



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.023.01.2021



01256621

Pan Cezary Ireneusz Nowosielski

Dyrektor

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
Im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
ul. M. Curie-Skłodowskiej 26, 15-950 Białystok

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/057 – Zakup i wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w podmiotach leczniczych

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Cezary Ireneusz Nowosielski, dyrektor Szpitala ² od 1.08.2015 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zakupy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej 2. Wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej ³
Okres objęty kontrolą	Lata 2017–2021 do dnia zakończenia kontroli (tj. do 15.10.2021 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Marek Skorupski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/113/2021 z 5.08.2021 r. (akta kontroli str. 1)

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dla potrzeb niniejszej kontroli zakwalifikowano aparaturę o wartości początkowej powyżej 100 tys. zł, której stosowanie ogranicza się do relatywnie wąskich, specjalistycznych zastosowań i której liczba jest ograniczona, tak ze względów epidemiologicznych (zapotrzebowanie na daną technologię medyczną) jak i ekonomicznych (koszt zakupu, instalacji i eksploatacji).

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm. Ustawa zwana dalej: ustawą o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital optymalnie wykorzystywał sprawną wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną⁶ w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Prawidłowo zaplanowano i gospodarstwo wydatkowano środki na jej zakup. Szpital oceniał rzeczywiste zapotrzebowanie i precyzyjnie określał wymagania funkcjonalne aparatury medycznej. Aparaturę nabywano w sposób oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów. Zamówienia realizowano zgodnie z zawartymi umowami na dostawę urządzeń i dofinansowanie ich zakupu. Organizacja udzielania świadczeń zapewniała optymalne wykorzystanie sprawnej aparatury. Liczba i kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń przy użyciu kontrolowanej aparatury były zgodne z obowiązującymi wymogami. Osiągnięte były wskaźniki rezultatu realizowanych projektów, dotyczące ogółu ludności potencjalnie objętej świadczeniami, a niewykonanie planowanej liczby zabiegów z wykorzystaniem robota chirurgicznego wynikało z ograniczenia przyjęć planowych wskutek epidemii COVID-19. Pacjentom przygotowano odpowiednią procedurę ustalania kolejności dostępu do świadczeń. Zapewniono wymaganą częstotliwość kontroli parametrów fizycznych urządzeń radiologicznych. W toku kontroli stwierdzono jednak nieprawidłowości, polegające na:

- niewykorzystywaniu posiadanego starszego angiografu do udzielania świadczeń przez prawie pięć miesięcy, tj. od 20.05.2021 r., wskutek nieskutecznego zabezpieczenia okablowania urządzenia przed gryzoniami,
- niestosowaniu w opisie przedmiotu zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych nazw i kodów ze Wspólnego Słownika Zamówień oraz nieprzekazywaniu ogłoszeń o wyniku postępowań Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, co było niezgodnie z wymogami art. 141 ust. 4 i art. 151 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁷,
- wykonaniu przeglądu echokardiografu pięć miesięcy po wymaganym terminie,
- niewłaściwym określeniu w ankiecie trwałości projektu dotyczącego zakupu robota chirurgicznego da Vinci osiągniętej wartości wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby)* na 189, zamiast na 109,
- zgłoszeniu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁸ zaprzestania funkcjonowania Pracowni Mammograficznej dopiero w czasie kontroli NIK, chociaż ostatnie badania w pracowni wykonano prawie pięć lat temu (tj. 13.01.2017 r.),
- uwzględnieniu w instrukcji umawiania się na wizyty drogą elektroniczną podawania przez pacjentów kodu PIN z e-skierowania dopiero w czasie kontroli NIK (podanie tego kodu było niezbędne do zarejestrowania się).

Ponadto wskutek zawarcia w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych zapisu, który zdaniem NFZ nie gwarantował obsady lekarskiej dla pacjentów ambulatoryjnych, oferta Szpitala na badania RM w okresie 1.12.2017 r. – 30.06.2018 r. (tj. siedmiu miesięcy) nie została wybrana.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, negatywną albo w formie opisowej.

⁶ Dalej zwaną też aparaturą medyczną lub aparaturą.

⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm. Ustawa zwana dalej: *uśoz*.

⁸ Dalej zwanego też: RPWDL.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

1. Zakupy wysokospecjalistycznej aparatury medycznej

1.1. Wg stanu na 30.06.2021 r. Szpital dysponował następującą wysokospecjalistyczną aparaturą medyczną wykorzystywaną do badań i zabiegów:

- dwa tomografy komputerowe,
- rezonans magnetyczny,
- trzy aparaty RTG⁹,
- sześć echokardiografów,
- elektroencefalograf,
- dwa jednopłaszczyznowe angiografy cyfrowe,
- robot chirurgiczny da Vinci.

Łączna wartość początkowa tej aparatury wynosiła 33.973,7 tys. zł, a odpisy amortyzacyjne na 30.06.2021 osiągnęły 22.067 tys. zł (65% wartości początkowej). Aparatura została zakupiona przez Szpital i była jego własnością.

Wszystkie te urządzenia były ujęte w prowadzonej przez Szpital ewidencji środków trwałych. Tomografy komputerowe, aparaty RTG i angiografy były ujęte także w Księdze Jakości Działu Diagnostyki Obrazowej¹⁰. Księga ta obejmowała wszystkie urządzenia radiologiczne Szpitala. Kierownik DDO wyjaśniła, że na tę chwilę księga „jest jednocześnie ewidencją urządzeń radiologicznych wymaganą w art. 33j ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe¹¹. Ewidencja ta zostanie w miarę potrzeby uszczegółowiona, po opublikowaniu rozporządzeń wykonawczych (na podstawie art. 33r tej ustawy)”.
(akta kontroli str. 3-4, 23-29, 638)

Grupy wiekowe aparatury były następujące:

- dwa echokardiografy miały powyżej 11 lat,
- dwa aparaty RTG i jeden echokardiograf – od ośmiu do 11 lat,
- rezonans magnetyczny, jeden tomograf komputerowy, jeden aparat RTG i jeden echokardiograf – od czterech do siedmiu lat,
- jeden tomograf komputerowy, dwa echokardiografy, encefalograf i robot chirurgiczny da Vinci – poniżej trzech lat¹².

Natomiast wykorzystywany do 13.01.2017 r. mammograf miał wówczas siedem lat, a zlikwidowany 31.01.2018 r. aparat RTG – cztery lata. Przyczyną kasacji aparatu RTG była awaria zbyt kosztowna do usunięcia.¹³ Przyczynę kasacji mammografu przedstawiono w punkcie 2.10.
(akta kontroli str. 7-22)

1.2. W Szpitalu oceniano zapotrzebowanie i celowość zakupu aparatury medycznej, w tym możliwości jej wykorzystania, szacowano wartości zamówień oraz określano wymagania funkcjonalne dla aparatury. Dokumentowano to m.in. w informacjach przedkładanych w ramach *Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Ochrony Zdrowia*, wnioskach o dofinansowanie projektów ze środków unijnych, wnioskach o dotacje z samorządu województwa i z budżetu państwa¹⁴, wnioskach o przeprowadzenie postępowań ws. udzielenia zamówień publicznych i w specyfikacjach istotnych warunków zamówień publicznych. Przestrzegano tym samym wewnętrznych reguł funkcjonowania Szpitala określonych w regulaminie organizacyjnym i w wewnętrznym regulaminie udzielania zamówień publicznych¹⁵. (akta kontroli str. 70-71, 90-96, 123-125, 173-174, 190-198, 279-282, 287-309, 342-354, 601-619)

⁹ Urządzenia stacjonarne.

¹⁰ Dalej zwanego też: DDO.

¹¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 623, ze zm.

¹² Wiek aparatury wg stanu na 2021 r.

¹³ Aparat był w całości zamortyzowany.

¹⁴ Dotyczy zakupu elektroencefalografu.

¹⁵ Ustalono to na podstawie badania zakupu urządzeń wymienionych w punktach 1.4 i 1.5.

Szpital uwzględniał zarówno finansowanie samego zakupu urządzeń medycznych, jak i niezbędnych do wykonania prac budowlanych w pomieszczeniach Szpitala. Dotyczyło to planowania inwestycji polegających na zakupie i uruchomieniu tomografu komputerowego, aparatu RTG i angiografu.

(akta kontroli str. 32-56, 97-109, 126-127, 257-263)

W latach 2017–2021 planowano wydatki na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w kwotach kolejno 524,9 tys. zł, 15.889,1 tys. zł, 4.899,6 tys. zł i 299,0 tys. zł. Wydatki te miały być finansowane ze środków unijnych, dotacji podmiotu tworzącego (samorządu województwa), dotacji z budżetu państwa i środków własnych Szpitala.

(akta kontroli str. 32-51)

Planowane zakupy zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala¹⁶. Uzasadnienie potrzeby zakupu wszystkich siedmiu analizowanych urządzeń medycznych było przedstawiane pod obrady Rady już po zawarciu umów ws. ich dostawy lub – w przypadku robota chirurgicznego da Vinci – po rozstrzygnięciu zamówienia publicznego na dostawę urządzenia. Dyrektor wyjaśnił, że:

- Z literalnej analizy przepisu art. 48 ust. 2 pkt. 2 lit. e) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*¹⁷ wynika, że kierownik podmiotu leczniczego nie ma obowiązku poddawać pod opinię Rady wszystkich kwestii związanych z funkcjonowaniem Szpitala. Wskazanie w art. 48 ust. 2 *udl* katalogu spraw, którymi może się zajmować Rada, jest raczej określeniem granic jej aktywności wnioskowej, niż wskazaniem formalnego obowiązku konsultacyjnego. „Podobne stanowisko wyraził NSA w wyroku z 11.02.2000 r.¹⁸, zgodnie z którym – w świetle przepisu art. 46 ust. 1e u.z.o.z.¹⁹ – tylko wnioski rady społecznej SPZOZ-u stanowią jej uprawnienie, opinie zaś są jej obowiązkiem, przy czym obowiązek przedstawienia opinii na żądanie właściwego podmiotu”.
- Rada nie ma wobec kierownika kompetencji władczych, a jedynie doradcze. Ma ona niejako wspierać podmiot, któremu ustawowo przekazano prawo władczego decydowania w zakresie ich funkcjonowania. Co za tym idzie, kierownik nie ma obowiązku zasięgać opinii Rady, nawet w sprawach z zakresu jej kompetencji. W większości spraw będących w zakresie przekazanych mu zadań, organ ten wyraża tylko swoje stanowisko w formie niewiążących wniosków i opinii.
- Wymieniony przepis nie wskazuje, czy opinia Rady powinna być wydawana przed zakupem, czy w innym terminie. Decyzje o planowanych zakupach często podejmowane są w sposób pilny, celem wykorzystania środków zewnętrznych. Trzeba mieć na względzie, że Rada, nie uczestnicząc bezpośrednio w procesie zarządzania, swoim działaniem często wydłuża procedury podejmowania decyzji.

(akta kontroli str. 32-56, 72, 126, 141, 152, 248, 316)

W latach 2017–2021 (I półroczu) Szpital wystąpił z dwoma wnioskami do Wojewody Podlaskiego o wydanie decyzji w sprawie oceny inwestycji obejmujących zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej²⁰. Zakup angiografu planowano za 4.899,6 tys. zł²¹, a planowaną kwotę na zakup robota da Vinci ostatecznie określono na 12.300 tys. zł. Ocena obu wniosków była pozytywna.

(akta kontroli str. 31, 209-227, 286-309)

¹⁶ Dalej: Rada.

¹⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm. Ustawa zwana dalej: *udl*.

¹⁸ I SA 1603/99.

¹⁹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14 poz. 89, ze zm.).

²⁰ Nie wnioskowano w tej sprawie do Ministra Zdrowia.

²¹ Planowaną wartość przedstawiono na podstawie zmiany planu finansowego Szpitala z 27.02.2020 r. Zgodnie z umową dostawy, kwota ta obejmowała adaptację pomieszczeń. We wniosku do Wojewody wartość angiografu nie była wyszczególniona (łącznie wartość inwestycji na kilku oddziałach była określona na 18.159,8 tys. zł).

W okresie objętym kontrolą Szpital złożył Instytucji Zarządzającej *Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020*²² trzy wnioski o dofinansowanie projektów ws. zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej. Dotyczyły one zakupu dwóch echokardiografów, jednopłaszczyznowego angiografu cyfrowego i robota da Vinci. Wartość wniosków wynosiła ogółem 30.473,6 tys. zł, w tym z budżetu środków europejskich²³ – 25.902,6 tys. zł, a z wkładu własnego Szpitala – 4.571,0 tys. zł. Wszystkie wnioski zakwalifikowano do dofinansowania. (akta kontroli str. 30)

Uzasadnienie zakupu aparatury przedstawione we wnioskach o ocenę zasadności inwestycji (z pozytywną oceną) składanych do Wojewody Podlaskiego i wnioskach o dofinansowanie było spójne z uzasadnieniem zawartym w planach inwestycyjnych Szpitala. (akta kontroli str. 30-51)

1.3. W okresie objętym kontrolą Szpital zakupił następującą wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną: stacjonarny aparat RTG (w 2017 r.), tomograf komputerowy, echokardiograf, elektroencefalograf i System da Vinci (2018 r.), jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy (2019 r.) i kolejny echokardiograf (2021 r.)²⁴. Na zakup tej aparatury wydatkowano 21.705,3 tys. zł. Było to 619,4 tys. zł w 2017 r., 15.887,4 tys. zł w 2018 r., 4.899,6 tys. zł w 2019 r. i 299,0 tys. zł w I połowie 2021 r. Z łącznej kwoty wydatków:

- 15.147,9 tys. zł dotyczyło finansowania w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020*²⁵, w tym 10.839,2 tys. zł w 2018 r., 4.054,5 tys. zł w 2019 r. i 254,1 tys. zł w I połowie 2021 r. – przy czym w 2021 r. kwota 254,1 tys. zł została czasowo sfinansowana ze środków własnych Szpitala i ma być sfinansowana w ramach RPOWP (co szerzej opisano w punkcie 1.5),
- 6.281,9 tys. zł sfinansowano ze środków podmiotu tworzącego, w tym 613,2 tys. zł w 2017 r., 4.908,3 tys. zł w 2018 r., 715,5 tys. zł w 2019 r. i 44,8 tys. zł w I połowie 2021 r.,
- w 2018 r. kwotę 108,4 tys. zł sfinansowano z dotacji z budżetu państwa,
- kwoty 6,2 tys. zł w 2017 r., 30,0 tys. zł w 2018 r. i 131,0 tys. zł w 2019 r. (razem 167,1 tys. zł) sfinansowano ze środków własnych Szpitala. (akta kontroli str. 62-66)

Zakup tomografu komputerowego i aparatu RTG wymagał dostosowania pomieszczeń DDO, a zakup angiografu – pomieszczeń Oddziału Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej²⁶. Zakupy wszystkich urządzeń były ujęte w planach inwestycyjnych. (akta kontroli str. 99, 126-127, 257-265)

Nowe urządzenia zakupiono w celu dostosowania zasobów do potrzeb zdrowotnych. Nabyte wcześniej: tomograf komputerowy, echokardiografy i angiograf nadal były użytkowane²⁷. Zakupy nowego angiografu i elektroencefalografu były związane ze znacznym zużyciem starszych urządzeń. Aparat RTG zakupiono w 2017 r. w miejsce uszkodzonego starszego aparatu. Robot chirurgiczny da Vinci – jak oświadczył Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa – umożliwił wykonywanie większej liczby zabiegów, do których szczególnie robot jest dedykowany, tj. w nowotworach gruczołu krokowego²⁸ i w niskich nowotworach odbytnicy²⁹. Ponadto w najbliższym czasie przy użyciu robota Szpital rozpocznie wcześniej niewykonywane tu operacje nowotworów głowy i szyi oraz operacje ginekologiczne. Tomograf komputerowy zakupiony w 2018 r. umożliwił wykonywanie nowych badań: perfuzji naczyń i enteroklizy (a także umożliwił bardziej sprawne funkcjonowanie DDO). (akta kontroli str. 7, 57-60, 222, 300)

1.4. W wyniku zbadania trzech postępowań ws. zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej o najwyższej wartości, udzielonych w latach 2017–2020 ustalono, że aparaturę

²² Dalej zwanej: IZ RPOWP.

²³ Tj. środków pochodzących z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020.

²⁴ W 2020 r. wydatków takich nie dokonywano.

²⁵ Dalej: RPOWP.

²⁶ Dalej: Oddział Kardiologii.

²⁷ Angiograf z 2010 r. był użytkowany do 20.05.2021 r.

²⁸ W latach 2017–2021 (I półroczu) wykonano kolejno 35, 32, 51, 78 i 45 zabiegów.

²⁹ W latach 2016–2021 (I półroczu) wykonano kolejno 18, 15, 26, 25, 25 i 15 zabiegów.

nabywano w sposób oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów. Zbadane postępowania obejmowały nabycie robota chirurgicznego da Vinci i tomografu komputerowego (w 2018 r. za kolejno 12.299,1 tys. zł i 3.000,0 tys. zł) oraz angiografu (w 2019 r. za 4.899,6 tys. zł). Działania Szpitala były zgodne z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*³⁰ i aktów wykonawczych oraz wewnętrznego regulaminu udzielania zamówień publicznych, w zakresie przygotowania i przeprowadzenia postępowań oraz udzielenia i realizacji zamówień publicznych. Wymagania funkcjonalne dla nabywanej aparatury określano m.in. w specyfikacjach istotnych warunków zamówienia. Zamówienie publiczne na dostawę robota chirurgicznego było objęte kontrolą Izby Administracji Skarbowej w Białymstoku. Zamówienie to oraz zamówienie na dostawę angiografu było też objęte kontrolą IZ RPOWP. W kontrolach tych nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości³¹.

(akta kontroli str. 74-96, 228-247, 310-319)

1.5. Na podstawie dokumentacji i oględzin trzech urządzeń wymienionych w punkcie 1.4 ustalono, że zostały one dostarczone, zainstalowane w zaplanowanych miejscach ich użytkowania i uruchomione, co potwierdzały oględziny NIK, ewidencja środków trwałych i dane o liczbie wykonanych badań/zabiegów. Umowy zrealizowano zgodnie z harmonogramami rzeczowo-finansowymi i określonymi w nich terminami. Nie wystąpiły okoliczności powodujące konieczność wprowadzenia zmian w treści umów, w tym w harmonogramach rzeczowo-finansowych. Między dostarczeniem a uruchomieniem sprzętu upłynęło od 13 do około 66 dni³². Personel został przeszkolony z obsługi urządzeń. W dokumentach OT potwierdzono powierzenie sprzętu kierownikom odpowiednich jednostek organizacyjnych Szpitala.

(akta kontroli str. 97-111, 248-284, 320-339)

Płatności za tomograf komputerowy i robot da Vinci dokonano w terminach umownych. Płatności za angiograf w ratach: 4.054,5 tys. zł, 715,5 tys. zł i 129,6 tys. zł dokonano kolejno pięć, dziewięć i 10 dni po terminie określonym w umowie. Szpital nie został obciążony odsetkami za zwłokę.

(akta kontroli str. 67, 70-122, 209-340)

Szpital nieterminowo uregulował również należność za echokardiograf zakupiony w 2021 r. Płatności w kwotach 44,9 tys. zł i 254,1 tys. zł dokonano 13.05 i 7.06.2021 r., tj. 16 i 41 dni po terminie umownym (upływającym 27.04.2021 r.). Skutkowało to naliczeniem przez dostawcę odsetek za zwłokę w kwocie 1,7 tys. zł. Zakup ujęty był w końcowym wniosku o płatność złożonym 18.06.2021 r. do IZ RPOWP. Zgodnie z §9 ust. 9 w zw. z §1 ust. 2 pkt 7 umowy o dofinansowanie projektu, płatność końcowa, w wysokości co najmniej 5% kwoty dofinansowania, miała zostać przekazana Szpitalowi pod warunkiem zweryfikowania wniosku o płatność końcową przez IZ, po zakończeniu realizacji projektu i spełnieniu warunków umowy. Do 4.10.2021 r. wniosek był w trakcie oceny. Specjalista ds. projektów unijnych wyjaśnił, że: „nie było możliwości wnioskowania o zaliczkę z RPO pozwalającą na opłacenie wszystkich faktur objętych wnioskiem końcowym. Szpital musiał pokryć we wniosku końcowym 5% wartości całego dofinansowania w projekcie z własnych środków. Faktury w końcowym wniosku są zawsze opłacane w części ze środków własnych. Dopiero po sprawdzeniu przez IZ wszystkich zakupów oraz przetargów wydatki te są refundowane z RPO. Termin złożenia końcowego wniosku o płatność wynikał z konieczności powtórzenia 2 zamówień publicznych na urządzenia i sprzęt³³ – w związku z niezłożeniem ofert w pierwszych postępowaniach. Natomiast upływ kilku dni od wpływu dotacji do zapłaty dla dostawcy wynikał z oczekiwania na wpływ zaliczki z IZ – w celu równoczesnej zapłaty z dotacji i dofinansowania – oraz potrzeby ustalenia, które wydatki

³⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843. Ustawa zwana dalej: ustawą Pzp.

³¹ Drobne naruszenia ustawy Pzp, które nie skutkowały zastosowaniem korekty finansowej (dotyczące dokonania czynności zastrzeżonych dla kierownika zamawiającego przez osobę bez pisemnego upoważnienia i niewskazania środków ochrony prawnej w specyfikacji istotnych warunków zamówienia) stwierdziła jedynie IZ RPOWP w zamówieniu na dostawę robota chirurgicznego.

³² Najdłuższy czas między odbiorem a uruchomieniem dotyczy tomografu komputerowego, w przypadku którego zezwolenie Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku na uruchomienie urządzenia wpłynęło do Szpitala 14.02.2019 r.

³³ Zamówienie na autorefraktometr i tonometr dla Poradni Okulistyki Dziecięcej oraz zamówienia na m.in. leżanki dla opiekunów pacjentów małoletnich.

projektu będą finansowane z zaliczki. Wybraliśmy 2 faktury innych dostawców z krótszym terminem płatności i faktury dostawcy echokardiografu dotyczące innego sprzętu, ale z takim samym terminem płatności". Pismem z 23.06.2021 r. Szpital poprosił dostawcę o umorzenie odsetek. Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśnił, że nieterminowe uregulowanie zobowiązania wynikało z konieczności przejściowego (do czasu refundacji z funduszy unijnych) sfinansowania części wydatków ze środków własnych, a Szpitalowi trudno jest wygospodarować dodatkowe środki na inwestycje, oraz że dostawca nie odpowiedział na przedstawioną mu prośbę ani nie podjął czynności windykacyjnych.
(akta kontroli str. 169-170, 181-187, 627-630, 663-662)

Stwierdzone nieprawidłowości	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.
OCENA CZĄSTKOWA	NIK pozytywnie ocenia planowanie i wydatkowanie środków na zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej. Oceniano rzeczywiste zapotrzebowanie i precyzyjnie określano wymagania funkcjonalne tej aparatury, a także przestrzegano wewnętrznych reguł funkcjonowania jednostki. Aparaturę nabywano w sposób oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów. Zamówienia publiczne realizowano zgodnie z zawartymi umowami na dostawę urządzeń i dofinansowanie ich zakupu. Nieterminowe uregulowanie należności za echokardiograf w 2021 r. wynikało z braku możliwości uzyskania na czas środków unijnych i wygospodarowania odpowiednio wcześniej środków własnych.
OBSZAR	2. Wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej
Opis stanu faktycznego	2.1. Wg księgi rejestrowej Szpitala, prowadzonej w RPWDL, świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przy użyciu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej udzielały następujące komórki organizacyjne: – DDO, obejmujący Pracownie: Rezonansu Magnetycznego, Tomografii Komputerowej, Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Pracownię Mammograficzną (w której udzielano świadczeń do 13.01.2017 r.), – Oddział Kardiologii z Pracownią Hemodynamiki – jednopłaszczyznowe angiografy cyfrowe i echokardiografy, – Dział Diagnostyki Układu Krążenia³⁴, Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej, Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci – echokardiografy, – Oddział Neurologii – elektroencefalograf, – Blok Operacyjny – robot chirurgiczny da Vinci. W okresie objętym kontrolą nie dokonywano w rejestrze zmian dotyczących komórek organizacyjnych wykorzystujących badaną aparaturę. Wpisy w RPWDL były aktualne. Wyjątek stanowiły zapisy potwierdzające kontynuowanie działalności przez Pracownię Mammograficzną, pomimo że ostatnie badania wykonano w niej 13.01.2017 r. (szczegółowy opis w sekcji <i>Stwierdzone nieprawidłowości</i>). Zapisy w księdze rejestrowej potwierdzono w toku oględzin NIK przeprowadzonych w oddziałach i pracowniach wykorzystujących badaną aparaturę. Wg stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wysokospecjalistyczna aparatura medyczna wykorzystywana była w leczeniu szpitalnym, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (ambulatoryjnych świadczeniach diagnostycznych kosztochłonnych) i profilaktycznych programach zdrowotnych. W okresie objętym kontrolą zaprzestano udzielać świadczeń z wykorzystaniem mammografu (od 14.01.2017 r.). Świadczenia te obejmowały realizację programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki. Zaprzestanie wykonywania badań było związane z zakończeniem funkcjonowania Pracowni Mammograficznej w dotychczasowej siedzibie. Wystąpił problem z rozmontowaniem mammografu w dotychczasowej siedzibie (aby było możliwe zainstalowanie go w nowej siedzibie). Ostatecznie mammograf został zlikwidowany. Nie sfinalizowano także starań Szpitala dotyczących zakupu nowego mammografu. (akta kontroli str. 8-16, 121-122, 283-284, 338-339, 355-376)

³⁴ Dalej: DDUK.

2.2. W regulacjach wewnętrznych Szpitala określono organizację i zadania komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych przy użyciu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej oraz przebieg procesu ich udzielania. Odnosnie zapewnienia właściwej dostępności i jakości tych świadczeń, zadań i organizacji poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunków współdziałania między nimi, w regulaminie organizacyjnym stwierdzono m.in. że:

- pacjenci przyjmowani są w trybie całodobowym,
- świadczeń szpitalnych udziela m.in. Oddział Kardiologii (w którym funkcjonowała Pracownia Hemodynamiki), Oddział Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej³⁵, Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, Dział Diagnostyki Obrazowej (m.in. z Pracowniami: Rezonansu Magnetycznego, Tomografii Komputerowej i Rentgenodiagnostyki Ogólnej), DDUK (m.in. z Pracownią Echoelektrokardiografii) oraz Blok Operacyjny,
- do podstawowych zadań oddziałów należy zapewnienie opieki stacjonarnej pacjentom, w tym m.in. badania diagnostyczne i leczenie operacyjne,
- lekarze powinni kierować pacjentów na badania diagnostyczne w zakresie niezbędnym dla prawidłowego rozpoznania i leczenia (badania diagnostyczno-lecznicze powinny być udokumentowane),
- w Bloku Operacyjnym wykonywane są zabiegi operacyjne i diagnostyczne, po przeprowadzeniu kwalifikacji pacjenta do zabiegu operacyjnego przez lekarza specjalistę (operacje są wykonywane zgodnie z planem operacyjnym³⁶),
- badania diagnostyczne służące ustaleniu prawidłowej diagnozy i leczenia wykonywane są przez pracowników lub poza Szpitalem, gdy wykonanie badań w Szpitalu nie jest możliwe. (akta kontroli str. 601-618)

Ponadto w procedurze obowiązującej w DDO wskazano m.in. godziny wykonywania badań obrazowych i sposób wydawania ich wyników. (akta kontroli str. 386-390, 601-619)

2.3. Liczba personelu medycznego zatrudnionego w tych komórkach organizacyjnych i jego kwalifikacje spełniały wymogi:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁷,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁸,
- § 6–7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych³⁹.

Ustalono to na podstawie zbadania dokumentacji zatrudnienia personelu medycznego w pięciu komórkach organizacyjnych, dla których w okresie objętym kontrolą zakupiono wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną. Były to: Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Pracownia Echoelektrokardiografii w DDUK, Oddział Kardiologii (w którym funkcjonowała Pracownia Hemodynamiki) oraz Oddział Chirurgii. Na podstawie danych za czerwiec w latach 2019 i 2021 ustalono, że w DDO codziennie zapewniono całodobową obsadę lekarską. (akta kontroli str. 393-415)

Osoby wykonujące badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie z zastosowaniem promieniowania jonizującego podnosiły swoje kwalifikacje, uzyskując co najmniej 20 punktów szkoleniowych w ciągu kolejnych 5 lat. Było to zgodne z wymogiem art. 33n

³⁵ Dalej: Oddział Chirurgii.

³⁶ W sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów i poza godzinami ordynacji dziennej, zabiegi operacyjne wykonywane są niezwłocznie po ustaleniu kwalifikacji przez zespół lekarzy dyżurnych.

³⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm. Załącznik nr 2, cz. III-VI. Rozporządzenie zwane dalej: *rozporządzeniem ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS*.

³⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm. Załącznik nr 3.

³⁹ Dz. U. z 2008 r. Nr 59, poz. 385, ze zm.

ust. 2 ustawy *Prawo atomowe*. Miały też certyfikaty potwierdzające ukończenie szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta, zgodnie z wymogiem art. 33n ust. 3 pkt 1 tej ustawy. (akta kontroli str. 416)

2.4. W latach 2017–2021 (do 30.07) w Szpitalu obowiązywało 68 umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych z wykorzystaniem wyskospecjalistycznej aparatury medycznej. Z tego 51 umów było zawartych z osobami legitymującymi się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych, a 17 umów – z podmiotami wykonującym działalność leczniczą. Umowy były zawarte w zakresie świadczeń lekarskich, pielęgnarskich i radiologicznych, w tym dyżurów. Wartość zamówień zrealizowanych od 1.01.2017 r. do 30.07.2021 r. wyniosła 34.529,1 tys. zł. (akta kontroli str. 416-425)

Na podstawie badania trzech celowo dobranych postępowań konkursowych, dotyczących chirurgii, urologii i procedur kardiologii inwazyjnej, ustalono że umowy zawarto na warunkach ustalonych w tych konkursach. W zbadanych postępowaniach konkursowych w opisie przedmiotu zamówienia nie stosowano jednak nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień oraz nie przekazano ogłoszeń o rozstrzygnięciu konkursów Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich⁴⁰ (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). W pozostałym zakresie treść umów spełniała wymogi art. 27 *udl*.

Pracownicy, z którymi zawarto zbadane umowy, nie świadczyli pracy na podstawie umów o pracę dotyczących tego samego zakresu obowiązków i miejsca wykonywania pracy. Szpital nadzorował wykonywanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne lub osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami m.in. poprzez sprawdzanie przedkładanych rachunków za udzielone świadczenia.

(akta kontroli str. 426-472)

2.5. Tryb pracy komórek organizacyjnych, w których wykorzystywano wyskospecjalistyczną aparaturę medyczną, był następujący:

- Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej wykonywała badania planowe od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00 – 18.00, a Pracownia Tomografii Komputerowej – w tych samych dniach w godz. 8.00 – 18.00 (badania pilne w tych pracowniach wykonywano codziennie i całodobowo),
- Pracownia Rezonansu Magnetycznego wykonywała badania planowe od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 – 18.00,
- Pracownia Echoelektrokardiografii w DDUK wykonywała badania planowe i pilne na echokardiografach od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 – 15.05; badania pilne realizowano też w pozostałych godzinach we wszystkie dni tygodnia (poza godzinami pracy Pracowni badania wykonywał lekarz z Oddziału Kardiologii),
- badania z użyciem elektroencefalografu wykonywano od poniedziałku do piątku od 7.30 do 15.05,
- planowe i pilne badania oraz zabiegi na angiografach w Pracowni Hemodynamiki na Oddziale Kardiologii wykonywano całodobowo przez wszystkie dni tygodnia,
- na Bloku Operacyjnym wykonywano zabiegi (operacje) planowe z wykorzystaniem robota chirurgicznego da Vinci – od poniedziałku do czwartku od godz. 8.00,
- Pracownia Mammograficzna funkcjonowała w okresie 1–13.01.2017 r. od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 13.00. (akta kontroli str. 189, 208, 285, 340, 390-391)

Na poszczególnych urządzeniach wykonano następującą ilość badań / zabiegów:

- a) W latach 2017–2020 przy użyciu tomografów komputerowych wykonano kolejno 21.284, 20.595, 22.397 i 20.563 badania dla 12.426, 13.021, 13.061 i 10.849 pacjentów. Zmniejszenie liczby badań w 2020 r. wynikało z mniejszej liczby hospitalizowanych pacjentów niecovidowych w związku z wybuchem epidemii COVID-19. Dziennie wykonywano średnio 58, 56, 61 i 56 badań. Na jedno urządzenie przypadało średnio 21.284, 20.595, 11.199 i 10.282 badań. Zmniejszenie liczby badań latach 2019–2020

⁴⁰ Dalej zwanemu też: UOPWE.

wynikło z rozpoczęcia użytkowania nowego aparatu. Z-ca kierownika DDO wyjaśnił, że: „po zakupie drugiego tomografu Dział nadal dysponował i dysponuje obsadą techników na jeden tomograf. Jednak zakup drugiego tomografu był zasadny z uwagi na konieczność zapewnienia nieprzerwanego wykonywania badań. W razie awarii starszego tomografu czas wykonywania badań w stanach pilnych (w tym na ostrych dyżurach) byłby znacznie dłuższy, gdyż konieczne byłoby przewożenie pacjentów na badania do podmiotów zewnętrznych. Główna korzyść z nowego aparatu to skrócenie każdego badania o około 5–15 minut. Na nowo zakupionym tomografie wykonywaliśmy nowe badania, inne niż umożliwiał starszy aparat (co opisano w punkcie 1.3). W przypadkach pilnych możliwe jest czasem równoczesne wykonywanie badania na obu tomografach przez jednego technika. Dysponowanie drugim tomografem umożliwiło przeznaczenie go od kwietnia 2020 r. do dziś wyłącznie dla pacjentów covidowych. Ponadto przewożenie pacjentów na badania do podmiotów zewnętrznych w przypadku awarii starszego urządzenia byłoby związane ze znacznymi wydatkami”.

- b) Z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego w tych latach wykonano kolejno 1.567, 2.724, 3.951 i 3.170 badań dla 1.422, 2.394, 3.410 i 2.525 pacjentów. Dziennie wykonywano średnio 4, 7, 11 i 9 badań.
- c) Na stacjonarnych aparatach RTG w analizowanych latach wykonano kolejno 19.528, 20.812, 21.025 i 16.594 badań dla 13.234, 13.962, 14.084 i 10.948 pacjentów. Zmniejszenie liczby badań w 2020 r. wynikało z mniejszej liczby hospitalizacji pacjentów niecovidowych w związku z epidemią COVID-19. Dziennie wykonywano średnio 54, 57, 58 i 45 badań. Na jedno urządzenie przypadało średnio 9.764, 6.937, 7.008 i 5.531 badań. Z-ca kierownika DDO wyjaśnił, że: „nabycia nowego aparatu RTG w 2017 r. dokonano głównie z powodu awarii starszego urządzenia, w której koszt naprawy przekraczał połowę wartości sprzętu. Zakup pozwolił na sprawniejszą pracę DDO, który dysponował obsadą do równoczesnego wykonywania badań na wszystkich 3 aparatach RTG. Było też możliwe przeznaczenie jednego, oddzielnego aparatu dla pacjentów covidowych od kwietnia 2020 r. do dziś. Ponadto zdjęcia na nowym aparacie niejednokrotnie miały lepsze parametry.”
- d) W latach 2017–2020 z użyciem echokardiografów wykonano kolejno 5.740, 5.460, 5.445 i 4.695 badań. Szpital nie dysponował informacją o liczbie zbadanych pacjentów⁴¹. Dziennie wykonywano średnio 16, 15, 15 i 13 badań, a na jedno urządzenie przypadało średnio 1.435, 1.365, 1.089 i 939 badań.
- e) Przy wykorzystaniu elektroencefalografu w latach 2019–2020 wykonano kolejno 691 i 535 badań (Szpital nie dysponował informacją o liczbie pacjentów objętych tymi badaniami). Dziennie wykonywano średnio dwa i jedno badanie.
- f) W latach 2017–2020 na angiografie wykonano kolejno 756, 786, 742 i 906 zabiegów lub badań. Od 18.06.2019 r. użytkowano dwa angiografy. Szpital nie dysponuje informacją o liczbie badanych bądź operowanych pacjentów. Dziennie wykonywano średnio dwa zabiegi lub badania.
- g) Z wykorzystaniem robota chirurgicznego da Vinci w latach 2019–2020 przeprowadzono kolejno 78 i 109 zabiegów, dla takiej samej liczby pacjentów. W tych okresach jeden zabieg wykonywano średnio co cztery i trzy dni.
- h) W styczniu 2017 r. wykonano 56 badań mammograficznych dla takiej samej liczby pacjentek. (akta kontroli str. 59-60, 478, 639)

Angiograf zakupiony w 2010 r. nie funkcjonował od 20.05.2021 r.⁴² Wynikło to z awarii spowodowanej brakiem zabezpieczenia przez Szpital okablowania urządzenia, co przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 486-494)

⁴¹ Oprócz echokardiografu zakupionego w 2021 r.

⁴² W tym dniu Pracownia Hemodynamiki zgłosiła jego awarię.

W latach 2017–2020 realizacja planowanych do osiągnięcia wskaźników rezultatu przebiegała następująco:

- a) Przy zastosowaniu robota chirurgicznego da Vinci w latach 2019–2020 wykonano kolejno 78 i 109 zabiegów, dla takiej samej liczby pacjentów. Tym samym w 2020 r. nie osiągnięto wartości wskaźnika rezultatu: *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby)*, określonej na 130 osób. Taką planowaną wartość wskaźnika określono we wniosku o dofinansowanie projektu *Zastosowanie robota chirurgicznego celem podniesienia jakości i poprawy dostępu do najnowocześniejszych procedur chirurgii onkologicznej w SP ZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku*. Dyrektor wyjaśnił, że wynikało to z trwającej w tym okresie epidemii koronawirusa (od marca szpital zamknięto dla zabiegów planowych, przywróconych dopiero na przełomie lipca i sierpnia) i że w latach 2019–2020 wykonano łącznie znacznie więcej zabiegów niż planowano. W ankiecie trwałości projektu błędnie poinformowano zaś IZ RPOWP, że w sprawozdawczym roku 2020 osiągnięta wartość wskaźnika wyniosła 189, zamiast 109 (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).
- b) Na jednopłaszczyznowym angiografie cyfrowym z 2019 r. w latach 2019–2020 wykonano badania lub zabiegi dla 568 i 515 pacjentów⁴³. W toku kontroli zakończonej 12.05.2021 r. IZ RPOWP potwierdziła realizację wskaźnika na poziomie 80.089 osób. Tym samym osiągnięta była wartość wskaźnika rezultatu: *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby)* określoną na 2020 r. na 75.462 osoby. Taką planowaną wartość wskaźnika przedstawiono we wniosku o dofinansowanie projektu *Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SP ZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku*⁴⁴.
- c) W toku kontroli zakończonej 12.05.2021 r. IZ RPOWP potwierdziła realizację wskaźnika na poziomie 80.089 osób zbadanych z użyciem echokardiografu przyjętego na stan 29.11.2018 r. Tym samym osiągnięta była wartość wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby)*, określona na 2020 r. na 75.462 osoby. Taką planowaną wartość wskaźnika określono w we wniosku o dofinansowanie projektu, obejmującego także zakup angiografu.
- d) Od stycznia do czerwca 2021 r. wykonano 1.145 badań dla 1.115 pacjentów za pomocą echokardiografu z 2021 r. Planowana do osiągnięcia wartość wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby)* określona była na 2022 r. i wynosiła 10.400 osób. Taką planowaną wartość wskaźnika określono we wniosku o dofinansowanie projektu *Opieka nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii w SP ZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku*⁴⁵. (akta kontroli str. 175, 342-353, 483-485)

W przypadku pozostałej aparatury (innej niż dofinansowanej w ramach projektów unijnych), – tj. tomografu komputerowego z 2018 r., stacjonarnego aparatu RTG z 2017 r., echokardiografu z 2018 r. i elektroencefalografu – na lata 2017–2020 nie określono planowanych do osiągnięcia wskaźników rezultatu. Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśnił, że: „nie było potrzeby określenia takich wskaźników. Szpital nie był zobowiązany do ich określenia”. (akta kontroli str. 68, 70-140, 190-208)

2.6. W Szpitalu zapewniono przejrzystą opartą na kryteriach medycznych procedurę ustalającą kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala, w sytuacji ograniczonej możliwości udzielenia wszystkim pacjentom odpowiednich świadczeń zdrowotnych, kolejność dostępu do świadczeń ustalał lekarz, tworząc listy pacjentów oczekujących. Zlecone badania diagnostyczne, z uwagą na zleceniu „pilne”, powinny być wykonane niezwłocznie.

⁴³ W 2019 r. było 715 badań. Nie ma możliwości określenia liczby badań wykonanych w 2020 r. (ewidencjonowano procedury, dla jednego pacjenta mogło być wykonanych kilka procedur).

⁴⁴ WND-RPPD.08.04.01-20-0051/18.

⁴⁵ WND-RPPD.08.04.01-20-0050/18.

W zarządzeniu Dyrektora ws. *zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia zdrowotne*⁴⁶ określono następujące zasady rejestracji pacjentów oczekujących m.in. na badania lub zabiegi wykonywane także przy użyciu wyskosp specjalistycznej aparatury medycznej:

- w poszczególnych komórkach organizacyjnych są wyznaczone osoby odpowiedzialne za ustalanie kolejności przyjęć i zapewnienie prawidłowego prowadzenia list oczekujących,
- w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w *sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej*⁴⁷, na listach oczekujących umieszczani są pacjenci zaliczani do kategorii medycznych „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”; kategoria określona dla pacjenta ma wpływ na termin realizacji świadczenia,
- wpisanie pacjenta na listę oczekujących następuje w dniu zgłoszenia. Zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy danej komórki organizacyjnej (oddziału, poradni, pracowni diagnostycznej). (akta kontroli str. 495-497, 601-619)

Inspektor ochrony danych, która w latach 2017–2020 uczestniczyła w pracach Zespołu ds. oceny przyjęć, oświadczyła, że zapisy na listy oczekujących prowadzono w dni robocze, na ogół w godzinach 7.30 – 15.05. Za prowadzenie harmonogramów przyjęć i list oczekujących odpowiadali pracownicy rejestracji. Świadczeń szpitalnych, ambulatoryjnych i diagnostycznych udzielano zgodnie z listami oczekujących i z harmonogramem przyjęć prowadzonym w komputerowej aplikacji *Optimed* (prowadzenie harmonogramu przyjęć w tej aplikacji potwierdzono w toku przeprowadzonej przez NIK analizy 50 badań RM i TK w DDO, przedstawionej w następnym punkcie wystąpienia). W protokołach z oceny przyjęć Zespół nie stwierdził istotnych nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących ani harmonogramów przyjęć i nie wnioskował do dyrekcji o podjęcie ewentualnych działań naprawczych. (akta kontroli str. 498)

Na stronie internetowej Szpitala umożliwiona była rejestracja online za pomocą poczty elektronicznej. W celu zarejestrowania się należało na podany adres⁴⁸ wysłać email z podaniem danych pacjenta i danych ze skierowania. Potwierdzeniem rejestracji był email zwrotny z powiadomieniem o terminie udzielenia świadczenia.⁴⁹ Pacjent wpisany na listę oczekujących był zobowiązany dostarczyć oryginał skierowania w terminie 14 dni, pod rygorem skreślenia z listy. Kierownik Działu Informatyki oświadczył, że:

- a) Taki sposób rejestracji udostępniony był od 2009 r. Można było zarejestrować się tą drogą m.in. na badanie obrazowe w DDO, echokardiografię i badanie EEG.
- b) Maile trafiały do Działu Informatyki, który je drukował i dostarczał do właściwych komórek organizacyjnych. Te dokonywały rejestracji lub w przypadku braku niezbędnych danych zwracały się do pacjentów o ich uzupełnienie. Do pacjenta wysyłano email zwrotny z powiadomieniem o terminie udzielenia świadczenia. Sporadycznie zdarzają się nadal skierowania inne niż elektroniczne. W przypadku, gdy pacjent podał w mailu numer e-skierowania, było ono weryfikowane i nie było potrzeby następnie uwiarygadniać skierowania. Pacjentom wysyłano zwrotne powiadomienia o terminie udzielenia świadczenia.
- c) W latach 2020–2021 pacjenci nie rejestrowali się w ten sposób na badania w DDO ani na badania echokardiograficzne lub EEG.
- d) Nie ma możliwości rejestrowania się na badania w DDO ani na badania echokardiograficzne lub EEG za pomocą portalu *Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie*.

⁴⁶ Zarządzenie nr 27/2015 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku z dnia 17 kwietnia 2015 r. w *sprawie zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia zdrowotne*.

⁴⁷ Dz. U. Nr 200, poz. 1661.

⁴⁸ Pomoc@sniedecja.pl.

⁴⁹ Czas oczekiwania na odpowiedź – około dwa dni robocze.

W instrukcji nie uwzględniono konieczności przedstawiania przez pacjentów kodu PIN e-skierowania, który był niezbędny do zarejestrowania się (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Możliwość zarejestrowania się do poradni dziecięcych (w których użytkowano jeden z echokardiografów) była zapewniona także ze strony internetowej Szpitala za pomocą portalu *Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie*.

(akta kontroli str. 499-501, 655)

Liczba osób oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie świadczeń z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej były następujące:

- a) Wg stanu na koniec lat 2017–2020 i na 30.06.2021 r. w przypadkach stabilnych na tomografię komputerową oczekiwało 1, 6, 108, 90 i 137 osób, a czas oczekiwania wynosił kolejno 19, 75, 48, 41 i 56 dni. Krótki czas oczekiwania na koniec 2017 r. był związany z rozpoczęciem badań dla pacjentów ambulatoryjnych w dniu 1.12.2017 r.⁵⁰ W latach 2020–2021 pierwszy wolny termin przypadał kolejno na 18.02.2020 r. oraz 17.02 i 26.07.2021 r.⁵¹ W przypadkach pilnych na koniec lat 2017–2020 i na 30.06.2021 r. oczekiwało kolejno 0, 2, 23, 31 i 32 osoby, a czas oczekiwania wynosił odpowiednio 0, 12, 31, 29 i 26 dni. W latach 2020–2021 pierwszy wolny termin przypadał kolejno na 16.01.2020 r. oraz 3.02 i 20.07.2021 r. Kierownik DDO oświadczyła, że: „wzrost liczby oczekujących w przypadkach stabilnych i pilnych na koniec 2019 r. wynikał ze zgłaszania się coraz większej liczby pacjentów. Zmniejszenie liczby oczekujących i czasu oczekiwania na wszystkie badania w DDO na koniec 2020 r. wynikało z mniejszej liczby pacjentów ambulatoryjnych i na oddziałach wskutek epidemii COVID-19. Nie dotyczyło to pilnych tomografii, gdyż w związku z epidemią trzeba było wykonać więcej pilnych TK klatki piersiowej, co jest podstawowym sposobem sprawdzenia stanu płuc w przebiegu COVID-19. Czas oczekiwania w pilnych TK dotyczył pacjentów covidowych wykonujących badania kontrolne lub niecovidowych.”
- b) Na rezonans magnetyczny wg stanu na koniec lat 2018–2020 i na 30.06.2021 r. w przypadkach stabilnych oczekiwało 28, 101, 48 i 112 osób, a czas oczekiwania wynosił kolejno 121, 53, 31 i 50 dni. W latach 2020–2021 pierwszy wolny termin przypadał kolejno na 5.02.2020 r. oraz 28.01 i 28.07.2021 r. W przypadkach pilnych oczekiwały kolejno 22, 68, 27 i 51 osób, a czas oczekiwania wynosił odpowiednio 120, 42, około 33 i 32 dni. W latach 2020–2021 pierwszy wolny termin przypadał kolejno na 20.01.2020 r. oraz 19.01 i 27.07.2021 r. Kierownik DDO wyjaśniła, że: „wzrost liczby oczekujących w przypadkach stabilnych i pilnych na koniec 2019 r. przy jednoczesnym skróceniu czasu oczekiwania wynikał głównie ze zniesienia w trakcie 2019 r. przez NFZ limitów finansowania badań RM”. Szpital nie miał zawartej umowy na badania rezonansu magnetycznego w okresie 1.01.2017 r. – 30.06.2018 r., co szerzej opisano w punkcie 2.10.

Na badanie RM na koniec 2020 r. w przypadkach pilnych odnotowano dłuższy czas oczekiwania niż w przypadkach stabilnych. Kierownik DDO wyjaśniła, że: „wynikło to z wpisania do kolejki przypadków stabilnych w miejsce pacjentów zapisanych na badania pilne, którzy z różnych powodów zrezygnowali przed terminem badania. Na dzień dzisiejszy nie jest możliwe wskazanie precyzyjnego czasu oczekiwania w przypadkach pilnych na koniec 2020 r. W DDO nie ma procedury ani praktyki, aby na miejsce zarejestrowanych pacjentów pilnych, którzy następnie rezygnują z badania, zapisywać innych zarejestrowanych wcześniej pacjentów pilnych, albo przesuwać całą kolejkę pacjentów pilnych. Dwuosobowa obsada rejestracji nie jest bowiem w stanie tego wykonywać. Obsługuje ona śledem list oczekujących (RM, TK, RTG kontrasty i 4 kolejki na badania USG dla różnych grup pacjentów). Ponadto często pacjenci „pilni” nie chcą być zapisani w kolejkę w pierwszym możliwym terminie, lecz w wybranym przez siebie terminie późniejszym (nie jest to odnotowywane w dokumentacji DDO). Także taki przypadek mógłby spowodować wydłużenie kolejki widocznej w systemie

⁵⁰ Co szerzej opisano w punkcie 2.10.

⁵¹ Dane o pierwszym wolnym terminie wprowadzano do aplikacji *Kolejki Centralne (AP-KOLCE)* dopiero od września 2019 r.

kolejkowym Optimed. Dodam, że obecnie większość skierowań jest określana przez lekarzy kierujących jako przypadki pilne."

W przypadku pozostałej wysokospecjalistycznej aparatury medycznej Szpital nie miał możliwości ustalenia czasu oczekiwania ani liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń.
(akta kontroli str. 502-506, 642)

Uruchomienie około 18.02.2019 r. drugiego tomografu komputerowego nie wpłynęło na zmniejszenie się liczby oczekujących ani czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, gdyż – jak wyjaśnił z-ca kierownika DDO – „Dział nadal dysponował i dysponuje obsadą techników na jeden tomograf”.
(akta kontroli str. 59)

2.7. Na podstawie danych zbiorczych z systemu informatycznego DDO ustalono, że w latach 2017–2021 (I półroczu) liczba badań pacjentów skierowanych spoza oddziałów Szpitala: ogółem oraz opisanych w czasie do 3 dni, od 4 do 7 dni, od 8 do 14 dni i powyżej 14 dni od wykonania badania była następująca⁵²:

a) Tomografia komputerowa:

- w 2017 r.: 118, w tym kolejno 83, 35, 0 i 0 badań,
- w 2018 r.: 2.614, w tym kolejno 1.833, 727, 42 i 12 badań,
- w 2019 r.: 2.955, w tym kolejno 2.035, 764, 149 i 7 badań,
- w 2020 r.: 2.152, w tym kolejno 1.398, 564, 154 i 36 badań,
- w I połowie 2021 r.: 1.201, w tym kolejno 729, 389, 73 i 10 badań.

b) Rezonans magnetyczny:

- w 2018 r.: 1.039, w tym kolejno 107, 311, 372 i 249 badań,
- w 2019 r.: 2.500, w tym kolejno 264, 607, 939 i 690 badań,
- w 2020 r.: 1.628, w tym kolejno 278, 464, 605 i 281 badań,
- w I połowie 2021 r.: 828, w tym kolejno 109, 268, 345 i 106 badań.

Natomiast liczba badań pacjentów skierowanych z oddziałów Szpitala: ogółem oraz opisanych w czasie do 3 dni, od 4 do 7 dni, od 8 do 14 dni i powyżej 14 dni od wykonania badania była następująca⁵³:

a) Tomografia komputerowa:

- w 2017 r.: 21.154, w tym kolejno 21.144, 7, 3 i 0 badań,
- w 2018 r.: 20.591, w tym kolejno 20.574, 11, 2 i 4 badania,
- w 2019 r.: 20.880, w tym kolejno 20.842, 17, 17 i 4 badania,
- w 2020 r.: 18.364, w tym kolejno 18.340, 13, 4 i 7 badań,
- w I połowie 2021 r.: 10.555, w tym kolejno 10.538, 10, 2 i 5 badań.

b) Rezonans magnetyczny:

- w 2017 r.: 1.561, w tym kolejno 1.442, 108, 7 i 4 badania,
- w 2018 r.: 1.550, w tym kolejno 1.397, 140, 10 i 3 badania,
- w 2019 r.: 1.493, w tym kolejno 1.362, 110, 16 i 5 badań,
- w 2020 r.: 1.593, w tym kolejno 1.544, 36, 11 i 2 badania,
- w I połowie 2021 r.: 1.003, w tym kolejno 984, 12, 4 i 3 badania.

W procedurach DDO nie określono terminów wykonywania badań ani ich opisów. W styczniu 2017 r. w Pracowni Mammograficznej wykonano 56 badań. Wyjaśnienie Dyrektora ws. terminów opisywania badań przedstawiono poniżej.

(akta kontroli str. 386-390, 508-517)

Szczegółowym badaniem objęto wybranych losowo 50 skierowań i wyników / opisów badań radiologicznej diagnostyki obrazowej rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, wykonanych w latach 2017–2021 (I półroczu)⁵⁴.

⁵² Czas od zarejestrowania skierowań do wykonania badań wraz z ich opisem. W analizie nie uwzględniono nielicznych badań, w przypadku których w systemie komputerowym DDO nie uzupełniono daty opisu.

⁵³ Czas od zarejestrowania skierowań do wykonania badań wraz z ich opisem.

a) Tomografia komputerowa

Spośród 15 badań wykonanych dla pacjentów skierowanych spoza oddziałów Szpitala w przypadkach stabilnych⁵⁵, od wystawienia skierowań do ich rejestracji w DDO upłynęło od 0 do 33 dni. Dwa badania wykonano w czasie 3 dni, dwa kolejne – w czasie 4–6 dni, trzy badania w czasie 9–14 dni, siedem badań w czasie 24–37 dni i jedno badanie po 97 dniach. Następnie dziewięć badań opisano w czasie do 2 dni, a pozostałe w czasie 5–10 dni. Łącznie od rejestracji skierowania do opisu dwóch badania upłynęły 3 i 4 dni, pięciu badań – od 9 do 14 dni, siedmiu badań – od 29 do 44 dni i jednego badania 97 dni⁵⁶.

Spośród 10 badań wykonanych dla pacjentów skierowanych z oddziałów Szpitala, od wystawienia skierowań do ich rejestracji w DDO upłynął najwyżej jeden dzień. Wszystkie badania wykonano i opisano w dniu rejestracji.

b) Rezonans magnetyczny

Spośród 12 badań wykonanych dla pacjentów skierowanych spoza oddziałów Szpitala w przypadkach stabilnych⁵⁷, od wystawienia skierowań do ich rejestracji w DDO upłynęło od 0 do 179 dni. Dwa badania wykonano w czasie 9–13 dni od rejestracji, pięć badań – w czasie 24–49 dni, cztery kolejne – w czasie 60–95 dni i jedno badanie po 125 dniach). Następnie pięć badań opisano w czasie od 4 do 6 dni, trzy badania – w czasie od 9 do 14 dni i cztery badania – w czasie 15–23 dni. Łącznie od rejestracji skierowania do opisu dwóch badania upłynęło 14 i 17 dni, pięciu badań – 34–55 dni, trzech badań – 75–84 dni i dwóch badań – 110 i 141 dni.

Pięć badań opisanych na podstawie umów Szpitala z NZOZ *Kendron* w Białymstoku, zostało opisanych od 4 do 22 dni⁵⁸ po terminie określonym w tych umowach. Dwa kolejne badania zostały opisane 9 i 16 dni po ich wykonaniu przez lekarza zatrudnionego w Szpitalu na umowę o pracę, a jedno badanie zostało opisane po 10 dniach przez lekarza kontraktowego – w kontrakcie tego lekarza (podobnie jak w pozostałych kontraktach, na podstawie których opisywano analizowane badania) ani w procedurach wewnętrznych Szpitala nie określono terminów opisywania badań. Dyrektor złożył w tej sprawie następujące wyjaśnienia:

- Nie zaistniały okoliczności pozwalające na uznanie, że kontrahent dopuścił się naruszeń terminu umownego. Wielokrotnie zdarza się, że opis ulega wydłużeniu ze względu na okoliczności niedotyczące wykonawcy. Pacjenci często informują po przeprowadzonym badaniu o terminie wizyty kontrolnej u lekarza kierującego i po zanotowaniu jej na kopercie przygotowywany jest opis na ustaloną datę. Najczęściej powodem wydłużenia terminu wykonania opisu jest sytuacja, w której pacjenci, pomimo faktu, iż przed przeprowadzeniem badania otrzymują informację o konieczności dostarczenia poprzednich badań celem dokonania analizy porównawczej, nie czynią tego i dopiero na prośbę lekarza opisującego, w różnym czasie, donoszą niezbędne wyniki. Zważywszy na to, a także na znaczący upływ czasu od daty wykonania badań, nie ma obecnie możliwości przedstawienia konkretnych przyczyn różnic czasowych pomiędzy badaniem RM, a jego opisem. Pracownicy DDO są uczulani na konieczność informowania dyrekcji Szpitala lub Działu Logistyki o konieczności zgłaszania przypadków niewłaściwej realizacji umowy przez wykonawcę, w szczególności determinujących konieczność nałożenia kar umownych za stwierdzone uchybienia – a takie przy wykonaniu tej umowy nie wystąpiły.

⁵⁴ Zbadano po 10 dokumentacji z lat 2017–2021 (I półrocza). O przyporządkowaniu do poszczególnych lat decydowała data opisu badania.

⁵⁵ W toku kontroli nie analizowano badań wykonanych dla pacjentów skierowanych spoza oddziałów Szpitala w przypadkach pilnych.

⁵⁶ Cały ten okres upłynął od rejestracji do wykonania badania (które opisano w dniu wykonania).

⁵⁷ W toku kontroli nie analizowano dokumentacji badań wykonanych dla pacjentów skierowanych spoza oddziałów Szpitala w przypadkach pilnych.

⁵⁸ Kolejno 5, 14, 15, 15 i 23 dni.

- Określone rozporządzeniem ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS warunki realizacji świadczeń RM i TK nie określają czasu od wykonania badań do ich opisania. Dlatego Szpital zrezygnował z praktyki określania go w umowach z kontrahentami ani nie widzi potrzeby określania go w regulacjach wewnętrznych. Mając na względzie dotychczasową praktykę, na bazie posiadanych doświadczeń uznano, iż dalsze określanie czasu opisu, w kontekście pogarszającej się sytuacji kadrowej może znacząco zawęzić krąg podmiotów zainteresowanych świadczeniem usług dla Szpitala, obniżając tym samym konkurencyjność postępowań. Czynnikiem motywującym do wykonania opisu badania (analogicznie do rozwiązania stosowanego przez NFZ) jest otrzymanie zapłaty dopiero po jego wykonaniu. W obecnej sytuacji znaczącego ograniczenia dostępności lekarzy radiologów na rynku pracy, formułowanie przez Szpital zbyt rygorystycznych wymagań mogłoby skutkować brakiem możliwości zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie.

W przypadku 13 badań wykonanych dla pacjentów skierowanych z oddziałów Szpitala⁵⁹, od wystawienia skierowań do ich rejestracji w DDO upłynęło do trzech dni. Wszystkie badania wykonano w dniu rejestracji, w którym to dniu również opisano siedem badań. Pozostałe sześć badań opisano kolejno jeden (trzy badania), dwa, cztery i 12 dni po ich wykonaniu.

Na podstawie analizy dodatkowych 21 badań opisywanych najdłużej ustalono, że 14 badań RM opisano po 23–164 dniach⁶⁰, a siedem badań TK opisano po 18–63 dniach. Opis jednego badania RM po 164 dniach był kolejnym, dodatkowym opisem dokonanym na prośbę lekarza. W innym opisie RM zawarto wzmiankę o uzupełnieniu go po dostarczeniu badań do porównania oraz jeden opis zawierał wzmiankę „uzupełnienie do opisu” – jak wyjaśniła kierownik DDO – „zapewne wynikało to z konieczności uzupełnienia dokumentacji medycznej po badaniu”. W pozostałych opisach nie było wzmianek dotyczących konieczności uzupełnienia badań lub konsultacji. Kierownik DDO wyjaśniła, że podziela stanowisko Dyrektora, iż: „w związku ze stosowaną praktyką przygotowywania opisów stosownie do terminu kolejnej wizyty u lekarza, częstą koniecznością późniejszego dostarczenia przez pacjentów wyników badań do porównania i niekiedy potrzebą wykonania dodatkowych konsultacji lub badań, z uwagi na upływ czasu nie jest możliwe wyjaśnienie okoliczności terminów dokonywania opisów badań. W sporządzonych opisach nie przedstawiono tych okoliczności”.

NIK przyjmuje do wiadomości wyjaśnienia Dyrektora i kierownik DDO. Zauważa jednak, że przedstawianie w opisach okoliczności, które powodują długie terminy dokonywania opisów badań służyłoby przejrzystości sposobu realizacji tego zadania przez Szpital. W związku z długimi terminami opisywania niektórych badań zasadne jest ponowne rozważenie określenia maksymalnych terminów czasu opisanie badań i egzekwowania tych terminów. Jest to wskazane również z uwagi na skargę otrzymaną przez Szpital 14.01.2019 r. ws. wydłużonego opisywania badania RM. Pacjent został na nie skierowany przez specjalistę neurologa w trybie pilnym. Pracownik wykonujący badanie poinformował, że opis badania dostępny będzie po 14 dniach, tymczasem badanie opisano po 35 dniach. Skarga została uznana przez Szpital za zasadną.

Badania RM i TK były opisywane przez lekarzy spełniających wymogi rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, co szerzej przedstawiono w punkcie 2.3. Elektroniczna dokumentacja medyczna zawierała wymagane informacje o wykonaniu i opisie badania, a w skierowaniach – sporządzonych w wersji papierowej – wskazano daty ich wystawienia. (akta kontroli str. 521-539, 645-651)

2.8. Do szczegółowego badania wybrano serwisowanie 10 wysokospecjalistycznych urządzeń medycznych o najwyższej wartości. Były to: rezonans magnetyczny, dwa tomografy komputerowe, trzy aparaty RTG, dwa angiografy, echokardiograf⁶¹ i robot

⁵⁹ W tym pięciu skierowań z 2017 r., w którym nie wykonywano badań dla pacjentów spoza oddziałów.

⁶⁰ W tym 12 badań opisano po 23–70 dniach oraz dwa badania opisano po 129 i 164 dniach.

⁶¹ Użytkowany od 2009 r.

chirurgiczny da Vinci. Ustalono, że urządzenia te poddawano badaniom i kontroli (przeglądom technicznym), zgodnie z zaleceniami producentów lub autoryzowanego serwisu. Wyjątek stanowiło pięciomiesięczne opóźnienie w przeprowadzeniu przeglądu technicznego echokardiografu (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Przeprowadzenie badań technicznych odnotowano w dokumentacji prowadzonej zgodnie z wymogami art. 90 ust. 6–9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁶².

(akta kontroli str. 544)

Na próbie trzech z tych urządzeń – aparatury radiologicznej, tj. obu tomografów komputerowych i aparatu RTG ustalono, że testy kontrolne parametrów fizycznych aparatury radiologicznej wykonywano co 12 miesięcy, tj. z częstotliwością określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁶³. Po instalacji lub naprawie urządzeń osoby uprawnione wykonywały testy odbiorcze urządzeń, zgodnie z wymogami art. 331 ust. 7 ustawy *Prawo atomowe*. Szpital posiadał dokumenty potwierdzające dopuszczenie tych urządzeń do użytku przed uruchomieniem badań. (akta kontroli str. 117-118, 137-140, 557, 620-621)

Objęte szczegółowym badaniem dwa urządzenia wykorzystywane do udzielania świadczeń zakontraktowanych z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ⁶⁴, tj. rezonans magnetyczny i tomograf komputerowy wyprodukowany w 2013 r., były od 1.01.2017 r. naprawiane trzy i 10 razy. Najdłuższe przestoje rezonansu magnetycznego wystąpiły od 2 do 6.02.2019 r. i od 19 do 28.12.2020 r., a tomografu komputerowego od 3 do 7.08.2018 r. (od piątku do wtorku) i od 25 do 28.02.2019 r. Z-ca kierownika DDO wyjaśnił, że: „praktycznie nie wpłynęły one na czas oczekiwania pacjentów z oddziałów Szpitala i pozostałych pacjentów w przypadkach pilnych. Czas oczekiwania pacjentów stabilnych na wykonanie badań początkowo wzrósł o liczbę dni przestoju urządzeń, jednak zniwelowano to w ciągu około dwóch tygodni”. (akta kontroli str. 560-562)

2.9. Szpital nie wykonywał planowych odpłatnych badań ani zabiegów z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury medycznej. Regulamin organizacyjny nie zawierał postanowień przewidujących udzielanie takich świadczeń. Dyrektor wyjaśnił, że: „Szpital nie zawierał umów dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych w sposób komercyjny, w tym w ramach realizacji usług dla innych podmiotów leczniczych lub odpłatnego użyczenia innym podmiotom posiadanej aparatury. Sporadycznie udzielano świadczeń zdrowotnych na rzecz nieubezpieczonych pacjentów trafiających na SOR.” Na podstawie księgowej ewidencji przychodów za badania RM, TK, EEG⁶⁵ i echokardiograficzne⁶⁶ ustalono, że w okresie objętym kontrolą Szpital wykonał po jednym badaniu RM i TK⁶⁷ dla osób nieubezpieczonych, uzyskując łącznie 673 zł. (akta kontroli str. 563-564, 656)

2.10. Realizacja świadczeń zdrowotnych w latach 2017–2021 (do 30.06) w ramach umów z POW NFZ, realizowanych z wykorzystaniem wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, przebiegała w sposób następujący:

- a) Badania rezonansu magnetycznego dla pacjentów Szpitala finansowano do 30.09.2017 r. w ramach leczenia szpitalnego, a od 1.10.2017 r. głównie w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁸. W latach 2018–2021 (i półroczu) wykonywano też badania ambulatoryjne za kolejno 446,8 tys. zł, 961,0 tys. zł, 647,4 tys. zł i 348,5 tys. zł, co stanowiło odpowiednio od 99,9% do 101,0% wartości umowy. Szpital nie miał zawartej umowy na te świadczenia od 1.01.2017 r. do 30.06.2018 r. Oferta Szpitala złożona w konkursie ogłoszonym przez POW NFZ 18.10.2017 r. nie została wybrana, co opisano poniżej.

⁶² Dz. U. z 2021 r. poz. 1565, ze zm.

⁶³ Dz. U. z 2017 r. poz. 884 (załącznik nr 6: Zakres oraz częstotliwość wykonywania testów eksploatacyjnych, testów specjalistycznych i testów podstawowych).

⁶⁴ Dalej: POW NFZ lub Oddział.

⁶⁵ W pracowni EEG dla dorosłych.

⁶⁶ Udzielane w DDUK.

⁶⁷ Jedno badanie RM i jedno badanie TK, odpowiednio w 2018 r. i 2019 r.

⁶⁸ Dalej: PSZ. Część świadczeń finansowano także w ramach leczenia szpitalnego poza PSZ.

Kierownik Działu Usług Medycznych wyjaśnił, że: „wcześniej co najmniej od 2014 r. POW NFZ nie ogłaszał konkursu na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń RM w Białymstoku”.

- b) Badania tomografii komputerowej dla pacjentów Szpitala były finansowane analogicznie do badań RM. Od 1.12.2017 r. do 30.06.2021 r. wykonywano też badania ambulatoryjne o wartości kolejno 22,6 tys. zł⁶⁹, 616,8 tys. zł, 687,5 tys. zł, 487,5 tys. zł i 264,6 tys. zł. W 2017 r. stanowiło to odpowiednio 51,4%, a w pozostałych latach – od 99,6% do 103,4% wartości umowy. Szpital nie miał zawartej umowy na te świadczenia od 1.01 do 30.11.2017 r. Kierownik Działu Usług Medycznych wyjaśnił, że: „wcześniej co najmniej od 2014 r. POW NFZ nie ogłaszał konkursu na ambulatoryjne świadczenia TK w Białymstoku”.
- c) Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki: w styczniu 2017 r. udzielono świadczeń za 4,5 tys. zł, co stanowiło 5,8% wartości umowy. Od 14.01.2017 r. zaprzestano realizacji programu. Było to związane z zakończeniem funkcjonowania Pracowni Mammograficznej w dotychczasowej siedzibie, problemami z rozmontowaniem, a następnie złożeniem mammografu w nowej siedzibie i niezrealizowaniem starań Szpitala związanych z zakupem nowego mammografu. Urządzenie było w pełni zamortyzowane i ostatecznie zostało poddane likwidacji.

Szpital nie miał zawartej umowy z POW NFZ na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. (akta kontroli str. 565-567)

W leczeniu szpitalnym w ramach PSZ finansowanego ryczałtowo, w latach 2017⁷⁰–2021 (I półroczu) poziom realizacji umów wyniósł kolejno 19.010,1 tys. zł, 74.189,1 tys. zł, 82.943,0 tys. zł, 65.295,2 tys. zł i 32.016,0 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 111,3%, 98,3%, 102,8%, 75,5% i 78,2% wartości umów.

W ramach świadczeń PSZ, dla których ustalono odrębny sposób finansowania, w latach 2017–2021 (I półroczu) poziom realizacji umów wyniósł kolejno 12.828,3 tys. zł, 54.139,2 tys. zł, 63.451,5 tys. zł, 67.221,7 tys. zł i 36.207,9 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 88,9%, 99,9%, 100,0%, 97,9% i 106,8% wartości umów.

W leczeniu szpitalnym realizowanym poza PSZ poziom realizacji umów wyniósł kolejno 181,4 tys. zł, 876,3 tys. zł, 815,4 tys. zł, 698,4 tys. zł i 284,7 tys. zł, co w latach 2017–2020 stanowiło 100%, a w I półroczu 2021 r. – 92,5% wartości umów. (akta kontroli str. 565-567)

W ogłoszonym przez POW NFZ 18.10.2017 r. konkursie ofert na badania rezonansu magnetycznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, składając ofertę Szpital przedstawił Oddziałowi umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmiot zewnętrzny⁷¹ w zakresie diagnostyki RM dla „pacjentów z oddziałów i SORu”. Pomimo że w toku weryfikacji oferty przez Oddział Szpital oświadczył, że w tej umowie zawrze zapis potwierdzający wykonywanie także ambulatoryjnych badań RM, 16.11.2017 r. w związku z brakiem potwierdzenia zapewnienia diagnostyki ambulatoryjnej Oddział odrzucił ofertę Szpitala. W aneksie z 20.11.2017 r. do umowy Szpitala z podmiotem zewnętrznym na badania RM stwierdzono m.in., że jej przedmiotem „było i jest” udzielanie świadczeń dla wszystkich pacjentów Szpitala. Odwołanie Szpitala z 21.11.2017 r.⁷² zostało jednak oddalone. W rezultacie Szpital nie zawarł z Oddziałem umowy na ambulatoryjne badania RM od 1.12.2017 r. do 30.06.2018 r. Szpital nie zawnioskował o ponowne rozpatrzenie sprawy ani nie zaskarżył rozstrzygnięcia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Szpital ma zawartą umowę z Oddziałem na ambulatoryjne badania RM od 1.07.2018 r.

(akta kontroli str. 525, 569-594)

⁶⁹ Umowa z POW NFZ obowiązywała od 1.12.2017 r.

⁷⁰ Od 1.10.2017 r.

⁷¹ NZOZ Kendron Sp. z o.o. w Białymstoku.

⁷² Uzupelnione 27.11.2017 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Przez ponad cztery miesiące, tj. od 20.05.2021 r. Szpital nie wykorzystywał do udzielania świadczeń zdrowotnych posiadanego w Oddziale Kardiologii angiografu. Przyczyną było niezabezpieczenie przed gryzoniami okablowania zasilającego i sygnałowego angiografu, które skutkowało jego poważnym uszkodzeniem⁷³. Po zgłoszeniu 20.05.2021 r. awarii urządzenia przez Pracownika Hemodynamiki, autoryzowany serwis 29.07.2021 r. stwierdził: „w maszynowni aparatu liczne ślady ogryzionych resztek izolacji kabli sygnałowych i zasilających biegnących trasą kablów pod sufitem przez kolejne pomieszczenia. Ostry zapach zgnilizny / padliny sugeruje obecność szczurów. Do dalszej diagnozy wymagana jest wymiana lampy RTG oraz większości kabli sygnałowych i zasilających biegnących na trasie od maszynowni do sterowni i / lub ramienia C”. W rezultacie na angiografie od 20.05.2021 r. nie ma możliwości wykonywania badań ani zabiegów. Koszt naprawy został 30.09.2021 r. wyceniony przez serwis na 983,8 tys. zł. W toku oględzin NIK ustalono, że okablowanie nadal nie było zabezpieczone. Znajdowało się ono w piwnicy, bezpośrednio pod zlokalizowanym na parterze Oddziałem Kardiologii z Pracownią Hemodynamiki. Kierownik Działu Inwestycji, do zadań którego należało m.in. zabezpieczanie należytego stanu technicznego budynków i zapewnienie pełnej sprawności techniczno-ruchowej parku maszynowego Szpitala wyjaśnił, że: „od czasu zainstalowania angiografu kable te nie są skutecznie zabezpieczone. Dział Inwestycji nie wnioskował o zabezpieczenie kabli, gdyż nie przewidziano, że taki problem może wystąpić w stosunkowo nowym obiekcie (około 10 lat temu przeprowadzono remont budynku, w którym użytkowany jest angiograf). Obowiązujące przepisy nie wymagają stosowania zabezpieczeń i osłon. Dokumentację projektową sporządził uprawniony projektant (...). Obecnie okablowania do urządzeń medycznych ukrywane są w odpowiednich osłonach (stalowych rurach, peszlach, drabinkach itp.). W przypadku podjęcia decyzji o naprawie lub wymianie uszkodzonego angiografu, okablowanie zostanie właściwie zabezpieczone.” Dyrektor wyjaśnił, że okablowanie angiografu „zostało wykonane zgodnie z dokumentacją projektową w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, normami i zasadami prowadzenia instalacji sygnałowych i zasilających. Niemożliwym do przewidzenia była ingerencja w system instalacji ze strony gryzoni. Do dziś obowiązujące przepisy i normy nie wymagają zabezpieczeń innych niż zastosowane w przedmiotowej instalacji. Instalacje niskoprądowe w nowych – remontowanych obiektach pomimo braku zaleceń normowych prowadzone są pod tynkiem lub w tzw. drabinkach lub rurach zabezpieczających.” Dyrektor dodał, że obecnie Szpital ma nowy, bezawaryjny angiograf, zapewniający bezpieczeństwo i ciągłość udzielania świadczeń, więc decyzja o ewentualnej naprawie uszkodzonego angiografu zostanie podjęta po przeprowadzeniu kompleksowej diagnostyki przez serwis, „oprócz kosztów naprawy, wzięta będzie pod uwagę kwestia zdiagnozowanej kondycji całego urządzenia i prognoza jego dalszej eksploatacji bez zagrożenia poważnymi awariami”. Wyjaśnił też, że obecnie kwestia pozyskania angiografu, ze względu na posiadanie nowego urządzenia, nie należy do priorytetów Szpitala, jednak z upływem czasu i postępującym zużyciem Szpital będzie zmuszony do podjęcia działań w tym celu.

(akta kontroli str. 486-494, 598-600, 653)

Zdaniem NIK, w przypadku wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, której nabycie wymagało zaangażowania znacznych nakładów (uszkodzony angiograf zakupiono za 2.386,0 tys. zł) Szpital nie może poprzestawać na stosowaniu przepisów ogólnych. Przeciwnie, powinien podejmować wszelkie możliwe działania dla zapewnienia sprawnego i bezawaryjnego funkcjonowania takich urządzeń. Dotyczy to w szczególności aparatów wykorzystywanych do wykonywania zabiegów. Pojawienie się gryzoni w piwnicy nie jest zjawiskiem nieprzewidywalnym. Kierownik Działu Logistyki przyznała, że od „stycznia 2017 r. do maja 2021 r. zdarzało się, że stwierdzano obecność gryzoni w piwnicach pod oddziałami szpitalnymi, w tym piwnicy pod

⁷³ Okablowanie przebiegało z szafy urządzenia znajdującej się w piwnicy, przez dwa pomieszczenia, do aparatu znajdującego się na parterze, nad tymi pomieszczeniami.

Oddziałem Kardiologicznym". Dopuszczenie do ich obecności przy okablowaniu angiografu mogło skutkować nagłym wystąpieniem awarii urządzenia podczas wykonywania operacji. Należy też zauważyć, że koszt zabezpieczenia okablowania byłby niewspółmiernie niski w porównaniu do kosztu koniecznego do poniesienia w celu usunięcia stwierdzonej awarii. (akta kontroli str. 643)

2. W przypadku wszystkich trzech zbadanych konkursów, dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii, urologii⁷⁴ i kardiologii inwazyjnej⁷⁵ Szpital:
- w opisie przedmiotu zamówienia nie stosował nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, czym naruszono art. 141 ust. 4 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl,
 - pomimo że wartość przedmiotu umów przekraczała 130.000 euro, Dyrektor nie przekazał ogłoszeń o wyniku rozstrzygnięcia postępowania UOPWE, czym naruszył art. 151 ust. 6 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl. Ponadto w ogłoszeniach tych nie wskazano adresu świadczeniodawców, czym naruszono art. 151 ust. 4 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl.

Dyrektor Szpitala oraz Kierownik Działu Zatrudnienia i Plac, w którym przygotowano projekty szczegółowych warunków konkursów wraz z umowami, wyjaśnili że:

- a) Odnosnie niestosowania w opisie przedmiotu zamówienia nazw i kodów ze Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) założono, że rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień⁷⁶ stanowi akt prawny powszechnie obowiązujący, a więc istnieje możliwość przyporządkowania określonego przedmiotu zamówienia pod odpowiedni kod CPV. Stanowi to czynność bardziej techniczną, porządkową niż stricte merytoryczną, wpływającą na ocenę opisu przedmiotu zamówienia.
- b) W art. 151 ust. 6 nie wskazano terminu informowania UOPWE, więc powstaje wątpliwość, od jakiego momentu dochodzi do naruszenia tego przepisu. Ponadto czynność ta ma charakter informacyjny i nie wpływa na możliwość utrudnienia uczciwej konkurencji. Obecnie Szpital sukcesywnie realizuje procedurę przekazywania ogłoszeń do UOPWE. Natomiast uchybienie polegające na niewskazywaniu w ogłoszeniach adresu świadczeniodawców nie wpływało na równe traktowanie oferentów ani nie prowadziło do zmiany warunków postępowania. Obowiązek ten należy rozpatrywać w kontekście powszechnej dostępności do rejestrów z danymi podmiotów o miejscu wykonywania ich działalności. Oferenci konkursów to podmioty o szczególnym statucie, związanym z przedmiotem wykonywanej działalności, co potwierdzone jest przez wpis w odpowiednim rejestrze, m.in. RPWDL – patrz art. 5 ust. 1 udl, zgodnie z którym lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w udl i przepisach odrębnych, po wpisaniu do RPWDL. Z tego względu to techniczne uchybienie nie pozbawiało kogokolwiek możliwości uzyskania informacji w tym zakresie. (akta kontroli str. 426-477)

NIK wskazuje, że wskazane obowiązki ustawowe powinny być realizowane. Niezależnie od nieokreślenia ustawowego terminu przekazywania ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania do UOPWE, realizacja tego obowiązku nie powinna być odkładana przez ponad trzy lata po dacie rozstrzygnięcia, jak miało to miejsce w przypadku konkursu na świadczenia zdrowotne w zakresie chirurgii.

3. Pomimo że termin wykonania okresowego przeglądu technicznego echokardiografu (jednego z 10 urządzeń objętych kontrolą NIK) upływał w lutym 2021 r., Dział Aparatury Medycznej zwrócił się do serwisu o dokonanie przeglądu dopiero 24.03.2021 r. Z powodu niedostępności aparatu do przeglądu przez Oddział Kardiologii podczas wizyty serwisu 30.04.2021 r., przegląd ten ostatecznie wykonano 13.07.2021 r., tj. pięć miesięcy po wymaganym terminie. Specjalista z Działu Aparatury Medycznej, który

⁷⁴ Świadczeń w zakresie chirurgii i urologii udzielano m.in. z wykorzystaniem robota chirurgicznego da Vinci.

⁷⁵ Z wykorzystaniem angiografu.

⁷⁶ Dz. Urz. WE L 340, s. 1 i n., ze zm.

przygotował zgłoszenie przeglądu wyjaśnił, że: „w związku z dokonaniem poprzedniego przeglądu w lutym 2020 r., zwrócenie się o kolejny przegląd w marcu 2021 r. było terminem właściwym. Przeglądy echokardiografu powinny być wykonywane co roku. Nie mamy dużego wpływu na terminy realizacji przeglądów przez serwisy w okresie epidemii. O terminie przeglądu poinformowałem wcześniej Oddział telefonicznie.” Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła zaś, że: „prawdopodobnie w czasie wizyty serwisu na sali zabiegowej – na której znajdował się echokardiograf – trwał zabieg, więc nie było możliwości udostępnienia aparatu. Nie pamiętam, czy byliśmy poinformowani o terminie tego przeglądu, choć na ogół taką informację otrzymujemy.” NIK wskazuje, że poszczególne komórki organizacyjne Szpitala powinny realizować swoje zadania i współpracować tak, aby zapewnić terminowe wykonywanie wymaganych przeglądów aparatury medycznej. (akta kontroli str. 544-555)

4. Dopiero w czasie kontroli NIK (tj. 15.10.2021 r.) organowi prowadzącemu RPWDL zgłoszono zmianę polegającą na zakończeniu działalności Pracowni Mammograficznej. Zmiany tej nie uwzględniono w regulaminie organizacyjnym Szpitala. Na dzień 15.10.2021 r. w rejestrze przedstawiony był jeszcze zapis, że od 18.01.2017 r. pracownia funkcjonuje pod nowym adresem⁷⁷. Tymczasem ostatnie świadczenia zdrowotne (badania) z wykorzystaniem mammografu wykonano pacjentkom prawie pięć lat temu, tj. 13.01.2017 r.⁷⁸ Zgodnie z art. 107 ust. 1 *udł*, podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest zobowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem, w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Dyrektor i kierownik Działu Administracji, który przygotował wniosek z 10.01.2017 r. do rejestru wyjaśnili, że: „zmiany siedziby pracowni dokonano w RPWDL razem z przeniesieniem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Początkowo analizowano możliwość przeniesienia mammografu do nowej siedziby pracowni, a po likwidacji aparatu (z dniem 30.04.2019 r.) rozważano zakup nowego urządzenia. Kwestia uruchomienia pracowni pozostaje otwarta. Jeżeli zostanie podjęta decyzja w tej sprawie, mammograf może być zakupiony w czasie około miesiąca. W przypadku ogłoszenia przez POW NFZ konkursu na świadczenia mammograficzne, może być trudno w odpowiednim krótkim czasie uwzględnić Pracownię Mammograficzną w regulaminie organizacyjnym Szpitala i w RPWDL.” Dyrektor dodał, że pozostawienie od 2017 r. Pracowni Mammograficznej w rejestrze i w regulaminie organizacyjnym wiązało się z planami Szpitala w zakresie ponownego uruchomienia pracowni – gdyby pozyskano nowe środki na zakup mammografu i wygospodarowano pomieszczenie na pracownię, można by w maksymalnie krótkim czasie zacząć udzielanie świadczeń.

(akta kontroli str. 355-384, 657-662)

5. W ankiecie trwałości jednego z trzech zbadanych projektów unijnych⁷⁹ błędnie poinformowano IZ RPOWP, że w roku sprawozdawczym 2020 r. osiągnięta wartość wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby)* wyniosła 189. Z informacji tej wynikało, że planowana wartość wskaźnika (130 osób) została osiągnięta – podczas gdy w 2020 r. wykonano 109 zabiegów, tj. o 16% mniej niż planowano. Liczba przedstawiona w ankiecie dotyczyła łącznie lat 2019–2020, podczas gdy należało przedstawić liczbę zabiegów wykonanych tylko w 2020 r. Dyrektor Szpitala i wypełniający ankietę specjalista ds. unijnych wyjaśnili, że wynikało to z omyłkowego wpisania przez tego pracownika w ankiecie danych łącznie za lata 2019–2020. NIK wskazuje, że wartości wskaźników powinny być prezentowane prawidłowo, zgodnie z ujęciem przyjętym we wniosku o dofinansowanie projektu. (akta kontroli str. 342-354)

⁷⁷ Do 17.01.2017 r. pracownia zgłoszona była pod adresem ul. Warszawska 15, a od 18.01.2017 r. – pod adresem ul. M. Curie-Skłodowskiej 26. W rubryce nr 12 *data zakończenia działalności przez jednostkę organizacyjną* ujęta była adnotacja „brak wpisu”.

⁷⁸ Badania wykonano pod starym adresem funkcjonowania pracowni. W tym dniu zakończono realizację umowy z POW NFZ na wykonywanie programu profilaktyki raka piersi.

⁷⁹ Zastosowanie robota chirurgicznego celem podniesienia jakości i poprawy dostępu do najnowocześniejszych procedur chirurgii onkologicznej w SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

6. Dopiero w czasie kontroli NIK⁸⁰ w zamieszczonej na stronie internetowej Szpitala instrukcji rejestrowania się za pomocą poczty elektronicznej uwzględniono podawanie przez pacjentów kodu PIN e-skierowania, który był niezbędny do zweryfikowania e-skierowania przez Szpital. W rezultacie wcześniej bez podania tego kodu rejestracja nie była możliwa. Pacjenci proszeni byli o przedstawianie szeregu informacji (imię i nazwisko, nr PESEL, adres zamieszkania, telefon, nazwa poradni – ewentualnie nazwisko lekarza, czy jest to wizyta pierwszorazowa, czy też kontynuacja leczenia, a także o dane ze skierowania: data skierowania, jednostka kierująca, lekarz kierujący, rozpoznanie), które nie były wystarczające do dokonania rejestracji. Jak bowiem wyjaśnił kierownik Działu Informatyki – „w przypadku niepodania przez pacjenta 4-cyfrowego kodu PIN e-skierowania wraz z numerem PESEL (lub numeru e-skierowania, który jest czterdziestokilkucyfrowy), w ciągu 14 dni pacjent będzie musiał go uzupełnić, w celu zweryfikowania skierowania przez Szpital z danymi w systemie gabinet.gov.pl lub bezpośrednio na ministerialnej platformie P1 do obsługi m.in. e-skierowań. Bez podania numeru e-skierowania jego weryfikacja przez Szpital nie jest możliwa”. Tym samym przedstawienie danych wymaganych w instrukcji bez kodu PIN nie umożliwiałoby zweryfikowania skierowania przez Szpital i po zarejestrowaniu się drogą elektroniczną pacjent musiał później dostarczyć kod PIN. E-skierowania wydawane były od 8.01.2021 r. i jest to podstawowa forma skierowań trafiających do Szpitala. Kierownik Działu Informatyki wyjaśnił, że jego dział nie zamieścił wcześniej na stronie internetowej wytycznej, aby w mailu pacjent podawał kod PIN e-skierowania, gdyż „żadna z merytorycznych komórek organizacyjnych Szpitala nie zgłosiła potrzeby dokonania takiego uzupełnienia”. Specjalista ds. promocji i kontaktów z mediami, do zadań którego należało m.in. przygotowywanie i opracowywanie materiałów na stronę internetową Szpitala wyjaśnił, że „nieuwzględnienie kodu PIN e-skierowania wynikało z przeoczenia.”
- (akta kontroli str. 499-501, 622, 640)

OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja udzielania świadczeń w Szpitalu zapewniała optymalne wykorzystanie sprawnej wysokospecjalistycznej aparatury medycznej. Liczba i kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń były zgodne z obowiązującymi wymogami. Osiągnięte były wskaźniki rezultatu realizowanych projektów dotyczące ogółu ludności potencjalnie objętej świadczeniami, a niewykonanie planowanej liczby zabiegów z wykorzystaniem robota chirurgicznego w 2020 r. wynikało z ograniczenia przyjęć planowych wskutek epidemii COVID-19. Pacjentom przygotowano odpowiednią procedurę ustalającą kolejność dostępu do tych świadczeń. Co trzecie analizowane badanie RM w przypadkach stabilnych opisano po ponad 14 dniach od wykonania, jednak procedury Szpitala nie wyznaczały maksymalnego limitu czasu wykonania opisu. Zapewniono wymaganą częstotliwość kontroli parametrów fizycznych urządzeń radiologicznych. W toku kontroli stwierdzono jednak nieprawidłowości polegające na:

- niewykorzystaniu posiadanego starszego angiografu do udzielania świadczeń przez prawie pięć miesięcy, tj. od 20.05.2021 r., wskutek awarii spowodowanej nieskutecznym zabezpieczeniem okablowania urządzenia przed gryzoniami,
- niestosowaniu w opisie przedmiotu zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych nazw i kodów ze Wspólnego Słownika Zamówień oraz nieprzekazywaniu ogłoszeń o wyniku postępowań UOPWE, co było niezgodnie z wymogami art. 141 ust. 4 i art. 151 ust. 6 uśoz,
- wykonaniu przeglądu echokardiografu pięć miesięcy po wymaganym terminie,
- niewłaściwym określeniu w ankiecie trwałości projektu dotyczącego zakupu robota chirurgicznego da Vinci osiągniętej wartości wskaźnika rezultatu: *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby)* na 189, zamiast na 109,
- zgłoszeniu do RPWDL zaprzestania funkcjonowania Pracowni Mammograficznej dopiero w czasie kontroli NIK, chociaż ostatnie badania w pracowni wykonano prawie pięć lat temu (13.01.2017 r.),

⁸⁰ Tj. 4.10.2021 r.

- uwzględnieniu w instrukcji umawiania się na wizyty drogą elektroniczną podawania przez pacjentów kodu PIN z e-skierowania dopiero w czasie kontroli NIK (podanie kodu było niezbędne do zarejestrowania się).

Ponadto wskutek zawarcia w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych zapisu, który zdaniem NFZ nie gwarantował obsady lekarskiej dla pacjentów ambulatoryjnych, oferta Szpitala na badania RM od 1.12.2017 r. do 30.06.2018 r. (tj. siedmiu miesięcy) nie została wybrana.

IV. Uwagi i wnioski

NIK zwraca uwagę na obowiązek stosowania w konkursach ws. udzielania świadczeń zdrowotnych nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień i przekazywanie Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszeń o rozstrzygnięciu tych konkursów oraz na konieczność terminowego zapewnienia przeglądów technicznych wysokospecjalistycznej aparatury medycznej i prawidłowego przedstawiania osiągniętych wartości wskaźników w ramach projektów dofinansowanych ze środków unijnych.

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

1. Właściwe zabezpieczenie okablowań zasilających lub sterujących wysokospecjalistyczną aparaturą medyczną zlokalizowanych w piwnicach i rozważenie zasadności dokonania takiego zabezpieczenia w pozostałych pomieszczeniach.
2. Zaktualizowanie regulaminu organizacyjnego w zakresie dotyczącym zakończenia działalności Pracowni Mammograficznej, w celu zapewnienia jego zgodności z prowadzoną działalnością leczniczą.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi 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 Białymstoku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

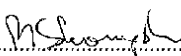
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania uwag i wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

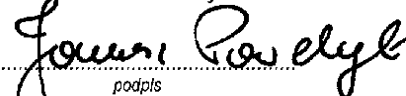
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, 21 października 2021 r.

Kontroler:
Marek Skorupski
główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

p.o. DYREKTORA DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
Janusz Pawelczyk


.....
podpis