



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.009.02.2023

Pan
Paweł Wojtasik
p.o. Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie
ul. 11 Listopada 78
28-200 Staszów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie, ul. 11 Listopada 78, 28-200 Staszów (dalej: SPZZOZ lub świadczeniodawca).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Paweł Wojtasik, p.o. Dyrektor SPZZOZ (dalej: Dyrektor)
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, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach
Kontroler	Arkadiusz Pawlik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/70/2023 z 30 maja 2023 r. (akta kontroli str. 1-2)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W kontrolowanym okresie w SPZZOZ realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznego programu zdrowotnego (badania przesiewowe raka jelita grubego) odbywała się w sposób i w warunkach odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i umowach, a potrzeby zdrowotne pacjentów w powyższym zakresie zostały zaspokojone.

Wyposażenie w sprzęt medyczny oraz zasoby kadrowe świadczeniodawcy spełniały wymogi określone przez Ministra Zdrowia i niezbędne do zawarcia umów z NFZ. Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono wykonanie badań patomorfologicznych i genetycznych, poprzez zawarcie stosownych umów z podwykonawcami. Przestrzegano przepisów dotyczących opracowania szczegółowych medycznych procedur radiologicznych, jednakże nie przeprowadzono żadnego wewnętrznego audytu klinicznego w tym zakresie. Świadczeniodawca wprowadził dokonywał zgłoszeń zachorowań na nowotwór złośliwy, jednak zgłoszenia te były wysyłane na formularzu niezgodnym z obowiązującymi przepisami. W SPZZOZ opracowano standardy żywienia pacjentów oraz przeprowadzano oceny stanu odżywienia pacjentów. Wdrożono również zasady systemów: HACCP³, GMP⁴ i GPH⁵.

Prawidłowo prowadzono harmonogramy przyjęć i listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia, a pacjenci onkologiczni byli przyjmowani na bieżąco. Zapewniono koordynację świadczeń zlecanych pacjentom na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Wystąpiły przypadki przekroczenia wymaganych przepisami terminów dotyczących diagnostyki pogłębionej, jednak przyczyny tego nie leżały po stronie świadczeniodawcy.

SPZZOZ prawidłowo zrealizował umowę zawartą z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na zakup cystoskopów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

W okresie objętym kontrolą SPZZOZ funkcjonował jako podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷. Jego podmiotem tworzącym był Powiat Staszowski, działający wobec SPZZOZ poprzez Radę Powiatu Staszowskiego. SPZZOZ funkcjonował m.in. w oparciu o statut⁸ oraz regulamin organizacyjny⁹.

Zgodnie z § 14 statutu strukturę organizacyjną SPZZOZ tworzą:

1. Zakład leczniczy pod nazwą *Szpital Specjalistyczny w Staszowie* (dalej: Szpital) wykonujący stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne;

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ System analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli (Hazard Analysis and Critical Control Points)

⁴ Dobra praktyka produkcyjna (Good Manufacturing Practice)

⁵ Dobra praktyka higieniczna (Good Hygienic Practice)

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 Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

⁸ Uchwała Nr LI/84/17 Rady Powiatu w Staszowie z dnia 13 grudnia 2017 r. w sprawie nadania Statutu Samodzielnemu Publicznemu Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie

⁹ Wprowadzany zarządzeniami Dyrektora w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego: DOPiJ-0212-30/17 z 23 października 2017 r. (obowiązujący do 23 lutego 2021 r.); DOPiJ-0212-06/21 z 24 lutego 2021 r. (obowiązujący do 5 września 2021 r.); DOPiJ-0212-13/21 z 6 września 2021 r. wraz z aneksami z 15 grudnia 2021 r. i z 5 sierpnia 2022 r.

2. Zakład leczniczy pod nazwą *Ambulatorium SPZZOZ w Staszowie* wykonujący ambulatoryjne świadczenia zdrowotne;
3. Komórki organizacyjne nie wykonujące świadczeń zdrowotnych.

W okresie objętym kontrolą SPZZOZ udzielał świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii, w oparciu o umowy zawierane corocznie ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ), w ramach komórek organizacyjnych wyszczególnionych w księdze rejestrowej¹⁰.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą w zakresie leczenia onkologicznego SPZZOZ miał zawarte umowy na: leczenie szpitalne¹¹ i profilaktyczne programy zdrowotne¹². SPZZOZ nie realizował świadczeń z zakresu KON Pierś i KON-JG¹³.

W SPZZOZ obowiązywała Instrukcja IN/OS/33 *Postępowanie i organizacja udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego*¹⁴. Diagnostyka onkologiczna w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowana była w zakresach: endokrynologii, neurologii, reumatologii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, otolaryngologii, audiologii i foniatrii, urologii, chirurgii onkologicznej oraz od 27 września 2021 r. dermatologii. W ramach leczenia szpitalnego leczenie onkologiczne realizowano w zakresach: chirurgii ogólnej, urologii, położnictwa i ginekologii, otolaryngologii i ortopedii.

(akta kontroli str. 264-269)

W okresie objętym kontrolą wystąpiły przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegające na wstrzymaniu przyjęć i związane:

- z sytuacją epidemiologiczną COVID-19 w okresach: od 2 do 7 października 2020 r. (Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), od 7 do 9 października 2020 r. (Oddział Otolaryngologiczny), od 7 do 14 października 2020 r. (Oddział Chorób Wewnętrznych), od 7 października do 2 listopada 2020 r. (Oddział Geriatryczny) od 15 do 23 października 2020 r. (Oddział Chirurgiczny), od 26 października do 8 listopada 2020 r. (Oddział Neurologiczny i Udarowy), od 26 października do 15 listopada 2020 r. (Oddział Rehabilitacji Neurologicznej), od 28 października do 4 listopada 2020 r. (Oddział Chorób Wewnętrznych), od 28 grudnia 2020 r. do 7 stycznia 2021 r. (Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), od 29 do 31 grudnia 2020 r. Oddział Geriatryczny, od 29 grudnia 2020 r. do 7 stycznia 2021 r. (Oddział Chorób Wewnętrznych i Oddział Chirurgiczny Ogólny), od 17 do 25 marca 2021 r. (Oddział Urologiczny), od 23 do 30 marca 2021 r. (Oddział Neurologiczny i Udarowy), od 28 marca do 5 kwietnia 2021 r. (Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), od 29 października 2021 r. do 4 listopada 2021 r. (Oddział Chorób Wewnętrznych), od 7 do 12 grudnia 2021 r. (Oddział Geriatryczny), od 11 do 17 grudnia 2021 r. (Oddział Chorób Wewnętrznych), od 14 do 23 stycznia 2022 r. (Oddział Rehabilitacji Neurologicznej), od 19 do 26 stycznia 2022 r. (Oddział Chirurgiczny Ogólny), od 20 do 30 stycznia 2022 r. (Oddział Urologiczny), od 31 stycznia do 6 lutego 2022 r. (Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), od 10 do 17 lutego 2022 r. (Oddział Chorób Wewnętrznych);

¹⁰ <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?Id=13752>

¹¹ Umowy nr 13-SZP03/8-17-00200-012 i nr 13-SZP03/8-23-00200-011

¹² Umowa nr 13-PRO10-22-00200-026

¹³ Onkologiczne świadczenia kompleksowe z zakresu raka piersi i raka jelita grubego.

¹⁴ Wydanie I z 2 stycznia 2018 r., wydanie II z 11 października 2020 r., wydanie III z 27 września 2021 r.

- z wystąpieniem ogniska epidemicznego o etiologii *Klebsiella pneumoniae* NDM od 14 do 28 kwietnia 2023 r. (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii).

(akta kontroli str. 389-412)

Wymagania dla świadczeniodawców dotyczące wyposażenia w sprzęt medyczny oraz zasobów kadrowych określały warunki wynikające z rozporządzeń Ministra Zdrowia: z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁵ oraz z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹⁶.

Spełnianie powyższych warunków zweryfikowano na próbie: dwóch zakresów świadczeń szpitalnych z pakietu onkologicznego tj. urologii¹⁷ i chirurgii ogólnej¹⁸, jednego zakresu dotyczącego diagnostyki onkologicznej (urologia¹⁹) oraz profilaktycznego programu zdrowotnego (badania przesiewowe raka jelita grubego²⁰).

(akta kontroli str. 687-787)

Na podstawie przeprowadzonych oględzin:

- dwóch oddziałów szpitalnych: urologicznego i chirurgii ogólnej;
 - poradni urologicznej;
 - czterech Pracowni: RTG; TK; USG; Endoskopii, Gastroskopii i Kolonoskopii,
- oraz na podstawie *Kart ewidencji czasu pracy pielęgniarek, Książek dyżurów lekarzy, List obecności, Grafików czasu pracy pielęgniarek* z marca 2023 r. stwierdzono zgodność posiadanych zasobów dla realizacji wynienionych zakresów świadczeń z wymogami określonymi w ww. rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz z zawartymi przez SPZZOZ umowami z NFZ.

(akta kontroli str. 294-330, 413-464, 543-544, 687-787)

Wpisy w paszportach aparatu RTG oraz tomografu wskazywały, że ten sprzęt medyczny był dość często niesprawny i podlegał naprawom.

Pierwszy z nich (rok produkcji 2007) w okresie od 12 maja 2020 r. do 13 czerwca 2023 r. naprawiany był dziesięciokrotnie, przy czym w trzech przypadkach (łącznie dziewięć dni) aparat ten był całkowicie wyłączony z eksploatacji i badania wykonywano aparatem znajdującym się na wyposażeniu innej komórki oraz aparatem mobilnym. W pozostałych siedmiu przypadkach usterki nie wpływały na jakość i ilość świadczeń, gdyż jak oświadczyła Małgorzata Wojtasik, Inspektor Ochrony Radiologicznej SPZZOZ *czasowa przerwa w użytkowaniu aparatu nie miała wpływu na jakość oraz ilość udzielanych świadczeń. Większość napraw dotyczyła drobnych usterek (...), które miały głównie wpływ na komfort pracy, a nie na jakość usługi.*

W przypadku tomografu (rok produkcji 2019) od 23 września 2019 r. do 27 czerwca 2023 r. wystąpiło 21 przerw w pracy spowodowanych przeglądami okresowymi (4) pracami serwisowymi lub aktualizacją oprogramowania (11) oraz awariami urządzenia (6), przy czym w przypadkach przeglądów lub prac serwisowych były to kilkugodzinne przerwy (od dwóch do ośmiu godzin). Awarie tomografu wyłączyły go z pracy na 21 dni.

Jak oświadczyła Małgorzata Wojtasik, *jest to jedyny aparat tomograficzny użytkowany na terenie jednostki. W związku z faktycznie dużą awaryjnością aparatu (brak obecnie środków na zakup drugiego aparatu tomograficznego) w ramach zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych podpisano umowę na wykonywanie badań tomograficznych ze Szpitalem Specjalistycznym (...) w Mielcu, opracowano również instrukcje na takie*

¹⁵ Dz.U. z 2023 r., poz. 870, ze zm.

¹⁶ Dz.U. z 2023 r., poz. 916.

¹⁷ Kod zakresu świadczeń: 03.4640.930.02

¹⁸ Kod zakresu świadczeń: 03.4500.930.02

¹⁹ Kod zakresu świadczeń: 02.1640.301.02

²⁰ Kod zakresu świadczeń: 10.7910.155.02

zdarzenia IN/OS/47 „Zapewnienie ciągłości leczenia – postępowanie w przypadku awarii aparatu tomograficznego” oraz IN/DDO/13 „Instrukcja postępowania w przypadku awarii aparatu tomograficznego”.

Każdorazowo w powyższych przypadkach informowano Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach²¹, że aparat nie będzie czynny i w związku z tym karetki pogotowia z przypadkami, które wymagają przeprowadzenia badań TK w trybie pilnym należy przekierowywać do innych szpitali.

(akta kontroli str. 438-439, 454-503, 558-559)

W dniu przeprowadzania oględzin w Pracowni Endoskopii, Gastroskopii i Kolonoskopii w naprawie znajdował się videokolonoskop oraz diaterma chirurgiczna. Pielęgniarka z ww. pracowni, biorąca udział w oględzinach oświadczyła, że niesprawność tych urządzeń w żaden sposób nie zakłóca pracy pracowni (...), gdyż znajduje się w niej co najmniej podwójna ilość tego samego rodzaju sprzętu. Dodatkowo istnieje możliwość korzystania ze sprzętu zastępczego udostępnianego przez firmy serwisujące dany sprzęt.

(akta kontroli str. 303-304)

2. Pomędzy Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach (zwanym Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym – WOK, w dalszej części także ŚCO) a SPZZOZ (Ośrodek Współpracujący I poziomu) 24 października 2019 r. zawarte zostało porozumienie o współpracy²², o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej²³.

W związku z zawartym porozumieniem pomiędzy SPZZOZ a NFZ do umowy Nr 13-SZP03/8-17-00200-012 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został 30 listopada 2019 r. zawarty Aneks Nr 77-I zobowiązujący SPZZOZ do realizacji programu pilotażowego.

Zgodnie z § 7 ust. 4 ww. rozporządzenia oraz zapisami § 4 porozumienia Ośrodek Współpracujący I poziomu, powinien zapewnić pacjentom opiekę wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych (WZT) oraz realizować plany leczenia onkologicznego określone przez ten zespół, a także gromadzić dane, sporządzać i przekazywać do WOK sprawozdania okresowe i sprawozdanie końcowe ze swojej działalności.

(akta kontroli str. 560-580)

W okresie objętym kontrolą SPZZOZ miał zawarte z ŚCO porozumienia o współpracy w ramach prowadzonej przez strony działalności polegającej na realizowaniu kompleksowego leczenia onkologicznego. Zgodnie z zawartymi porozumieniami ŚCO (jako Wykonawca) w ramach prowadzonej działalności wyodrębnił Wielodyscyplinarne Zespoły Terapeutyczne (WZT), planujące i koordynujące proces leczenia i składające się z lekarzy specjalistów określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i zapewnił dostęp do WZT. Ponadto ŚCO zapewniało dostęp do świadczeń w zakresie: chemioterapii, radioterapii onkologicznej, brachyterapii, medycyny nuklearnej (badań scyntygraficznych oraz pozytonowej tomografii emisyjnej), diagnostyki histopatologicznej, diagnostyki obrazowej (tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, mammografii, USG, RTG), diagnostyki cytologicznej, badań endoskopowych układu oddechowego oraz pokarmowego.

Kierowany przez SPZZOZ pacjent powinien mieć wykonaną diagnostykę wstępną oraz pogłębianą, którą winien przedstawić na zebraniu WZT. Ponadto SPZZOZ

²¹ Także do wiadomości NFZ i Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego w Kielcach

²² Aneksowane 14 listopada 2019 r., 30 sierpnia 2020 r., 11 kwietnia 2022 r. i dwukrotnie 31 stycznia 2023 r.

²³ Dz. U. z 2023 r., poz. 394

wyznacza koordynatora, do którego zadań należało udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja.

(akta kontroli str. 270-293)

Programem pilotażowym objęto w lutym 2020 r. sześciu pacjentów, u których zdiagnozowano nowotwór gruczołu krokowego²⁴. W dokumentacji każdego z nich znajdowały się wypełniona przez nich *Ankieta-Gruczoł Krokowy* oraz ankieta pn. *Monitoring jakości świadczeń w leczeniu onkologicznym - wersja A, Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego*, wyniki przeprowadzonych badań i ekspertyz. Jeden z pacjentów w maju 2020 r. nie wyraził zgody na poszerzenie diagnostyki oraz skierowanie go na konsylium. W dokumentacji pozostałych w pilotażu pięciu pacjentów znajdowały m.in.: wypełniona *Metryka pacjenta C61* oraz dokumentacja dotycząca leczenia szpitalnego. Pacjenci ci mieli zapewnioną opiekę WZT i każdorazowo realizowano plan leczenia onkologicznego określonego przez ten zespół. W każdym przypadku wykonano operację usunięcia gruczołu krokowego (zabieg prostatektomii radykalnej). SPZZOZ w przypadku ww. pacjentów w pełni spełnił wymogi § 7 ust.4 pkt 1-4 oraz § 8 ust.1 rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej.

(akta kontroli str. 270-293, 504)

W odniesieniu do tak małej liczby pacjentów biorących udział w programie pilotażowym oraz faktu, że od marca 2020 r. do programu nie zapisano żadnego pacjenta Dyrektor wyjaśnił: *Program pilotażowy zaczął być realizowany w czasie pandemii COVID-19, kiedy wprowadzono znaczne obostrzenia. W SPZZOZ decyzją Wojewody Świętokrzyskiego od dnia 15 września 2020 r. wydzielone zostały łóżka dla pacjentów leczonych z powodu (...) COVID-19 (...). Pacjenci wówczas zgłaszali się głównie w stanach nagłych lub w przypadku znacznego zaostrzenia choroby. Diagnostykę pacjenci decydowali się odkładać na późniejsze terminy. Wielu pacjentów niestety odmówiło udziału w programie pilotażowym. Szpital w Staszowie pełnił ważną rolę w zabezpieczeniu „covidowym” województwa świętokrzyskiego, zabezpieczając łóżka zarówno dla pacjentów z SARS- CoV- 2, jak również podejrzanych o zakażenie, z jednoczesnym zabezpieczeniem dla pacjentów „necovidowych” trafiających do naszej placówki z zewnętrznych powiatów.*

(akta kontroli str. 590-595)

Zgodnie z przekazywanymi sprawozdaniami:

- do pilotażu włączono sześciu świadczeniobiorców (II kwartał 2020 r.), a ich liczba nie zmieniła się do końca realizacji pilotażu;
- nie zakończono leczenia onkologicznego u żadnego z pacjentów;
- liczbę zwołanych WZT zaraportowano w II i III kwartale 2020 jako jeden, a od IV kwartału 2020 – pięć;
- liczba dokonanych ocen diagnostyki onkologicznej oraz liczba dokonanych ocen wg WHO w II i III kwartale 2020 wynosiła odpowiednio trzy i jeden, a od IV kwartału 2020 do końca realizacji pilotażu – pięć i cztery;
- liczbę danych dotyczących wyniku badania histopatologicznego zaraportowano jako sześć.

(akta kontroli str. 649-652)

Dyrektor wyjaśnił: *Dane przekazywane do Ośrodka ŚCO były przekazywane na bieżąco za pomocą dedykowanego systemu onco-reports, które były niezbędne do wyliczenia mierników oceny pilotażu. We wstępnych ustaleniach z w/w Ośrodkiem sprawozdanie z liczby przyjętych pacjentów raportowane było cotygodniowo, tj. w każdy poniedziałek. W związku z tym, iż nie byli włączani kolejni pacjenci do programu pilotażowego w kontaktach telefonicznych ze ŚCO ustalono, iż dane*

²⁴ kod jednostki chorobowej – C61

zarówno o ilości przyjętych pacjentów jak i potwierdzone wyliczenia mierników oceny pilotażu za I kwartał 2020 r. zostają bez zmian na kolejne okresy. Zgodnie z w/w ustaleniami w przypadku zaistnienia zmian mieliśmy ŚCO niezwłocznie powiadomić również w pierwszej kolejności telefonicznie. W związku z tym wysyłanie kolejnych mierników za kolejne okresy miało charakter wyłącznie informacyjny jako potwierdzenie dostarczenia maila wysłanego przez ŚCO do wszystkich podmiotów biorących udział w pilotażu w celu potwierdzenia poprawnie wyliczonych mierników z dedykowanego systemu informatycznego.

(akta kontroli str. 590-595)

3. W SPZZOZ nie przygotowywano, nie podawano i nie przechowywano leków cytostatycznych.

(akta kontroli str. 616)

4. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym zabezpieczeniem żywieniowym pacjentów w Szpitalu zajmował się Dział Żywienia.

(akta kontroli str. 12-14, 21-23, 31-33, 45)

W SPZZOZ w Staszowie w zakresie żywienia pacjentów obowiązywały m.in.: *Księga Bezpieczeństwa Żywności, Procedura Operacyjna „Organizacja Żywienia”, Instrukcje BHP dla urzędów, Wykazy kart: surowców i wyrobów, Wykaz procedur operacyjnych*. Wdrożono również zasady systemów: HACCP, GMP i GPH. Przez cały okres objęty kontrolą SPZZOZ posiadał certyfikację w zakresie Żywienia zbiorowego pacjentów szpitala, zaświadczającym, że System Zarządzania Bezpieczeństwem Żywności został oceniony i stwierdzono jego zgodność z wymaganiami ISO 22000:2005 i ISO 22000:2018.

(akta kontroli str. 148-187)

W Szpitalu produkowano posiłki (od surowca do gotowej potrawy) i dystrybuowano je na poszczególne oddziały szpitalne.

(akta kontroli str. 152-168, 175-177)

W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudniał dwóch, a od 19 maja 2022 r. trzech dietetyków. Wszyscy dietetycy mieli ukończone studia kierunkowe oraz ukończyli stosowne szkolenia. Ponadto Kierownik Działu Żywienia, któremu podlegali dietetycy, również miał m.in. dyplom ukończenia studiów na kierunku dietetyka.

Do zakresów obowiązków dietetyków należało m.in.: planowanie jadłospisów dla chorych w zakresie wszystkich diet, z uwzględnieniem prawidłowej wartości odżywczej i energetycznej zgodnie z normami wyrażonymi w składnikach pokarmowych i produktach spożywczych; sporządzanie na każdy dzień zapotrzebowań żywnościowych oraz zestawień diet; nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowości przebiegu procesów technologicznych na wszystkich etapach produkcji potraw; kontrola gotowanych potraw w kuchni przed wydaniem na oddziały; kontrolowanie jakości surowców i produktów żywnościowych wykorzystywanych w produkcji oraz warunków ich przechowywania; prowadzenie przewidzianej przepisami dokumentacji dotyczącej żywienia pacjentów; udzielanie porad żywieniowych pacjentom na oddziałach szpitalnych i zleconych przez lekarzy.

(akta kontroli str. 46-107)

W Szpitalu stosowano, zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia, n.w. rodzaje diet: podstawowa; dzieci i młodzieży; łatwostrawna (w tym: z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soków żołądkowych²⁵, z ograniczeniem tłuszczu²⁶, z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów²⁷, bogatobiałkowa); bogatoresztkowa; kleikowa; o zmienionej konsystencji (papkowata, płynna wzmocniona, do żywienia przez zgłębnik lub przetokę, płynna); eliminująca składniki

²⁵ Żołądkowa, wrzodowa

²⁶ Wątrobowata, trzustkowa

²⁷ Cukrzycowa

nietolerowane przez organizm²⁸, specjalna (po przeszczepie flory jelitowej; dla pacjentów z zakażeniem *Clostridium difficile*; hiperlipodemiczna; przy dnie moczanowej; z nietolerancją laktozy; w biegunkach). Dla każdej z diet określono jej zastosowanie, charakterystykę, uwagi technologiczne oraz produkty dozwolone i przeciwwskazane.

(akta kontroli str. 108-147, 152)

Zgodnie z *procedurą operacyjną „Organizacja żywienia”* każdemu pacjentowi przyjętemu do Szpitala wyliczany jest wskaźnik BMI i jest on oceniany przez lekarza pod kątem stanu odżywienia. O dalszym postępowaniu każdorazowo decyduje lekarz (dieta, żywienie poza i dojelitowe, wzmożony nadzór nad pacjentem, monitorowanie bilansu płynów).

(akta kontroli str. 175-177)

Szczegółowej analizie poddano dokumentację medyczną 20 pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego hospitalizowanych w I kwartale 2023 r. na oddziałach chirurgicznym i urologicznym. Stwierdzono, że wszyscy pacjenci zostali poddani przesiewowej ocenie stanu odżywienia i w każdym przypadku zalecenia odnośnie odżywiania wynikające z tej oceny były ściśle przestrzegane. W czterech przypadkach u pacjentów wystąpiło ryzyko niedożywienia, jednak odstąpiono od przeprowadzania przez lekarzy pogłębionych badań (wywiad żywieniowy, badania antropometryczne i biochemiczne), gdyż przeprowadzane leczenie szpitalne wymagało odpowiedniego żywienia związanego z tym leczeniem (np.: dieta po przeprowadzonym zabiegu kolonoskopii, wskazanie na żywienie pozajelitowe w związku z niewydolnością przewodu pokarmowego).

(akta kontroli str. 244-258)

5. SPZZOZ nie dysponował możliwością samodzielnego wykonania badań patomorfologicznych oraz genetycznych i w związku z tym zlecono je podmiotom trzecim, tj. ŚCO (co opisano w punkcie 2. na stronach 6 i 7 wystąpienia pokontrolnego) oraz Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Zakład Patologii Sp. z o.o. w Kielcach (dalej: Zakład Patologii).

(akta kontroli str. 11-45, 283-293, 545-557, 606-615)

Zgodnie z cennikami usług medycznych ŚCO koszty badań/procedur w kolejnych latach objętych kontrolą wynosiły:

- badanie histopatologiczne – 35 zł; 44 zł; 35 zł; 44 zł; 60 zł;
- biopsja cienkoigłowa – 110 zł; 140 zł; 110 zł; 124 zł; 180 zł;
- ocena preparatu dostarczonego z biopsji cienkoigłowej – 38 zł; 60 zł; 50 zł; 60 zł; 80 zł;
- badanie immunohistochemiczne – 85 zł; 100 zł; 85 zł; 88 zł; 110 zł;
- badanie cytologii złuszczeniowej ginekologicznej – 15 zł; 17 zł; 15 zł; 20 zł; 25 zł;
- badanie cytologii złuszczeniowej z jam ciała – 55 zł; 70 zł; 55 zł; 56 zł; 70 zł;
- badanie cytologii złuszczeniowej z moczu – 40 zł; 50 zł; 40 zł; 40 zł; 50 zł;
- badanie cytologii złuszczeniowej z płynu mózgowo-rdzeniowego – 50 zł; 60 zł; 50 zł; 50 zł; 60 zł;
- cell-block – 50 zł; 65 zł; 50 zł; 68 zł; 90 zł;
- konsultacja histopatologiczna i cytologiczna – 250 zł; 380 zł; 250 zł; 300 zł; 400 zł.

(akta kontroli str. 606-615)

Zgodnie z umowami podpisanymi z Zakładem Patologii koszt badań w latach 2019-2021 (do 30 kwietnia) wynosił: 23 zł za badanie histopatologiczne, 13 zł za cytologię ginekologiczną, 45 zł za biopsję aspiracyjną cienkoigłową, 90 zł za biopsję aspiracyjną cienkoigłową z dokumentacją fotograficzną, 30 zł za cytologię płynów i 40 zł za badanie immunohistochemiczne. Od 1 maja 2021 r. do 31 lipca 2021 r. koszt ten wynosił odpowiednio: 23,80 zł; 13,40 zł; 46,50 zł; 93 zł; 31 zł; 41,40 zł. Od 1 sierpnia

²⁸ Bezglutenowa

2021 r. do 30 czerwca 2022 r. koszt ten wynosił: 32 zł; 15 zł; 60 zł; 120 zł; 32 zł; 70 zł, a od 1 lipca 2022 r.: 40 zł; 20 zł; 60 zł; 150 zł; 40 zł; 100 zł.

(akta kontroli str. 545-557)

W latach 2019-2023 (I kwartał) liczba badań patomorfologicznych wykonanych na rzecz pacjentów SPZZOZ wyniosła:

- 39 694 badań histopatologicznych (w tym 5717 onkologicznych);
- 1628 badań immunohistochemicznych (w tym 521 onkologicznych);
- 4012 badań cytologicznych (w tym 190 onkologicznych).

(akta kontroli str. 605)

6. W SPZZOZ opracowano w formie pisemnej szczegółowe medyczne procedury radiologiczne, o których mowa w art.33f ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe²⁹. Procedury te zawierały wszystkie elementy wymagane w art. 33f ust. 2 ww. ustawy, tj.:

- 1) opis postępowania odnoszącego się do stosowanych w jednostce ochrony zdrowia urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, a także do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń;
- 2) informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym informacje dotyczące narażenia osób, o których mowa w pkt 1;
- 3) inne niż wskazane w pkt 1 i 2 istotne informacje o sposobie wykonania badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia.

W okresie 1 stycznia 2019 r. – 17 lipca 2023 r. w SPZZOZ nie został przeprowadzony żaden audyt (wewnętrzny i zewnętrzny), przy czym audyt wewnętrzny, zgodnie z ww. ustawą powinien być przeprowadzony corocznie, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 351-368)

Inspektorzy Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z Kielc w ww. okresie przeprowadzili (na podstawie art.1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej³⁰ w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 §§ 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego³¹) dwie kontrole:

- 1) w dniach 20 i 21 maja 2019 r. w zakresie oceny stosowania aparatury rtg do celów medycznych oraz oceny stanu sanitarnego pomieszczeń *Pracowni rtg*.
- 2) 11 czerwca 2019 r. w zakresie oceny wydania zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu rtg do celów radiologii zabiegowej oraz uruchomienia *Pracowni radiologii zabiegowej* oraz oceny stanu sanitarnego pomieszczeń *Pracowni radiologii zabiegowej*.

(akta kontroli str. 351)

W wyniku pierwszej z kontroli stwierdzono nieprawidłowości polegające na:

- wykonywaniu u kobiet w okresie płodności w przypadku nierozpoznanej ciąży procedur z zakresu radiologii zabiegowej bez wykonania testu ciążowego, przeprowadzonego u pacjentki przed podjęciem decyzji o zabiegu;
- braku dokumentów potwierdzających realizację Ramowego programu szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej dla pracowników zatrudnionych na bloku operacyjnym (pielęgniarki oraz lekarze anestezjododzy);
- niewykonywaniu w pełnym zakresie testów podstawowej kontroli jakości dla dwóch aparatów rtg.

²⁹ Dz.U. z 2023, poz. 1173

³⁰ Dz.U. z 2023, poz. 338

³¹ Dz.U. z 2023, poz. 775, ze zm

Do dnia 10 czerwca 2019 r. w SPZZOZ usunięto wszystkie ww. nieprawidłowości, a kolejna kontrola inspektorów PWIS, przeprowadzona 11 czerwca 2019 r., nie wykazała żadnych nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 369-384)

7. Szczegółową analizą kompletności danych objęto 20 z 35 *Kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a* (Karta) przesłanych do ŚCO 6 lipca 2023 r. w wersji papierowej. We wszystkich Kartach wypełniono pozycję dotyczącą rozpoznania histopatologicznego. Każdorazowo poprawnie wypełniono kod zaawansowania nowotworu TNM³². W związku z tym, że Karty sporządzono na druku niezgodnym z formularzem sprawozdawczym w żadnym z przypadków lekarze nie wypełnili pól 33. *Inne klasyfikacje zaawansowania* i 34. *Stopień zaawansowania*, gdyż Karty te takich pól nie zawierały. Pole 31 *Stadium zaawansowania* (pole 35 w obowiązującej Karcie) nie zostało wypełnione dla trzech kart. Szerzej opisano to w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 581-587, 625)

Liczba pacjentów z rozpoznaniem nowotworu leczonych w SPZZOZ w latach 2019-2023 (I kwartał) wynosiła 1611 (kolejno w latach 2019-2022: 369, 472, 364, 300 oraz 106 w I kwartale 2023), a liczba Kart wysłanych do ŚCO wyniosła 1187 (odpowiednio: 317, 234, 320, 247 oraz 69). Różnice, jak wyjaśnił Dyrektor wynikają z tego, iż (...) *dla pacjentów leczonych w ramach leczenia szpitalnego podczas kilku hospitalizacji lub dla pacjentów zgłaszających się na wizyty kontrolne w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podczas których nie zostały stwierdzone istotne zmiany mające związek z diagnozą nowotworową lub leczeniem, Karty MZ/N-1a nie są sporządzane przez lekarzy.*

Liczba pacjentów z wystawioną kartą DILO wynosiła 699 (odpowiednio: 174, 149, 187, 148 oraz 41). Jako przyczynę różnic pomiędzy liczbą pacjentów wynikającą z przesłanych do ŚCO Kart MZ/N-1a, a liczbą pacjentów z wystawioną kartą DILO wynoszącą w okresie 2019-2023 (I kwartał) 488³³ Dyrektor podał: (...) *Karta DiLO może zostać wydana tylko raz dla pacjenta z danym rozpoznaniem nowotworowym, natomiast Karta MZ/N-1a przesyłana jest do Krajowego Rejestru Nowotworu dla danego pacjenta na każdym etapie leczenia, co powoduje że dla danego pacjenta może być wysłanych kilka w/w kart, co powoduje różnice w liczbie przesłanych kart nowotworowych a wystawionych kart DiLO.*

(akta kontroli str. 588, 589, 618-620)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nw. nieprawidłowości:

1. Nie przeprowadzano wewnętrznych audytów klinicznych.

Zgodnie z art. 33u ust.1 pkt 1 Prawa atomowego jednostki ochrony zdrowia stosujące medyczne procedury radiologiczne podlegają wewnętrznym audytom klinicznym, przy czym audyt ten zgodnie z art. 33v ust. 1 Prawa atomowego jest przeprowadzany nie rzadziej niż co rok. Termin przeprowadzenia audytu klinicznego wewnętrznego określa kierownik jednostki ochrony zdrowia (art. 33v ust.2 Prawa atomowego).

Od 1 stycznia 2019 r. w SPZZOZ nie przeprowadzono żadnego wewnętrznego audytu klinicznego.

(akta kontroli str. 351)

³² Klasyfikacja **TNM** opisuje (w określonej skali) wielkość guza pierwotnego (**T** – tumor – guz), stan regionalnych węzłów chłonnych (**N** – nodus – węzeł) oraz brak lub obecność przerzutów odległych (**M** – metastases – przerzuty)

³³ Kolejno w latach 2019-2022: 143, 85, 133, 99 oraz 28 w I kwartale 2023 r.

Małgorzata Wojtasik, inspektor ochrony radiologicznej w SPZZOZ, do której zadań (zgodnie z Zakresem zadań, uprawnień i odpowiedzialności) należała m.in. dokładna znajomość aktów prawnych z zakresu ochrony radiologicznej oraz kontrolowanie tych przepisów, wyjaśniła: *Brak audytów klinicznych wewnętrznych spowodowany jest problemami technicznymi realizacji wszystkich wymagań dotyczących raportu z audytu klinicznego. Duża liczba wykonywanych procedur z zakresu diagnostyki obrazowej stanowi problem zakresu audytu dotyczący liczby procedur z podziałem na wiek i płeć oraz danych pozwalających na ocenę wielkości narażenia czyli parametrów ekspozycji. Aby spełnić wszystkie te wymagania od stycznia 2023 r. wprowadzono zapis wykonania badania wraz z parametrami ekspozycji do systemu CGM Cliinet (zgodnie z przepisami zapis parametrów wykonywany jest na skierowania na badanie). Obecnie jesteśmy na etapie porozumienia z firmą CGM (właściciel CliniNetu) - wygenerowania raportu pozwalającego na sortowanie danych wg kryteriów audytów klinicznych, a więc w podziale na wiek, płeć i rodzaj badania. Jako jednostka jesteśmy w trakcie negocjacji przedłużenia umowy i wprowadzenia na tym etapie nowych rozwiązań dla potrzeb doskonalenia działalności zgodnie z zmieniającymi się przepisami. Przeprowadzenie audytu klinicznego wewnętrznego (...) zaplanowano na wrzesień 2023 roku.*

(akta kontroli str. 385-388)

Dyrektor wyjaśnił, że w ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania w jednostce opracowano szereg dokumentów regulujących funkcjonowanie jednostki w trakcie poszczególnych procesów. W jednostce przeprowadzane są audyty wewnętrzne oraz zewnętrzne, w trakcie których zespół audytorów sprawdza realizację zidentyfikowanych procesów zgodnie z obowiązującymi przepisami i normami. W trakcie audytów weryfikacji podlegają zarówno wymagania znajomości obowiązujących procedur i instrukcji, standardy akredytacyjne jak również etapy realizacji procedur medycznych zgodnie z opracowanymi procedurami i instrukcjami. Z uwagi na dużą liczbę wykonywanych procedur z zakresu diagnostyki obrazowej problem stanowił zakres audytu dotyczący liczby procedur z podziałem na wiek i płeć. Aby spełnić wszystkie wymagania dotyczące zakresu audytu od stycznia 2023 roku wprowadzono zapis wykonania badania wraz z parametrami ekspozycji do systemu CGM Cliinet (zgodnie z przepisami zapis parametrów archiwizowany jest na skierowania na badanie). Obecnie jesteśmy na etapie porozumienia z firmą CGM (właściciel CliniNetu) - wygenerowania raportu pozwalającego na sortowanie danych wg kryteriów audytów klinicznych a więc w podziale na wiek, płeć i rodzaj badania. Jako jednostka jesteśmy na etapie negocjacji z CGM nowych rozwiązań dla potrzeb doskonalenia działalności zgodnie z zmieniającymi się przepisami. Przeprowadzenie audytu klinicznego wewnętrznego zgodnie z wymaganiami prawa atomowego art. 33u ust.1 pkt 1 oraz art 33v ust.1 pkt 1 a także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2022 roku zaplanowano na wrzesień 2023 roku.

(akta kontroli str. 590-595)

2. Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a zostały przesłane do ŚCO na druk niezgodnym z formularzem sprawozdawczym.

Badania statystyczne w 2023 r. prowadzone są na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 października 2022 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2023³⁴, w załączniku którego (str.178) dla symbolu badania 1.29.02 (091) i tematu badania *Zachorowania i leczenia na wybrane choroby* jako źródło danych wskazano m.in. kwestionariusz zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ/N-1a).

³⁴ Dz. U. poz. 2453 ze zm.

Analiza wykazała, że wszystkie Karty zostały przesłane do ŚCO na druku niezgodnym z formularzem sprawozdawczym do badań statystycznych MZ/N-1a, o którym mowa w § 2 ust. 7 pkt 36 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów 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 2017 z dnia 14 marca 2017 r.³⁵, a którego wzór znajduje się w załączniku do ww. rozporządzenia na stronach 2991-2992 (kolejne strony załącznika nr 3: 1777-1778).
(akta kontroli str. 581-587)

Dyrektor 28 lipca 2023 r. wyjaśnił, że Karty Zgłoszeń nowotworu złośliwego MZ/N-1a wypełniano na wzorze zaimplementowanym w szpitalnym systemie informatycznym jako formularz, w którym pobierane są dane pacjenta, pozostałe pola zostają wypełniane ręcznie przez lekarza. Wszystkie w/w Karty Nowotworowe wysyłane są w wersji papierowej do Świętokrzyskiego Biura Rejestracji Nowotworów Zakładu Epidemiologii i Walki z Rakiem Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Nie otrzymaliśmy informacji o niewłaściwym formularzu, wszystkie w/w Karty były przyjmowane. Obecnie funkcjonuje już poprawiona wersja formularza w systemie szpitalnym. W celu uniknięcia podobnych przeoczeń, mimo dodatkowych kosztów postanowiono zintegrować system szpitalny z Krajowym Rejestrem Nowotworowym celem przesyłania w/w Kart w wersji elektronicznej, niestety dostawca naszego oprogramowania nie może wykonać takiej integracji w związku z realizacją przez Krajowy Rejestr Nowotworów projektu dot. Budowy nowej platformy do gromadzenia i analizy danych KRN.

(akta kontroli str. 590-596)

W dodatkowym wyjaśnieniu z 8 sierpnia 2023 r. Dyrektor podał, że w systemie informatycznym zaimplementowano już poprawiony formularz MZ/N-1a zgodny z obowiązującymi przepisami. Na skutek kontroli NIK przesłane 9 sierpnia 2023 r. do ŚCO Karty wypełniono na druku zgodnym z formularzem sprawozdawczym.

(akta kontroli str. 630-635)

3. W przypadku 3 na 20 poddanych analizie Kart MZ/N-1a nie zostało wypełnione pole 31 Stadium zaawansowania.

Jak wyjaśnił Dyrektor było to przeoczeniem ze strony lekarzy. Nieprawidłowość została usunięta w trakcie kontroli poprzez uzupełnienie Kart i ponowne ich przesłanie do ŚCO.

(akta kontroli str. 581, 590-595, 597-602)

OCENA CZĄSTKOWA

Wyposażenie w sprzęt medyczny oraz zasoby kadrowe świadczeniodawcy spełniały wymogi określone przez Ministra Zdrowia i niezbędne do zawarcia umów z NFZ. Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono wykonanie badań patomorfologicznych i genetycznych, poprzez zawarcie stosownych umów z podwykonawcami. Przestrzegano przepisów dotyczących opracowania szczegółowych medycznych procedur radiologicznych, jednakże nie przeprowadzono żadnego wewnętrznego audytu klinicznego w tym zakresie. Świadczeniodawca wprawdzie dokonywał zgłoszeń zachorowań na nowotwór złośliwy jednak zgłoszenia te były wysyłane na formularzu niezgodnym z obowiązującymi przepisami. W SPZZOZ opracowano standardy żywienia pacjentów oraz przeprowadzano oceny stanu odżywienia pacjentów. Wdrożono również zasady systemów: HACCP, GMP i GPH.

³⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 837, ze zm.

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

Opis stanu
faktycznego

1. W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2023 r. liczba oraz wartość świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, udzielonych pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego kształtowała się następująco:

a) w pakiecie i diagnostyce onkologicznej:

Chirurgia ogólna-hospitalizacja-pakiet onkologiczny: 50 świadczeń o wartości 834 437,08 zł (9 świadczeń i 142 670,84 zł w 2019 r.; 12 i 192 923 zł w 2020 r.; 18 i 288 864,65 zł w 2021 r.; 9 i 162 854,34 zł w 2022 r. oraz 2 i 47 124,25 zł w I kwartale 2023 r.);

Urologia-hospitalizacja-pakiet onkologiczny: 69 świadczeń o wartości 703 328,32 zł (odpowiednio: 31 i 295 395 zł; 25 i 243 090 zł; 7 i 70 146,75 zł; 5 i 71 238,50 zł oraz 1 i 23 458,07 zł);

Urologia-diagnostyka onkologiczna: 437 świadczeń o wartości 127 162,25 zł (150 i 27 682,40 zł; 97 i 26 790,50 zł; 73 i 19 038,10 zł; 94 i 42 684,83 zł oraz 23 i 10 966,42 zł).

b) poza pakietem onkologicznym:

Chirurgia ogólna-hospitalizacja-swiadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego: 389 świadczeń o wartości 2 322 986,63 zł (81 i 380 351,12 zł; 116 i 635 867,60 zł; 72 i 348 998,23 zł; 89 i 637 844,19 zł oraz 319 924,49 zł);

Urologia-hospitalizacja-swiadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego: 544 świadczeń o wartości 2 379 304,60 zł (126 i 424 645 zł; 126 i 434 997 zł; 130 i 448 780,88 zł; 121 i 680 439,86 zł oraz 41 i 390 441,86 zł);

Urologia-diagnostyka onkologiczna³⁶: 5934 świadczeń o wartości 780 939,18 zł (1146 i 52 519 zł; 1023 i 47 077 zł; 1791 i 254 815,50 zł; 1974 i 426 527,68 zł).

Ponadto w przypadku realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego (Program badań przesiewowych raka jelita grubego) w okresie od początku realizacji programu, tj. 15 listopada 2022 r. do 31 marca 2023 r. liczba świadczeń wyniosła 104, a ich wartość 82 439,26 zł.

(akta kontroli str. 603-604,617)

Odnosząc się do tak dużej liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń bez wystawienia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (poza pakietem onkologicznym), tj. 389 w odniesieniu do chirurgii ogólnej, 544 w odniesieniu do urologii oraz 2356³⁷ w odniesieniu do urologii - diagnostyki onkologicznej, podczas gdy w porównywalnym okresie liczba pacjentów w pakiecie onkologicznym wyniosła odpowiednio: 50, 69 i 254, dyrektor wyjaśnił: *różnice w liczbie pacjentów leczonych w ramach pakietu onkologicznego a liczbą pacjentów leczonych poza pakietem onkologicznym wynika głównie z trzech powodów:*

1) *pacjenci z rozpoznaniem nowotworowym wymagający leczenia szpitalnego lub wizyty w poradni specjalistycznej poza planem leczenia onkologicznego rozliczani są w ramach zakresów poza pakietem onkologicznym.*

2) *pacjenci leczeni w ramach leczenia szpitalnego u których został wykryty nowotwór w wyniku badań diagnostycznych lub zabiegu operacyjnego rozliczani są poza*

³⁶ Lata 2019-2022. Zakres wycofano z umowy z NFZ od 2023 r.. Świadczenia realizowano w ramach zakresu podstawowego.

³⁷ W przypadku hospitalizacji liczba świadczeń równa jest liczbie pacjentów. W odniesieniu do diagnostyki liczba świadczeń jest wyższa od liczby pacjentów. Ponadto w przypadku diagnostyki porównano dane bez I kwartału 2023 r.

pakiem onkologicznym, ale mają wystawioną kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach tej hospitalizacji, co powoduje że dopiero następny etap leczenia jest rozliczany na podstawie karty DiLO.

3) w weryfikowanym okresie tj. 2019-2023 (I kwartał) w związku z pandemią wywołaną przez koronawirusa SARS-CoV-2 w SPZZOZ decyzją Wojewody Świętokrzyskiego od dnia 15 września 2020r. wydzielone zostały łóżka dla pacjentów leczonych z powodu zakaźnej choroby COVID-19. Szpital w Staszowie pełnił wówczas ważną rolę w zabezpieczeniu „covidowym” województwa świętokrzyskiego, zabezpieczając łóżka zarówno dla pacjentów z SARS-CoV-2, jak również podejrzanych o zakażenie, co spowodowało zmianę charakterystyki leczonych pacjentów onkologicznych. Znaczna liczba pacjentów po ustaleniu planu leczenia onkologicznego lub już na etapie diagnozy nowotworowej decydowała się na inne Ośrodki leczenia onkologicznego i nie wracała do naszego szpitala w celu wykonania np. zabiegu operacyjnego zalecanego w ramach Konsylium. Obecnie wykonujemy już coraz więcej zabiegów dla pacjentów zgłaszających się Kartą DiLO, zgodnie z ustalonym planem leczenia.

(akta kontroli str. 621-622)

W latach objętych kontrolą wystąpiły niewykonania zakontraktowanych przez SPZZOZ świadczeń zdrowotnych. Jako przyczyny niewykonania:

- a) w 2019 r. w zakresie *Chirurgii ogólnej-hospitalizacja-pakiet onkologiczny* (zakontraktowano świadczenia o wartości 166,9 tys. zł, a zrealizowano 142,7 tys. zł, tj. 85,5%);
- b) w 2020 r. w zakresie *Urologii-diagnostyka urologiczna* (odpowiednio: 29,9 tys. zł i 26,8 tys. zł, tj. 89,7%);
- c) w 2021 r. w zakresie *Urologii-hospitalizacja-pakiet onkologiczny* (96,6 tys. zł i 70,1 tys. zł, tj. 92,5%);
- d) w 2022 r. w zakresie: *Urologii-hospitalizacja-pakiet onkologiczny* (75,9 tys. zł i 71,3 tys. zł, tj. 93,9%) i *Chirurgii ogólnej-hospitalizacja-pakiet onkologiczny* (205,1 tys. zł i 162,9 tys. zł, tj. 79,4%) oraz *Programu badań przesiewowych raka jelita grubego* (32,3 tys. zł i 17,9 tys. zł, tj. 55,6%),

Dyrektor wyjaśnił, iż niewykonanie przez SPZZOZ zakontraktowanych świadczeń w odniesieniu do:

- *Programu badań przesiewowych raka jelita grubego w 2022 r. na poziomie 44,4%* powstało zarówno z faktu, iż w/w program zaczął być realizowany dopiero od 15 listopada 2022 r. zgodnie z podpisaną umową z NFZ, jak również z mniejszej liczby pacjentów chętnych wykonać kolonoskopię w okresie świątecznym – badania przesiewowe. Ponadto wykonywane badania w ramach tego programu często wymagają czasochłonnej oceny pobranych wycinków histopatologicznych. Otrzymanie w/w wyniku pozwala na zatwierdzenie i rozliczenie badania z NFZ. W związku z tym część badań wykonanych w grudniu 2022 r. mogło zostać rozliczonych w styczniu 2023 r.

- pozostałych zakresów: wynika zarówno z faktu, iż niewykonania powstały w okresie obowiązujących obostrzeń dla pacjentów w związku z pandemią wywołaną przez koronawirusa SARS-CoV-2 jak również z faktu iż w w/w zakresach leczenia są pacjenci posiadający Kartę DiLO, którzy na każdym etapie leczenia onkologicznego mogą wybrać dowolnego świadczeniodawcę, co w przypadku przyjęć planowych stwarza niejednokrotnie problemy z efektywnym ustaleniem ilości zabiegów operacyjnych w w/w zakresach.

(akta kontroli str. 590-595, 603-604)

Jak wyjaśnił Dyrektor nadwykonanie (o 5,9 tys. zł) w 2021 r. w zakresie *Chirurgii ogólnej-hospitalizacja-pakiet onkologiczny*, zostało sfinansowane przez NFZ w ramach spłaty zadłużenia powstałego w roku 2020 z powodu rachunków

ryczałtowych wypłaconych bez sprawozdawczości w czasie pandemii wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 590-595)

2. Pacjenci onkologiczni w SPZZOZ w całym okresie objętym kontrolą byli przyjmowani na bieżąco i w związku z tym nie prowadzono kolejek oczekujących dla tych pacjentów. Jak oświadczył Dyrektor również pacjenci zgłaszający się ze skierowaniem z rozpoznaniem podejrzenia nowotworu przyjmowani są na bieżąco.

(akta kontroli str. 513-522, 526, 532, 534-536, 540, 542, 626, 675-677)

Na podstawie szczegółowego badania harmonogramów przyjęć i list oczekujących z I kwartału 2023 r. dla poradni chirurgii ogólnej, pracowni kolonoskopii oraz oddziału urologicznego stwierdzono, że zawierały one wszystkie wymagane przepisami elementy.

Próba po 20 pacjentów kolejno zapisanych w harmonogramie przyjęć i/lub list oczekujących dla ww. poradni, pracowni oraz oddziału wykazała, że kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej była ustalana na podstawie kolejności zgłoszeń świadczeniodawcy, a listy oczekujących prowadzono w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz z zgodnie z kryteriami medycznymi.

(akta kontroli str. 618-620, 653-686)

3. W SPZZOZ nie było możliwości wygenerowania danych niezbędnych do analizy terminów realizacji świadczeń na kolejnych etapach pakietu onkologicznego. Jak oświadczył Dyrektor przygotowanie takiej analizy wymagałoby rozpatrywania indywidualnie każdej karty DİLO.

(akta kontroli str. 624)

Na podstawie 30 losowo wybranych kart DİLO³⁸ stwierdzono, że w 19 przypadkach pacjenci kontynuowali leczenie w innych jednostkach.

Dla pozostałych 11 pacjentów wyznaczono Koordynatora leczenia onkologicznego. W każdym z tych przypadków lekarz prowadzący wypełniał druk dotyczący WZT (dane pacjenta, nr karty DİLO, rozpoznanie, wyniki badań i propozycję leczenia), na podstawie którego Koordynator ustalał termin posiedzenia konsylium. Lekarze uczestniczący w konsylium oceniali diagnostykę onkologiczną (wstępną i pogłębianą), podejmowali decyzję, czy pacjent wymaga leczenia onkologicznego (radykałnego bądź paliatywnego) czy też nie (ale wymaga leczenia objawowego lub innego leczenia specjalistycznego). Podejmowali także decyzję o kolejności postępowania terapeutycznego i zaleceń dotyczących dalszego postępowania. Pod każdą decyzją konsylium znajdowały się podpisy i pieczętki osób uczestniczących w konsylium, a w jego składzie byli lekarze specjaliści wskazani przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu świadczeń gwarantowanych.

(akta kontroli str. 505-542, 636)

4. Spośród ww. 30 pacjentów, o których mowa w punkcie 3 żaden nie został objęty diagnostyką wstępną, gdyż: 10 pacjentów zostało włączonych do pakietu onkologicznego na etapie diagnostyki pogłębianej (potwierdzony nowotwór), 12 pacjentów kontynuowało diagnostykę onkologiczną u innego świadczeniodawcy, a w przypadku 8 pacjentów, którym karty wydano w szpitalu ustalono plan leczenia onkologicznego.

Spośród 10 pacjentów skierowanych do diagnostyki pogłębianej 9 z nim porady początkowej rozpoczynającej pogłębianą diagnostykę onkologiczną udzielono w dniu, w którym wystawiono kartę DİLO. Jeden z pacjentów został przez lekarza od razu

³⁸ Ze 128 z okresu 2019—2023 (I kwartał) ze statusem *Leczenie rozpoczęte* lub *Leczenie zamknięte*

skierowany na zabieg diagnostyczno-leczniczy, który wykonano po 2 dniach od wystawienia karty DILO.

(akta kontroli str. 513-542)

Zgodnie z § 6a ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁹, świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną jest obowiązany, w przypadku diagnostyki pogłębionej, do jej realizacji w okresie nieprzekraczającym 21 dni.

W przypadku ww. dziewięciu pacjentów liczba dni od dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej diagnostykę pogłębioną, a dniem jej zakończenia wyniosła średnio 58 dni, przy czym w przypadku dwóch pacjentów nie przekroczono 21-dniowego terminu wymaganego rozporządzeniem, a w przypadku pozostałych siedmiu pacjentów okres diagnostyki pogłębionej trwał od 36 do 140 dni, a termin określony w ww. rozporządzeniu został przekroczony dla poszczególnych pacjentów o: 15, 21, 35, 41, 56, 56 i 119 dni.

(akta kontroli str. 513, 516, 517, 520, 522, 526, 532, 535, 540)

Dyrektor wyjaśnił, że dla siedmiu pacjentów, dla których przekroczony został 21 - dniowy termin, dzień wydania karty DILO był jednocześnie dniem rozpoczęcia diagnostyki pogłębionej. W przypadku sześciu pacjentów zostało wydane skierowanie na badanie scyntygrafii, które wykonywane były u podwykonawcy. Termin tego badania ustalał Koordynator, również tego samego dnia i wynosił on pomiędzy 21 a 55 dni. Czas oczekiwania na opis ww. badania to średnio 14 dni, a ponadto pacjenci po otrzymaniu wyniku badania scyntygrafii niejednokrotnie zmieniają termin wyznaczonej wizyty. W przypadku jednego z pacjentów, dla którego termin został przekroczony o 119 dni pacjent nie wykonał wszystkich zleconych badań i zgłosił się do poradni urologicznej w celu zamknięcia tego etapu diagnostyki po podjętej decyzji o zmianie świadczeniodawcy kontynuującym leczenie onkologiczne.

(akta kontroli str. 637-643)

5. Poza programem badań przesiewowych raka jelita grubego, w SPZZOZ udzielano świadczeń w ramach innych umów zawartych z NFZ w zakresie pobrania materiału szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego skojarzonego z zakresem dotyczącym położnictwa i ginekologii (etap podstawowy).

W przypadku pobrania materiału szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego w okresie 2019-2023 (I kwartał) badaniem objęto 861 pacjentek, a wartość świadczeń wyniosła 24 436,16 zł (kolejno w latach 2019-2022: 211 i 4160 zł; 72 i 1440 zł; 256 i 6607,68 zł; 232 i 8405,28 zł oraz 90 i 3823,20 zł w I kwartale 2023 r.).

Dyrektor wyjaśnił, iż zakres skojarzony „02.1450.101.02 - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony z 02.1450.001.02” w ramach którego prowadzimy badania przesiewowe realizowany jest w SPZZOZ już od ponad 15 lat. Obecnie z powodu ograniczonych zasobów kadrowych ale przede wszystkim brakiem pracowni cytologicznej wymaganej na kolejnym etapie Programu profilaktyki raka szyjki macicy nie mamy możliwości na rozszerzenie zakresu badań w w/w Programie. Zawarta umowa z NFZ z wydzielonym zakresem skojarzonym 02.1450.101.02 w pełni zabezpiecza wykonywanie świadczeń dla naszych pacjentek tym bardziej, że pozostałe poradnie ginekologiczne w powiecie staszowskim wykonują również w/w badania przesiewowe na takich samych zasadach. W związku z tym obecnie nie planujemy zmiany umowy z NFZ na wykonywanie przesiewowych badań cytologicznych.

(akta kontroli str. 627-629)

³⁹ Dz.U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

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

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), SPZZOZ zawarł 30 września 2022 r. z Ministrem Zdrowia umowę⁴⁰ na *Zakup sprzętu diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego* w wysokości nieprzekraczającej kwoty 397 170 zł, co stanowiło całość środków publicznych przeznaczonych na realizację przedmiotu umowy.

(akta kontroli str. 195-208, 240-243)

Zawarcie ww. umowy było poprzedzone złożeniem 14 lipca 2022 r. przez SPZZOZ, za pośrednictwem Platformy Obsługi Projektów Inwestycyjnych wniosku na zakup 10 sztuk cystoskopu giętkiego z wnioskowaną kwotą na realizację przedmiotu konkursu w 2022 r. – 391 170,90 zł.

W punkcie 2. *Potwierdzenie uprawnień do złożenia oferty* zaznaczono (co było zgodne ze stanem faktycznym), iż SPZZOZ jako podmiot leczniczy:

- udziela świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w rodzaju leczenia ambulatoryjnego w zakresie urologii;
- dysponuje kadrami lekarską lekarzy specjalistów zdolną do zapewnienia prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii (5 etatów);
- ma dostęp do toru wizyjnego (dodatkowy osprzęt), który zapewni efektywne wykorzystanie cystoskopów.

W punkcie 3. *Informacje dotyczące prowadzonej działalności* poświadczono, że SPZZOZ prowadził leczenie związane z diagnostyką i leczeniem raka pęcherza moczowego w latach 2019-2021.

Ponadto SPZZOZ oświadczył, że posiada aktualną umowę odpowiedzialności cywilnej na 2022 r. i opłacił składki ubezpieczenia: 12 stycznia, 28 marca i 28 czerwca 2022 r., a IV rata jest płatna do 30 września 2022 r.

SPZZOZ zobowiązał się do dotrzymania nw. terminów:

- do 30 listopada 2022 r. – zakup sprzętu;
- do 30 grudnia 2022 r. – płatność dostawcy za zakupiony sprzęt;
- do 30 marca 2023 r. – rozpoczęcie udzielania świadczeń na zakupionym sprzęcie.

Kontrola wykazała, że SPZZOZ posiadał dostęp do toru wizyjnego oraz obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego obowiązujące od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 r. zawarte z Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych na sumę gwarancyjną 0,5 mln euro. Należną składkę w kwocie 388 tys. zł SPZZOZ opłacił w czterech równych ratach (97 tys. zł) w dniach: 12 stycznia, 28 marca, 28 czerwca i 12 września 2022 r.

(akta kontroli str. 188-190, 623, 707-758)

⁴⁰ nr 1/14/89/2022/1081/674

2. Na Oddziale Urologicznym Szpitala, przed dokonaniem ww. zakupu, znajdowało się pięć cystoskopów: dwa starsze niż 10 lat⁴¹, jeden pięcioletni i dwa czteroletnie.

(akta kontroli str. 188)

Ze środków NSO sfinansowano zakup nowej aparatury, gdyż jak wyjaśnił Paweł Olejniczak, p.o. Ordynator Oddziału Urologicznego, podyktowane to było potrzebą realizowania procedur cystoskopowych w trybie ambulatoryjnym, a tym samym ilości realizowanych procedur przez wzgląd na zapotrzebowanie na tego typu diagnostykę. Ze względu na dotychczasową ilość posiadanego sprzętu oraz proces jego dezynfekcji szpital nie mógł wykonywać tych procedur w pożądanej ilości oraz nie miał możliwości zabezpieczenia potrzeb diagnostycznych w tym zakresie w Poradni Urologicznej.

(akta kontroli str. 259)

Powyższe wyjaśnienia potwierdził Dyrektor dodając ponadto, że *z uwagi na troskę o pacjentów staraliśmy się na etapie planowania zakupów zminimalizować czas oczekiwania pacjentów na wykonanie procedury zabiegowej.*

(akta kontroli str. 590-595)

Środki pochodzące z NSO wykorzystano zgodnie z umową w kwocie 397 008 zł, a zakupu dokonano w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, zgodnie z art. 275 ust. 2 ustawy z 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych⁴². Zakup cystoskopów nie obejmował innych kosztów, niż koszt zakupu.

Zakupu sprzętu dokonano 2 listopada 2022 r., wykonawcy zapłacono 23 listopada 2022 r., a udzielanie świadczeń zdrowotnych rozpoczęto 16 marca 2023 r.

Pomimo tego, że dochowano wszystkich terminów wynikających z umowy podpisanej z Ministrem Zdrowia, to udzielanie świadczeń rozpoczęło po 134 dniach od dostarczenia przez wykonawcę sprzętu i przeprowadzenia szkolenia dotyczącego jego prawidłowej eksploatacji⁴³, gdyż jak wyjaśnił Paweł Olejniczak *wynikało to z kwestii organizacyjnych polegających na konieczności usprawnienia organizacji procesu dezynfekcji dostosowanego do potrzeb harmonogramu pracy Poradni Urologicznej, w której wykonywane są procedury cystoskopowe.*

(akta kontroli str.188-216, 228-229, 234-238, 259)

Nie wystąpił obowiązek przekazania Ministrowi Zdrowia informacji dotyczących wykorzystania zakupionego w ramach umowy sprzętu. Zgodnie z § 5 ust. 3 umowy pierwsza informacja winna być przekazana za 2023 r., tj. do 31 stycznia 2024 r.

(akta kontroli str.201)

Zgodnie z § 2 ust.7-9 umowy SPZZOZ był zobowiązany do podjęcia działań informacyjnych dotyczących finansowania zadania, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 maja 2021 r. w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżety państwa lub z państwowych funduszy celowych⁴⁴ oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2021 r. zmieniającym powyższe rozporządzenie⁴⁵.

(akta kontroli str.197)

SPZZOZ spełnił powyższe wymogi poprzez umieszczenie stosownej tablicy informacyjnej o wymiarach 40x60 cm oraz zamieszczenie informacji na swojej stronie internetowej.

(akta kontroli str.222-229, 238)

⁴¹ Rok produkcji 1988 i 2009 (w całości umorzone)

⁴² Dz. U. z 2022 r., poz. 1710, ze zm.

⁴³ 2 listopada 2022 r.

⁴⁴ Dz. U. poz. 953 ze zm.

⁴⁵ Dz.U. poz. 2506

3. W ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych SPZZOZ nie zawarł żadnej umowy.

(akta kontroli str. 188-190)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

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

IV. Uwagi i wnioski

Wniosek

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust.1 pkt 5 ustawy o NIK wnioskuje o przeprowadzenie wewnętrznego audytu klinicznego, o którym mowa w art.33u ust.1 pkt 1 oraz art.33v ustawy Prawo atomowe.

NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosku

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego 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.

Kielce, 28 sierpnia 2023 r.

Kontroler

Arkadiusz Pawlik

specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Kielcach

Dyrektor

Grzegorz Walendzik

.....
podpis

.....
podpis