



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.019.03.2021

Pani  
Anna Czech  
Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza  
SP ZOZ w Tarnowie  
ul. Lwowska 178a  
33-100 Tarnów

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/056 – Organizacja i finansowanie przeszczepiania narządów

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie <sup>1</sup> , ul. Lwowska 178a, 33-100 Tarnów.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Czech, Dyrektor Szpitala, od 1 sierpnia 1998 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Identyfikowanie i wskazywanie potencjalnych dawców narządów.</li><li>2. Działania Szpitala mające na celu uzyskanie narządów do przeszczepiania.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2021 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres i w przypadku konieczności porównania niektórych danych z danymi za lata 2016-2017 oraz lata od 2011 r. w odniesieniu do realizacji Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Krakowie
Kontroler	Mariusz Pindral, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/80/2021 z 25 czerwca 2021 r. (akta kontroli str. 1-3)

---

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

<sup>2</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

NIK pozytywnie ocenia działania Szpitala polegające na identyfikowaniu i typowaniu potencjalnych dawców narządów celem umożliwienia ich transplantacji.

Szpital zapewnił identyfikację i wskazywanie potencjalnych dawców przez komisje, których skład był zgodny z art. 43a ust. 5 i 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>4</sup>, a ich członkowie wyłączeni byli z postępowania obejmującego pobranie i przeszczepianie narządów. Funkcję koordynatora ds. transplantacji pełnił Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala, który posiadał odpowiednie kwalifikacje.

Szpital przygotowywał pacjentów do pobrania narządów zgodnie z wymogami ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów<sup>5</sup> oraz wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów<sup>6</sup>. Spełnione zostały również wymogi § 13 i 14 rozporządzenia ws. transplantacji w zakresie funkcjonowania w Szpitalu oddziałów chirurgii i sal operacyjnych.

W Szpitalu prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną potencjalnych dawców organów. Każdorazowo przed pobraniem narządów dokonywano sprawdzenia czy potencjalny dawca figuruje w centralnym rejestrze sprzeczności. W latach 2018 – 2021 (I półrocze) statystycznie na jedno łóżko w oddziale intensywnej terapii stwierdzano 0,67 przypadków śmierci mózgu w ciągu roku. W tym okresie wytypowano 24 pacjentów spełniających przesłanki kwalifikujące ich do pobrania narządów, z czego od 15 z nich pobrano narządy do przeszczepów. Z tytułu realizacji tych zadań, Szpital w okresie objętym kontrolą otrzymał 161,2 tys. zł, z czego: 71,1 tys. zł od Centrum organizacyjno-koordynacyjnego do spraw transplantacji Poltransplant<sup>7</sup> oraz 90,1 tys. zł od Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>8</sup>.

Szpital nie prowadził szczegółowej kalkulacji kosztów związanych z przygotowaniem pacjentów do przeszczepu, niemniej jednak przed przystąpieniem do świadczenia tego typu usług (i każdorazowo przy zmianie ich wyceny), dokonywano oceny opłacalności, która wskazywała na rentowność świadczonych usług.

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

W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

<sup>4</sup> Dz.U. z 2021 r., poz. 790, ze zm.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 2134. Dalej: ustawa transplantacyjna.

<sup>6</sup> Dz.U. z 2018 r., poz. 2060, ze zm. Dalej: rozporządzeniem ws transplantacji.

<sup>7</sup> Dalej: Poltransplant.

<sup>8</sup> Dalej: MOW NFZ.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>9</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

#### 1. Identyfikowanie i wskazywanie potencjalnych dawców narządów

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą stwierdzono śmierć mózgu u 21 pacjentów (ewentualnych dawców narządów). W wyniku kontroli dokumentacji medycznej ww. pacjentów ustalono, że:

- w każdym przypadku powoływano komisję doraźną, która w skontrolowanych przypadkach każdorazowo stwierdziła trwale nieodwracalne ustanie czynności mózgu. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że przepisy nie nakładały obowiązku powoływania komisji stałej, a z przyczyn organizacyjnych powoływano komisje doraźne;
- w skład komisji wchodziło co najmniej dwóch lekarzy, w tym każdorazowo specjalista z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii oraz specjalista w dziedzinie neurologii, co było zgodne z art. 43a ust. 5 i 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- w skład komisji wchodziło wyłącznie lekarze zatrudnieni w Szpitalu;
- lekarze, którzy stwierdzili śmierć mózgu byli wyłączeni z postępowania obejmującego pobranie i przeszczepianie narządów od osoby zmarłej;
- przed pobraniem narządów od osoby zmarłej, zasięgnięto informacji czy nie figurowała ona na liście sprzeciwu i informacja na ten temat (w postaci wydruku z systemu) włączana była do dokumentacji medycznej, co było zgodne z art. 6 i 10 ustawy transplantacyjnej;
- Poltransplant wyznaczał zespół lekarzy dokonujących przeszczepu oraz decydował, z którego ośrodka przeszczepowego przywoływany był zespół pobierający narządy.

(akta kontroli str. 5-20, 102)

Szpital nie posiadał regulacji wewnętrznych dotyczących pobierania narządów, stosując bezpośrednio ustawę transplantacyjną oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów<sup>10</sup>, a następnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. zmieniające ww. rozporządzenie<sup>11</sup>. Za wykonane czynności Szpital wystawiał fakturę dla Poltransplantu lub MOW NFZ.

(akta kontroli str. 4)

Od 1 maja 2010 r. do dnia zakończenia kontroli, funkcję koordynatora ds. transplantacji w Szpitalu pełnił Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, posiadający dyplom specjalisty drugiego stopnia anestezjologii i intensywnej terapii, ukończone studia podyplomowe „Koordynatorów transplantacyjnych” oraz odbyte ustawiczne szkolenia osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek i narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców, czym spełniono wymóg § 9 rozporządzenia ws. transplantacji. Zadania koordynatora ds. transplantacji określone były w umowie cywilno-prawnej zawartej pomiędzy

<sup>9</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. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

<sup>10</sup>Dz.U. z 2014 r. poz.469, ze zm., dalej: rozporządzenie ws. kosztów procedur przeszczepowych.

<sup>11</sup>Dz.U. z 2020 r. poz. 2365, ze zm.

Poltransplantem a Kierownikiem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Szpital nie był stroną tej umowy. Szpital w zakresie koordynacji transplantacji zapewniał wykwalifikowany personel oraz warunki organizacyjno-techniczne, tj. Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz sale operacyjne niezbędne do wykonywania zadań określonych przez ustawę transplantacyjną. Za wykonane czynności Szpital wystawiał fakturę na MOW NFZ (w przypadku pobrania nerki) oraz Poltransplant (w przypadku pobrania pozostałych narządów). Kwalifikowanie pacjenta i jego organów do pobrania następowało na podstawie przeprowadzonych specjalistycznych badań lekarskich (wykaz wymaganych badań zawierała karta koordynacyjna pobrania narządów).

(akta kontroli str. 22-28, 33-37, 39-40)

W Szpitalu funkcjonował Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz siedem sal operacyjnych ogólnego przeznaczenia, czym spełnił wymogi § 13 i 14 rozporządzenia ws. transplantacji.

(akta kontroli str. 22-28)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

**OCENA CZĄSTKOWA**

NIK pozytywnie ocenia proces identyfikowania i wskazywania potencjalnych dawców narządów. Szpital spełniał wymogi w zakresie funkcjonowania oddziału chirurgii i sal operacyjnych oraz posiadał koordynatora ds. transplantacji. W skontrolowanej dokumentacji nie stwierdzono nieprawidłowości.

**OBSZAR**

## **2. Działania Szpitala mające na celu uzyskanie narządów do przeszczepu**

Opis stanu  
faktycznego

W okresie od stycznia 2018 r. do 2021 r. (I półrocze) Szpital utrzymywał 9 łóżek intensywnej terapii i stwierdził łącznie 24 przypadki śmierci mózgu. Statystycznie, w powyższym okresie, na jedno łóżko w oddziale intensywnej terapii stwierdzano odpowiednio 1; 0,67; 0,45 i 0,56 przypadków śmierci mózgu w ciągu roku. W całym badanym okresie wskaźnik ten wyniósł 0,67<sup>12</sup>.

W latach 2018 – 2021 (I półrocze) liczba pacjentów spełniających przesłanki kwalifikujące do pobrania narządów wyniosła odpowiednio: 9; 6; 4 i 5. W każdym przypadku stwierdzenia śmierci mózgu, występowało zapytanie do centralnego rejestru sprzeciwów o istnienie sprzeciwu oraz zgłoszono pacjenta jako potencjalnego dawcę. W wymienionych przypadkach nie stwierdzono sprzeciwu. Liczba pacjentów, których zakwalifikowano jako potencjalnych dawców wyniosła odpowiednio: 5; 4; 4; 4<sup>13</sup>, natomiast liczba pacjentów, od których pobrano narządy wyniosła odpowiednio: 4; 4; 3 i 4<sup>14</sup>.

W latach 2018 – 2021 (I półrocze) pobrano m.in.: nerki<sup>15</sup> (odpowiednio: 8; 8; 6; 8), wątroby (3; 3; 2 i 4), serca (2; 1; 0 i 3) oraz płuca (1; 0; 0 i 2). Liczba pobranych narządów ogółem<sup>16</sup> wyniosła odpowiednio: 18; 16; 12 i 21.

(akta kontroli str. 29-32, 38)

<sup>12</sup> Średnia ważona.

<sup>13</sup> Liczba ta różni się od liczby pacjentów spełniających przesłanki kwalifikujące do pobrania narządu m.in. z powodu stwierdzenia chorób lub nieprawidłowych wyników badań analitycznych.

<sup>14</sup> Liczba ta różni się od liczby pacjentów, których zakwalifikowano jako potencjalnych dawców m.in. z powodu podejrzenia choroby nowotworowej oraz braku zgody potencjalnego dawcy wyrażonej przez rodzinę w formie pisemnych oświadczeń.

<sup>15</sup> W okresie objętym kontrolą nie pobierano nerek wraz z trzustką.

<sup>16</sup> Obejmująca dodatkowo inne narządy niż wyżej wymienione.

W badanym okresie Szpital uzyskał następujące środki finansowe z tytułu świadczenia usług medycznych związanych z przygotowaniem pacjenta do pobrania narządów:

- w 2018 r. – 44,9 tys. zł, w tym:
  - a) opłaconych przez Poltransplant – 22,2 tys. zł,
  - b) opłaconych przez MOW NFZ – 22,7 tys. zł,
- 2019 r. – 48,3 tys. zł, w tym:
  - c) Poltransplant – 16,3 tys. zł,
  - d) MOW NFZ – 32 tys. zł,
- 2020 r. – 34,3 tys. zł, w tym:
  - e) Poltransplant – 10,7 tys. zł,
  - f) MOW NFZ – 23,6 tys. zł,
- 2021 r. (I półrocze) – 33,7 tys. zł, w tym:
  - g) Poltransplant – 21,9 tys. zł,
  - h) MOW NFZ – 11,8 tys. zł.

Wszystkie faktury wystawione przez Szpital z tytułu świadczenia usług medycznych związane z przygotowaniem pacjenta do pobrania narządów zostały opłacone w terminie.

(akta kontroli str. 50-99)

Zastępca głównego księgowego wyjaśnił, że: „W Szpitalu nie prowadzimy szczegółowej kalkulacji kosztów związanych z przygotowaniem pacjentów do pobrania narządu. Powodem nie prowadzenia takiej kalkulacji jest fakt, że koszt pozyskania informacji na ten temat przewyższa korzyści płynące z jej uzyskania. To znaczy, że stawki jakie Szpital otrzymuje od Poltransplantu oraz NFZ są tak skalkulowane, że generalnie pokrywają koszty Szpitala związane z przygotowaniem pacjentów do pobrania. NFZ płaci za pacjenta do momentu stwierdzenia śmierci fizycznej na bloku operacyjnym w momencie pobrania wg stawki TIS<sup>17</sup>, natomiast Poltransplant płaci stawki zgodnie z rozporządzeniem ws. kosztów procedur przeszczepowych. Ponadto NFZ płaci za kwalifikacje do przeszczepu nerek pomniejszając przychód z uwagi na pobranie innych narządów. W jednym i drugim przypadku Szpital nie ma wpływu na wycenę świadczonych usług w tym zakresie. Przed świadczeniem tych usług przeprowadzono ocenę rentowności tego typu świadczeń, z której wynikało, że świadczenia te generalnie są rentowne dla Szpitala oraz społecznie oczekiwane. Należy pokreślić, że nakład pracy (w tym przede wszystkim personelu medycznego – lekarzy anestezjologów) związany z identyfikacją i nazwaniem poszczególnych elementów kosztów wyceny indywidualnej w podziale na pacjenta jest bardzo duży. Równocześnie dokuczliwy niedobór lekarzy anestezjologów zwłaszcza na bloku operacyjnym, jak również wysokie koszty pracy lekarzy czynią nieracjonalnym, przesuwanie godzin ich pracy z leczenia na rejestracje i kalkulacje kosztów w celu pozyskania informacji, które nie są Szpitalowi niezbędne. Podsumowując, nie ma sensu pozyskiwać takich informacji na bieżąco skoro Szpital i tak ich nie wykorzysta. Przychody z tej działalności mają dla Szpitala zupełnie marginalne znaczenie. Dlatego przed przystąpieniem do świadczenia tych usług i każdorazowo przy zmianie ich wyceny dokonuje się analizy rentowności świadczonych usług w celu ustalenia czy Szpital uzyska na nich

<sup>17</sup> Therapeutic Intervention System.

rentowność. Należy podkreślić, że taka ocena rentowności ma charakter generalny i mogą się zdarzyć przypadki, w których Szpital na konkretnym pacjencie kwalifikowanym do przeszczepu może ponieść straty, ale są to przypadki rzadkie. Nawet w przypadku, gdy przyjedzie zespół do pobrania i z powodów medycznych w bezpośredniej ocenie wzrokowej narządu okaże się nieprzydatny do przeszczepu, to wówczas i tak ostatecznie za świadczone usługi medyczne zapłaci Poltransplant.” (akta kontroli str. 100-101, 103)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że: „Pandemia SARS-CoV2 mogła mieć ogólny wpływ na spadek ilości osób kwalifikowanych do przeszczepu ze względu na mniejszą aktywność społeczeństwa (np. mniejsza liczba wypadków). Ponadto pacjent zakażony COVID-19 nie mógł być kwalifikowany jako dawca. W przypadku gdy stwierdzono śmierć mózgu u pacjenta, ograniczenia związane z pandemią nie miały wpływu na realizację procedury kwalifikowania pacjenta jako dawcy narządów. W takiej sytuacji należało jedynie wykonać dodatkowe badania i wypełnić ankietę związaną z zachorowaniem na COVID-19.”

(akta kontroli str. 42)

Zarządzeniem Nr 140/2020 z 9 października 2020 r. Dyrektora Szpitala, od dnia 5 października 2020 r. w oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Gastrologii i Ostrego Zatrucia oraz Ortopedyczno – Urazowym zabezpieczono łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2 w ramach II poziomu zabezpieczenia. Decyzją Wojewody Małopolskiego Nr 249/2021 z 13 maja 2021 r. Szpital przestał pełnić funkcję szpitala w ramach drugiego poziomu zabezpieczenia świadczeń związanych z COVID-19 i do dnia zakończenia kontroli posiadał w ramach pierwszego poziomu zabezpieczenia świadczeń nie mniej niż 5 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem COVID-19. Szpital nigdy nie pełnił funkcji tzw. „szpitala covidowego”.

(akta kontroli str. 44-49)

W okresie objętym kontrolą Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, konsultant w dziedzinie transplantologii, jak również służby sanitarno-epidemiologiczne nie przeprowadzały kontroli dotyczącej procesu przygotowania pacjenta do pobrania narządów.

(akta kontroli str. 43)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

NIK pozytywnie ocenia proces przygotowywania pacjentów do przeszczepów w okresie objętym kontrolą, jak również dokonywane w tym zakresie rozliczenia finansowe.

## **IV. Uwagi i wnioski**

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

## 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 Krakowie. 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 związku z niesformułowaniem uwag i wniosków pokontrolnych, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura NIK w Krakowie nie oczekuje odpowiedzi na niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Kraków,                   października 2021 r.

Kontroler

Mariusz Pindral  
główny specjalista kontroli państwowej

.....  
*podpis*