



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Kielcach

LKI.410.009.03.2023

Pan Youssef Sleiman
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św.
Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10,
26-060 Chęciny

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny (dalej: Szpital lub WSS).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Youssef Sleiman, Dyrektor Wojewódzkiego Szpital Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, w okresie od 28 sierpnia 2013 r. do dnia zakończenia niniejszej kontroli ¹ .
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach
Kontroler	Tadeusz Mikołajewicz, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LKI/69/2023 z 30 maja 2023 r.

(akta kontroli str.1-2)

¹ Od 7 sierpnia 2019 r. do dnia 22 stycznia 2020 r. jako pełniący obowiązki Dyrektora.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W kontrolowanym okresie, realizacja przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego odbywała się w sposób i w warunkach odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i umowach. Szpital zaspokajał w tym zakresie potrzeby zdrowotne pacjentów.

Zarówno wyposażenie w sprzęt medyczny jak i zasoby kadrowe świadczeniodawcy spełniały wymogi określone przez Ministra Zdrowia (dalej: Minister Zdrowia lub Minister) oraz niezbędne do zawarcia umów ze Świętokrzyskim Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ). Szpital posiadał opracowane procedury postępowania z pacjentami onkologicznymi, zaś dzięki umowom zawartym z podwykonawcami zapewnił tym pacjentom wykonanie koniecznych badań patomorfologicznych i genetycznych. WSS zachowywał, oparte o wewnętrzne procedury, warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. W Szpitalu funkcjonowały standardy żywienia pacjentów oraz wdrożono ich ocenę przy pomocy systemów HACCP⁴, GMP⁵ i GHP⁶ prowadząc monitoring stanu odżywienia pacjentów. Opracowano i wdrożono szczegółowe medyczne procedury radiologiczne, poza jednym przypadkiem braku procedur szczegółowych z zakresu radiologii zabiegowej w 2019 r., pomimo obowiązku ich posiadania wynikającego z art. 33f ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. prawo atomowe⁷. Nie przeprowadzono także obowiązkowego rocznego wewnętrznego audytu klinicznego w tym zakresie w 2020 r., co było niezgodne z art. 33u ust. 1 oraz art. 33v prawo atomowe. WSS rzetelnie realizował obowiązek przekazywania do Krajowego Rejestru Nowotworów (dalej: KRN) danych dotyczących nowych rozpoznania oraz podejrzeń nowotworów złośliwych.

Prawidłowo prowadzone były harmonogramy przyjęć i listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia, zaś pacjenci onkologiczni byli przyjmowani na bieżąco. Zapewniono również koordynację świadczeń zleczanych pacjentom na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Przekroczenia wymaganych przepisami terminów dotyczących diagnostyki pogłębionej, terminu pomiędzy zabiegiem diagnostyczno-leczniczym a posiedzeniem konsylium oraz terminu oczekiwania pomiędzy wpisem do kolejki oczekujących a pierwszą poradą w zakresie diagnostyki pogłębionej (20% badanej próby 30 kart), nie leżały po stronie świadczeniodawcy.

Szpital prawidłowo zawarł, zrealizował i rozliczył umowy zawarte z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na zakup sprzętu i aparatury medycznej do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego oraz diagnostyki i leczenia raka płuca w 2021 r. w zakresie torakochirurgii.

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

⁴ HACCP (ang. Hazard Analysis and Critical Control Points) - postępowanie mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności przez identyfikację i oszacowanie skali zagrożeń z punktu widzenia wymagań zdrowotnych żywności oraz ryzyka wystąpienia zagrożeń podczas przebiegu wszystkich etapów produkcji i obrotu żywnością.

⁵ GMP - (ang. Good Manufacturing Practice) – dobra praktyka produkcyjna .

⁶ GHP – (ang. Good Hygienic Practice) – dobra praktyka higieniczna.

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1173.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze funkcjonował jako podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹. Jego podmiotem tworzącym było Województwo Świętokrzyskie, działające wobec Szpitala poprzez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego oraz Zarząd Województwa Świętokrzyskiego. WSS funkcjonował m.in. w oparciu o statut¹⁰ oraz regulamin organizacyjny¹¹. Dokumenty te były udostępnione na stronach BIP Szpitala¹². Zgodnie z § 15 statutu¹³ w skład WSS wchodziły trzy wyodrębnione zakłady lecznicze tj.: zakład świadczeń szpitalnych, zakład świadczeń diagnostyczno-ambulatoryjnych i zakład świadczeń opieki długoterminowej. W ich składzie działały m.in. kliniki, oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, działy, zespoły, poradnie, pracownie diagnostyczne i gabinety zabiegowo-diagnostyczne. Zgodnie z § 10 regulaminu organizacyjnego Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych m. in. w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych i innych niż szpitalne oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W okresie objętym kontrolą WSS prowadził działalność leczniczą (szpitalną i ambulatoryjną) w zakresie onkologii, realizując diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne na podstawie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej także: DiLO) na oddziałach: Gruźlicy i Chorób Płuc, Urologii, Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Ortopedii. Szpital nie realizował profilaktycznych programów zdrowotnych. Działalność WSS prowadzona była w oparciu o umowy zawierane corocznie z NFZ, w ramach komórek organizacyjnych wyszczególnionych w księdze rejestrowej Szpitala¹⁴.

Badanie realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego wykazało, że w okresie objętym kontrolą w udzielaniu ww. świadczeń nie występowały przerwy. Szpital posiadał opracowane procedury postępowania z pacjentami

⁸ 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.

⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 991.

¹⁰ W okresie objętym kontrolą obowiązywały trzy statuty stanowiące: 1- załącznik do Uchwały Nr XXXVIII/546/17 Sejmiku z dnia 20 listopada 2017 r.; 2 - załącznik do Uchwały Nr XXII/287/20 Sejmiku z dnia 29 czerwca 2020 r. i 3 - załącznik do Uchwały Nr LIII/646/22 Sejmiku z dnia 28 listopada 2022 r.

¹¹ W okresie objętym kontrolą obowiązywał regulamin organizacyjny mający cztery wydania (Nr 3, 4, 5, i 6). Wydanie Nr 3 zostało przyjęte uchwałą nr 14/2018 Rady Społecznej Szpitala (dalej: Rada Społeczna) w dniu 20 marca 2018 r. i obowiązujące od tegoż dnia; wydanie Nr 4 przyjęto uchwałą nr 2/2021 Rady Społecznej w dniu 25 lutego 2021 r. (obowiązywało od 1 marca 2021 r.); wydanie Nr 5 przyjęto uchwałą nr 9/2021 Rady Społecznej w dniu 29 października 2021 r. (obowiązywało od 12 listopada 2021 r.) i wydanie Nr 6 przyjęte zostało uchwałą nr 5/2023 Rady Społecznej w dniu 24 lutego 2023 r. (obowiązywało od 1 marca 2023 r.).

¹² <https://czerwonagora.pl>

¹³ Stanowiącego załącznik do Uchwały Nr LIII/646/22 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28 listopada 2022 r. Na podstawie § 15 poprzednich statutów były to m. in.: kliniki; oddziały; działy; poradnie; pracownie diagnostyczne.

¹⁴ <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/Search>

onkologicznymi¹⁵. Analiza dokumentacji¹⁶ oraz przeprowadzone oględziny w odniesieniu do dwóch wybranych do badania przychodni tj. Przychodni Urologicznej i Przychodni Chirurgii Klatki Piersiowej oraz dwóch oddziałów tj. Oddziału Urologii i Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej, wykazały zgodność faktycznego wyposażenia Szpitala w sprzęt medyczny, zgłoszony do umowy z 10 stycznia 2023 r. zawartej z NFZ¹⁷ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁸ (dalej: rozporządzenie dot. AOS) i w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁹ (dalej: rozporządzenie w sprawie leczenia szpitalnego). Także zasoby kadrowe zgłoszone przez Szpital do ww. umowy zawartej z NFZ²⁰ były zgodne z warunkami określonymi w tychże rozporządzeniach Ministra Zdrowia co do liczby osób i posiadanej specjalizacji, zaś zgłoszeni pracownicy (lekarze i pielęgniarki) pracowali w Przychodniach i na Oddziałach w godzinach wskazanych w ww. umowie z NFZ.

(akta kontroli str. 3-5, 6-42, 43-47, 48, 49-70, 71-85, 86, 87-159)

2. Szpital nie brał udziału w programie pilotażowym Krajowej Sieci Onkologicznej określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej²¹, pomimo, że był uwzględniony w wykazie ośrodków, stanowiącym załącznik do tego rozporządzenia. W trakcie konsultacji²² przyjęto, że: *z uwagi na konieczność zapewnienia wszystkich elementów składowych sieci onkologicznej na terenie wszystkich województw biorących udział w pilotażu, w tym w województwie świętokrzyskim, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze został zakwalifikowany jako ośrodek II poziomu mimo, iż nie spełnia kryterium strukturalnego (brak w strukturze organizacyjnej oddziałów szpitalnych dedykowanych chemioterapii lub radioterapii onkologicznej) i zapewnia realizacji świadczeń chemioterapii. Za wyborem tego ośrodka przemawiała dominująca w województwie liczba wykonanych zabiegów onkologicznych (średnio 155 zabiegów rocznie, co plasuje ośrodek na drugiej pozycji w województwie po Świętokrzyskim Centrum Onkologii Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kielcach). Ostatecznie jednak przyjęto iż: Szpital w Czerwonej Górze nie zapewnia dostępu do żadnego leczenia poza zabiegowym, dlatego też pozostanie ośrodkiem I poziomu.*

Jak wyjaśnił Dyrektor: *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze w projekcie do w/w rozporządzenia Ministra Zdrowia (z dnia 10 października 2018 r.) został zakwalifikowany jako ośrodek II poziomu gdzie w uzasadnieniu takiej decyzji przemawiała dominująca w województwie świętokrzyskim liczba zabiegów (średnio 155) onkologicznych plasując Szpital na*

¹⁵ Procedura Nr: P-18/KP-09 (Wydanie 1. - obowiązujące od dnia 22 grudnia 2014 r. Wydanie 2. – znowelizowane, z datą obowiązywania od dnia 21 listopada 2016 r. Wydanie 3. – znowelizowane, z datą obowiązywania od dnia 7 października 2019 r.).

¹⁶ Tj. załączników do umowy z NFZ („Harmonogram-zasoby”), zasobów zgłoszonych do realizacji umowy z NFZ (w systemie SZOI) oraz wydruków z ewidencji środków trwałych.

¹⁷ Umowa Nr 13-SZP03/8-23-00191-009.

¹⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

¹⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

²⁰ W odniesieniu do badanych Przychodni i Oddziałów szpitalnych (patrz przypis nr 16).

²¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 394.

²² <https://legislacja.gov.pl/projekt/12316859>

2 miejscu w województwie zaraz po Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach. Następnie w opublikowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniodawcą w ramach sieci onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze został zdegradowany do I poziomu, a dotychczasowy II poziom zajął Szpital powiatowy PZOZ w Starachowicach. Dla WSS im. Św. Rafała powyższe działanie było wysoce krzywdzące i działające na szkodę świadczeniobiorców. Gdzie warto zwrócić uwagę, że tylko w okresie styczeń – listopad 2018 r. z pośród ponad 16 tys. hospitalizacji 1300 było związanych ze świadczeniami onkologicznymi, w tym 1100 wymagało świadczeń zabiegowych, a 196 spełniałoby kryterium określone w § 5.1 powyższego Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Ponadto w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej WSS im. Św. Rafała wypracował optymalną ścieżkę dla świadczeniobiorców celem zachowania ciągłości leczenia m.in. organizując wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Założenia przedmiotowego Rozporządzenia i zdegradowanie naszego Szpitala do I poziomu pozbawiałaby Szpital możliwości samodzielnego planowania diagnostyki i leczenia m.in. raka płuca gdzie należy podkreślić, że w tym zakresie Szpital posiada 30 letnie doświadczenie i jako jedyny ośrodek posiada możliwości kompleksowej diagnostyki i leczenia operacyjnego w tym zakresie na terenie województwa świętokrzyskiego. Pomimo zgłaszania uwag do Ministra Zdrowia przez Szpital, przesłanego protestu lekarzy pulmonologów i torakochirurgów udzielających świadczeń w WSS im. Św. Rafała jak również Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Chirurgii Klatki Piersiowej, rozporządzenie Ministra Zdrowia nie zostało znowelizowane tym samym pozostawiając Szpital na I poziomie. W związku z powyższym pozostawienie Szpitala zdegradowanego do I poziomu mogło by spowodować zagrożenie dla pacjentów w zakresie realizacji celów pilotażu, w szczególności celów jakościowych dotyczących diagnostyki i leczenia raka płuc. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny poinformował Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, iż nie przystępuje do realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniodawcą w ramach sieci onkologicznej. W odpowiedzi Szpital uzyskał informację, że pilotaż będzie realizowany z wyłączeniem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.

(akta kontroli str.160-181)

3. W latach objętych kontrolą w Szpitalu funkcjonowała Apteka Szpitalna, której częścią (od 1 grudnia 2022 r.) była Pracownia Leków Cytostatycznych (dalej: Pracownia cytostatyków lub Pracownia), w której przygotowywane były cytostatyki.²³ W procesie zmierzającym do rozpoczęcia działalności Pracowni, WSS opracował i wdrożył, poczynawszy od 10 listopada 2022 r. wewnętrzne procedury dot. sporządzania ww. leków²⁴. Rozpoczęcie funkcjonowania Pracowni cytostatyków zostało poprzedzone dwoma kontrolami uprzednimi Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Kielcach (dalej: WIF)²⁵. W wyniku kontroli z dnia 16 listopada 2022 r. WIF potwierdził, że Pracownia działająca w ramach struktury apteki szpitalnej jest prawidłowo przygotowana do uruchomienia i spełnia wymogi dotyczące lokalu, wyposażenia i procedur w ramach sporządzania leków cytostatycznych.

W wyniku oględzin przeprowadzonych w ramach niniejszej kontroli stwierdzono, że Pracownia spełniała warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy

²³ Leki stosowane przede wszystkich w terapii nowotworów, transplantologii do wywoływania immunosupresji.

²⁴ Procedura z dnia 10 listopada 2022 r. Nr: P-02/KP-05 Sporządzania leków w Centralnej Pracowni Leków Cytostatycznych (PLC)

²⁵ Kontrola z dnia 2 listopada 2022 r. i kontrola z dnia 16 listopada 2022 r.

przygotowywani, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej²⁶. W szczególności:

- czynności związane z przygotowaniem leków cytostatycznych przed ich podaniem dokonywane były w wydzielonym pomieszczeniu;
- pomieszczenie, w którym przygotowywano leki cytostatyczne było wyposażone w dwie łóżka laminarne do pracy z tymi lekami;
- w Pracowni znajdowało się wydzielone miejsce na środki ochrony indywidualnej przeznaczone do zniszczenia (rękawiczki, fartuchy, czepki lub maski) i oczyszczenia (okulary). Znajdował się także wykaz sprzętu w niej używanego.

Pracownia składała się z pomieszczeń o różnej założonej klasie czystości powietrza tj.:

- klasa A – w komorach laminarnych do pracy z cytostatykami;
- klasa B – w pomieszczeniu aseptycznym;
- klasa C – w śluzie osobowej brudnej i śluzie osobowej czystej;
- klasa D – w śluzie osobowej, Pomieszczeniu Wydawania Leków i Magazynie.

W Pracowni cytostatycznej stosowane były filtry HEPA²⁷ - w komorach laminarnych²⁸ i w wentylacji pomieszczeń czystych²⁹. Filtry te, wymieniane w zależności od wskazań przyrządów pomiarowych w komorach laminarnych lub wskazań takich przyrządów podczas corocznego przeglądu technicznego, nie były dotychczas wymieniane ze względu na brak wskazania takiej konieczności przez ww. przyrządy i niepełnoroczny okres pracy komór laminarnych³⁰.

(akta kontroli str. 182-191, 192-202, 203-204, 205-210, 211-214, 215-218, 219-220, 221-231)

4. W latach objętych kontrolą Szpital korzystał z wyłonionych w formie przetargu podmiotów zewnętrznych (firm cateringowych)³¹ w celu zorganizowania, przygotowania i dostarczenia posiłków dla pacjentów (w tym onkologicznych). Firmy te w celu zachowania jakości swoich działań stosowały system HACCP³². Pomimo, iż WSS korzystał z usługi podwykonawcy, także on wdrożył i stosował w okresie objętym kontrolą system HACCP oraz systemy GMP i GHP w odniesieniu do zapewnienia jakości i dostosowania żywienia do potrzeb pacjentów (w tym onkologicznych).

W celu ustalenia potencjalnego ryzyka związanego z niedożywieniem przed i w trakcie leczenia pacjenci (w tym onkologiczni), we wszystkich badanych przypadkach, poddawani byli przesiewowej ocenie stanu odżywienia³³, zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

²⁶ Dz. U. Nr 80, poz. 376 ze zm.

²⁷ HEPA (ang. High Efficiency Particulate Air Filter) wysokosprawny filtr powietrza.

²⁸ Dwie komory Claire Pro. W każdej komorze osiem filtrów (sześć głównych, jeden wlotowy i jeden wylotowy) zapewniających klasę czystości A.

²⁹ Osiem filtrów zapewniających klasę czystości B,C.

³⁰ Komory posiadają „paszport” określający termin przeglądu komór do 30 listopada 2023 r.

³¹ Umowa z dnia 31 maja 2017 r. Nr 21/U/2017 z CATERMED Sp. z o. o., umowa z dnia 9 czerwca 2020 r. Nr 22/U/2020 z CATERMED S.A., umowa z dnia 9 czerwca 2023 r. Nr 14/U/2023 z Jol-Mark Sp. z o. o.

³³ Przy pomocy zapewniających klasę czystości A.

³³ Osiem skali NRS (Nutritional Risk Screening 2002) - metoda, dzięki której można ocenić, czy pacjent znajduje się w grupie ryzyka występowania niedożywienia, lub czy grozi mu niedożywienie w trakcie trwania choroby.

Szpital opracował standardy, procedury i normy w zakresie żywienia, które stosował w odniesieniu do leczonych pacjentów³⁴. Wdrożono i stosowano 15 rodzajów diet³⁵. Dla diet tych określono charakterystykę, uwagi technologiczne, wykaz produktów dozwolonych, dozwolonych w umiarkowanych ilościach oraz przeciwwskazanych. Apteka Szpitalna przygotowywała mieszaniny do żywienia pozajelitowego stosowane w ramach jednej z diet dla pacjentów w Szpitalu.

W całym okresie objętym kontrolą Szpital zatrudniał dietetyków³⁶, w tym w latach 2019-2022 (do listopada) - trzech, a od 1 grudnia 2022 r. – czterech³⁷. W zakresie ich obowiązków był współudział w leczeniu żywieniowym chorych m.in. poprzez: planowanie, nadzorowanie żywienia indywidualnego oraz zbiorowego hospitalizowanych pacjentów, ocena stanu odżywienia, sposobu żywienia, zapotrzebowania kalorycznego oraz zapotrzebowania na składniki odżywcze z uwagi na rozpoznane schorzenia oraz w ramach profilaktyki i leczenia chorób dietozależnych, współudział w planowaniu żywienia klinicznego, uczestniczenie w prowadzeniu leczenia żywieniowego we współpracy z lekarzem, pielęgniarką, planowanie i opracowywanie jadłospisów wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet, zgodnie z obowiązującą klasyfikacją i zasadami żywienia.

Badaniem szczegółowym objęto dokumentację 20 pacjentów hospitalizowanych powyżej siedmiu dni w I kwartale 2023 r. na dwóch oddziałach szpitalnych prowadzących leczenie onkologiczne (po 10 pacjentów z Oddziału)³⁸. W wyniku badania ustalono, że w każdej analizowanej historii choroby pacjenta znajdował się dokument zawierający m.in.:

- przesiewową ocenę stanu odżywienia pacjenta (wg. systemu NRS - co było zgodne ze *Standardami żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego*³⁹), wraz z jego wynikiem;
- kartę kwalifikacji pacjenta do leczenia żywieniowego z zaleceniami lekarza co do leczenia żywieniowego;
- kartę leczenia żywieniowego pacjenta wraz z zaleceniami lekarza;
- kartę gorączkową z wyliczonym indeksem BMI⁴⁰;
- wyniki zleconych przez lekarza badań biochemicznych.

³⁴ Zasady oceny oraz leczenia żywieniowego zawarte były w procedurze: PF-08 Leczenie żywieniowe, Wydanie: 3 z dnia 23 lutego 2023 r., I-04/KP-05/a Sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego, Wydanie: 1 z dnia 28 kwietnia 2021 r.

Ponadto zasady dystrybucji posiłków oraz nadzoru nad bezpieczeństwem żywienia hospitalizowanych pacjentów określała procedura: Dystrybucja i ochrona czasu posiłków, Wydanie 4 z dnia 23 kwietnia 2021 r.

³⁵ Były to: dieta podstawowa; dieta łatwostrawna; dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu; dieta łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających; wydzielenie soku żołądkowego; dieta bogatobiałkowa; dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów; dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych; dieta ubogoenergetyczna; dieta ubogobiałkowa; dieta niskobiałkowa; dieta eliminacyjna; dieta papkowata; dieta płynna; dieta płynna wzmocniona; dieta do żywienia przez zgłębnik lub przetokę.

³⁶ Bezpośrednim przełożonym dietetyczek była Naczelna Pielęgniarka. Do obowiązków Naczelnej Pielęgniarki, która była bezpośrednią przełożoną pracowników Sekcji Dietetyki i Obsługi Oddziałów, należał m. in. nadzór nad prowadzonymi w Szpitalu procesami pielęgnowania oraz żywienia pacjentów (§8 pkt 2 Regulaminu Organizacyjnego oraz pkt 8.8 zakresu czynności).

³⁷ D.R. - starsza dietetyczka zatrudniona od 1 października 1987 r. (licencjat dietetyki), E.W. - starsza dietetyczka zatrudniona od 1 września 1988 r. (licencjat dietetyki), K.M. - starsza dietetyczka zatrudniona od 1 września 1988 r. (licencjat dietetyki), M.M. - starsza dietetyczka zatrudniona od 1 grudnia 2022 r. (magister dietetyki).

³⁸ Wybrane spośród pacjentów leczonych na dwóch oddziałach szpitalnych tj. Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, prowadzących leczenie pacjentów onkologicznych.

³⁹ *Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego* zostały opracowane przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

⁴⁰ BMI - (ang. Body Mass Index) jest ilorazem masy ciała wyrażonej w kilogramach i wzrostu (w metrach) podniesionego do kwadratu. Pozwala on na rozróżnienie niedowagi, prawidłowej masy ciała, nadwagi oraz różnych stopni otyłości.

Przesiewowa ocena stanu pacjenta skutkowała rozszerzonym wywiadem lekarskim z zaleceniem wdrożenia leczenia żywieniowego (zindywidualizowanego w odniesieniu do pacjenta). W każdym z analizowanych przypadków zalecenia te były realizowane, co zostało potwierdzone podpisami w dokumentacji pacjenta (historii choroby) przez odpowiedzialnych pracowników ww. Oddziałów. Szpital monitorował jakość posiłków m.in. włączając w ten proces pacjentów, którzy mogli się wypowiedzieć na ich temat (ankiety).

(akta kontroli str. 232-233, 234, 235-236, 237-261, 262-265, 266, 267-271, 272-274, 275-280, 281-291, 292-298, 299-316, 317-318, 319-321, 322-339)

5. W Szpitalu funkcjonowało laboratorium medyczne⁴¹ wpisane na listę Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (dalej: KIDL)⁴². Nie realizowało ono badań patomorfologicznych oraz genetycznych⁴³. W celu zapewnienia wykonania takich badań WSS zawarł umowę z podmiotami zewnętrznymi wpisanymi do ewidencji KIDL⁴⁴. Zapewniono w ten sposób dostęp pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej do badań patomorfologicznych i genetycznych, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia dot. AOS i w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

W okresie objętym kontrolą (do końca I kwartału 2023 r.) podmioty zewnętrzne wykonały 106 267 badań na łączną kwotę 4 351 657 zł, w tym 104 620 badań pozagenetycznych⁴⁵ na łączną kwotę 3 417 849 zł oraz 1 647 badań genetycznych⁴⁶ na łączną kwotę 933 808 zł. Średni koszt wyniósł 32,67 zł za jedno badanie pozagenetyczne i 566,97 zł za jedno badanie genetyczne.

Dla badań pozagenetycznych, w poszczególnych latach wynosiło to:

- w 2019 r. – 21 975 badań na kwotę 560 800 zł. Średnia – 25,52 zł. Wśród nich 18 482 badania histopatologiczne i inne⁴⁷ oraz 3493 badania cytologiczne;
- w 2020 r.⁴⁸ – 18 713 badania na kwotę 521 170 zł. Średnia – 27,85 zł. W tym było 17023 badania histopatologiczne i inne oraz 1690 badań cytologicznych;
- w 2021 r. – 23 425 badań na kwotę 777 600 zł. Średnia – 33,19 zł. Wśród nich było 21 737 badań histopatologicznych i inne oraz 1 688 badań cytologicznych;
- w 2022 r. – 30 159 badań na kwotę 1 075 294 zł. Średnia – 35,65 zł. W tym 28 205 badań histopatologicznych i innych oraz 1 954 badań cytologicznych;
- w 2023 r.(I kwartał) – 10 348 badań na kwotę 482 985 zł. Średnia – 46,67 zł. Wśród nich było 9803 badania histopatologiczne i inne oraz 545 badań cytologicznych.

⁴¹ Pod nazwą Dział Diagnostyki Laboratoryjnej.

⁴² <https://kidl.org.pl>. W dniu 28 czerwca 2004 r. - Nr w ewidencji KRDL – 580.

⁴³ Prowadzone badania dotyczyły: hematologii, chemii klinicznej, koagulologii, analityki ogólnej, gazometrii, laboratoryjnej immunologii medycznej, bakteriologii, wirusologii, parazytologii, serologii chorób zakaźnych i zarażeń i serologii grup krwi, mikrobiologii oraz diagnostyki prątków gruźlicy.

⁴⁴ Od 31 sierpnia 2018 r. do 30 sierpnia 2020 r. z NZOZ Zakład Patologii Sp. z o.o. (Nr ewidencji KILD – 41), od 31 sierpnia 2020 r. z MEDUNIV Sp. z o. o. (Nr ewidencji KILD – 40). Badania te obejmowały: badania histopatologiczne, badania cytologiczne, badania śródoperacyjne i konsultacje specjalisty patomorfologa. Celem wykonywania badań genetycznych Szpital zawarł umowy: od 1 marca 2017 r. z Instytutem Genetyki i Immunologii GENIM Sp. z o. o. (Nr ewidencji KILD – 3139), a następnie od 25 maja 2020 r. z Oncogene Diagnostics Sp. z o. o. (Nr ewidencji KILD – 3086).

⁴⁵ Badania histopatologiczne (łącznie z cytoblokiem) w tym badania śródoperacyjne, immunohistochemiczne, histochemiczne oraz konsultacje patomorfologiczne oraz badania cytologiczne.

⁴⁶ W roku 2019-2021 – badania cytogenetyczne (guzy lite FISH), badania metodami biologii molekularnej (PCR) a w latach 2022 - I kwartał 2023 – ww. metodami oraz dodatkowo metodą sekwencjonowania następnej generacji (NGS).

⁴⁷ Przypis Nr 43 (za wyjątkiem badań cytologicznych, które są prezentowane osobno).

⁴⁸ W 2020 r. badania wykonywały dwa podmioty, z którymi w trakcie roku Szpital miał podpisane umowy tj. NZOZ Patomorfologia Sp. z o. o.(do 31 sierpnia 2020 r. - 12 886 badań) i Meduniv Sp. z o. o. (od 1 września 2021 r. - 5005 badań).

Dla badań genetycznych, w poszczególnych latach wynosiło to:

- w 2019 r. - 268 badań na kwotę 129 660 zł. Średnia – 483,81 zł;
- w 2020 r. - 555 badań na kwotę 240 236 zł. Średnia – 432,86 zł;
- w 2021 r. - 498 badań na kwotę 195 906 zł. Średnia – 393,39 zł;
- w 2022 r. - 259 badań na kwotę 262 897 zł. Średnia – 1 015,05 zł;
- w 2023 r. (I kw.) – 67 badań na kwotę 105 109 zł. Średnia – 1 568,79 zł.

W latach 2022- 2023 (I kw.) wprowadzono metodę sekwencjonowania następnej generacji (NGS).

(akta kontroli str. 340-351, 352-364, 365-374, 375-392, 393)

6. W całym okresie objętym kontrolą Szpital posiadał opracowane w formie pisemnej szczegółowe procedury radiologiczne dotyczące badań diagnostycznych z zastosowaniem promieniowania jonizującego, w tym 76 procedur dotyczących diagnostyki obrazowej⁴⁹ i 46 procedur dotyczących tomografii komputerowej⁵⁰. Natomiast pisemne procedury szczegółowe z zakresu radiologii zabiegowej (15 procedur) zostały wprowadzone w WSS w dniu 20 stycznia 2020 r. Do tego czasu Szpital stosował w tym zakresie procedury wzorcowe wprowadzone obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii - diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej⁵¹. Szerzej opisano tę sytuację w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Procedury te zawierały opis postępowania odnoszącego się do stosowanych w WSS urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, a także do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń, oraz informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym informacje dotyczące narażenia ww. osób, zgodnie z art. 33f ustawy prawo atomowe.

W Szpitalu nie były prowadzone kliniczne audyty zewnętrzne, w trakcie których procedury te (szczegółowe) byłyby oceniane pod kątem ich poprawności i aktualności.

Przeprowadzono natomiast w latach 2019, 2021 i 2022 kliniczne audyty wewnętrzne, stosownie do art. 33u ust. 1 oraz art. 33v prawa atomowego⁵². W roku 2020 nie przeprowadzono takiego audytu co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W ich ramach ww. audytów badano:

- zgodność procedur roboczych z wzorcowymi;
- prowadzenie analizy zdjęć odrzuconych zgodnie z obowiązującą procedurą;
- sposób postępowania z dokumentacją medyczną (losowo wybrane skierowania i opisy dot. rentgenodiagnostyki i tomografii komputerowej);
- częstotliwość wykonywania i wyniki bieżących testów eksploatacyjnych;
- wielkość dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych oraz wartości czasów ekspozycji, porównanie ich z odpowiadającymi tym procedurom wartościami poziomów referencyjnych określonych w załączniku nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków

⁴⁹ Procedura: PR-01/a/b Wydanie 2 z dnia 10 czerwca 2016 r. zastąpiona w dniu 20 stycznia 2020 r. procedurą PR-01 wydanie 3.

⁵⁰ Procedura PR-04/a Wydanie 2 z dnia 10 czerwca 2016 r., zastąpiona w dniu 20 stycznia 2020 r. procedurą PR-04 Wydanie 3.

⁵¹ Dz. Urz. MZ z 2015 r. poz. 78.

⁵² Odbłyły się: 29 grudnia 2019 r., 29-30 grudnia 2021 r. i 16-17 listopada 2022 r.

bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁵³;

- zapisy stanowiące dowód na sprawność aparatury rentgenowskiej, dozymetrycznej oraz aparatury do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej;

- zapisy kontroli nadzoru nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej.

W wyniku przeprowadzonych klinicznych audytów wewnętrznych:

- w 2019 r. – stwierdzono brak procedur szczegółowych dla radiologii zabiegowej, ustalono, że skierowania nie były rzetelnie wypisywane przez lekarzy kierujących (np. częsty brak wskazania co badanie ma wyjaśnić), wskazano na potrzebę dokonania kalibracji jednego z urządzeń⁵⁴ (*pomimo braku podstaw do przypuszczeń, że działało ono nieprawidłowo*);

- w 2021 r. – stwierdzono, że częste zmiany na stanowisku Inspektora Ochrony Radiologicznej wprowadzały brak ciągłości w kwestii nadzoru nad dokumentacją, w tym w testach podstawowych aparatów rentgenowskich oraz ochrony radiologicznej, od maja 2021 r. testy podstawowe wykonywane były regularnie, ale nie na prawidłowych drukach, występowała rozbieżność pomiędzy datą wykonania testów specjalistycznych, a dniem otrzymania sprawozdania. W wyniku audytu określono działania korygujące, w ramach których zlecono wprowadzenie m. in. zaktualizowanej procedury dot. medycznych procedur szczegółowych (PR-01), wprowadzenie do systemu Alteris⁵⁵ możliwości tworzenia raportu z dawek otrzymywanych przez pacjentów.

- w 2022 r. – sprawdzono wykonanie działań korygujących z 2021 r., a ponadto zlecono m.in. wprowadzenie na skierowaniu na badanie tomografii komputerowej wagi i wzrostu pacjenta przez lekarzy kierujących i wpisywanie tych danych do systemu komputerowego w celu kontroli dawki w zależności od BMI pacjenta, wprowadzenie obowiązkowego tygodniowego wykazu sprawności aparatu dla każdego urządzenia radiologicznego.

Kontrolę Szpitala w zakresie *oceny jednostki organizacyjnej stosującej urządzenia radiologiczne, urządzenia pomocnicze do celów rentgenodiagnostyki i prowadzącej działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki oraz oceny stanu sanitarnego pomieszczeń pracowni rentgenowskiej*, przeprowadził w dniu 7 czerwca 2022 r. Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (dalej: ŚPWIS). W wyniku ww. kontroli stwierdzono, iż: ewidencja urządzenia radiologicznego nie zawierała informacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 33r ust 10 prawa atomowego, dwukrotnie⁵⁶ nie wykonano testów specjalistycznych dla aparatu RTG, raz⁵⁷ nie wykonano testów specjalistycznych monitorów opisowych i monitorów przeglądowych, brak było testów podstawowych dla monitorów przeglądowych, brak było protokołów wyników testów podstawowych dla aparatu RTG, raz⁵⁸ nie wykonano przeglądu technicznego dla aparatu RTG.

⁵³ Dz. U. z 2017 r. poz. 884.

⁵⁴ Miernik dawki DOSIMAX plus.

⁵⁵ System rejestracji pacjentów na badania obrazowe i repozytorium tych badań.

⁵⁶ W okresie od 6 kwietnia 2019 r. do 8 kwietnia 2019 r. oraz od 10 kwietnia 2020 r. do 28 kwietnia 2020 r. dla typu Q-RAD.

⁵⁷ W okresie od 10 kwietnia 2020 r. do 28 kwietnia 2020 r. dla typu NEC MD211G3 i dla typu EIZO RadiForce MX191.

⁵⁸ W okresie od 25 maja 2019 r. do 10 czerwca 2020 r. dla typu Q-RAD.

W wyniku kontroli ŚPWIS wydał w dniu 14 lipca 2022 r. decyzję⁵⁹, w której uznał część nieprawidłowości za usunięte w trakcie ww. kontroli oraz zarządził obowiązek wykonywania przez Szpital testów podstawowych dla monitorów stosowanych do prezentacji obrazów medycznych⁶⁰, wyznaczając termin realizacji do dnia 12 sierpnia 2022 r. W dniu 10 sierpnia 2022 r. Dyrektor skierował do ŚWIS pismo, w którym poinformował o wykonaniu obowiązku wynikającego z ww. decyzji.

(akta kontroli str. 394, 395-395a, 396-399, 400-405, 407-426, 427-435, 436-438, 439-448, 439-453, 454-455)

7. Szpital jako podmiot prowadzący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne realizował, wynikający z § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów⁶¹ (dalej: KRN), obowiązek przekazywania do KRN danych określonych w § 5 ww. rozporządzenia.

Jak wyjaśnił Dyrektor: *lekarze zobowiązani są w chwili stwierdzenia rozpoznania nowotworowego u świadczeniobiorcy uzupełnić formularz MZ/N-1 w oprogramowaniu Szpitala (AMMS) oraz w KRN, a następnie przygotowane formularze zostają przekazywane do Koordynatora KRN na terenie województwa Świętokrzyskiego znajdującego się w Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach. W przypadku wystąpienia wątpliwości dot. formularza MZ/N-1 Koordynator KRN przesyła informacje do lekarzy odpowiedzialnych za wystawioną Kartę Nowotworową. Organizacyjnie cała korespondencja przychodząca do Szpitala przechodzi przez sekretariat, który pełni tzw. funkcję kancelarii. Następnie korespondencja przekazywana jest do lekarza, którego dot. sprawa. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze nie ma wglądu do Krajowego Rejestru Nowotworów i nie posiada praw administracyjnych do zarządzania zbiorem danych sprawozdawanych w KRN przez lekarzy. Dostęp do Krajowego Rejestru Nowotworów posiadają osoby będące lekarzami z aktualnym numerem prawa wykonywania zawodu (NPWZ), a logowanie odbywa się za pośrednictwem indywidualnej metody identyfikacji m.in. takiej jak: Profil Zaufany; Bankowość Elektroniczna; e-Dowód; Aplikacji mObywatel.*

Analiza 20 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, przesłanych przez Szpital do KRN (za pośrednictwem Świętokrzyskiego Centrum Onkologii) w okresie od 24 maja 2023 r. do 12 lipca 2023 r. wykazała, że we wszystkich badanych kartach (100%) wypełniono rubryki dotyczące: rozpoznania histopatologicznego, kodu histopatologicznego, kodu zaawansowania nowotworu, stopnia zaawansowania i stadium zaawansowania. W 18 kartach (90%) nie była wypełniona rubryka dot. innych klasyfikacji zaawansowania. Wynikało to z wypełnienia rubryki rozpoznania klinicznego wskazującego na takie rozpoznanie (C34, C78, C45), które nie generowało wymogu określenia innych klasyfikacji zaawansowania nowotworu.

(akta kontroli str. 456-475, 476, 782-801)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie posiadał w 2019 r. pisemnych procedur szczegółowych z zakresu radiologii zabiegowej, pomimo obowiązku wynikającego z art. 33f ust. 1 ustawy prawo atomowe. Zgodnie z ww. art. *wykonanie badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia, z zastosowaniem promieniowania jonizującego, odbywa się zgodnie ze szczegółowymi medycznymi procedurami radiologicznymi opracowanymi w jednostce ochrony zdrowia.* Procedury te zostały wprowadzone

⁵⁹ Znak: NHR.9020.1.27.2022

⁶⁰ W stacjach przeglądowych typu RadiForce MX191 firmy EIZO o numerach seryjnych 23421116 i 27199027.

⁶¹ Dz. U. z 2018 r. poz. 1197, ze zm.

w WSS w dniu 20 stycznia 2020 r. Jak wyjaśnił Dyrektor: *Procedury z zakresu radiologii zabiegowej były wykonywane na podstawie obowiązujących przepisów nadrzędnych, tj. procedur wzorcowych z zakresu radiologii, jednakże nie były one sformalizowane w procedurach wewnętrznych jednostki. Zostały podjęte kroki poddania aktualizacji wewnętrznej procedury szpitalnej do obowiązującego stanu prawnego, poprzez zobowiązanie w połowie sierpnia 2019 r. Kierowników Oddziałów zabiegowych wykonujących procedury z zakresu radiologii zabiegowej do opracowania procedur roboczych w zakresach przeprowadzanych przez siebie zabiegów. Od dnia 20 stycznia 2020 r. wprowadzono do procedury wewnątrzszpitalnej załączniki z dodatkowymi procedurami roboczymi z zakresu radiologii zabiegowej.*

(akta kontroli str.454-455)

2. W 2020 r. nie przeprowadzono corocznego klinicznego audytu wewnętrznego dot. poprawności i aktualności procedur radiologicznych (szczegółowych) stosowanych przez Szpital, pomimo obowiązku wynikającego z art. 33u ust. 1 oraz art. 33v prawa atomowego nakładającego na jednostki ochrony zdrowia stosujące medyczne procedury radiologiczne przeprowadzenie takiego audytu nie rzadziej niż co rok. Jak wyjaśnił Dyrektor: *W roku 2020 audyt kliniczny nie został wykonany w związku z trwającą epidemią COVID – 19.*

(akta kontroli str.454-455)

Ze względu na fakt, iż powyższe nieprawidłowości zostały usunięte przez Szpital przed rozpoczęciem kontroli, Najwyższa Izba Kontroli odstąpiła od formułowania wniosków pokontrolnych w tym zakresie.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital spełniał wymogi sprzętowe i kadrowe dotyczące udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Nie brał przy tym udziału w programie pilotażowym Krajowej Sieci Onkologicznej. W WSS zachowane zostały warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Zatrudnienie dietetyków, stosowanie zróżnicowanych diet oraz wdrożenie i stosowanie m. in. systemu HACCP, skutkowało zapewnieniem wysokiego poziomu przygotowania i dystrybucji posiłków oraz żywienia pacjentów (w tym onkologicznych). Szpital zapewniał pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej niezbędne badania patomorfologiczne oraz genetyczne. Opracowano szczegółowe medyczne procedury radiologiczne (dla radiologii zabiegowej od 2020 r.) oraz przeprowadzono wewnętrzne audyty kliniczne procedur radiologicznych (z wyjątkiem 2020 r.), zgodnie z przepisami ustawy *Prawo atomowe*. Dochoywano należytej staranności dokonując zgłoszeń nowych rozpoznań oraz podejrzeń nowotworów złośliwych do Krajowego Rejestru Nowotworów.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W poszczególnych latach objętych kontrolą, liczba i wartość udzielonych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia, w odniesieniu do ogólnej wartości kontraktów zawarty z NFZ wynosiła:

1. W 2019 r. ogólna wartość kontraktu - 83 195 519,10 zł, w tym:

- liczba onkologicznych świadczeń diagnostycznych - 1 264 świadczeń (w tym 39 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 1225 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 74 697 zł (w tym 12 338,69 zł w ramach pakietu onkologicznego i 62 358,31 zł poza pakietem);

- liczba onkologicznych świadczeń leczniczych - 1 546 świadczeń (w tym 636 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 910 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 9 938 575,19 zł (w tym 5 952 419,07 zł w ramach pakietu onkologicznego i 3 986 156,12 zł poza pakietem).

2. W 2020 r. ogólna wartość kontraktu - 88 729 185,09 zł, w tym:

- liczba onkologicznych świadczeń diagnostycznych - 887 świadczeń (w tym 18 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 869 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 50 820,44 zł (w tym 5153 zł w ramach pakietu onkologicznego i 45667,44 zł poza pakietem);

- liczba onkologicznych świadczeń leczniczych - 1 396 świadczeń (w tym 656 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 740 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 9 451 029,78 zł (w tym 6 283 993,15 zł w ramach pakietu onkologicznego i 3 167 036,63 zł poza pakietem).

3. W 2021 r. ogólna wartość kontraktu - 94 497 811,09 zł, w tym:

- liczba onkologicznych świadczeń diagnostycznych - 1 238 świadczeń (w tym 29 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 1209 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 78 661,63 zł (w tym 6 665,91 zł w ramach pakietu onkologicznego i 71 995,72 zł poza pakietem);

- liczba onkologicznych świadczeń leczniczych - 1 499 świadczeń (w tym 683 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 816 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 9 785 011,26 zł (w tym 6 273 511,43 zł w ramach pakietu onkologicznego i 3 511 499,83 zł poza pakietem).

4. W 2022 r. ogólna wartość kontraktu - 127 325 418,57 zł, w tym:

- liczba onkologicznych świadczeń diagnostycznych - 1477 świadczeń (w tym 38 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 1439 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 132 464,29 zł (w tym 11 166,60 zł w ramach pakietu onkologicznego i 121 297,69 zł poza pakietem);

- liczba onkologicznych świadczeń leczniczych - 1 558 świadczeń (w tym 498 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 1060 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 15 890 455,47 zł (w tym 8 385 751,09 zł w ramach pakietu onkologicznego i 7 504 704,38 zł poza pakietem).

5. W 2023 r. (I kwartał) wartość kontraktu - 38 528 164,04 zł, w tym:

- liczba onkologicznych świadczeń diagnostycznych - 7 świadczeń (wszystkie w ramach pakietu onkologicznego), a ich wartość 5422,81 zł;

- liczba onkologicznych świadczeń leczniczych - 466 świadczeń (w tym 125 świadczeń w ramach pakietu onkologicznego i 341 świadczeń poza tym pakietem) o wartości 5 698 718,04 zł (w tym 2 877 608,86 zł w ramach pakietu onkologicznego i 2 821 109,18 zł poza pakietem).

Jak wyjaśnił Dyrektor: *W WSS w Czerwonej Górze większość hospitalizacji to hospitalizacje „poza pakietowe”, co jest wynikiem najczęściej konieczności przeprowadzenia u pacjentów pełnej diagnostyki z uwzględnieniem badań PET, badań histopatologicznych oraz badań genetycznych, których technika wykonania i procedury z tym związane (zarówno badań hist.-pat jak i genetycznych) wymagają czasu, który szacowany jest na okres ok. czterech tygodni a badanie PET (wykonanie plus wynik) to ok. 6 tygodni. Największa grupa pacjentów trafia do Szpitala z pominięciem AOS. Nie posiadają karty DILO, w sytuacjach kiedy zasadne byłoby*

aby pacjent taką kartę otrzymał od lekarza kierującego np. od lekarza POZ. Przyjmowani są oni na podstawie skierowania do pilnej diagnostyki onkologicznej, z pominięciem powyższych procedur. Karta DiLO wystawiana jest wtedy po rozpoznaniu nowotworu złośliwego ze Szpitala. Wszyscy pacjenci, którzy stawiają się do Szpitala są taktowani priorytetowo i bezzwłocznie przeprowadzana jest pełna diagnostyka. Po uzyskaniu wyników wszystkich badań wykonanych zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz standardami i potwierdzeniu choroby nowotworowej pacjentowi wystawiana jest karta DiLO a następnie pacjent trafia na konsylium onkologiczne. Podkreślam, że pomimo, iż taka hospitalizacja zostaje rozliczona poza pakietem onkologicznym pacjent korzysta ze wszystkich procedur przysługujących pacjentom onkologicznym a działania personelu Szpitala zawsze mają na względzie szybkość udzielania pomocy. Dodatkowo należy dodać, iż są również pacjenci, którym karta DiLO została już wystawiona a oni nie posiadają informacji w tym zakresie. W związku z powyższym zasadna wydaje się aktualizacja przepisów w tym zakresie.

We wszystkich latach objętych kontrolą wystąpiły niewykonania w odniesieniu do kontraktu Szpitala z NFZ. Procent niewykonania kontraktu wynosił:

W ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej: w 2019 r. – 15 %, w 2020 r. – 22 %, w 2021 r. – 11 %, w 2022 r. – 10 % i w 2023 r. (I kw.) – 23 %.

W odniesieniu do Chemioterapii i Programów lekowych⁶² wynosił odpowiednio: w roku 2022 – 27 % i 26 %, zaś w I kwartale 2023 r. – 6 % i 2 %.

W ramach Leczenia szpitalnego niewielkie niewykonanie wystąpiło w 2020 r. – 1%. W pozostałych latach kontrakt był wykonany w pełni (w latach 2019 i 2022 - 100 %) lub miały miejsce nadwykonania (w 2021 r. - 101 % i w I kw. 2023 r. 150 %).

Jak wyjaśnił Dyrektor: *niewykonania miały miejsce z powodu braku pacjentów, którzy spełniają kryterium do rozliczenia w ramach danego zakresu świadczeń tj. zgłosili się bez karty DiLO; nie odwoływaniem wizyt przez pacjentów, którzy się ostatecznie nie zgłaszają przez co blokują miejsce dla innych chorych; pandemią wywołaną wirusem SARS-CoV-2, gdzie obserwowano znacząco niższą ilość pacjentów co było uwarunkowane m.in. strachem przed ewentualnym zarażeniem się; w przypadku chemioterapii oraz programu lekowego „leczenie chorych na raka płuc oraz międzybłoniaka opłucnej – początkiem kontraktu przypadających na 1 grudzień 2022 r., a więc bardzo krótkim okresem funkcjonowania; liczbą sprawozdawanych świadczeń uwarunkowanych stanem zdrowia danego pacjenta tj. w ramach danego zakresu świadczeń, są różne produkty rozliczeniowe ze zróżnicowaną wyceną, a wartość kontraktu nie jest przypisana sztywno do wykonania określonej liczby danych świadczeń.*

W odniesieniu do nadwykonań, jak wyjaśnił Dyrektor, *na przestrzeni lat 2019-2023 (I kwartał) NFZ dokonywał renegotjacji umów w przedziałach czasowych kwartalnie i/lub na koniec danego roku. Zapłata za świadczenia wykonane ponad limit w umowach była realizowana przez NFZ w okresie max. do 3 miesięcy po okresie, którego dotyczyły renegotjacje umów.*

W latach 2019 - I kwartał 2023 NFZ zapłacił Szpitalowi 100 % nadwykonań w zakresach onkologicznych.

(akta kontroli str. 477, 478, 479-481, 482)

2. W okresie objętym kontrolą, Szpital zapewnił prawidłowe prowadzenie harmonogramów przyjęć i list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego.

⁶² Chemioterapia i Programy lekowe zostały uruchomione w grudniu 2020 r.

Liczba pacjentów oczekujących⁶³ na świadczenia lecznicze w ośmiu analizowanych komórek organizacyjnych WSS⁶⁴ na koniec I kwartału 2023 r. wynosiła⁶⁵dla:

- poradni gruźlicy i chorób płuc – 35, 88, 245, 287 i 199 pacjentów;
- poradni chirurgii ogólnej – sześciu, czterech, ośmiu, pięciu i siedmiu pacjentów;
- poradni urologicznej – ośmiu, 64, sześciu, siedmiu i 21 pacjentów;
- pracowni tomografii komputerowej – w 2019 r. dwaj pacjenci oczekiwali na świadczenie lecznicze, w 2020 r. pacjenci przyjmowani byli na bieżąco, zaś w latach 2021-2023 liczba oczekujących wynosiła odpowiednio 244, 191, 203 pacjentów;
- oddziału urologicznego – pacjenci przyjmowani byli na bieżąco
- oddziału chorób płuc i gruźlicy – pacjenci przyjmowani byli na bieżąco
- oddziału pulmonologiczno-alergologiczny – pacjenci przyjmowani byli na bieżąco
- oddziału chorób wewnętrznych – pacjenci przyjmowani byli na bieżąco

Żaden z pacjentów, któremu wystawiono kartę DiLO nie oczekiwał w kolejce na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Średni czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń w ww. komórkach organizacyjnych liczony w dniach, na koniec I kwartału poszczególnych lat objętych kontrolą wynosił odpowiednio:

- w poradni gruźlicy i chorób płuc – dla pacjentów stabilnych: 63, 69, 81, 218 i 226 dni. Pacjenci pilni w 2019 r. byli przyjmowani na bieżąco. W pozostałych latach objętych kontrolą średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 30, 62, 118 i 137 dni;
- w poradni chirurgii ogólnej – dla pacjentów stabilnych: 36, 19, 15, 18 i 19 dni. Pacjenci pilni w 2019 r. byli przyjmowani na bieżąco. W pozostałych latach objętych kontrolą średni czas oczekiwania tych pacjentów na udzielenie świadczeń wynosił odpowiednio: siedem, osiem, pięć i dziewięć dni;
- w poradni urologicznej – dla pacjentów stabilnych: 49, 10, 6, 8, 26 dni. Pacjenci pilni w latach 2019-2022 byli przyjmowani na bieżąco, natomiast w 2023 r. średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił dziewięć dni;
- w pracowni tomografii komputerowej – w 2020 r pacjenci stabilni byli przyjmowani na bieżąco zaś w latach 2019, 2021-2023 średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń wynosił dla tych pacjentów dziewięć, 17, 14 i 14 dni. Pacjenci pilni w latach 2019-2021 byli przyjmowani na bieżąco, zaś w latach 2022-2023 średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń wynosił siedem i siedem dni;
- w oddziale urologicznym – wszyscy pacjenci stabilni w latach 2019-2021 oraz w 2023 r. byli przyjmowani na bieżąco. W roku 2022 średni czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń wynosił dwa dni. Wszyscy pacjenci pilni w latach objętych kontrolą byli przyjmowania na bieżąco.
- w oddziale chorób płuc i gruźlicy – wszyscy pacjenci stabilni oraz pilni byli przyjmowania na bieżąco.
- w oddziale pulmonologiczno-alergologicznym – pacjenci stabilni oraz pilni przyjmowani byli na bieżąco;
- w oddziale chorób wewnętrznych – pacjenci stabilni oraz pilni przyjmowani byli na bieżąco.

⁶³ Dotyczy tzw. pacjentów stabilnych i pilnych (łącznie).

⁶⁴ Poradnia gruźlicy i chorób płuc – kod 1270, Poradnia chirurgii ogólnej – kod 1500, Poradnia urologiczna – kod 1640, Pracownia tomografii komputerowej – kod 7220, Oddział urologiczny – kod 4640, Oddział gruźlicy i chorób płuc – kod 4270, Oddział pulmonologiczno-alergologiczny – kod 4272 i Oddział chorób wewnętrznych – kod 4000.

⁶⁵ Dotyczy przyjętych na bieżąco i przyjętych w stanie nagłym

W I kwartałach lat 2021 – 2023, w stosunku do I kw. 2020 r. nastąpiło istotne zwiększenie liczby pacjentów oczekujących oraz średni czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w poradni Gruźlicy i Chorób Płuc oraz w pracowni Tomografii Komputerowej.

Jak wyjaśnił Dyrektor powyższe było uwarunkowane pandemią wirusa SARS-CoV-2, jak również zgłaszającymi się pacjentami z powikłaniami występującymi po przebytej chorobie COVID-19 wywołanej w/w wirusem, a także ze stałą obsadą personelu lekarskiego.

Dyrektor wyjaśnił także: *Do Szpitala pacjenci przyjmowani na podstawie karty DiLO oznaczeni są w harmonogramie przyjęć w trybie przyjęć na bieżąco. Pacjenci, którzy zostali przyjęci do szpitala na podstawie skierowania (w sytuacji kiedy zasadne byłoby aby pacjent taką kartę otrzymał od lekarza kierującego np. od lekarza POZ) lub pacjenci, którym karta DiLO została już wystawiona a nie posiadają informacji w tym zakresie i nie posiada takiej informacji Szpital, okazują się przy przyjęciu skierowaniem i traktowani są jak pozostali pacjenci i trafiają do kolejki oczekujących. Po wystawieniu takim pacjentom karty DiLO w Szpitalu, stosowane są wobec nich wszystkie terminy, które dotyczą takich pacjentów.*

Badanie szczegółowe harmonogramu i listy oczekujących (z I kwartału 2023 r.), na losowo wybranej próbie⁶⁶ pacjentów Poradni onkologicznej, Pracowni kolonoskopii oraz Programu lekowego leczenia chorych na raka płuc oraz międzybłoniaka opłucnej wykazało, że harmonogram ten oraz lista oczekujących były prowadzone zgodnie z art. 19a ust. 2, 4 i 7 oraz art. 20 ust. 2 i 12-14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶⁷ tj. kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej była ustalana na podstawie kolejności zgłoszeń świadczeniodawcy, a listy oczekujących prowadzono w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz z zgodnie z kryteriami medycznymi.

(akta kontroli str. 484-488, 489-504, 505-518, 519)

3. Szpital zapewnił koordynację świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zleconych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W I kwartałach lat objętych kontrolą do Szpitala zgłosili się pacjenci, którym uprzednio lekarze POZ⁶⁸ wystawili - jedną kartę DiLO w 2020 r., dwie karty w 2022 r. i siedem kart w 2023 r. W pozostałych latach karty nie zostały wystawione. Lekarze udzielający świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) u innego świadczeniodawcy nie wystawili w I kwartałach lat 2019-2023 kart DiLO późniejszym pacjentom Szpitala. W ramach świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej Szpitala, lekarze w latach 2019-2023 (I kwartał) wystawili odpowiednio dziesięć, osiem, cztery 36 i 37 kart DiLO. Zdecydowaną większość takich kart wystawili lekarze na oddziałach szpitalnych WSS. W ww. latach było to odpowiednio 191, 195, 189, 174 i 171 kart DiLO⁶⁹.

Analiza 30 kart DiLO wystawionych pacjentom⁷⁰ wykazała, że wszystkie karty zawierały informacje dotyczące numeru oraz daty i miejsca wystawienia karty a także inne dane określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r.

⁶⁶ Próba 20 pacjentów kolejno zapisanych w harmonogramie przyjęć.

⁶⁷ DZ. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

⁶⁸ Podstawowa Opieka Zdrowotna.

⁶⁹ Powyższe dane uzyskano z systemu informatycznego służącego do obsługi kart DiLO (AP-DiLO) oraz z systemu informatycznego Szpitala.

⁷⁰ Dobranych losowo przy pomocy Ms Excel.

w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego⁷¹. We wszystkich ww. kartach odnotowano potwierdzone podpisem powołanie Koordynatorów dla każdego z leczonych pacjentów.

Jak wyjaśnił Dyrektor: Koordynatorzy współpracują z wieloma działami Szpitala oraz z innymi ośrodkami leczniczymi, do których kierowani są pacjenci (Zakład Patomorfologii Klinicznej i Doświadczalnej Meduniv opisujący wyniki histopatologiczne, Oncogene Diagnostics wykonujący badania molekularne, jednostki wykonujące badania obrazowe rezonansem magnetycznym np. Affidea oraz Świętokrzyskie Centrum Onkologii). Współpracują z podmiotami leczniczymi, które swoich pacjentów z wykonaną już diagnostyką kierują do Szpitala na konsylium oraz do zabiegów operacyjnych (m. in. Prosta – Lith, przekazujący pod naszą opiekę pacjentów urologicznych). Po przeprowadzeniu konsylium ta współpraca poszerza zakres o kolejne ośrodki, ponieważ nie każdy pacjent, z różnych powodów, podejmuje leczenie w naszym Szpitalu. Pacjenci tacy także nie pozostają zostawieni sami sobie, gdyż Koordynatorzy pomagają im przekazując bezpośrednio do danej placówki i pomagają w wyznaczeniu terminu wizyty. Praca Koordynatora to codzienne monitorowanie nowych wyników histopatologicznych. Monitorują, którzy pacjenci mogą trafić bezpośrednio na konsylium, który ma zlecone badanie PET, któremu z nich lekarz powinien zlecić badania molekularne. Część pacjentów wymaga poszerzenia diagnostyki o zlecenie badań dodatkowych typu tomograf komputerowy, gastroskopia, kolonoskopia etc., co również pomagają zorganizować Koordynatorzy. Prowadzą oni skoroszyty, notatniki, gdzie zapisują co dzieje się aktualnie z pacjentem, aby nic po drodze nie umknęło. Pozostają też w stałym kontakcie telefonicznym z pacjentami. Na etapie konsylium praca Koordynatorów polega na przygotowaniu dokumentacji medycznej pacjenta oraz dopilnowaniu aby lekarz prowadzący wypełnił wymagane do konsylium dokumenty. Wszyscy pacjenci planowani do konsylium na dany dzień otrzymują ze strony Koordynatorów dokładne informacje i wskazówki, kiedy i gdzie mają się zgłosić. Aktywnie uczestniczą także w samym konsylium. Po konsylium Koordynatorzy m.in. porządkują dokumentację pacjenta, rozliczenie wykonanych świadczeń w zakresie pakietu onkologicznego, przeprowadzenie dalszych kroków w systemie DiLO. Części pacjentów, którzy decyzją konsylium wymagają dalszego rozszerzenia diagnostyki, Koordynatorzy pomagają umawiając ich do poszczególnych badań i na nowo monitorując ten proces. We wszystkich poddanych analizie kartach DiLO odnotowano członków wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w skład którego wchodził lekarze specjaliści z zakresu onkologii klinicznej, radioterapii, urologii, chirurgii klatki piersiowej oraz chirurgii ogólnej spełniający wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie leczenia szpitalnego. Lekarze uczestniczący w konsylium oceniali diagnostykę onkologiczną (wstępną i pogłębioną), podejmowali decyzję o formie leczenia onkologicznego. Podejmowali decyzje o kolejności postępowania terapeutycznego i zaleceń dotyczących dalszego postępowania. Pod każdą decyzją konsylium znajdowały się podpisy i pieczętki osób uczestniczących w konsylium.

W Szpitalu zatrudnieni byli fizjoterapeuta i psycholog, którzy wchodziłi w skład zespołu do leczenia pacjentów onkologicznych. Jak wyjaśnił Dyrektor ich udział w procesie leczniczym jest uwarunkowany potrzebami pacjentów i każdorazowo, jeśli zachodzi taka konieczność są angażowani i uczestniczą w procesie leczniczym. Pacjenci, którzy hospitalizowani są dłużej a ich hospitalizacja związana jest z wykonaniem zabiegu operacyjnego częściej potrzebują ww. pomocy zarówno fizjoterapeutycznej jak i psychologicznej. W związku z otwarciem w Szpitalu chemioterapii zapotrzebowanie na takiego rodzaju usługi wzrosło, gdyż pacjenci kierowani na

⁷¹ Dz. U. poz. 1250.

chemioterapię często w sytuacji, gdy dowiadują się o planowanym właśnie takim leczeniu potrzebują wsparcia psychologa.

(akta kontroli str. 520, 521, 522, 523, 524-531, 532)

4. Pacjenci Szpitala generalnie uzyskiwali świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zlecone na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, w terminach przewidzianych w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych. Występowały jednak przypadki (opisane poniżej) gdy terminy te nie zostały dotrzymane. Przyczyny tego stanu rzeczy nie leżały po stronie Szpitala.

Analiza 30 kart DiLO ustaliła, że w 24 przypadkach (80 %) zostały zachowane terminy określone w § 6a ust. 4 rozporządzenia dot. AOS oraz § 4a rozporządzenia dotyczącego leczenia szpitalnego. Natomiast w przypadku sześciu pacjentów⁷² (20%) terminy te zostały przekroczone. I tak:

- karta nr [REDACTED] – przekroczony termin diagnostyki pogłębionej o 21 dni;
- karta nr [REDACTED] – przekroczony termin diagnostyki pogłębionej o 49 dni;
- karta nr [REDACTED] – przekroczony termin pomiędzy zabiegiem diagnostyczno-leczniczym a posiedzeniem konsylium o 29 dni;
- karta nr [REDACTED] - przekroczony termin pomiędzy zabiegiem diagnostyczno-leczniczym a posiedzeniem konsylium o 30 dni;
- karta nr [REDACTED] – przekroczony termin oczekiwania pomiędzy wpisem do kolejki oczekujących a pierwszą poradą w zakresie diagnostyki pogłębionej o 67 dni;
- karta nr [REDACTED] – przekroczony czas pomiędzy posiedzeniem konsylium, a wpisaniem pacjenta na listę oczekujących na leczenie szpitalne o 95 dni.

Jak wyjaśnił Dyrektor: *W przypadku karty nr [REDACTED] przekroczony termin diagnostyki pogłębionej wynikał z długiego oczekiwania na termin i wynik rezonansu magnetycznego⁷³, na który wystawiono skierowanie 18.02.2019 r., pacjent zgłosił się z wynikiem 14.03.2019 r.*

W przypadku karty nr [REDACTED] przekroczony termin diagnostyki pogłębionej wynikał z długiego oczekiwania na termin i wynik badania PET, na który wystawiono skierowanie 17.02.2023 r., pacjent zgłosił się z wynikiem 14.03.2023 r.

W przypadku karty nr [REDACTED] przekroczony termin pomiędzy zabiegiem diagnostyczno-leczniczym 02.03.2023 r. a posiedzeniem konsylium 27.04.2023 r. wynikał z konieczności diagnostyki kolejnego nowotworu, raka jelita grubego, pacjent hospitalizowany w oddziale Chirurgii Ogólnej tutejszego szpitala od 17.04.2023 r. konieczna była również konsultacja urologiczna.

W przypadku karty nr [REDACTED] przekroczony termin pomiędzy zabiegiem diagnostyczno-leczniczym 06.04.2022 r. a konsylium 02.06.2022 r. wynikał z decyzji zespołu wielodyscyplinarnego zorganizowanego w pierwszym terminie 05.05.2023 r., zdecydowano o konieczności wykonania rezonansu magnetycznego wątroby.

W przypadku karty nr [REDACTED] przekroczony termin oczekiwania pomiędzy wpisem do kolejki oczekujących pierwszą poradą w zakresie diagnostyki pogłębionej 13.06.2023 r., wynikał z konieczności wykonania u pacjenta badania PET na który wystawiono skierowanie 28.03.2023 r., pacjent zgłosił się z wynikiem 13.06.2022 r.

W przypadku karty nr [REDACTED] przekroczony czas pomiędzy posiedzeniem konsylium 18.03.2021 r. a wpisaniem pacjenta na listę oczekujących na leczenie szpitalne 04.07.2021 r. wynikał z tego że pacjent 19.03.2021 r. pacjent trafił do Świętokrzyskiego Centrum Onkologii na radioterapię.

(akta kontroli str. 533-535, 802-837)

⁷² Karty DiLO nr: [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED].

⁷³ W 2029 r. Szpital nie posiadał i nadal nie posiada aparatu diagnostycznego rezonansu magnetycznego.

5. W okresie objętym kontrolą Szpital nie realizował profilaktycznych programów zdrowotnych określonych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁷⁴. Pomimo braku zawartych umów o udzielanie świadczeń w ramach ww. programów zdrowotnych, WSS udzielał świadczeń z zakresu kolonoskopii w ramach innych rodzajów świadczeń. W latach 2019-2023 (I kwartał) w Szpitalu wykonano 2 986 badań diagnostycznych kolonoskopii⁷⁵ w ramach umów zawartych z NFZ.

Jak wyjaśnił Dyrektor, nieprzystąpienie przez Szpital do realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych w ww. zakresie spowodowane było: *w przypadku dwóch pierwszych programów profilaktycznych profilem szpitala tzn. Szpital nie zajmuje się i nie posiada komórek organizacyjnych związanych z zakresem świadczeń ginekologia i położnictwo jak również nie posiada mammografu. W kwestii programu badania przesiewowe raka jelita grubego, Szpital nie przystąpił do konkursu ofert prowadzonego przez NFZ. Powyższe wynikało z obwarowania dotyczącego realizacji przedmiotowego programu tj. „Świadczenie realizowane jest w trybie ambulatoryjnym. Świadczenia mogą odbywać się tylko w ramach innego harmonogramu pracy pracowni niż w kolonoskopii w ramach ASDK.” Szpital posiada kontrakt w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Kosztochłonnej (ASDK) na realizację świadczeń w zakresie Badania Endoskopowe Przewodu Pokarmowego – Kolonoskopia, i nie posiada potencjału kadrowego, jak również nie posiada dodatkowej pracowni by spełnić warunek konieczny zawarty w opisie programu badań przesiewowych raka jelita grubego.*

(akta kontroli str.236)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

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

OBSZAR

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

1. W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł z Ministrem Zdrowia dwie umowy o realizację zadań inwestycyjnych w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (dalej: NSO). Był to:

- zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego;
- zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca w 2021 r. w zakresie torakochirurgii.

W dniu 25 czerwca 2021 r. Minister Zdrowia ogłosił konkurs na wybór realizatorów zadania Narodowej Strategii Onkologicznej pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” w 2021 r. dla torakochirurgii⁷⁶. Zobowiązał się przy tym do sfinansowania kosztów zakupu (bez konieczności wnoszenia przez realizatora

⁷⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 916. W zakresie: Programu profilaktyki raka szyjki macicy (Lp. 2 załącznika), Programu profilaktyki raka piersi (L.p. 3 załącznika) oraz Wykonania badań przesiewowych polegających na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina (L.p. 8 załącznika).

⁷⁵ Tj.: 798 w 2019 r.; 467 w 2020 r.; 647 w 2021 r.; 810 w 2022 r. i 264 badania w 2023 r. (I kwartał)

⁷⁶ Przedmiotem konkursu było dążenie do zapewnienia lepszych warunków diagnostyki i leczenia raka płuca poprzez unowocześnienie zarówno aparatury i pracowni diagnostycznych, jak również warunków i metod leczenia, w tym uzupełnienie niedoborów sprzętu wykorzystywanego do diagnostyki i leczenia raka płuca.

wkładu własnego) wymienionego w ogłoszeniu specjalistycznego sprzętu medycznego⁷⁷. W ramach ww. zadania nie były finansowane inne wydatki⁷⁸. Określił także warunki progowe, formalne i merytoryczne udziału w konkursie, zakres finansowania zakupu ww. sprzętu oraz sposób sporządzenia oferty i terminy. Wskazał przy tym na sposób oceny oferty i kryteria jej oceny oraz kryteria podziału środków finansowych⁷⁹. Warunki te zostały przez Szpital spełnione.

Wniosek konkursowy został złożony przez Szpital w dniu 9 lipca 2021 r. Komisja konkursowa w dniu 23 lipca wezwała WSS do uzupełnienia do dnia 30 lipca 2021 r. brakujących w formularzu ofertowym (dalej: formularz) dokumentów⁸⁰. Poprawiony formularz został złożony w dniu 28 lipca 2021 r.

We wniosku WSS zawarł prawidłowe, niezbędne dane wymagane w Części I formularza⁸¹ oraz wykazał (stosownie do Części II załącznika nr 1 formularza):

- 2740 wykonanych zabiegów bronchoskopowych w latach 2017-2019 (wymagane co najmniej 1500 zabiegów);

- 1307 wykonanych zabiegów EBUS⁸² w latach 2017-2019 (wymagane co najmniej 300 zabiegów);

- 283 wykonanych zabiegów resekcji anatomicznych z zakresu chirurgii płuca w latach 2017-2019 (wymagane co najmniej 100).

Dyrektor złożył oświadczenie m.in. o prawdziwości danych zawartych w ofercie (zgodne z wzorem określonym w Części III formularza)

Szpital wykazał również dysponowanie kadrą sześciu lekarzy specjalistów z dziedziny chirurgii klatki piersiowej (wymagane co najmniej trzech lekarzy ze specjalnością z dziedziny chirurgii klatki piersiowej).

Wskazał na sprzęt i jego wartość (całkowita), który zamierzał kupić⁸³ (stosownie do Części IV formularza). Wniósł przy tym o kwotę 1 500 000 zł, przy całkowitym koszcie ww. sprzętu wynoszącym 1 514 499,65 zł. Kwotę różnicy wynoszącej 14 499,65 zł szpital zadeklarował pokryć ze swoich środków własnych. Określił przy tym miesięczny harmonogram realizacji zadania⁸⁴.

WSS przedstawił również informacje o prowadzonej działalności (zgodnie z Częścią V formularza) i współczynniki dotyczące zachorowalności na raka płuca w województwie świętokrzyskim (stosownie do Części VI formularza).

⁷⁷ Wideobronchoskopu, bronchoskopu sztywnego z zestawem sztywnych optyk (teleskopów) i narzędzi, wideobronchoskopu ultrasonograficznego (EBUS), sond radialnych USG wraz z osprzętem do biopsji obwodowych guzów płuca, procesora obrazów USG współpracującymi z sondami radialnymi USG i wideobronchoskopem ultrasonograficznym, toru wizyjnego zawierającego źródło światła, procesora obrazu endoskopowego, monitorów i urządzeń peryferyjnych, urządzenia do kriobiopsji płuca (+ 20 sond), aparatu do oceny i biopsji zmian płucnowych i obwodowych guzów płuca.

⁷⁸ Takie jak: koszty dostawy, zainstalowanie sprzętu, dostosowania infrastruktury, serwisowanie zakupionego sprzętu oraz szkolenia w zakresie obsługi.

⁷⁹ Ww. dane dostępne na stronie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-ogloszenia>

⁸⁰ Fragment tabeli z Części II Formularza ofertowego (niewydrukowana w momencie przesłania do Komisji konkursowej) i fragment tabeli z Części IV Formularza ofertowego (zmiana numerów kwartałów roku na nazwę miesiący roku).

⁸¹ Dotyczących ogólnych informacji rejestrowych o Szpitalu.

⁸² EBUS – metoda badania układu oddechowego (bronchofiberoskopia z ultrasonografią wewnątrzskrzelową).

⁸³ Wideobronchoskop, wideobronchoskop ultrasonograficzny (EBUS), sondy radialne USG wraz z osprzętem do biopsji obwodowych guzów płuca, tor wizyjny zawierający źródło światła, procesor obrazu endoskopowego, monitory i urządzenia peryferyjne, aparat USG do oceny i biopsji zmian płucnowych i obwodowych guzów płuca.

⁸⁴ Data zakupu – 26 listopad 2021 r., data dostawy – 26 listopad 2021 r., data instalacji sprzętu – 31 grudzień 2021 r., data oddania sprzętu do użytku – 31 grudzień 2021 r.

W dniu 23 lipca 2021 r. komisja konkursowa powołana przez Ministra Zdrowia, ogłosiła listę podmiotów leczniczych, które spełniły wymogi progowe i formalne udziału w konkursie, na której znalazł się także Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.

W dniu 20 sierpnia 2021 r. komisja konkursowa, dokonała wyboru (zaakceptowanego przez Ministra) podmiotów oraz podziału środków pomiędzy realizatorów ww. zadania w wyniku, którego Szpital otrzymał kwotę 1 350 000,00 zł.

W dniu 28 września 2021 r. Dyrektor Szpitala podpisał z Ministrem⁸⁵ umowę⁸⁶ na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej w zakresie zadania pn.: zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca.

Umowa zobowiązywała Szpital do złożenia do Ministerstwa Zdrowia, w terminie do dnia 10 grudnia 2021 r., rozliczenia stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych, wraz z uwierzytelnionymi przez kierownika jednostki lub głównego księgowego kserokopiami oryginałów faktur VAT za zakupiony sprzęt, potwierdzonymi pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym przez Szpital, wraz z kserokopią protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu, potwierdzonymi przez kierownika jednostki lub głównego księgowego za zgodność z oryginałem, a także oświadczenie, że dofinansowanie ze środków Ministra Zdrowia nie obejmuje innych kosztów.⁸⁷

W dniu 9 grudnia 2021 r. wszystkie wyżej wymienione dokumenty WSS przesłał Ministrowi, zaś w dniu 23 stycznia 2023 r. przesłana została informacja o sposobie wykorzystania zakupionego sprzętu⁸⁸.

(akta kontroli str.537-554, 555-584, 585-600, 601-626)

W dniu 27 czerwca 2022 r. Minister Zdrowia ogłosił konkurs na wybór realizatorów zadania Narodowej Strategii Onkologicznej pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego”⁸⁹. Zobowiązał się przy tym do sfinansowania zakupu cystoskopu giętkiego dla klinik i oddziałów prowadzących leczenie osób dorosłych. Jednocześnie Minister określił warunki progowe i formalne udziału w konkursie, zakres finansowania zakupu ww. sprzętu oraz sposób sporządzenia oferty i terminy. Wskazał przy tym na sposób oceny oferty i kryteria jej oceny oraz kryteria podziału środków finansowych⁹⁰.

Wniosek konkursowy został złożony przez Szpital w dniu 11 lipca 2022 r. We wniosku WSS zawarł prawidłowe, niezbędne dane potwierdzające spełnienie warunków progowych, w tym:

- informację o udzielaniu świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w rodzaju leczenie ambulatoryjne w zakresie urologia (wraz z numerem kontraktu⁹¹);

⁸⁵ W imieniu Ministra umowa podpisana przez Zastępcę Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia.

⁸⁶ Nr 1/11/31/2021/196/855.

⁸⁷ Wymienionych w przypisie nr 79.

⁸⁸ Stosownie do §5 ust. 3 ww. umowy.

⁸⁹ Przedmiotem konkursu była poprawa jakości diagnostyki onkologicznej w zakresie urologii onkologicznej w dziedzinie raka pęcherza moczowego, w tym uzupełnienie niedoborów sprzętu wykorzystywanego do diagnostyki nowotworów złośliwych w onkologii urologicznej oraz zwiększenia wykrywalności raka pęcherza moczowego.

⁹⁰ Patrz przypis nr 80.

⁹¹ Nr kontraktu 13-AOS02/11-11-00191-061.

- dysponowanie kadrami 9,4 (etatu) lekarzy specjalistów zdolną do zapewnienia prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii (wymagany równoważnik co najmniej 2 etatów ww. lekarzy specjalistów);
- dostęp do toru wizyjnego (z dodatkowym osprzętem) zapewniającym efektywne wykorzystanie cystoskopów giętkich.

WSS spełnił wymóg formalny jakim było przekazanie formularza zgłoszeniowego przy pomocy Platformy Obsługi Projektów Inwestycyjnych (dalej: POPI), zatwierdzonego certyfikowanym podpisem elektronicznym Dyrektora Szpitala⁹², w którym został zamieszczony plan rzeczowo-finansowy oraz wymagane informacje dot. Szpitala⁹³. Wskazał także na:

- liczbę (1142) świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem raka pęcherza moczowego (ICD-9) ze wskazaniem liczby badań w ramach kontraktu z NFZ w latach 2019-2021;
- fakt udzielania w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej świadczeń w zakresie urologii w poradni urologicznej.

Spełnił także fakultatywny wymóg, wskazując na posiadanie w swojej strukturze poradni BCG-terapii dopęcherzowej lub sformalizowanej współpracy z poradnią BCG-terapii lub chemioterapii dopęcherzowej. Wypełnił również wymóg uzupełnienia wymaganych oświadczeń, w tym m.in. oświadczenia o posiadaniu aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ze wskazaniem okresu, na jaki umowa została zawarta oraz informacji o terminie opłacenia składki.

W dniu 27 lipca 2022 r. komisja konkursowa powołana przez Ministra Zdrowia, ogłosiła listę podmiotów leczniczych, które spełniły wymogi progowe i formalne udziału w konkursie, na której znalazł się także Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, a w dniu 30 czerwca 2022 r. dokonała wyboru podmiotów (zaakceptowanego przez Ministra) oraz podziału środków pomiędzy realizatorów ww. zadania w wyniku, którego Szpital otrzymał kwotę 200 000,00 zł.

W dniu 26 września 2022 r. Dyrektor podpisał z Ministrem umowę⁹⁴dot. sfinansowania przez Ministra zakupu przez Szpital pięciu sztuk cystoskopów giętkich. W umowie tej Szpital został zobowiązany do przedstawienia Ministrowi, w terminie do dnia 12 grudnia 2022 r. (w formie elektronicznej): rozliczenia stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych, sporządzonego zgodnie ze wzorem do umowy, wraz z uwierzytelnionymi przez kierownika jednostki lub głównego księgowego kserokopiami oryginałów faktur VAT za zakupiony sprzęt, potwierdzonymi pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, wraz z kserokopią protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy odbioru sprzętu, potwierdzoną przez kierownika jednostki lub głównego księgowego za zgodność z oryginałem, oraz oświadczenia, że dofinansowanie ze środków Ministra nie obejmuje kosztów innych niż koszt zakupu sprzętu. Wszystkie wyżej wymienione dokumenty WSS przesłał Ministrowi w dniu 2 grudnia 2022 r.

(akta kontroli str. 627-641, 642-664)

⁹² W dniu 6 lipca 2022 r. (godz. 13:29), wobec wymogu złożenia do dnia 12 lipca 2022 r. (godz. 16:00).

⁹³ Tj.: pełna nazwa i adres podmiotu oraz dane kontaktowe (adres e-mail oraz adres skrzynki ePUAP przypisane do podmiotu), numer KRS lub innego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny Szpitala, numer księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, nazwa banku i numer konta bankowego oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania, osoba odpowiedzialna za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty wraz z danymi kontaktowymi tej osoby, pełnomocnictwo (jeżeli dotyczy) do złożenia oferty i podpisywania dokumentów.

⁹⁴ Nr 1/14/90/2022/196/675.

2. Zakupów sprzętu i aparatury medycznej w ramach zadania pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” w 2021 r. dla torakochirurgii, Szpital dokonał w trybie przetargu nieograniczonego określonego w art. 129 ust. 1 pkt 1 oraz art. 132 do art. 139 ustawy z dnia 11 września 2019 r. prawo zamówień publicznych⁹⁵ (dalej: ustawa o zamówieniach publicznych). Tryb przetargu nieograniczonego został przyjęty prawidłowo, ze względu na wartość przedmiotu zamówienia przekraczającą 913 630 zł⁹⁶.

W dniu 30 sierpnia 2021 r. do Działu Zamówień Publicznych Szpitala został złożony wniosek o wszczęcie postępowania o zamówienie publiczne⁹⁷ opiewające na pięć zadań⁹⁸. W dniu 31 sierpnia została opracowana Specyfikacja Warunków Zamówienia (dalej: SWZ), w której wskazano m.in. nazwę postępowania, tryb postępowania (przetarg nieograniczony), dane zamawiającego, termin wykonania umowy (maksymalnie do dnia 19 listopada 2021 r.), warunki udziału, podstawy wykluczenia, kryteria oceny ofert, wymagania dotyczące wadium, miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert (Platforma Zakupowa Szpitala – dalej Platforma Zakupowa, do dnia 17 września 2021 r. do godz. 11:00). Załącznikiem do SWZ był formularz ofertowy wskazujący, że dofinansowaniem ze środków Ministra nie mogą być objęte koszty dostawy, zainstalowania sprzętu, dostosowanie infrastruktury, jego serwisowanie i przeszkolenie personelu. Załącznikiem był także wzór umowy, w którym wskazano, że zakup był dofinansowany przez Ministra Zdrowia w zakresie Narodowej Strategii Onkologicznej. Został on zamieszczony na stronie zakupowej Szpitala⁹⁹. Tego samego dnia ogłoszenie zostało wysłane do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej¹⁰⁰, w którym zostało ono ogłoszone w dniu 3 września 2021 r. W dniu 9 i 13 września 2021 r. Szpital odpowiedział na złożone przez dwóch oferentów pytania dot. zamówienia¹⁰¹. Ofertę w określonym terminie złożyło trzech oferentów. Po otwarciu ofert i ich zweryfikowaniu pod kątem zgodności z spełnianiem warunków określonych w SWZ, Szpital wezwał oferentów do złożenia dokumentów dowodowych¹⁰² (do dnia 1 października 2021 r., godz. 12:00). W dniu 1 października 2021 r. Komisja przetargowa przedłożyła Dyrektorowi propozycję wyboru wykonawców¹⁰³. W dniu 4 października Dyrektor dokonał wyboru najkorzystniejszych ofert i w tym samym dniu wykonawcy zostali o tym powiadomieni, zaś komisja przetargowa zamieściła informację o wynikach na Platformie Zakupowej. W dniu 6 października zostały podpisane umowy pomiędzy Dyrektorem a wybranymi wykonawcami.

Zakupów sprzętu i aparatury medycznej w ramach zadania pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego” Szpital dokonał w trybie podstawowym określonym w art. 275 pkt 1 ustawy o zamówieniach publicznych. Tryb podstawowy został przyjęty prawidłowo, ze względu na szacunkową wartość

⁹⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, ze zm.

⁹⁶ Równowartość 214 000 Euro wynikająca z Obwieszczenia Prezesa Urzędu Zamówień publicznych z dnia 1 stycznia 2021 r. (Monitor Polski poz. 11).

⁹⁷ W Szpitalu została powołana zarządzeniem Dyrektora nr 10/2021 z dnia 1 marca 2021 r. stała Komisja Przetargowa do przeprowadzania postępowań w zakresie zamówień publicznych, której przewodniczącym był Kierownik Działu Zamówień Publicznych.

⁹⁸ Patrz przypis nr 62.

⁹⁹ <https://czerwonaogora.logintrade.net>

¹⁰⁰ Dz. U./SS171, Nr zamówienia 444546-2021-PL

¹⁰¹ Dot. możliwości wydłużenia czasu naprawy sprzętu objętego zamówieniem.

¹⁰² Oświadczenie o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej.

¹⁰³ Jeden wykonawca wobec trzech zadań, pozostali dwaj po jednym zadaniu.

zamówienia wynoszącą 183 699,12 zł, stanowiącą kwotę niższą niż próg określony przez Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych¹⁰⁴.

W dniu 31 sierpnia 2022 r. do Działu Zamówień Publicznych Szpitala został złożony wniosek o wszczęcie postępowania o zamówienie publiczne opiewające na zakup pięciu zestawów aparatury medycznej¹⁰⁵. W tym samym dniu ogłoszenie o zamówieniu publicznym zostało przesłane do Biuletynu Zamówień Publicznych¹⁰⁶ i po jego ogłoszeniu (31 sierpnia 2022 r.), opracowana SWZ wraz z załącznikami została opublikowana na stronie Szpitala¹⁰⁷. W SWZ wskazano m.in. nazwę postępowania, tryb postępowania (tryb podstawowy), dane zamawiającego, termin wykonania umowy (maksymalnie do dnia 18 listopada 2022 r.), warunki udziału, podstawy wykluczenia, kryteria oceny ofert, wymagania dotyczące wadium, miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert (Platforma Zakupowa Szpitala - do dnia 8 września 2021 r. do godz. 11:00). Załącznikiem do SWZ był formularz ofertowy wskazujący, że dofinansowaniem ze środków Ministra nie mogą być objęte koszty dostawy, zainstalowania sprzętu, dostosowanie infrastruktury, jego serwisowanie i przeszkolenie personelu. W przypadku wystąpienia takich kosztów winne one być wskazane o osobnej pozycji w formularzu ofertowym i rozliczone osobną fakturą. Załącznikiem do SWZ był także wzór umowy, w którym wskazano, że zakup był dofinansowany przez Ministra Zdrowia w zakresie Narodowej Strategii Onkologicznej. W dniu 5 września 2022 r. Szpital odpowiedział (na Platformie Zakupowej) na złożone przez dwóch oferentów pytania dot. zamówienia¹⁰⁸. W dniu 7 września 2022 r. Szpital zmienił termin do składania i otwarcia ofert na dzień 12 września 2022 r. o czym poinformował na swoich stronach¹⁰⁹. Ofertę w określonym terminie złożył jeden oferent. Po otwarciu ofert i ich zweryfikowaniu pod kątem zgodności z spełnianiem warunków określonych w SWZ, Komisja Przetargowa przedłożyła w dniu 20 września 2022 r. Dyrektorowi propozycję rozstrzygnięcia. W dniu 21 września Dyrektor rozstrzygnął przetarg i w tym samym dniu wykonawca został powiadomiony o wyborze jego oferty, zaś Komisja Przetargowa zamieściła informację o wynikach na Platformie Zakupowej. W dniu 29 września 2022 r. została podpisana umowy pomiędzy Dyrektorem a wybranym wykonawcą.

Środki finansowe pochodzące z NSO, a przeznaczone na realizację dwóch ww. zadań zostały wykorzystane przez Szpital zgodnie z podpisanymi z Ministrem umowami na realizację celów, na które były one przeznaczone. W rozliczeniu kosztów wskazano wyłącznie koszty zakupu sprzętu medycznego, zaś Dyrektor złożył w tym zakresie stosowne oświadczenia¹¹⁰.

Zakupiona aparatura została wpisana do wykazu środków trwałych i oddana do użytku w terminach określonych w umowach¹¹¹, zaś Szpital w terminowo¹¹² przekazywał Ministrowi informacje dotyczące wykorzystania zakupionego sprzętu.

¹⁰⁴ Obwieszczenie z dnia 3 grudnia 2021 r. (Monitor Polski poz. 1177).

¹⁰⁵ Cystoskopy giętkich.

¹⁰⁶ Ogłoszenie Nr 2022/BZP 00327521.

¹⁰⁷ Patrz przypis 76.

¹⁰⁸ Dot. parametrów technicznych sprzętu medycznego.

¹⁰⁹ Dot. możliwości wydłużenia czasu naprawy sprzętu objętego zamówieniem.

¹¹⁰ Zgodnie z §2 pkt10 lit. b, w dniu 8 grudnia 2021 r i z §2 pkt12 lit. b, w dniu 2 grudnia 2022 r.

¹¹¹ Do dnia 31 marca 2022 r. i do dnia 30 marca 2023 r

¹¹² Do 31 stycznia następnego roku budżetowego.

Zakup sprzętu i aparatury w ramach realizacji ww. zadań wynikał z braku części sprzętu w Szpitalu¹¹³ lub znacznego wyeksploatowania posiadanego sprzętu¹¹⁴.

Zgodnie z § 2 ust.7¹¹⁵ oraz § 2 ust.8¹¹⁶ umów Szpital był zobowiązany do podjęcia działań informacyjnych dotyczących finansowania zadania, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 maja 2021 r. w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżety państwa lub z państwowych funduszy celowych¹¹⁷ oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2021 r. zmieniającym powyższe rozporządzenie¹¹⁸.

Szpital spełnił ww. wymogi poprzez umieszczenie stosownych tablic informacyjnych¹¹⁹ oraz zamieszczenie informacji na swojej stronie internetowej¹²⁰.

(akta kontroli str.665-724, 725-768, 769, 770-772, 773-777)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Szpitala w kontrolowanym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

Wnioski

W związku z brakiem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków pokontrolnych.

¹¹³ Szpital przed przystąpieniem do konkursu na zadanie pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego” nie posiadał cystoskopów giętkich, zaś przed przystąpieniem do konkursu na zadanie pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” w 2021 r. dla torakochirurgii nie posiadał sond radialnych USG wraz z osprzętem do biopsji obwodowych guzów płuc.

¹¹⁴ Uprzednie zakupy sprzętu - 2005 r. (videobronchoskop), 2011 (EBUS), 2016 (tory wizyjne), 2011 (aparat USG do oceny i biopsji zmian opłucnowych).

¹¹⁵ Umowy z dnia 28 września 2021 r. dot. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” w 2021 r. dla torakochirurgii.

¹¹⁶ Umowy z dnia 26 września 2022 r. dot. „Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego”

¹¹⁷ Dz. U. poz. 953, ze zm.

¹¹⁸ Dz.U. poz. 2506.

¹¹⁹ Przed wejściem na Oddział Urologii i Pracowni Endoskopii.

¹²⁰ <https://czerwonagora.pl/indeks.php/projekty-unijne>.

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

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

Kielce, września 2023 r.

Kontroler
Tadeusz Mikołajewicz
Doradca prawny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
Dyrektor
Grzegorz Walendzik

.....
podpis

.....
podpis