z eksploatacji w 2019 r.

<sup>180</sup> Wyłączony z eksploatacji w 2020 r.

<sup>181</sup> Wyłączony z eksploatacji w 2021 r.

<sup>182</sup> Zakupiony w 2013 r. i włączony do działalności klinicznej 28 maja 2014 r.

<sup>183</sup> Użytkowany klinicznie w ZCO od 11 kwietnia 2005 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: Aparat (...) HDR Microselectron (...) zakupiony w roku 2013 (...) współpracujący z Systemem Planowania Leczenia Oncentra Brachy i Oncentara Prostate, jako samodzielne systemy niewspółpracujące w linii terapeutycznej z żadnym Systemem Zarządzania i Weryfikacji. Drugi aparat HDR Gammamed plus s/n H640175 (...). Aparat ten współpracuje z Systemem Planowania Leczenia (...), jako samodzielny system i nie był zintegrowany z żadnym Systemem Zarządzania i Weryfikacji. Posiadany do roku 2017 System Zarządzania i Weryfikacji (...) nie obsługiwał aparatów HDR do Brachyterapii. Zakupiony w roku 2017 System Zarządzania i Weryfikacji (...) umożliwił współpracę tylko aparatu Gammamed plus do brachyterapii HDR z Systemem Planowania Leczenia (...) na zasadzie linii terapeutycznej. Wymiana najstarszego 14 letniego aparatu do brachyterapii HDR Gammamed Plus s/n H640175 była uzasadniona wiekiem jak i brakiem zaawansowania technologicznego tego aparatu. Aparat pozwalał jedynie na podłączenie 24 kanałów z ograniczoną ilością miejsc postojowych źródła i stałej długości odcinka terapeutycznego. Z uwagi na wiek aparatu istniało ryzyko trudności dostępu do części zamiennych. Nowe konstrukcje oferowały więcej kanałów umożliwiając wykonanie bardziej skomplikowanych zabiegów, użycie nowych typów aplikatorów, większą ilość miejsc postojowych, pełną integrację w linii terapeutycznej poprzez system zarządzania i weryfikacji, czy dodatkowe zapory sieciowe zwiększające bezpieczeństwo sieci komputerowej aparatu HDR. Aparat nie ulegał częstym awariom, ale ze względu na wiek jego zużycie było znaczne -15 lat użytkowania.

(akta kontroli str. 118, 216-217)

Badanie realizacji wymienionych wyżej zadań wymiany akceleratorów i aparatów HDR wykazało, że wszystkie zadania zostały w pełni zrealizowane, a rozliczeń dokonano w terminach przewidzianych umowami zawartymi z MZ. W rozliczeniach tych wskazywano jedynie koszty zakupionego sprzętu, a zakupiona aparatura została oddana do użytku w terminach wynikających z umowy z MZ. Przeprowadzono również działania informacyjne dotyczące finansowania zadania ze środków NSO i NPZChN<sup>184</sup>. Przekazywano MZ każdorazowo, w terminie do dnia 31 stycznia następnego roku budżetowego, informacje dotyczące wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach umów w danym roku.

(akta kontroli str. 2131-2137)

**3.2** ZCO, jako podmiot prowadzący rejestr wojewódzki<sup>185</sup>, opracowało do bazy KRN łącznie 45 544 kart dotyczących nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe<sup>186</sup>. Pracownicy Zachodniopomorskiego Biura Rejestracji Nowotworów<sup>187</sup> zweryfikowali w badanym okresie 83% danych zawartych w kartach, w tym w 2019 r. – 93% danych, w 2020 r. i 2021 r. – 92% danych, w 2022 r. – 72% danych, w 2023 r. (I kwartał) – 60% danych.

(akta kontroli str. 2150-2161)

ZCO, jako Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów<sup>188</sup>, zapewniło powszechny dostęp do analiz epidemiologicznych opracowanych na podstawie danych z rejestru, poprzez umieszczenie na stronie Szpitala biuletynu z opracowanymi danymi<sup>189</sup>.

(akta kontroli str. 2150-2161)

<sup>184</sup> Przez umieszczenie w widocznym miejscu tabliczki informacyjnej o zakupionym sprzęcie i źródle finansowania.

<sup>185</sup> Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów Złośliwych; dalej: ZRNZ.

<sup>186</sup> Według stanu na 12 lipca 2023 r.

<sup>187</sup> Dalej: ZBRN.

<sup>188</sup> Dalej: WBRN.

<sup>189</sup> <https://onkologia.szczecin.pl/struktura-zco/zachodniopomorskie-biuro-rejestracji-nowotworow/>

Odsetek kart ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu, z poprawnie wpisanym kodem zaawansowania TNM (poz. 32 karty) lub inną klasyfikacją stopnia zaawansowania nowotworu (pozycja 33 karty) oraz podanym stopniem (pozycja 34 karty) i stadium zaawansowania (poz. 35 karty) wyniósł 69%. Odsetek potwierdzeń histopatologicznych w zgłoszonych przypadkach (wypełniona poz. 26 – 27 karty) wyniósł 75%, a zgłoszeń z wypełnionym jedynie rozpoznaniem klinicznym ICD-10 (poz. 25 karty) 13%.

(akta kontroli str. 2150-2161)

W badanym okresie ZCO podejmowało działania zmierzające do poprawy kompletności danych w kartach, w tym pisemnie przypominało o ustawowym comiesięcznym obowiązku przesyłania kart, zwracało się o przesyłanie brakujących kart lub o weryfikację i uzupełnienie danych<sup>190</sup>, przeprowadzało szkolenia w formie zdalnej dla lekarzy i pracowników medycznych z województwa zachodniopomorskiego<sup>191</sup>. W listopadzie oraz grudniu 2023 r. ZCO zaplanowało przeprowadzenie szkoleń w formie stacjonarnej dla podmiotów zobowiązanych do wystawiania KZNZ.

Dyrektor Szpitala w sprawie działań podejmowanych przez ZCO, jako podmiot prowadzący WBRN, w celu zwiększenia kompletności kart wyjaśnił: *Działania, które były podejmowane (...) to przeprowadzania szkoleń, wysyłanie materiałów szkoleniowych, stały telefoniczny oraz e-mailowy kontakt z jednostkami współpracującymi, wysyłanie pism przypominających o obowiązku wystawiania KZNZ oraz odsyłanie kart, które wymagają uzupełnienia przy podmiot wystawiający.*

(akta kontroli str. 214-215, 2150-2161)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *WBRN jest jednostką merytorycznie podległą pod KRN i w związku z tym pracownicy WRN są w stałym kontakcie z pracownikami Rejestru Krajowego. Również pozostałe podmioty lecznicze mają możliwość kontaktowania się bezpośrednio z KRN w sprawach technicznych. Istotnym problemem jest niewystarczająca zgłaszalność kart, co było przedmiotem korespondencji kierowanej do KRN. Na tej podstawie KRN kierował dalszą korespondencję do podmiotów leczniczych i do wiadomości MZ. Wszystkie dotychczasowe problemy związane z funkcjonowaniem systemu rejestracji nowotworów były omawiane na cyklicznych spotkaniach rejestrów wojewódzkich z KRN w trakcie tworzenia platformy eKRN+. Najczęściej sygnalizowanymi problemami zgłaszanymi przez świadczeniodawców (...) były zbyt duże obciążenia lekarzy czynnościami administracyjnymi związanymi ze zgłoszeniem nowotworu oraz zdublowanie tej samej informacji w różnych systemach gromadzenia informacji (...). W funkcjonalności wprowadzonego systemu eKRN+ uwzględniono te postulaty.*

(akta kontroli str. 214-215)

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

#### OCENA CZĄSTKOWA

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

<sup>190</sup> Pisma kierowane do szpitali powiatowych, wojewódzkich, specjalistycznych, klinicznych i resortowych.

<sup>191</sup> SPWSZ w Szczecinie; SPSK nr 2 w Szczecinie; SPWZOZ w Stargardzie; Szpital Miejski w Świnoujściu; Poliklinika Koszalin; Szpital w Kamieniu Pomorskim; 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Wałczu; Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie; SPZZOZ w Gryficach; SPSK nr 1 w Szczecinie; Regionalny Szpital w Kołobrzegu; SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie.

## 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 uwagi i wnioski:

- Wnioski
1. Przeprowadzanie przeglądów i pomiarów komór laminarnych do prac z cytostatykami stosownie do wymagań producenta.
  2. Przeprowadzanie kolejnych ocen stanu odżywienia pacjentów NRS 2002 stosownie do wewnętrznych instrukcji.
  3. Podjęcie działań w celu zapewnienia ustalenia planu leczenia onkologicznego nowotworu złośliwego przez wyodrębniony wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w składzie zgodnym z obowiązującymi przepisami.
  4. Podjęcie działań mających na celu realizowanie wstępnej i pogłębionej diagnostyki w terminach przewidzianych w rozporządzeniu w sprawie AOS.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni 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.

Szczecin, 17 października 2023

Kontroler  
Ewelina Czerepska  
główny specjalista kontroli  
państwowej



Elektronicznie  
podpisany przez Ewelina  
Czerepska  
Data: 2023.10.17  
15:07:44 +02'00'

.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Szczecinie  
Dyrektor  
Z up.



Elektronicznie podpisany  
przez Rogusław Tomasz  
Wójcik  
Data: 2023.10.17 15:09:57  
+02'00'

.....  
podpis