



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.014.03.2023

Pan
Jacek Kryś
Dyrektor
Szpital Uniwersytecki nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy ¹ , ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Kryś, Dyrektor Szpitala, od 19 grudnia 2013 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego 3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli ² , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Marcin Bigos, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/96/2023 z 30 maja 2023 r. 2. Tomasz Klause, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/102/2023 z 5 lipca 2023 r.

(akta kontroli str. 1-5)

¹ Dalej: „Szpital” lub „Placówka”.

² Tj. 13 października 2023 r.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnienie przez Szpital dostępu do kompleksowego leczenia onkologicznego finansowanego ze środków publicznych.

Szpital zaspakajał potrzeby pacjentów w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznego programu zdrowotnego. Realizacja świadczeń odbywała się w sposób i w warunkach odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i umowach. Szpital prawidłowo realizował zadania powierzone przez Ministra Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły m.in. stosowania nieaktualnego wzoru karty zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a oraz naruszenia art. 61 ust 1 oraz 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych⁵, poprzez dopuszczenie w czterech postępowaniach o udzielenie zamówień publicznych do rozmów w sprawach merytorycznych pomiędzy wykonawcą a pracownikiem Działu Aparatury Medycznej Szpitala. Nie miały one jednak istotnego wpływu na kontrolowany zakres działalności Szpitala.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital w kontrolowanym okresie na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia⁷ udzielał onkologicznych świadczeń zdrowotnych w szczególności w następujących rodzajach:

- w trybie ambulatoryjnym⁸: urologii, onkologii i hematologii dziecięcej;
- w trybie hospitalizacji⁹: urologii, onkologii i hematologii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, neurochirurgii, otorynolaryngologii;
- w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy;
- chemioterapii zarówno w trybie hospitalizacji, jednego dnia, jak i ambulatoryjnym.

Weryfikacji poddano spełnienie przez Szpital wymagań ogólnych określonych dla leczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego¹⁰, a także dla udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej - diagnostyka onkologiczna, chirurgii ogólnej - hospitalizacja, urologii - hospitalizacja oraz pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.

(akta kontroli str. 82-102)

Szpital spełniał wymagania ogólne dla realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego określone zarówno w § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia

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

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1605. Dalej: „nupzp”.

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Dalej: „NFZ”.

⁸ Wskazano zakresy wykonanych umów o wartości łącznej w okresie kontrolowanym powyżej 100 tys. zł w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: także „pakiet onkologiczny”), jak i poza ww. kartą.

⁹ Wskazano zakresy wykonanych umów o wartości łącznej w okresie kontrolowanym powyżej 1 000 tys. zł razem dla pakietu onkologicznego i poza nim.

¹⁰ Dalej także: „DILO”.

szpitalnego¹¹, jak i § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹². Szpital posiadał opracowaną procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego¹³, powołał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego, zapewniał dostęp do wymaganych procedur diagnostycznych¹⁴, posiadał m.in. oddział o profilu zabiegowym oraz realizował chemioterapię.

(akta kontroli str. 103-113)

Szpital spełniał wymogi dla udzielania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej, określonych w poz. 12 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń ambulatoryjnych w zakresie personelu (lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej), wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępu do wymaganych badań lub procedur medycznych¹⁵.

(akta kontroli str. 114-143, 153-158, 167)

Szpital spełniał wymogi w zakresie chirurgii onkologicznej w trybie hospitalizacji, wymienione w poz. 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń leczenia szpitalnego, w tym w odniesieniu do zapewnienia personelu lekarskiego w odpowiedniej liczbie i o odpowiednich kwalifikacjach (lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej), zapewniającego całodobową opiekę we wszystkie dni tygodnia. Szpital dysponował także odpowiednim wyposażeniem¹⁶, zapewniał dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych oraz spełniał pozostałe wymagania w przedmiocie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w miejscu udzielania świadczeń oraz bloku operacyjnego w lokalizacji.

(akta kontroli str. 114-137, 144-152, 163-167)

Spełniono wymogi w zakresie urologii w trybie hospitalizacji, wymienione w poz. 46 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń leczenia szpitalnego, w tym w odniesieniu do personelu lekarskiego w odpowiedniej liczbie i o odpowiednich kwalifikacjach (lekarze specjaliści w dziedzinie urologii), zapewniającego całodobową opiekę we wszystkie dni tygodnia. Szpital dysponował także odpowiednim wyposażeniem¹⁷, zapewniał dostęp do badań urodynamicznych i histopatologicznych śródoperacyjnych oraz spełniał pozostałe wymagania w przedmiocie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w miejscu udzielania świadczeń oraz bloku operacyjnego i pracowni endoskopii w lokalizacji.

(akta kontroli str. 114-137, 159-162)

Spełnione zostały także wymagania niezbędne do realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy, zarówno w zakresie zapewnienia personelu o odpowiednich kwalifikacjach, jak i właściwego wyposażenia.

(akta kontroli str. 168-172)

¹¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.; dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń leczenia szpitalnego”.

¹² Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.; dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń ambulatoryjnych”.

¹³ Procedura została zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala 21 lipca 2017 r.

¹⁴ W szczególności dysponował we własnej strukturze komórkami prowadzącymi: diagnostykę laboratoryjną, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, badania endoskopowe. Natomiast dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) oraz medycyny nuklearnej zapewniono poprzez zawarcie umowy z Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy.

¹⁵ Dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz dostęp do RTG.

¹⁶ Kardiomonitor – w miejscu udzielania świadczeń, natomiast w lokalizacji aparat RTG oraz kardiomonitor.

¹⁷ W miejscu udzielania świadczeń: kardiomonitor, zestaw do zabiegów przezcewkowych, cystoskop, resektoskop, ureterorenoskop. W lokalizacji: aparat USG z głowicą dorektną. Dostęp: zestaw do PCNL.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w przedmiocie bieżącego utrzymania sprzętu i aparatury medycznej określonych, w szczególności w art. 63 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych¹⁸. Poddane badaniu wybrane urządzenia były poddawane przeglądom w czasie i zakresie określonym przez producenta.

(akta kontroli str. 114-137)

1.2. W Szpitalu zachowano warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. W szczególności dochowywano wymogów dotyczących: przygotowywania leków cytostatycznych w wydzielonym pomieszczeniu, przygotowywania tych leków w łóży laminarnej oraz środków ochrony indywidualnej. Pomieszczenia pracowni leków cytostatycznych posiadały klasę czystości B, natomiast łóża laminarna klasę czystości A. Postępowanie z filtrami HEPA centrali wentylacyjnej oraz łóż laminarnych było zgodne z wymogami ich producenta i potwierdzone odpowiednimi przeglądami technicznymi.

(akta kontroli str. 765-832)

1.3. W Placówce opracowano i wdrożono standardy, procedury oraz normy w zakresie żywienia pacjentów, w tym: dystrybuowania i podawania posiłków, sposobów prowadzenia terapii żywieniowych, zasad przechowywania żywności pacjentów, informowania pacjentów na temat żywienia w okresie szpitalnym oraz przechowywania i przygotowania mieszanek mlecznych. W okresie objętym kontrolą Szpital przygotowywał posiłki we własnym zakresie. Zapewnieniem ciągłości żywienia pacjentów według specjalistycznych diet szpitalnych zajmował się Dział Żywienia, w którego skład wchodziła kuchnia oraz lokal gastronomiczny.

W Szpitalu stosowano łącznie 18 diet doustnych¹⁹. Dla wszystkich określono: charakterystykę, uwagi technologiczne, wykaz produktów dozwolonych, dozwolonych w umiarkowanych ilościach oraz przeciwwskazanych.

(akta kontroli str. 173-246)

W całym okresie objętym kontrolą Placówka zatrudniała co najmniej jednego dietetyka. Według stanu na 31 marca 2023 r. na tym stanowisku zatrudnionych było 14 osób. Do ich obowiązków należało m.in.: ocena i monitorowanie stanu odżywiania oraz sposobu żywienia hospitalizowanych pacjentów; rozpoznanie, zapobieganie i współuczestniczenie w leczeniu niedożywienia, w tym niedożywienia szpitalnego; planowanie i nadzór nad realizacją żywienia, indywidualnych jadłospisów i potraw wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet, zgodnie z obowiązującą klasyfikacją i zasadami żywienia; opracowanie indywidualnych jadłospisów zgodnie z zapotrzebowaniem i stanem klinicznym chorych; sporządzanie zamówień diet dla chorych z danego oddziału zgodnie ze zleceniami lekarskimi oraz stanem chorych; uczestniczenie w obchodach lekarskich oraz prowadzenie edukacji żywieniowej wśród pacjentów i ich rodzin.

(akta kontroli str. 247-248)

Badaniem szczegółowym objęto żywienie w I kwartale 2023 r. 20 pacjentów onkologicznych Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz Oddziału Przeszczepiania Szpiku Kostnego dla Dzieci, a także Kliniki Chirurgii Wątroby,

¹⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 974, ze zm.

¹⁹ Tj. podstawowa, łatwostrawna, łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu, łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie kwasu żołądkowego, łatwostrawna wysokobiałkowa, z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów, z ograniczeniem nasyconych kwasów tłuszczowych, bogatobiałkowa, niskoenergetyczna, łatwostrawna o zmienionej konsystencji, łatwostrawna z wyłączeniem niektórych składników (bezglutenowa, bezmleczna, bezmięсна, eliminująca składniki uczulające), łatwostrawna niskobiałkowa, łatwostrawna z ograniczeniem składników mineralnych (niskosodowa, niskopotasowa, niskofosforanowa), łatwostrawna wysokokaloryczna, dziecięca podstawowa, dziecięca łatwostrawna, małego dziecka oraz dla niemowląt.

Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej.²⁰ Na podstawie dokumentacji medycznej ustalono, że wszyscy ww. pacjenci: byli poddani przesiewowej ocenie stanu odżywienia, otrzymali zalecenia odnośnie odżywiania, które były następnie realizowane. Jeśli pacjent podczas oceny stanu odżywienia został zakwalifikowany do grupy ryzyka wystąpienia niedożywienia, przeprowadzano pogłębione badanie obejmujące: wywiad żywieniowy, badania antropometryczne oraz biochemiczne.

(akta kontroli str. 249-255)

Jako dobrą praktykę NIK ocenił zapewnienie przez Szpital pacjentom przed planowanym zabiegiem chirurgicznym możliwości uzyskania konsultacji żywieniowej, której celem było doprowadzenie pacjenta do jak najlepszego stanu zdrowia przed zabiegiem czy terapią onkologiczną. Dyrektor Szpitala oświadczył, że dzięki temu zwiększa się szansę pacjenta na skuteczne leczenie i minimalizuje ryzyko powikłań. Najczęściej z konsultacji żywieniowych korzystali pacjenci Kliniki Chirurgii Ogólnej, Wątroby i Transplantacyjnej, Kliniki Kardiologii i Kliniki Urologii. Konsultacje odbywały się albo telefonicznie, albo osobiście. Dyrektor wskazał, że był to jeden z elementów nowoczesnego postępowania okołoperacyjnego, tzw. protokołu ERAS (enhanced recovery after surgery), którego elementy od wielu lat były wprowadzane w Placówce. Konsultacje żywieniowe (w ramach tzw. Poradni Prehabilitacyjnej) udzielane w Szpitalu przez dietetyków nie były finansowane przez NFZ. W ocenie Dyrektora byłoby zasadnym wprowadzenie zmian w załączniku 1 C do zarządzenia nr 1/2022/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego - świadczenia wyspospecjalistyczne polegające na dodaniu nowego produktu rozliczeniowego PREHABILITACJA jako świadczenie do sumowania do grupy JGP – katalogu 1A (analogicznie rozliczana jest konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu operacyjnego diagnostycznego lub leczniczego lub plan leczenia onkologicznego).

(akta kontroli str. 65)

1.4. W Placówce zapewniono pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej niezbędne badania patomorfologiczne oraz genetyczne. Szpital dysponował możliwością samodzielnego wykonania badań materiału biologicznego, które przeprowadzano w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej. Zakład wykonywał m.in.: diagnostykę histopatologiczną materiału tkankowego, diagnostykę śródoperacyjną, konsultacje patomorfologiczne, barwienie immunohistochemiczne, diagnostykę cytologiczną.

(akta kontroli str. 256-265)

Wykonanie badań genetycznych zlecano podmiotom zewnętrznym.

(akta kontroli str. 67)

W latach objętych kontrolą wykonano ogółem 86 571 badań patomorfologicznych i genetycznych, w tym: 46 088 histopatologicznych²¹ 30 115 immunohistochemicznych²² 9793 cytologicznych²³, dwa cytogenetyczne – hematoonkologia (FISH)²⁴, 109 cytogenetycznych – guzy łe FISH²⁵ oraz 128 metodami biologii molekularnej (PCR)²⁶. Udzielono również 336 konsultacji

²⁰ Kontrolą szczegółową objęto dokumentację wybranych losowo 20 pacjentów onkologicznych hospitalizowanych powyżej siedmiu dni na dwóch oddziałach Szpitala o najdłuższym przeciętnym czasie hospitalizacji.

²¹ W tym: 9681 w 2019 r.; 8674 w 2020 r., 12239 w 2021 r., 13267 w 2022 r. oraz 2227 w I kwartale 2023 r.

²² W tym: 3610 w 2019 r.; 6274 w 2020 r., 8903 w 2021 r., 8733 w 2022 r. oraz 2595 w I kwartale 2023 r.

²³ W tym: 1203 w 2019 r.; 854 w 2020 r., 3451 w 2021 r., 3078 w 2022 r. oraz 1207 w I kwartale 2023 r.

²⁴ Badania przeprowadzono tylko w 2022 r.

²⁵ W tym: 38 w 2021 r., 48 w 2022 r. oraz 23 w I kwartale 2023 r.

²⁶ W tym: 38 w 2021 r., 54 w 2022 r. oraz 36 w I kwartale 2023 r.

patomorfologicznych²⁷. W kontrolowanym okresie nie przeprowadzono sekwencjonowania następnej generacji (NGS). Na rzecz pacjentów onkologicznych w latach 2020-2023 (I kwartał)²⁸ wykonano łącznie 8 721 badań, w tym: 3 082 histopatologicznych²⁹, 5 299 immunohistochemicznych³⁰, 48 cytologicznych³¹, dwa cytogenetyczne – hematologiczne (FISH)³², 109 cytogenetycznych – guzy łe FISH³³ oraz 128 metodami biologii molekularnej (PCR)³⁴. Ponadto pacjentom onkologicznym udzielono 53 konsultacji patomorfologicznych³⁵.

(akta kontroli str. 266-267)

W latach 2019-2023 (I kwartał) wzrósł średni koszt wykonywanych badań:

- histopatologicznych z 34,58 zł do 51,72 zł³⁶;
- histopatologicznych śródoperacyjnych z 97,86 zł do 111,45 zł³⁷;
- immunohistochemicznych z 106,17 zł do 107,63 zł³⁸;
- cytologii ginekologicznej z 29,66 zł do 44,26 zł³⁹.

Natomiast w tym samym okresie spadł średni koszt badań cytologii nieginekologicznej z 58,67 zł do 52,94 zł⁴⁰ oraz konsultacji patomorfologicznej z 131,36 zł do 77,66 zł⁴¹.

Średni koszt zlecanych podmiotom zewnętrznym badań genetycznych wynosił 605 zł w latach 2021-2022 dla badań cytogenetycznych – FISH, 700 zł w latach 2021-2022 oraz 770 zł w I kw. 2023 r. dla badań cytogenetycznych – guzy łe FISH, 600 zł w latach 2021-2022 oraz 640 zł w I kw. 2023 r. dla badań metodami biologii molekularnej (PCR)⁴².

(akta kontroli str. 268)

1.5. W Placówce nie prowadzono radioterapii, wykonywano natomiast rentgenodiagnostykę i radiologię zabiegową.

Wykonanie badań diagnostycznych i zabiegów, z zastosowaniem promieniowania jonizującego, odbywało się zgodnie z procedurami radiologicznymi opracowanymi w jednostce, które wprowadzono po uzyskaniu zgód Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy⁴³ w odniesieniu do poszczególnych procedur dla konkretnych urządzeń. Procedury zatwierdzał Dyrektor w „Księdze procedur roboczych w zakresie rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej”.

Powyższe procedury zawierały m.in: opis postępowania odnoszącego się do stosowanych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, a także do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń, stosowane fizyczne parametry pracy urządzenia,

²⁷ W tym: 101 w 2019 r., 65 w 2020 r., 106 w 2021 r., 59 w 2022 r. oraz 5 w I kwartale 2023 r.

²⁸ Stosowany w Szpitalu system informatyczny nie pozwolił na wyodrębnienie danych dla pacjentów onkologicznych za rok 2019.

²⁹ W tym: 441 w 2020 r., 1066 w 2021 r., 1430 w 2022 r. oraz 145 w I kwartale 2023 r.

³⁰ W tym: 1254 w 2020 r., 1780 w 2021 r., 1746 w 2022 r. oraz 519 w I kwartale 2023 r.

³¹ W tym: pięć w 2020 r., 20 w 2021 r., 19 w 2022 r. oraz cztery w I kwartale 2023 r.

³² Badania przeprowadzono tylko w 2022 r.

³³ W tym: 38 w 2021 r., 48 w 2022 r. oraz 23 w I kwartale 2023 r.

³⁴ W tym: 38 w 2021 r., 54 w 2022 r. oraz 36 w I kwartale 2023 r.

³⁵ W tym: 14 w 2020 r., 13 w 2021 r., 24 w 2022 r. oraz dwie w I kwartale 2023 r.

³⁶ Średni koszt wynosił: 34,58 zł w 2019 r., 39,33 zł w 2020 r., 41,69 zł w 2021 r., 47,49 zł w 2022 r. oraz 51,72 zł w I kw. 2023 r.

³⁷ Średni koszt wynosił: 97,86 zł w 2019 r., 111,08 zł w 2020 r., 119,21 zł w 2021 r., 103,22 zł w 2022 r. oraz 111,45 zł w I kw. 2023 r.

³⁸ Średni koszt wynosił: 103,17 zł w 2019 r., 115,51 zł w 2020 r., 119,19 zł w 2021 r., 106,97 zł w 2022 r. oraz 107,63 zł w I kw. 2023 r.

³⁹ Średni koszt wynosił: 29,66 zł w 2019 r., 35,24 zł w 2020 r., 36,44 zł w 2021 r., 30,75 zł w 2022 r. oraz 44,26 zł w I kw. 2023 r.

⁴⁰ Średni koszt wynosił: 58,67 zł w 2019 r., 64,35 zł w 2020 r., 72,78 zł w 2021 r., 53,99 zł w 2022 r. oraz 52,94 zł w I kw. 2023 r.

⁴¹ Średni koszt wynosił: 131,36 zł w 2019 r., 158,61 zł w 2020 r., 156,02 zł w 2021 r., 126,81 zł w 2022 r. oraz 77,66 zł w I kw. 2023 r.

⁴² Z wyłączeniem SARS-CoV-2.

⁴³ Dalej: „PIWS”.

szczegółowy opis obsługi urządzenia, zasady ochrony radiologicznej pacjenta oraz informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej (dokumentacja wyników badania).

W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzano audytu klinicznego zewnętrznego radiologicznych procedur szczegółowych stosowanych w Placówce. W tym okresie przeprowadzono łącznie 19 częściowych audytów klinicznych wewnętrznych⁴⁴, co było zgodne z planami audytów wewnętrznych Szpitala. W ich wyniku nie rekomendowano zmiany ani uzupełnienia szczegółowych procedur radiologicznych.

Szpital w kontrolowanym okresie nie przekazywał właściwej komisji procedur i audytów kopii raportów z audytów klinicznych wewnętrznych, co opisano szczegółowo w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Stan techniczny urządzeń radiologicznych używanych do diagnostyki i terapii oraz ochrony radiologicznej pacjentów i personelu medycznego Szpitala podlegał kontrolom PIWS. Ostatnia miała miejsce 24 sierpnia 2023 r. Nie stwierdzono nieprawidłowości i nie sformułowano żadnych zaleceń, uwag i wniosków.

(akta kontroli str. 833-1038)

1.6. Na podstawie danych udostępnionych przez Krajowy Rejestr Nowotworów⁴⁵ ustalono, że w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 3 września 2023 r. Placówka przekazała łącznie 2520 zgłoszeń⁴⁶ nowych rozpoznań oraz podejrzeń nowotworów złośliwych z wykorzystaniem karty zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a. Zdecydowana większość kart posiadała status „zaakceptowany” – 2 513, natomiast tylko siedem miało status „wysłana do KRN”.

(akta kontroli str. 269-271)

Badaniem objęto 20 ww. kart MZ/N-1a⁴⁷. Ustalono, że:

- w 14 przypadkach wypełniono rozpoznanie histopatologiczne,
- w 12 przypadkach podano kod zaawansowania TNM (7 rewizja),
- w 15 przypadkach wskazano stadium zaawansowania.

Stosowany w Szpitalu wzór karty MZ/N-1a nie zawierał pól dotyczących innych klasyfikacji zaawansowania oraz stopnia zaawansowania⁴⁸ nowotworu złośliwego, co opisano szczegółowo w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 272-312)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital w całym okresie objętym kontrolą przekazywał dane do KRN na kartach MZ/N-1a sporządzanych na wzorze określonym w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 marca 2012 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012⁴⁹. Rozporządzenie to obowiązywało do 31 października 2013 r., a w okresie objętym kontrolą karty MZ/N-1a należało sporządzać na wzorze określonym Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów

⁴⁴ Ostatni 26 maja 2023 r. w Zakładzie Endoskopii Gastrologicznej Szpitala.

⁴⁵ Dalej: „KRN”.

⁴⁶ Tj. 406 w 2019 r., 638 w 2020 r., 555 w 2021 r. 489 w 2022 r. oraz 432 do 3 września 2023 r.

⁴⁷ Kontrolą objęto 20 ostatnich kart MZ/N-1a przesłanych przez Szpital według stanu na 5 września 2023 r.

⁴⁸ Por. stwierdzone nieprawidłowości.

⁴⁹ Dz. U. poz. 446, ze zm.

kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017⁵⁰. Stosowany przez Szpital wzór karty nie zawierał wymaganych danych, dotyczących innych klasyfikacji zaawansowania oraz stopnia zaawansowania nowotworu złośliwego.

(akta kontroli str. 272-313)

Dyrektor wyjaśnił, że nowy wzór karty MZ/N-1a nie został wprowadzony w wyniku przeoczenia. Ponadto Dyrektor wskazał, że Szpital jest w trakcie wprowadzenia elektronicznej karty zgłoszenia nowotworu i przesyłania jej drogą elektroniczną do KRN prowadzonego przez Narodowy Instytut Onkologii. Dyrektor wskazał, że po planowanym na październik 2023 r. zakończeniu prac integracyjnych, karty zgłoszenia nowotworu będą prowadzone i wysyłane elektronicznie, a wzór dokumentu MZ/N-1a zostanie zaktualizowany w systemie informatycznym.

(akta kontroli str. 74)

2. W okresie objętym kontrolą Szpital nie przekazywał właściwej komisji procedur i audytów kopii raportów z audytów klinicznych wewnętrznych. Stanowiło to naruszenie art. 33v ust. 7 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁵¹, zgodnie z którym kierownik jednostki ochrony zdrowia przekazuje niezwłocznie kopię raportu właściwej komisji procedur i audytów.

Kierownik ZRiDO wyjaśnił, że ustawodawca nie wskazał w przepisach wykonawczych adresu, na jaki należy przysyłać raporty.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że zgodnie z art. 33s ust. 1 ustawy Prawo atomowe komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych (dalej w ustawie: komisje procedur i audytów) działają przy Ministrze Zdrowia. W przypadku wątpliwości dotyczącej adresu, na jaki należy przysyłać kopie raportów z audytu klinicznego wewnętrznego należało zwrócić się o wyjaśnienie do Ministra Zdrowia.

3. W Szpitalu sporządzano lub przechowywano raporty z wewnętrznych audytów klinicznych szczegółowych medycznych procedur radiologicznych z naruszeniem obowiązujących przepisów.
 - a. Raporty z wewnętrznych audytów klinicznych nr.: 12/2023 przeprowadzonego w Klinice Kardiologii 10 maja 2023 r., 34/2023 w Zakładzie Endoskopii Gastroenterologicznej 26 maja 2023 r. i 35/2023 w Zespole Sal Operacyjnych 21 czerwca 2023 r. nie posiadały dat sporządzenia, co nie pozwalało potwierdzić dotrzymania terminu sporządzenia raportu wynikającego z art. 33v ust. 6 ustawy Prawo atomowe.

(akta kontroli str. 982-1024)

Kierownik ZRiDO wyjaśnił, że obszar w raporcie z audytu przeznaczony na zapisanie daty jego sporządzenia obejmował również podpis audytora i przy podpisie przeoczono wpisanie daty.

(akta kontroli str. 81)

⁵⁰ Dz. U. poz. 837, ze zm.

⁵¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1173.

- b. Szpital nie posiadał dokumentów potwierdzających przeprowadzenie audytów wewnętrznych w 2019 r., o których mowa w art. 33v ust. 1 ustawy Prawo atomowe.

(akta kontroli str. 1021-1023)

Kierownik ZRiDO wyjaśnił, że w 2019 r. przeprowadzono wewnętrzny audyt kliniczny, ale ze względu na przyczyny zewnętrzne (m.in. reżim związany z pandemią, a także przenoszeniem dokumentacji w ramach kontroli akredytacyjnej) dokumentacja dotycząca audytu zaginęła. Ponadto wyjaśnił, że zmiany personalne osób zaangażowanych w jego przeprowadzenie uniemożliwiały odtworzenie dokumentacji.

(akta kontroli str. 81)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia spełnianie przez Szpital wymogów niezbędnych do udzielania świadczeń w zakresie programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz zapewnienie odpowiednich badań biologicznych. Stwierdzono jednak nieprawidłowości dotyczące dokumentowania przeprowadzonych wewnętrznych audytów klinicznych szczegółowych medycznych procedur radiologicznych oraz stosowania nieaktualnych wzorów kart MZ/N-1a. Stosowany przez Szpital wzór karty nie zawierał wymaganych danych, dotyczących innych klasyfikacji zaawansowania oraz stopnia zaawansowania nowotworu złośliwego.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Wartość świadczeń zrealizowanych na rzecz pacjentów w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń, mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w odniesieniu do limitów określonych w umowach zawartych z NFZ, wynosiła odpowiednio:

- w 2019 r.: 37 025,2 tys. zł i 36 700,9 tys. zł;
- w 2020 r.: 37 227,2 tys. zł i 36 119,6 tys. zł;
- w 2021 r.: 47 003,7 tys. zł i 50 831,5 tys. zł;
- w 2022 r.: 62 832,3 tys. zł i 62 139,1 tys. zł;
- w pierwszym kwartale 2023 r.: 17 412,9 tys. zł i 17 451,1 tys. zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapłacił za nadlimitowe świadczenia zrealizowane przez Szpital w latach 2019, 2020 oraz 2022.

(akta kontroli str. 314-320)

Liczba pacjentów oraz świadczeń onkologicznych wynosiła odpowiednio: 3 488 i 17 183 w 2019 r., 3 286 i 17 806 w 2020 r., 3 066 i 15 403 w 2021 r., 2 957 i 23 896 w 2022 r. oraz 579 i 4 120 w pierwszym kwartale 2023 r.

(akta kontroli str. 314-320)

W kontrolowanym okresie łącznie 1090 pacjentów⁵² spełniających kryteria objęcia opieką na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego było diagnozowanych i leczonych w ramach pozostałych zakresów świadczeń o limitowanym finansowaniu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pacjentowi

⁵² W tym: 314 pacjentów w 2019 r., 310 w 2020 r., 254 w 2021 r., 306 w 2022 r. oraz 96 w I kwartale 2023 r. W opisie stanu faktycznego wskazano pacjentów o unikatowych numerach PESEL.

zgłaszającemu się z chorobą nowotworową, zakłada się kartę leczenia onkologicznego, która po zakończeniu leczenia ulega zamknięciu. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że rak u pacjenta hospitalizowanego z kartą DILO nie wyklucza w dalszym okresie życia innej choroby nienowotworowej np. zakażenia układu moczowego, kamicy układu moczowego, nietrzymania moczu, a hospitalizacja związana z chorobą nienowotworową nie może być rozliczona z pakietu onkologicznego, pomimo że wcześniej chory był leczony na nowotwór wraz z założeniem karty DILO.

(akta kontroli str. 74, 323)

2.2. Według stanu na koniec I kwartału lat 2019-2023⁵³ czas oczekiwania na udzielenie świadczenia powyżej 100 dni odnotowano w Poradniach:

- Endokrynologii i Diabetologii: dla pacjentów w stanie stabilnym 200 dni w 2019 r., 218 w 2021 r., 217 w 2022 r. oraz 208 w 2023 r.;
- Gastroenterologicznej: dla pacjentów w stanie stabilnym 167 dni w 2019 r., 137 w 2021 r., 177 w 2022 r. oraz 237 w 2023 r., natomiast dla pacjentów w stanie pilnym 118 dni w 2019 r., 217 w 2021 r., 146 w 2023 r.;
- Gastroenterologicznej dla Dzieci: dla pacjentów w stanie stabilnym 108 dni w 2019 r. oraz 110 w 2023 r.;
- Otolaryngologicznej: dla pacjentów w stanie stabilnym 114 dni w 2019 r. oraz 147 w 2021 r.

(akta kontroli str. 324-325, 330)

Według stanu na koniec I kwartału lat 2019-2023 czas oczekiwania na udzielenie świadczenia we wskazanych poniżej Klinikach i Oddziałach Szpitala wynosił:

- Urologii Ogólnej i Onkologicznej: dla pacjentów w stanie stabilnym 94 dni w 2019 r., 58 w 2021 r., 7 w 2022 r. oraz 4 w 2023 r., natomiast dla pacjentów w stanie pilnym 19 dni w 2019 r. W latach 2021-2023 pacjentom pilnym udzielano świadczeń bez konieczności oczekiwania;
- Pediatrii, Hematologii i Onkologii: dla pacjentów w stanie stabilnym 32 dni w 2019 r., 91 w 2021 r., bez oczekiwania w latach 2022-2023. Pacjenci w stanie pilnym oczekiwali na udzielenie świadczenia tylko w 2021 r. – 10 dni;
- Przeszczepiania Szpiku Kostnego dla Dzieci: wszystkich pacjentów przyjmowano bez konieczności oczekiwania;
- Transplantologii i Chirurgii Ogólnej: dla pacjentów w stanie stabilnym 31 dni w 2019 r., 27 w 2021 r., 24 w 2022 r. oraz 27 w 2023 r., natomiast w stanie pilnym sześć dni w 2019 r., cztery w 2021 r., trzy w latach 2022-2023;
- Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej dla Dzieci i Młodzieży: dla pacjentów w stanie stabilnym 187 dni w 2019 r., 179 w 2021 r., 120 w 2022 r., 152 w 2023 r. Pacjentów w stanie pilnym przyjmowano bez konieczności oczekiwania;
- Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej: dla pacjentów w stanie stabilnym 17 dni w 2019 r., 267 w 2021 r., 174 w 2022 r., 243 w 2023 r., natomiast w stanie pilnym 29 dni w 2019 r., 19 w 2021 r., 37 w 2022 r. oraz 29 w 2023 r.;
- Medycyny Paliatywnej: dla pacjentów w stanie stabilnym 17 dni w 2019 r., trzy w 2021 r., dwa w 2022 r. oraz 47 w 2023 r., Pacjentów w stanie pilnym przyjmowano bez oczekiwania;
- Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby Chirurgii Transplantacyjnej: dla pacjentów w stanie stabilnym 55 dni w 2019 r., 40 w 2021 r., 101 w 2022 r.,

⁵³ Na podstawie komunikatu NFZ nr 467661 z 1 kwietnia 2020 r. Szpital nie sporządził raportu o harmonogramach i listach oczekujących za I kwartał 2020 r.

42 w 2023 r., natomiast pacjentów w stanie pilnym jeden dzień w 2019 r., 12 w 2021 r., dziewięć w 2022 r. oraz sześć w 2023 r.

(akta kontroli str. 326-330)

Badaniem szczegółowym harmonogramów przyjęć i list oczekujących z I kwartału 2023 r. objęto cztery komórki organizacyjne Szpitala: Poradnię Hematoonkologiczną, Pracownię Rezonansu Magnetycznego, Klinikę Urologii Ogólnej i Onkologicznej oraz Klinikę Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej. Ustalono, że harmonogramy przyjęć oraz listy oczekujących zawierały wszystkie wymagane przepisami elementy oraz zachowano zasady dotyczące umieszczania pacjentów pierwszorazowych w harmonogramie i na liście oczekujących oraz kolejności wpisów pacjentów.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Kolejność przyjmowania pacjentów pierwszorazowych na świadczenia onkologiczne w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy opiera się na wiedzy medycznej lekarza. Na przykład w Klinice Chirurgii Wątroby, Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Transplantacyjnej każdy chory przed wyznaczeniem terminu jest konsultowany przez kierownika kliniki lub osobę zastępującą. Pod uwagę brana jest dostarczona dokumentacja medyczna i dane ze skierowania. W określonych przypadkach pacjenci są kierowani na posiedzenia radiologiczno-chirurgiczne i na ich podstawie podejmowana jest decyzja o pilności zabiegu i leczenia, co ma odzwierciedlenie w wyznaczonym terminie na liście oczekujących. Czasami konieczne jest wykonanie dodatkowych badań (TK, RM) lub wizyt w specjalistycznych poradniach. Na te wizyty pacjenci zostają zapisani przez koordynatora kliniki. Większość pacjentów zgłasza się do szpitala bez karty onkologicznej. Po zabiegu operacyjnym zostaje ona wystawiona na podstawie przeprowadzonego zabiegu operacyjnego i wyniku badania histopatologicznego. Kolejne etapy leczenia są ustalane na posiedzeniu konsylium. Dalsze leczenie chorego (wizyty, leczenie w innych ośrodkach) również odbywa się z pomocą koordynatora.”

(akta kontroli str. 72, 77-78, 331-335)

2.3. W Szpitalu zapewniono koordynację świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zleconych na podstawie karty DiLO. W okresie obejmującym lata 2019-2023 (I kwartał) do Szpitala objął opieką:

- 448 osób z kartą DiLO wydaną przez innych świadczeniodawców niż Szpital,
- 383 osoby z kartą DiLO wydaną przez lekarza udzielającego świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej Szpitala,
- 3 259 osób z kartą wydaną przez lekarza udzielającego świadczeń w leczeniu szpitalnym Placówki.

Nie stwierdzono przypadków wydania karty DiLO w związku z korzystaniem ze świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

(akta kontroli str. 336-337)

Kontrolą objęto 30 kart DiLO. W 24 spośród 30 z nich odnotowano wyznaczenie koordynatora leczenia onkologicznego. W pozostałych sześciu przypadkach pacjent nie wymagał leczenia onkologicznego i podejmowano decyzje o zamknięciu karty DiLO. Szpital zapewnił udział psychologa i fizjoterapeuty w zespole sprawującym opiekę nad pacjentem.

Do zadań koordynatora leczenia onkologicznego należało prowadzenie dokumentacji związanej z kartą DiLO, organizacja spotkań na konsylia, koordynowanie planu leczenia pacjenta ustalonego przez konsylium oraz udzielanie pacjentom niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym.

Koordynator leczenia onkologicznego logował się w odpowiednich aplikacjach Szpitala w celu prowadzenia list osób oczekujących na konsylium, koordynacji planu

leczenia w przedmiocie chemioterapii oraz rozliczania świadczeń z zakresu planu leczenia onkologicznego.

We wszystkich 30 badanych przypadkach wyznaczono wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, w którego skład wchodził lekarze o specjalnościach wskazanych w § 4a ust. 1 pkt 1 lit a tiret drugie rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego. Opinia konsylium była spisywana przez koordynatora leczenia onkologicznego i podpisywana przez członków konsylium.

(akta kontroli str. 338-379)

2.4. We wszystkich 30 przypadkach wskazanych w punkcie 2.3. niniejszego wystąpienia pacjenci terminowo uzyskali świadczenia z zakresu diagnostyki onkologicznej, zlecone na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

(akta kontroli str. 380-381)

2.5. Szpital, w latach 2019-2023 (I kwartał), udzielał pacjentom objętym programem profilaktyki raka szyjki macicy świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie cytologii. Liczba świadczeń wyniosła:

- 148 w 2019 r. o wartości łącznej 2,8 tys. zł,
- 156 w 2020 r. o wartości łącznej 3,7 tys. zł,
- 181 w 2021 r. o wartości łącznej 4,6 tys. zł,
- 188 w 2022 r. o wartości łącznej 6,2 tys. zł,
- 33 w I kwartale 2023 r. o wartości łącznej 1,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 66)

W zakresie przedmiotu kontroli:

1. Kierownik Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala, będący również Konsultantem Krajowym w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, oświadczył m.in.⁵⁴, że konieczne jest powołanie Krajowej Sieci Onkologii i Hematologii Dziecięcej, a propozycję taką przedstawiono na Krajowej Radzie Onkologii we wrześniu 2022 r. Ponadto Kierownik Kliniki wskazał, że niezbędne jest zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych dla wszystkich ośrodków regionalnych onkologii dziecięcej, zapewnienie środków na konieczne remonty i uzupełnianie zużytego sprzętu. W ocenie Kierownika Kliniki istnieje potrzeba połączenia i scalenia trzech istniejących ośrodków onkologii i hematologii dziecięcej w województwie śląskim. Kierownik Kliniki – Konsultant Krajowy wskazał również na potrzebę wprowadzenia obowiązku cyklicznego (np. raz na 3 lata) szkolenia z zakresu onkologii dziecięcej dla lekarzy rodzinnych przeprowadzanego przez ośrodek referencyjny.

(akta kontroli str. 383-411)

2. Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby oraz Chirurgii Transplantacyjnej Szpitala oświadczył, że rak trzustki stanowi problem społeczny a zachorowalność ma tendencję wzrostową. Wskazał, że bez leczenia chirurgicznego nie można mówić o dłuższych przeżyciach odległych ani tym bardziej o wyleczeniu i wyjaśnił, że w Polsce metodą z wyboru nadal jest operacja konwencjonalna, która polega na szerokim otwarciu jamy brzusznej, co determinuje znaczną liczbę powikłań. Kierownik Kliniki wskazał, że w Stanach Zjednoczonych oraz krajach zachodniej Europy metodą z wyboru stanowi małoinwazyjna metoda laparoskopowa lub

⁵⁴ W trakcie kontroli prof. dr hab. Jan Styczyński przedłożył kontrolerowi „Raport Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej dotyczący stanu onkologii dziecięcej przygotowany dla Delegatury NIK w Bydgoszczy w związku z prowadzoną kontrolą w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy”.

z wykorzystaniem systemu robotycznego (najczęściej da Vinci). Wskazał, że o ich przewadze stanowi „cost-effectiveness” – operacje trwają dłużej i są bardziej kosztowne, ale pacjent krócej przebywa w szpitalu, jest narażony na mniej powikłań i szybciej wraca do sprawności. Ponadto Kierownik Kliniki wskazał, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie refunduje kosztów robotycznej chirurgii trzustki, a potrzeba takiej refundacji jest paląca.

(akta kontroli str. 412-416)

3. Kierownik Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala oświadczył, że:
- istnieje potrzeba, aby zarówno onkolodzy kliniczni jak i radioterapeuci kliniczni w ramach programów specjalizacyjnych mieli obowiązek zaliczenia stażu i kursu w zakresie urologii. Urologia obejmuje dużo zabiegów rekonstrukcyjnych u pacjentów onkologicznych, a braki wiedzy skutkują nieprawidłowym postępowaniem w trakcie późniejszego leczenia onkologicznego oraz planowania leczenia;
 - pacjenci nie mają bezpośredniego dostępu do lekarza urologa. Urolog może przyjąć w poradni NFZ tylko pacjenta ze skierowaniem od lekarza rodzinnego lub kartą DILO. Skutkuje to wydłużeniem ścieżki dostępu do diagnostyki i leczenia oraz generuje dodatkowe koszty wizyt. W ocenie Kierownika Kliniki jest to też pewną formą dyskryminacji mężczyzn, którzy leczenie chorób układu rozrodczego (prostata i jądro) muszą zainicjować u lekarza rodzinnego, podczas gdy leczenie chorób układu rozrodczego u kobiet nie wymaga takiej wizyty;
 - propagowana przez Krajową Sieć Onkologiczną⁵⁵ kompleksowość opieki jest w centrach onkologii tylko pozorna, gdyż pacjenci onkologiczni wymagający leczenia operacyjnego z problemami endokrynologicznymi (choroby nadnerczy, tarczycy) są odsyłani do szpitali uniwersyteckich i wojewódzkich. Podobny problem dotyczy pacjentów wymagających wsparcia kardiochirurgów, kardiologów, nefrologów, stacji dializ itp. Ponadto Kierownik Kliniki wskazał, że w konsekwencji centra onkologii, jako ośrodki najwyższej referencyjności nie będą leczyły skomplikowanych przypadków wymagających podejścia wielodyscyplinarnego;
 - ośrodki decyzyjne w onkologii według KSO mają obejmować te szpitale, które posiadają radioterapię i chemioterapię, niezależnie od poziomu kompetencji leczenia chirurgicznego w ramach specjalności: neurochirurgia, chirurgia, ginekologia, ortopedia, laryngologia czy urologia. Kierownik Kliniki zauważył, że krajowe ośrodki uniwersyteckie zostały pozbawione jakichkolwiek funkcji w ramach KSO;
 - brak wdrożenia skryningu w zakresie raka prostaty (zalecanego przez komisję zdrowia Unii Europejskiej), brak właściwej refundacji biopsji fuzyjnej do wykrywania raka prostaty oraz brak bezpośredniego dostępu do poradni urologicznej powodują znaczne trudności w diagnostyce tego najczęściej występującego u mężczyzn nowotworu. W ocenie Kierownika Kliniki KSO nie likwiduje tego problemu i prawdopodobnie go pogłębi, ze względu na jeszcze większą centralizację środków i leczenia w obrębie centrów onkologii. Zwrócił uwagę, że diagnostyka raka prostaty to

⁵⁵ Dalej: „KSO”.

przede wszystkim setki poradni urologicznych, których potencjał nie jest wykorzystany;

- zakupy centralne dużej infrastruktury leczniczej na cele onkologiczne są dedykowane tylko dla centrów onkologii i brakuje programów centralnych zakupów laparoskopów czy systemów robotycznych dla innych jednostek wykonujących operacje onkologiczne.

(akta kontroli str. 417-418)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnienie przez Szpital dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. W latach 2019 – 2023 (I kwartał) Szpital zawarł z Ministrem jedną umowę w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) oraz trzy umowy w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO) na realizację zadań pn.:

- Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek na rok 2019, NPZChN, kwota dofinansowania wynosiła 521,5 tys. zł, a całkowita wartość inwestycji 613,6 tys. zł;
- Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej (2021-2022), NSO, kwota dofinansowania i całkowita wartość umowy to 706,6 tys. zł;
- Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego (2022), NSO, kwota dofinansowania i całkowita wartość stanowiły kwotę 399,0 tys. zł;
- Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków (2022), NSO, kwota dofinansowania 2 000,0 tys. zł, całkowita wartość 2 017,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 67)

Szczegółową kontrolą objęto treść ofert złożonych przez Szpital w postępowaniach prowadzonych przez Ministra Zdrowia. Ustalono, że w Placówce rzetelnie przygotowano oferty złożone w toku postępowań konkursowych oraz spełniano warunki progowe i formalne udziału w tych postępowaniach.

(akta kontroli str. 419-432)

3.2. Szpital realizował powierzone zadania zgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia⁵⁶ o realizację zadań w ramach NSO i NPZChN. Z przekazanych przez Ministra środków sfinansowano zakup nowej aparatury niezbędnej do wykonywania świadczeń na rzecz pacjentów. Środki wykorzystano zgodnie z umową. Zakupu sprzętu i aparatury medycznej dokonywano co do zasady zgodnie z przepisami prawa zamówień publicznych. W rozliczeniu umów wskazywano koszty zakupu sprzętu, co było zgodne z postanowieniami zawartych umów. Zakupiona aparatura została

⁵⁶ Dalej: „Minister”.

oddana do użytku w terminach wynikających z umów. Od dostarczenia aparatury do Szpitala do jej faktycznego uruchomienia upływało od zera do 12 dni. Szpital przekazał Ministrowi w terminie do 31 stycznia następnego roku budżetowego informacje dotyczące wykorzystania zakupionego w ramach umowy sprzętu w latach 2019-2022. Ponadto Placówka prowadziła działania informacyjne, dotyczące finansowania zadania ze środków NSO oraz NPZChN.

(akta kontroli str. 419-517)

Trzy z czterech umów aneksowano w trakcie ich obowiązywania. W dwóch przypadkach zawarcie aneksu do umów nastąpiło z inicjatywy Szpitala, co było uzasadnione koniecznością zachowania terminów określonych w przepisach prawa zamówień publicznych⁵⁷ oraz niezależnymi od Szpitala trudnościami w dostawie sprzętu medycznego⁵⁸.

(akta kontroli str. 420-421, 424-425, 430)

Placówka prowadziła wyodrębnioną ewidencję księgową dla zadań realizowanych w ramach zawartych umów, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych i bankowych.

(akta kontroli str. 518-639)

Szpital terminowo dokonywał rozliczenia środków przekazanych na podstawie umów zawartych z Ministrem.

(akta kontroli str. 421, 425, 428, 430)

W przypadku umowy zawartej w ramach NPZChN otrzymane środki pozwoliły na pokrycie 85% kosztów zakupu sprzętu, a 15% kosztów stanowiło wkład własny Szpitala. Natomiast w przypadku dwóch umów zawartych w ramach NSO⁵⁹ środki przekazane przez Ministra pokryły 100% kosztów, a w przypadku jednej umowy poziom pokrycia kosztów przez Ministra wynosił 99,1%.

(akta kontroli str. 67)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital działając jako zamawiający w czterech postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego⁶⁰ w przedmiocie dostawy sprzętu i aparatury medycznej w ramach realizacji zadań NSO, w trakcie toczących się postępowań dopuścił możliwość kontaktu ustnego (telefonicznego) w sprawach merytorycznych ze wskazanym w treści specyfikacji warunków zamówienia pracownikiem Działu Aparatury Medycznej Szpitala, podając jego imię i nazwisko oraz numer telefonu. Było to niezgodne z art. 61 ust 1 oraz 2 nupzp, który stanowi, że komunikacja w postępowaniu o udzielenie zamówienia i w konkursie, w tym składanie ofert, wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub konkursie, wymiana informacji oraz przekazywanie dokumentów lub oświadczeń między zamawiającym a wykonawcą, z uwzględnieniem wyjątków określonych w ustawie, odbywa się przy użyciu środków komunikacji elektronicznej. Komunikacja ustna

⁵⁷ Na podstawie Aneksu nr 1 do umowy nr 1/13/1/2022/9/476 przesunięto termin rozliczenia zakupu sprzętu z 6 na 16 grudnia 2022 r.

⁵⁸ Wniosek uzasadniała konieczność wydłużenia terminu dostawy ośmiostanowiskowego systemu z automatycznym pomiarem ciśnienia z trzech do 16 tygodni ze względu na sytuację rynkową spowodowaną niedostępnością blach i kształtek metalowych pochodzących od dostawców ukraińskich. Oferta podmiotu, który mógł niezwłocznie dokonać dostawy, przekraczała o 177,0 tys. zł kwotę przeznaczoną na sfinansowanie zadania (dotyczy umowy nr 1/18/10/2022/2021NW/9/147).

⁵⁹ Zadania pn. Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej (2021-2022) oraz Zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego (2022).

⁶⁰ Nr postępowania: NLZ.2022.271.73, NLZ.2022.271.68, NLZ.2022.271.63 oraz NLZ.2022.271.11.

dopuszczalna jest w toku negocjacji lub dialogu oraz w odniesieniu do informacji, które nie są istotne, w szczególności nie dotyczą ogłoszenia o zamówieniu lub dokumentów zamówienia, wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub konkursie, potwierdzenia zainteresowania, ofert lub prac konkursowych, o ile jej treść jest udokumentowana.

(akta kontroli str. 655-657, 685-687, 708-709, 733-735)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z art. 134 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 11 września 2019 r. nupzp SWZ zawiera co najmniej wskazanie osób uprawnionych do komunikowania się z wykonawcami, a ustawa nie precyzuje osób uprawnionych do komunikowania się z wykonawcami. Podniósł, że w komentarzu do ww. ustawy autorstwa Urzędu Zamówień Publicznych⁶¹ poprzez zwrot „osoby uprawnione do komunikowania się z wykonawcami” rozumie się przede wszystkim członków komisji przetargowej. Wskazał, że zgodnie z informacją na stronie UZP komunikacja ustna w odniesieniu do informacji nieistotnych powinna dotyczyć przede wszystkim kwestii technicznych lub porządkowych. Zamawiający przewidział możliwość kontaktu ustnego w odniesieniu do informacji, które nie są istotne, z innym, poza sekretarzem postępowania, członkiem komisji przetargowej w celu umożliwienia kontaktu z zamawiającym w przypadku np. nieobecności sekretarza. Dyrektor wyjaśnił, że wszyscy członkowie komisji przetargowej byli poinformowani o zakazie ustnego udzielania informacji nt. prowadzonego postępowania poza wyjątkami wskazanymi w nupzp. Ponadto wskazał, że wnioski o wyjaśnienia treści SWZ, w szczególności dotyczące przedmiotu zamówienia, Wykonawcy byli zobowiązani przysyłać wyłącznie w formie elektronicznej, za pośrednictwem platformy przetargowej, na której prowadzono przedmiotowe postępowanie w terminach ustawowych, co każdorazowo wskazywano w specyfikacji warunków zamówienia.

(akta kontroli str. 73-74)

Ponadto Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Dział Zamówień Publicznych i Logistyki nie otrzymał żadnej pisemnej informacji o tym, aby pracownik Działu Aparatury Medycznej komunikował się z Wykonawcami na etapie prowadzonych postępowań.

(akta kontroli str. 77)

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że informacje o charakterze merytorycznym nie mogą być uznane za informacje nieistotne w rozumieniu przepisów nupzp.

Zgodnie z art. 61 ust. 2 nupzp, wprowadzającym wyjątek od zasady pisemności, komunikacja ustna zamawiającego z wykonawcami jest dopuszczalna w toku negocjacji lub dialogu oraz w odniesieniu do informacji, które nie są istotne, w szczególności nie dotyczą ogłoszenia o zamówieniu lub dokumentów zamówienia, wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub konkursie, potwierdzenia zainteresowania, ofert lub prac konkursowych, o ile jej treść jest udokumentowana. Ustawodawca wprowadził otwarty katalog w zakresie informacji, które mogą zostać przedmiotem komunikacji ustnej (informacje nieistotne), wskazując dodatkowo, które z kategorii informacji będą miały charakter istotny, a w związku z czym nie obejmą powyższego katalogu, tj.: informacje dotyczące ogłoszenia o zamówieniu lub dokumentów zamówienia, wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub konkursie,

⁶¹ Dalej: „UZP”.

potwierdzenia zainteresowania, ofert lub prac konkursowych. W konsekwencji komunikacja ustna w odniesieniu do informacji nieistotnych powinna dotyczyć przede wszystkim kwestii technicznych bądź porządkowych⁶².

2. Ogłoszenie o wykonaniu umowy zawartej w wyniku przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:
 - a. nr NLZ.2022.271.63 zostało opublikowane w Biuletynie Zamówień Publicznych⁶³ 14 lipca 2023 r.⁶⁴, mimo że wykonanie umowy nastąpiło 25 października 2022 r. Opóźnienie wynosiło 232 dni.
 - b. nr NLZ.2022.271.68 zostało opublikowane w BZP 27 lipca 2023 r.⁶⁵, mimo że wykonanie umowy nastąpiło 19 października 2022 r. Opóźnienie wynosiło 252 dni.

Stanowiło to naruszenie art. 448 nupzp, który stanowi, że zamawiający w terminie 30 dni od wykonania umowy zamieszcza w BZP ogłoszenie o wykonaniu umowy.

(akta kontroli str. 761-764)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z procedurą określoną w *Regulaminie zamówień publicznych – Zarządzeniem nr 53/2022*, ogłoszenia o wykonaniu umowy sporządzane są na podstawie informacji o wykonaniu umowy przekazywanej przez komórki merytoryczne Szpitala, odpowiedzialne za realizację danej umowy w terminie określonym w ww. *Regulaminie*. Informacja ta winna być przekazana do wyznaczonego pracownika Działu Logistyki i Zamówień Publicznych w terminie umożliwiającym dopełnienie ustawowych wymagań w zakresie ogłoszeń o wykonaniu umów.

W odniesieniu do postępowania nr NZL.2022.271.63 informacja o wykonaniu umowy w zakresie ww. postępowania wpłynęła do wyznaczonego pracownika Działu Logistyki i Zamówień Publicznych w dniu 12 lipca 2023 r. W związku z powyższym odpowiedzialny pracownik niezwłocznie sporządził i zamieścił w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenie o wykonaniu umowy, tj. w dniu 14 lipca 2023 r.

W odniesieniu do postępowania nr NZL.2022.271.68 informacja o wykonaniu umowy w zakresie ww. postępowania wpłynęła do wyznaczonego pracownika Działu Logistyki i Zamówień Publicznych w dniu 25 lipca 2023 r. W związku z powyższym odpowiedzialny pracownik niezwłocznie sporządził i zamieścił w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenie o wykonaniu umowy, tj. w dniu 27 lipca 2023 r.”

(akta kontroli str. 74)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonanie umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz Narodowej Strategii Onkologicznej. Stwierdzono w trakcie kontroli nieprawidłowości nie miały istotnego wpływu na realizację umów objętych kontrolą.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

⁶² [Strona internetowa Urzędu Zamówień Publicznych](#) (dostęp: 22 września 2023 r.).

⁶³ Dalej: „BPZ”.

⁶⁴ Numer ogłoszenia 2023/BZP 00306734.

⁶⁵ Numer ogłoszenia 2023/BZP 00327514.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

- Wnioski
1. Stosowanie aktualnego wzoru karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.
 2. Zaniechanie wskazywania w specyfikacji warunków zamówienia na dopuszczalność kontaktów ustnych (telefonicznych) w sprawach merytorycznych lub ich odpowiednie dokumentowanie.
 3. Zapewnienie terminowej publikacji ogłoszeń o wykonaniu umowy zawartej w wyniku przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

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 Bydgoszczy. 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 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Bydgoszcz, 17 października 2023 r.

Kontroler
(-) Marcin Bigos
Specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
w Bydgoszczy
z up. (-) Adam Kończak
p.o. Wicedyrektor