



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.015.03.2023

dr n. med. Monika Domaradzka  
Dyrektor  
SPZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź (zw. dalej Szpitalem).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | dr n. med. Monika Domaradzka, - p.o. Dyrektor Szpitala, od 31 marca 2009 r <sup>1</sup> .<br>(akta kontroli, str.: 3-6)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.</li><li>2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego.</li><li>3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.</li></ol> |
| Okres objęty kontrolą               | Latą 2019-2023 do dnia zakończenia kontroli <sup>2</sup> , 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 <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Łodzi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Kontroler                           | Marek Tarnawski – doradca techniczny., upoważnienie do kontroli nr LLO/90/2023 z 23 maja 2023 r.<br>(akta kontroli str.: 1-2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

<sup>1</sup> Powołanie z dnia 31 marca 2009 r. oraz z dnia 9 listopada 2010 r.

<sup>2</sup> Upoważnienie ważne do dnia 29 września 2023 r.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.



## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

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

### UZASADNIENIE OCENY OGÓLNEJ

W Szpitalu zapewniono warunki do realizacji świadczeń z zakresu programu zdrowotnego profilaktyki raka piersi-etap podstawowy, określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>5</sup> i z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>6</sup>. Zapewniono również warunki do realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego<sup>7</sup>. Zachowane były warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono badania patomorfologiczne i genetyczne, wykonywane w Szpitalu bądź przez podmioty zewnętrzne. Zagwarantowano żywienie adekwatne do potrzeb pacjentów onkologicznych. Diagnozując nowe rozpoznania i podejrzenia nowotworów złośliwych, personel medyczny Szpitala rzetelnie wypełniał Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

W Szpitalu zaspokajano potrzeby zdrowotne pacjentów w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz w zakresie realizowanego programu zdrowotnego – leczenie raka piersi – etap podstawowy, a także programów lekowych. Zrealizowane przez Szpital nadwykonania w zakresach świadczeń dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego zostały w całości sfinansowane przez NFZ. W latach 2019-2023 średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia uległ wydłużeniu w 19 jednostkach organizacyjnych Szpitala (na 32 badanych) w przypadkach stabilnych oraz w jedenastu komórkach w przypadkach pilnych.

W Szpitalu nie przestrzegano postanowień art. 19a i 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>8</sup> w zakresie prowadzenia kolejek osób oczekujących i harmonogramów przyjęć dla świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych.

Harmonogramy przyjęć prowadzone w Szpitalu formie elektronicznej były prawidłowe.

W ramach zawartych umów z Ministrem Zdrowia Szpital wyposażano w nową aparaturę służącą leczeniu pacjentów onkologicznych. Analiza umów wykazała, iż środki finansowe zostały wykorzystane prawidłowo a Szpital rzetelnie i terminowo rozliczył je z Ministerstwem Zdrowia.

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

<sup>5</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm. – dalej: rozporządzenie w sprawie AOS.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 870 ze zm. – dalej: rozporządzenie w sprawie LSZ.

<sup>7</sup> Warunki realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego skontrolowano w Poradni Chirurgii Ogólnej i w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 434 ze zm.)

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

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2019 – I kwartał 2023 Szpital posiadał zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>10</sup>. Umowy obejmowały świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego (dalej zw. LSZ), ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (dalej zw. AOS), programów zdrowotnych i lekowych.

Zgodnie ze Statutem<sup>11</sup>, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (zwany dalej: Szpitalem) jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcom prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym Szpital jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi. W Szpitalu hospitalizacja pacjentów potrzebujących całodobowej i całodziennej opieki medycznej realizowana była m.in. w zakresie: chirurgii i onkologii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej. W zakresie ambulatoryjnej opieki medycznej i profilaktyki, świadczenia realizowane były, m.in. w zakresie: chirurgii onkologicznej, onkologii i hematologii. Szpital realizował świadczenia diagnostyczne m.in. w zakresie: diagnostyki obrazowej (RTG, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i mammografii), medycyny nuklearnej. Badania pozytonowej tomografii emisyjnej PET wykonywane były poza Szpitalem w ramach umowy z Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.<sup>12</sup>

W ramach Szpitala funkcjonowały m.in. następujące komórki organizacyjne o działalności medycznej:

- 1) Zakład Medycyny Nuklearnej w ramach którego działały pracownie (ul. Czechosłowacka):
  - a) Diagnostyki Radioizotopowej,
  - b) Ultrasonografii,
  - c) Mammografii,
  - d) Medycyny Nuklearnej,
  - e) Radiofarmacji,
  - f) Scyntografii w zakresie endokrynologii,
  - g) Terapii Radioizotopowej,
- 2) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (ul. Pomorska) w którym działały m.in. pracownie:
  - a) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne<sup>13</sup>,
  - b) Medyczne Laboratorium Onkologii i Hematologii Dziecięcej<sup>14</sup> (ul. Czechosłowacka),

<sup>9</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>10</sup> Dalej zwana umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

<sup>11</sup> Tj. stanowiący załącznik do Uchwały nr 20/2023 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 27 kwietnia 2023 r.

<sup>12</sup> Umowa nr 09/ŚM/2023

<sup>13</sup> W tym pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi

<sup>14</sup> W tym Pracownia badań MRD i Pracownia Immunopatologii i Genetyki

c) Medyczne Laboratorium Genetyczne<sup>15</sup> (ul. Pomorska),

W ramach Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. Marii Konopnickiej funkcjonował Szpital Kliniczny w tym:

- a) Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej w skład której wchodził Oddział Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej (Oddział X) oraz Blok Operacyjny.
- b) Klinika Pediatrii, Onkologii i Hematologii w skład której wchodziły Oddziały:
  - Pediatrii, Onkologii i Hematologii Dzieci Starszych (Oddział VI),
  - Pediatrii, Onkologii i Hematologii Dzieci Młodszych (Oddział VII),
  - Leczenia jednego dnia onkohematologii dziecięcej (Oddział XIX),
  - Pracownia Pediatryczna Opieki Paliatywnej
- c) Zespół ambulatoriów w tym Poradnie specjalistyczne, m.in.:
  - onkologiczna,
  - chirurgii onkologicznej.

W Centrum Kliniczno – Dydaktycznym (dalej: CKD) w ramach Uniwersyteckiego Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu im. dr. Z. Radlińskiego działała Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, a w jej ramach Pododdział Onkologii Klinicznej. W ramach CKD działała również poradnia specjalistyczna Chirurgii Onkologicznej.

(akta kontroli, str.: 7-39)

W Szpitalu obowiązywał Regulamin Organizacyjny<sup>16</sup> pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala, który określał sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz organizacji i zakresu zadań dla poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala.

(akta kontroli, str.: 40-107)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie występowały przerwy w udzielaniu świadczeń.

(akta kontroli, str.: 345)

Spełnienie przez Szpital wymagań określonych w § 6a ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie AOS oraz § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a oraz § 4a ust. 1 pkt 3-5 rozporządzenia w sprawie LSZ zbadano odpowiednio dla Poradni Chirurgii Ogólnej oraz Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

Szpital posiadał procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego (§ 6a ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie AOS) oraz zapewniał dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych (§ 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie AOS).

Poradnia Chirurgii Ogólnej wyposażona była w sprzęt wymagany rozporządzeniem w sprawie AOS oraz wykazany w załączniku do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych AOS. W Poradni świadczenia udzielane były przez lekarzy o odpowiedniej specjalizacji, wykazanych w Portalu Potencjału.

Szpital posiadał procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (§ 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie LSZ), spełniał też pozostałe warunki określone w § 4a ust. 1 pkt 3-5 ww. rozporządzenia.

<sup>15</sup> W tym Pracownia Immunologii Transplantacyjnej i Pracownia Onkologii Molekularnej

<sup>16</sup> Tj. wprowadzony Zarządzeniem nr 87/2022 Dyrektora Szpitala z dnia 13.07.2022 r.

W Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej zapewniono sprzęt wymagany rozporządzeniem w sprawie LSZ i część sprzętu wykazanego w umowie o udzielanie świadczeń LSZ. Świadczenia w Klinice udzielane były przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje. Świadczenia pielęgnacyjne zostały zabezpieczone przez wskazaną w Portalu Potencjału liczbę pielęgniarek a liczbą etatów pielęgniarek odpowiadała wymogom określonym w pkt 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie LSZ.

(akta kontroli str.: 109-344; 1403-1405)

Analiza 49 paszportów technicznych sprzętu znajdującego się na wyposażeniu Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Poradni Chirurgii Ogólnej wykazała, że przegląd techniczny tych urządzeń były wykonywane zgodnie z wymaganymi terminami.

(akta kontroli str.: 124-246)

Szpital realizował program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w zakresie badania mammografii. Dane dotyczące realizacji tego programu są gromadzone w aplikacji SIMP i za jej pośrednictwem informacje są przekazywane do NFZ. W ramach realizacji tego programu Szpital co roku przekazuje do NFZ oświadczenia dotyczące spełniania warunków zawierania umów, co jest następnie weryfikowane przez NFZ. W powyższym zakresie spełnione były wymagania określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych<sup>17</sup> (lp. 3 i 8<sup>18</sup>) oraz w § 4 ust. 1a pkt 1-2 i pkt 1-3 załącznika 3a do rozporządzenia w sprawie LSZ.

Szpital nie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie KON – Pierś oraz KON - JG<sup>19</sup>.

(akta kontroli, str.: 108; 1287-1308; 1406-1407)

2. W szpitalu opracowane zostały procedury dotyczące farmakoterapii w tym:

- a) odbioru leków cytotoksycznych wykonywanych w dawkach indywidualnych dla Pacjentów Onkologicznych przez zleceniodawców innych lokalizacji Centralnego Szpitala Klinicznego oraz Zleceniodawców Komercyjnych.<sup>20</sup>
- b) zlecenia i wykonywania leku cytotoksycznego w Pracowni Leku cytotoksycznego Apteki Szpitalnej CSK UM w Łodzi dla Klinik/Oddziałów CSK UM w Łodzi/ Zleceniodawców komercyjnych.<sup>21</sup>

(akta kontroli, str.: 346-390)

Paszport techniczny<sup>22</sup> komory laminarnej zlokalizowanej w aptece nr 1 CSK UM w Łodzi zawierał wpisy potwierdzające wykonanie przeglądów walidacyjnych. Przeglądy były wykonywane w przewidzianych terminach. Wymieniane<sup>23</sup> filtry HEPA posiadały paszporty techniczne potwierdzające, że ich skuteczność całkowita i minimalna mieści się w zakładanych normach. Szpital miał zawartą umowę na dostawę specjalistycznego sprzętu medycznego, specjalistycznego sprzętu jednorazowego użytku do przygotowania leków cytostatycznych na potrzeby Kliniki Onkologii oraz sprzętu jednorazowego na potrzeby Klinik dla CSK UM w Łodzi<sup>24</sup>. Szpital miał również zawartą umowę<sup>25</sup> z firmą zewnętrzną na wykonywanie przeglądów i konserwacji urządzeń klimatyzacyjnych oraz central wentylacyjnych.

<sup>17</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 916.

<sup>18</sup> Program profilaktyki raka piersi oraz Program badań przesiewowych raka jelita grubego.

<sup>19</sup> Kompleksowa Opieka Onkologiczna raka piersi oraz raka jelita grubego.

<sup>20</sup> Procedura FA19-3 wydana w dniu 14.03.2023 r.

<sup>21</sup> Procedura FA19-2 wydana w dniu 11.05.2023 r.

<sup>22</sup> Nr 5638/16

<sup>23</sup> Wymiany obejmowały cztery zamontowane filtry HEPA przy produkcji leku jałowego, w pracowni leku cytotoksycznego, pracowni leku cytotoksycznego. Ostatnia data wymiany filtrów 11.04.2023 r.

<sup>24</sup> Umowa z dnia 15.05.2023 r. nr ZP/05/02/2023 zawarta na czas określony do dnia 15.05.2025 r.

<sup>25</sup> Umowa z dnia 15 listopada 2021 r. nr ZP/64/2021 zawarta na czas oznaczony 24 miesięcy.

W aptece szpitala Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. Konopnickiej przy ul. Spornej (UCP) przeprowadzone zostały badania jałowości powietrza metodą sedymentacyjną, które nie wykazały przekroczeń założonych norm. Wykonane w Aptecie – Pracowni Leku Cytostatycznego badania środowiskowe miały wynik ujemny. Wykonane w Aptecie Szpitalnej przez Instytut Medycyny Pracy – Zakład Monitoringu Biologicznego i Środowiska pomiary cytostatyków nie wykazały przekroczeń wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń<sup>26</sup>.

Wlewy leków cytotoksycznych były wykonywane przez farmaceutów zatrudnionych w Aptecie Szpitalnej UCP w Łodzi. Do produkcji wlewów cytotoksycznych w dawkach indywidualnych oraz podaży ww. produktów w Klinikach Onkologii CSK UM w Łodzi wykorzystywany był sprzęt jednorazowego użytku stanowiący integralną część bezpiecznej linii naczyniowej<sup>27</sup>. Na terenie Szpitala obowiązywały procedury zatwierdzone przez Dyрекcję Szpitala oraz Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Łodzi, które obowiązywały wszystkich pracowników medycznych i niemedycznych mających kontakt z substancjami cytotoksycznymi. Procedury dotyczyły pozyskiwania, przechowywania, wykonywania, transportu leków cytotoksycznych oraz ich utylizacji. We wszystkich miejscach w Szpitalu gdzie istniała możliwość kontaktu z substancjami cytotoksycznymi znajdował się zestaw naprawczy wraz z instrukcją, jak należy postępować w przypadku rozszczelnienia się opakowania leku.

W Aptecie Szpitalnej mieszczącej się w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii w Łodzi, działała Pracownia Leku Cytotoksycznego, która składała się z pomieszczenia administracyjnego, magazynu leku, śluzy przygotowawczej oraz pomieszczenia produkcyjnego wyposażonego w łożę z laminarnym nawiewem powietrza i systemem wentylacji z ośmiokrotną wymianą powietrza na godzinę. Raz w tygodniu farmaceuci zatrudnieni w Aptecie kontrolowali czystość mikrobiologiczną powietrza w bossie jak i pod łożą za pomocą płytek Petriego. Raz w roku wykonywany był pomiar ilości cząstek substancji rakotwórczych przez jednostkę niezależną od Szpitala, tj. Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. Kontrolowany był również poziom cytotoksyków w moczu pracowników mających bezpośredni kontakt z substancjami rakotwórczymi.

(kata kontroli, str.: 391-464; 1408-1411)

3. Zarządzeniem<sup>28</sup> Dyrektora Szpitala powołany został Zespół Leczenia Żywnościowego działający na rzecz Klinik Psychiatrycznych oraz Klinik CKD oraz Zespół Leczenia Żywnościowego w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. Marii Konopnickiej<sup>29</sup>. Z dniem 1 maja 2023 r. powołany został Dział Żywności obejmujący wszystkie jednostki Centralnego Szpitala Klinicznego. Celem Zespołu miała być poprawa jakości leczenia żywieniowego i uzyskanie przez Szpital certyfikatu „Szpital Dobrej Praktyki Żywności Klinicznego – Leczenie przez żywienie”.

W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudniał dwóch dietetyków w CKD oraz ośmiu Dietetyków w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii.

Szpital zawarł w dniu 9 listopada 2021 r. umowę<sup>30</sup> z firmą zewnętrzną w zakresie przygotowywania całodziennych posiłków dla pacjentów z uwzględnieniem zaleceń dietetycznych oraz ich dostarczaniem do poszczególnych oddziałów Szpitala.

Szpital zawarł również w dniu 27 stycznia 2020 r. umowę z firmą zewnętrzną, której przedmiotem było:

<sup>26</sup> Sprawozdanie z dnia 14 kwietnia 2021 r.

<sup>27</sup> Dotyczy części farmaceutycznej do produkcji jak i części pielęgniarskiej do podaży leków w Klinikach.

<sup>28</sup> Zarządzenie nr 14/2022 z dnia 2 lutego 2022 r.

<sup>29</sup> Zarządzenie nr 120/2022 z dnia 26.09.2022 r.

<sup>30</sup> Umowa nr ZP/79/2020



- a) przygotowywanie z produktów własnych posiłków i wydawanie ich w wyznaczonych miejscach Szpitala;
- b) prowadzenie stołówki szpitalnej;
- c) zagospodarowanie odpadów kuchennych.

Umowa została zawarta na czas określony 36 miesięcy od dnia 3 lutego 2021 r. do dnia 3 lutego 2024 r. W celu realizacji przedmiotowej umowy gastronomicznej Strony zawarły również umowę dzierżawy pomieszczeń użytkowych Szpitala.

W Szpitalu zostały opracowane i wdrożone procedury dotyczące odżywiania:

- a) procedura obejmująca stosowanie diety<sup>31</sup>. Procedura określa poszczególne rodzaje diet, w tym ich zastosowanie, charakterystykę oraz uwagi technologiczne. Procedura stanowiła, że wskazania do stosowania diet ustala lekarz prowadzący pacjenta, po dokonaniu wstępnej oceny ryzyka związanego ze stanem zdrowia NNRS 2002, ocenie aktualnego stanu odżywienia, chorób współistniejących oraz preferencji pacjenta. Informacja o zastosowanej diecie powinna zostać odnotowana w historii pacjenta oraz karcie zaleceń pacjenta. Lekarz prowadzący ma możliwość zlecenia konsultacji dietetycznej u Dietetyka Szpitalnego. Również pacjent indywidualnie ma zagwarantowaną konsultację u Dietetyka. Dla poszczególnych rodzajów diety opracowane zostały tabele produktów do zastosowania z podziałem na produkty i potrawy zalecane i przeciwwskazane.
- b) Procedura dotycząca terapii żywieniowej w CSK IS<sup>32</sup>. Procedura określała zasady zapewnienia pacjentom szpitala terapii żywieniowej właściwej do ich stanu zdrowia w tym ocenę potrzeb żywieniowych i zasady kwalifikacji do interwencji żywieniowej.
- c) Procedura dot. przygotowywania posiłków zgodnie z zasadami higieny i bezpieczeństwa<sup>33</sup>. Procedura określa etapy planowania procesu przygotowywania posiłków przez zewnętrzną firmę wyłonioną w przetargu. Planowanie zamówienia posiłków miało odbywać się w oparciu o informacje uzyskane od pielęgniarek Oddziałowych lub wyznaczonych osób w formie „*karty zgłoszenia stanu żywionych pacjentów w klinice*”.
- d) Procedura dot. dystrybuowania i podawania posiłków w sposób bezpieczny i higieniczny<sup>34</sup>. Procedura określała m.in. zasady realizacji i transportu posiłków do Szpitala oraz zasady kontroli wydawania posiłków w Oddziałach/klinikach Szpitala.
- e) Procedura dot. przechowywania żywności pacjentów<sup>35</sup> określała zasady przechowywania własnych produktów żywnościowych pacjentów w tym w lodówkach Szpitala.
- f) Procedura dot. przekazywania pacjentom informacji na temat żywienia w okresie poszpitalnym<sup>36</sup>. Określała zakres informacji jakie pacjent miał otrzymywać przy wypisie ze Szpitala dot. zaleceń w zakresie szczególnego postępowania dietetycznego ze względu na współwystępujące choroby somatyczne.

W szpitalu opracowano i wdrożono „*Instrukcję żywienia zbiorowego*”<sup>37</sup>, której celem było określenie zasad działań przeprowadzanych przez wszystkich pracowników realizujących i nadzorujących proces żywienia zbiorowego. Procedura dotyczyła pracowników Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej. Dla tego Szpitala opracowane i wdrożone zostały również:

<sup>31</sup> Procedura OD 1.1 – edycja 05, data wydania 23.11.2022 r.

<sup>32</sup> Procedura OD 1 – edycja 02, data wydania 29.11.2021 r.

<sup>33</sup> Procedura OD 2 – edycja 04, data wydania 15.07.2021 r.

<sup>34</sup> Procedura OD 3- edycja 03, data wydania 20.01.2020 r.

<sup>35</sup> Procedura OD 4 – edycja 02, data wydania 15.07.2021 r.

<sup>36</sup> Procedura OD 5 – edycja 06, data wydania 23.11.2022 r.

<sup>37</sup> Instrukcja I-310-003 – edycja 03, data wydania 25.10.2019 r.



- a) Procedura żywienia dojelitowego wraz z algorytmami postępowania<sup>38</sup>,
- b) Procedura dot. stosowania diet<sup>39</sup>.

(akta kontroli, str.: 465-493; 557-752)

Badanie grupy 30 pacjentów hospitalizowanych w I kwartale 2023 r. na oddziałach szpitalnych (Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddziale Pediatrii, Onkologii i Hematologii Dzieci Starszych oraz Oddziale Pediatrii, Onkologii i Hematologii Dzieci Młodszych) wykazało, że wszyscy pacjenci poddani zostali przesiewowej ocenie stanu odżywiania. W 26 przypadkach zastosowana była dieta lekkostrawna, w trzech przypadkach płynna a w jednym wątrobowa. W próbie nie było pacjenta, który zostałby zakwalifikowany do grupy ryzyka wystąpienia niedożywienia.

W I kwartale 2023 r. w Oddziale Pediatrii, Onkologii i Hematologii Dzieci Starszych oraz Oddziale Pediatrii, Onkologii i Hematologii Dzieci Młodszych zastosowano 9 rodzajów diet w tym: wątrobową (6 razy); lekkostrawna (45 razy), ogólna (1.503 razy); płynna (3 razy); lekkostrawna bez cukru (1 raz); lekkostrawna bez mleka (4 razy); cukrzycowa (22 razy); płynna bez mleka (12 razy) i wegetariańska (2 razy). W klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej zastosowano 5 rodzajów diet w tym: ogólną 187 razy, lekkostrawną 549 razy, cukrzycową 286 razy , płynną 227 razy i suchą 2 razy.

(akta kontroli str.:494-556; 1022-1028; 1390)

4. W Szpitalu funkcjonowało Medyczne Laboratorium Genetyczne<sup>40</sup>, utworzone zostało również Medyczne Laboratorium Diagnostyczne – Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej<sup>41</sup>; Pracownia Diagnostyki Toksykologicznej<sup>42</sup> i Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne<sup>43</sup>. Pracownia i Zakład były wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego w tym realizacja badań patomorfologicznych były wykonywane w Zakładzie Patomorfologii w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii. Szpital zawarł również umowę z podmiotem zewnętrznym na udzielanie świadczeń z tego zakresu<sup>44</sup>. Badania genetyczne wykonywane były w Pracowni Immunopatologii i Genetyki oraz w Medycznym Laboratorium Onkologii i Hematologii Dziecięcej „OncoLab” im. WOŚP<sup>45</sup>.

(akta kontroli str.: 829-975; 1282-1286)

W latach 2019 – I kwartał 2023 r., we własnym zakresie Szpital realizował następujące badania:

od 1 czerwca 2020 r.

- a) histopatologiczne (1 bloczek), gdzie średni koszt badania wynosił 31 zł,
  - b) histopatologiczne śródoperacyjne, gdzie średni koszt badania wynosił 84 zł,
  - c) histopatologiczne do autopsji, gdzie średni koszt badania wynosił 40 zł (plus VAT),
  - d) histopatologiczne wycinka z mięśnia, gdzie średni koszt badania wynosił 200 zł,
- od 1 października 2020 r. :

<sup>38</sup> Procedura OD 1 – edycja 1, data wydania 30.05.2018 r.

<sup>39</sup> Procedura OD 5 – edycja 1, data wydania 30.05.2016 r.

<sup>40</sup> Realizujące świadczenia m.in. z zakresów molekularnej diagnostyki mikrobiologicznej, zmian genetycznych konstytucyjnych i nabytych człowieka, typowania tkankowego

<sup>41</sup> Realizujące świadczenia m.in. w zakresie hematologii, chemii klinicznej, analityki ogólnej,

<sup>42</sup> Realizujące świadczenia m.in. w zakresie toksykologii

<sup>43</sup> Realizujące świadczenia m.in. w zakresie bakteriologii, wirusologii i mykologii.

<sup>44</sup> Umowa z SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Barlickiego UM w Łodzi (okres obowiązywania 01.01.2018-31.06.2020). Uchwałą Senatu UM w Łodzi z dnia 26.03.2020 r. (nr 369/2020) Zakład Patomorfologii został włączony w struktury Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi.

<sup>45</sup> Od dnia 8 listopada 2022 r.

- a) histopatologiczne rutynowego materiału (1 blok/preparat), gdzie średni koszt badania wynosił 40 zł,
  - b) histopatologiczne trepanobiopsji (1 biopiat), gdzie średni koszt badania wynosił 150 zł (bez immunohistochemii),
  - c) histopatologiczne do autopsji, gdzie średni koszt badania wynosił 40 zł (plus VAT),
  - d) histopatologiczne wycinka z mięśnia, gdzie średni koszt badania wynosił 200 zł.
- od 1 stycznia 2023 r.:
- a) histopatologiczne rutynowego materiału (1 blok/preparat), gdzie średni koszt badania wynosił 48 zł,
  - b) histopatologiczne trepanobiopsji (1 biopiat), gdzie średni koszt badania wynosił 200 zł (bez immunohistochemii),
  - c) histopatologiczne do autopsji, gdzie średni koszt badania wynosił 47,97 (plus VAT),
  - d) histopatologiczne wycinka z mięśnia, gdzie średni koszt badania wynosił 550 zł.
- Podmiotowi zewnętrznemu były zlecane następujące badania:
- a) preparat histopatologiczny jednego wycinka tkankowego – średni koszt badania wynosił 26 zł,
  - b) badanie histopatologiczne jednego wycinka narządu podczas sekcji zwłok – średni koszt badania wynosił 31,98 zł (plus 22 VAT),
  - c) badanie śródoperacyjne za jeden blok mrożony – średni koszt badania wynosił 70 zł.

(akta kontroli str.: 977-978 )

Liczba badań patomorfologicznych oraz badań genetycznych wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala (przez Szpital i podmiot zewnętrzny) w latach 2019 – I kwartał 2023 wyniosła odpowiednio:

- a) badanie histopatologiczne (łącznie z cytoblok<sup>46</sup>) – 1.937; 1358; 1.788; 1.846 i 501 z czego na rzecz pacjentów onkologicznych 430; 540; 770; 611 i 205;
- b) badanie immunohistochemiczne – 993; 649; 591; 895 i 198 z czego na rzecz pacjentów onkologicznych 592; 364; 559; 599 i 145;
- c) konsultacja patomorfologiczna<sup>47</sup> – 53; 61; 106; 97 i 25 z czego na rzecz pacjentów onkologicznych 48; 39; 94; 78 i 18;
- d) badania cytologiczne<sup>48</sup> – 161; 174; 182; 230 i 18w tym na rzecz pacjentów onkologicznych 115; 153; 142; 185 i 9;
- e) Badania cytogenetyczne – hematologia w tym:
  - FISH: 10 w 2019; 5 w 2020 i 4 w 2021 r.
  - Kariotyp: odpowiednio: 737; 537; 472; 603 i 188;
- f) Badania metodami biologii molekularnej (PCR)<sup>49</sup> – 9.746; 5.929; 4.991; 5.964 i 431 w tym na rzecz pacjentów onkologicznych: 126; 146; 138; 168 i 68;
- g) Sekwencjonowanie następnej generacji (NGS) – 426; 756; 1.103; 1.436 i 535 w tym na rzecz pacjentów onkologicznych: 16; 63; 43; 57 i 18.

(akta kontroli str.: 979-980)

<sup>46</sup> Rzeczywista liczba użytych blozków parafinowych.

<sup>47</sup> W tym badania immunohistochemiczne odpowiednio: 291; 285; 322; 526 i 155 z czego dla pacjentów onkologicznych 266; 258; 282; 430 i 135

<sup>48</sup> W tym cytologia ginekologiczna – 46; 21; 40; 45 i 9 i cytologia nieginekologiczna – 115; 153; 142; 185 i 9

<sup>49</sup> Z wyłączeniem SARS-CoV-2.

5. W Szpitalu zostały opracowane medyczne procedury radiologiczne, o których mowa w art. 33f ustawy prawo atomowe<sup>50</sup>. Opracowane procedury z zakresu rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej zawierały wymagane elementy, w tym:

- 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,
- 3) inne istotne informacje o sposobie wykonania badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia;

Szpital nie został wyznaczony przez Komisję ds. Audytów i Procedur do audytu klinicznego zewnętrznego.

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą zrealizowane były audyty kliniczne wewnętrzne<sup>51</sup>. Ostatni audyt został przeprowadzony w dniu 28 grudnia 2022 r. i obejmował okres od 1 stycznia 2022 r. do 28 grudnia 2022 r. W ramach audytu potwierdzono m.in., że:

- 1) Analiza realizacji zdjęć jest wykonywana raz na kwartał (sprawozdania z pierwszego i drugiego kwartału – dokumentacja była opracowywana przez wyznaczonego technika oraz zatwierdzana przez Inspektora Ochrony Radiologicznej oraz Kierownika Zakładu).
  - 2) Osoba wykonująca ekspozycje jest uprawniona do ich wykonywania, posiada aktualne badania lekarskie i posiada ważne uprawnienia ORP<sup>52</sup>.
  - 3) Testy eksploatacyjne aparatu rtg oraz tomografu komputerowego były wykonywane raz na miesiąc. Sprawozdania z wykonanych testów wskazały wynik pozytywny.
  - 4) Testy specjalistyczne realizowane były raz do roku przez firmy posiadające akredytację w tym zakresie. Przeprowadzone testy wskazały wynik pozytywny.
- Przeprowadzony ostatni audyt kliniczny wewnętrzny został przeprowadzony zgodnie z zasadami określonymi w art. 33v ustawy Prawo atomowe.

W okresie objętym kontrolą Państwowa Wojewódzka Inspekcja Sanitarna nie przeprowadzała kontroli w zakresie oceny stanu technicznego urządzeń radiologicznych używanych do diagnostyki i terapii oraz ochrony radiologicznej pacjentów i personelu medycznego.

(akta kontroli str.: 756-803)

6. Szpital dokonywał zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów za pośrednictwem aplikacji „Rejestr KRN”. Żadna ze zgłoszonych kart nie posiadała statusu „szkic” lub „do korekty”.

W latach 2019-2022 (I-kwartał) Szpital wypełnił odpowiednio:

- dziewięć kart w 2019 r. (w tym 9 kart ze statusem zaakceptowana i z pozytywnym badaniem histopatologicznym. Sześć kart ze stopniem zaawansowania Rewizja 7, jedną ze stopniem zaawansowania AnnArbor II i dwie bez oznaczenia stopnia zaawansowania.),
- siedemnaście kart w 2020 r. (w tym siedemnaście kart ze statusem zaakceptowana i z pozytywnym badaniem histopatologicznym. Czternaście kart ze stopniem zaawansowania Rewizja 7, jedną ze stopniem zaawansowania AnnArbor II i dwie bez oznaczenia stopnia zaawansowania.),

<sup>50</sup> Dz. U. z 2023 r., poz. 1173 dalej: ustawa Prawo atomowe

<sup>51</sup> Zgodnie z art. 33u ust. 1 pkt 1 oraz 33v ustawy Prawo atomowe (Dz. U. z 2019 r., poz. 1792)

<sup>52</sup> Ochrona Radiologiczna Pacjenta.

- dziewiętnaście kart w 2021 r. (wszystkie dziewiętnaście kart ze statusem zaakceptowana). Osiemnaście kart z pozytywnym badaniem histopatologicznym a jedna karta z informacją o braku pobrania badania histopatologicznego. (W tym jedna karta ze stopniem zaawansowania rewizja 8, jedenaście kart ze stopniem zaawansowania Rewizja 7, jedną kartę ze stopniem zaawansowania AnnArbor III, dwie ze stopniem zaawansowania AnnArbor IV i cztery bez oznaczenia stopnia zaawansowania.),
- dwadzieścia dziewięć kart w 2022 r. (w tym dwadzieścia dwie karty ze statusem zaakceptowana i siedem ze statusem do weryfikacji). Wszystkie dwadzieścia dziewięć kart z pozytywnym badaniem histopatologicznym (w tym dwadzieścia jeden kart ze stopniem zaawansowania Rewizja 8 i trzy karty ze stopniem zaawansowania Rewizja 7, jedną ze stopniem zaawansowania AnnArbor II i jedna ze stopniem zaawansowania AnnArbor IV oraz trzy bez oznaczenia stopnia zaawansowania.),
- jedenaście kart w I kwartale 2023 r. (w tym dziewięć kart ze statusem zaakceptowana i dwie ze statusem do weryfikacji). Wszystkie karty z pozytywnym badaniem histopatologicznym (w tym sześć kart ze stopniem zaawansowania Rewizja 8, dwie ze stopniem zaawansowania AnnArbor IV oraz trzy bez oznaczenia stopnia zaawansowania.).

W tym samym okresie w Szpitalu wystawiono<sup>53</sup> karty DiLO: 94 w 2019 r., 87 – w 2020 r., 133 – w 2021 r., 175 – w 2022 r. i 56 – I kwartał 2023 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „różnica pomiędzy liczbą wystawionych przez Szpital kart DiLO a liczbą zgłoszonych kart do Rejestru KRN może być spowodowana wystawieniem ww. Karty a następnie „przekazania” pacjenta do dalszej diagnostyki i leczenia w innym Ośrodku wiodącym. Po potwierdzeniu rozpoznania nowotwory zgłoszenia dokonuje tamta jednostka.”

(akta kontroli str.: 804-809; 825-826; 1538)

Weryfikacja 20 Kart<sup>54</sup> zgłoszenia nowotworu złośliwego (formularz MZ/N-1a) wystawionych przez personel medyczny Szpitala wykazała, że w Kartach:

we wszystkich przypadkach wskazane były rozpoznania histopatologiczne (poz. 26 Karty) oraz kody histopatologiczne (poz. 27 Karty). W zależności od diagnozy wskazane były kody zaawansowania TNM (8 rewizja) (poz. 32 Karty), stadia zaawansowania (poz. 35 Karty), stopnie zaawansowania (poz. 34 Karty) jak również w żadnym przypadku nie wskazano innej klasyfikacji zaawansowania (poz. 33 Karty).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „(...) braki w objętych kontrolą kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego do Rejestru Nowotworów były spowodowane, tym iż w dniu zgłoszenia nie posiadaliśmy kompletu wszystkich wyników badań (badań molekularnych, badań obrazowych bądź badań histopatologicznych) oraz pełnej dokumentacji medycznej, nieprzekazanej przez ośrodki pierwotnie leczące pacjentów.”

(akta kontroli, st.: 1029-1033; 1389)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

<sup>53</sup> Dane z aplikacji AP-DiLO dla kart wydanych przez działające w jednostce POZ i AOS oraz w ramach hospitalizacji.

<sup>54</sup> Kontrola przeprowadzona na próbie 20 ostatnich Kart przesłanych przez Szpital do Krajowego Rejestru Nowotworów



Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania Szpitala na rzecz zapewnienia warunków do realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznego programu zdrowotnego oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W Poradni Chirurgii Ogólnej i w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej zapewniono warunki do udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego, określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie AOS i LSZ. Szpital spełniał również wymagania w zakresie programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy. W Szpitalu obowiązywały szczegółowe medyczne procedury radiologiczne oraz przeprowadzano audyty kliniczne wewnętrzne ich stosowania. Zachowane były warunki bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych. Pacjentom z rozpoznaniem nowotworu zapewniono badania patomorfologiczne i genetyczne, wykonywane w Szpitalu, bądź przez wykonawców zewnętrznych. Zapewniono żywienie adekwatne do potrzeb pacjentów onkologicznych. Diagnozując nowe rozpoznania i podejrzenia nowotworów złośliwych, personel medyczny Szpitala rzetelnie wypełniał Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

## OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Wysokość świadczeń zakontraktowanych i zrealizowanych w ramach poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i leczeniu onkologicznym w okresie 2019 – I kwartał 2023 wynosiła:

| Rok            | świadczenia zakontraktowane | świadczenie sprawozdane |
|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| 2019           | 8.539,5 tys. zł             | 8.310,4 tys. zł         |
| 2020           | 8.080,7 tys. zł             | 7.690,6 tys. zł         |
| 2021           | 9.109,9 tys. zł             | 8.872,1 tys. zł         |
| 2022           | 11.392,8 tys. zł            | 11.458,9 tys. zł        |
| I kwartał 2023 | 3.436,6 tys. z              | 3.581,5 tys. zł         |

Liczba świadczeń jednostkowych w poszczególnych latach wyniosła: w 2019 r. – 6.086, w 2020 r. – 4.935, w 2021 r. – 5.655, w 2022 r. – 5.569 i w I kwartale 2023 r. – 1.088.

Niewykonanie zakontraktowanych świadczeń w wartościach powyżej 100 tys. zł wystąpiło w: jednym zakresie tj. onkologii i hematologii dziecięcej – diagnostyka onkologiczna – poza pakietem onkologicznym. Wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła odpowiednio 116.067,33 zł w 2019 r.; 164.475 zł w 2020 r.; 144.669,15 zł w 2021 r. i 151.063,22 zł w 2022 r. Tzw. nadwykonania, o wartości powyżej 100 tys. zł, wystąpiły w jednym zakresie, tj. onkologia i hematologia dziecięca – hospitalizacja- świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem onkologicznym. Nadwykonanie zakontraktowanych świadczeń wyniosła odpowiednio 431,5 tys. zł w 2022 r. i 221,1 tys. zł w I kw. 2023 r.

(akta kontroli str.: 983-984)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „(...) w związku z pandemią COVID-19 (ogłoszoną 20.03.2020 r.) zmieniły się zasady rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, Zapłata za świadczenia odbywała się na zasadzie zaliczkowej – na poczet świadczeń które miały być wykonane w późniejszych okresach. Wszystkie nadwykonania zostały rozliczone i zapłacone na podstawie planów spłat.” Jednocześnie w sprawie niewykonania zaplanowanych świadczeń Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „(...) świadczenia we wszystkich zakresach dotyczących diagnostyki

onkologicznej – poza pakietem onkologicznym mogą być realizowane a co za tym idzie rozliczane tylko na podstawie z góry narzuconych rozpoznań (...). Kwalifikacja każdego pacjenta odbywa się indywidualnie i nie jesteśmy w stanie zaplanować, czy w danym roku zgłosi się taka ilość pacjentów aby zrealizować założony przez nas plan finansowy”.

(akta kontroli str.: 1119-1129)

W latach 2019 – I kwartał 2023 w Szpitalu, w ramach AOS i LSZ, udzielono świadczeń w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego następującej liczbie pacjentów, odpowiednio: 2.552, 1.494, 1.702, 1.390 i 348. W tym samym okresie w Szpitalu wystawiono<sup>55</sup> karty DiLO: 94 w 2019 r., 87 – w 2020 r., 133 – w 2021 r., 175 – w 2022 r. i 56 – I kwartał 2023 r.

(akta kontroli str.: 825-826; 984)

2. Na 32 jednostki organizacyjne Szpitala<sup>56</sup>, w których udzielane były świadczenia z zakresu onkologii w marcu w latach 2019 – 2023, średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wydłużył się w dziewiętnastu jednostkach, tj.: w Poradni Nefrologicznej z 84 dni w 2020 r. do 112 w 2021 r., z 94 dni w 2022 r. do 111 w 2023 r., w Poradni Nefrologicznej (II) ze 105 dni w 2019 r. do 121 dni w 2020 r., oraz z 69 dni w 2021 r. do 86 dni w 2022 r. i 93 w 2023 r. w Poradni Pulmonologicznej z 15 dni w 2022 r. do 25 dni w 2023 r.; w Poradni pulmonologicznej dla dzieci z 22 dni w 2019 r. do 41 dni w 2020 r. oraz z 15 dni w 2021 r. do 69 dni w 2022 r. i 99 dni w 2023 r. w Poradni gastroenterologicznej ze 100 dni w 2022 r. do 128 w 2023 r. w Poradni gastroenterologicznej (II) ze 100 dni w 2019 r. do 116 w 2020 r. oraz z 84 dni w 2022 r. do 91 dni w 2023 r. w Poradni endokrynologicznej ze 120 dni w 2020 r. do 189 dni w 2021 r. i 336 dni w 2022 r. w Poradni endokrynologicznej (II) ze 155 dni w 2019 r. do 156 dni w 2020 r. oraz z 67 dni w 2021 r. do 83 dni w 2022 r. i 111 w 2023 r. w Poradni chirurgii ogólnej z 12 dni w 2020 r. do 22 dni 2 2021 r. oraz z 8 dni w 2022 r. do 12 dni w 2023 r. w Poradni chirurgicznej z 11 dni w 2021 r. do 12 w 2022 r. i 13 w 2023 r. w Poradni urologicznej z 26 dni w 2021 r. do 74 w 2022 r. i 75 w 2023 r. w Poradni onkologicznej z 24 dni w 2021 r. do 25 w 2022 r. i 30 dni w 2023 r. w Poradni hematologicznej z 47 dni w 2021 r. do 51 dni w 2022 r. i 79 dni w 2023 r. w Poradni gastroenterologicznej z 35 dni w 2022 r. do 76 w 2023 r. w Oddziale Gastroenterologii, Żywienia klinicznego, Pediatrii i Alergologii z 43 dni w 2019 r. do 49 dni w 2020 r. oraz z 32 dni w 2021 r. do 71 dni w 2022 r. i 102 dni w 2023 r. w Pododdziale endokrynologicznym z 48 dni w 2019 r. do 60 dni w 2020 r. oraz z 30 dni w 2021 r. do 64 dni w 2022 r. w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z 32 dni w 2021 r. do 57 dni w 2022 r. i 194 dni w 2023 r. w Poradni Ginekologiczno-Położniczej z 19 dni w 2021 r. do 34 w 2022 r. i 35 w 2023 r. oraz w Poradni Ginekologiczno-Położniczej (II) z 5 dni w 2022 r. do 14 dni w 2023 r. W pozostałych przypadkach czas oczekiwania skrócił się.

Średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych wydłużył się w jedenastu jednostkach, tj.: w Poradni chirurgii onkologicznej z 10 dni 2021 r. do 17 dni w 2022 r. i 21 dni w 2023 r.; w Poradni Nefrologicznej z 40 dni w 2020 r. do 124 dni w 2021 r.; w Poradni Pulmonologicznej dla dzieci z 2 dni w 2021 r. do 16 w 2022 r. i 68 dni

<sup>55</sup> Dane z aplikacji AP-DiLO dla kart wydanych przez działające w jednostce POZ i AOS oraz w ramach hospitalizacji.

<sup>56</sup> Poradnia onkologiczna (I i II), Poradnia chirurgii onkologicznej, Poradnia nefrologiczna (I i II), Poradnia pulmonologiczna, Poradnia pulmonologiczna dla dzieci, Poradnia gastroenterologiczna (I i II), Poradnia endokrynologiczna (I i II), Poradnia chirurgii ogólnej, Poradnia chirurgiczna, Poradnia urologiczna, Poradnia hematologiczna, Poradnia medycyny nuklearnej, Pracownia diagnostyki radioizotopowej, Pracownia tomografii komputerowej, (I i II), Pracownia rezonansu magnetycznego (I i II), Pododdział onkologii klinicznej, Klinika nefrologii, hipertensjologii i transplantologii nerek, Klinika gastroenterologii, Oddział gastroenterologii, żywienia klinicznego, pediatrii i alergologii, Pododdział endokrynologiczny, Klinika chorób wewnętrznych diabetologii i farmakologii klinicznej, Oddział Pediatrii, onkologii i hematologii dzieci starszych, Pododdział medycyny nuklearnej, Oddział położniczo-ginekologiczny, Poradnia ginekologiczno- położnicza.

w 2023 r.; w Poradni Gastroenterologicznej (I) z 17 dni w 2021 r. do 32 dni w 2022 r. i 46 dni w 2023 r.; w Poradni Endokrynologicznej ze 101 dni w 2020 r. do 166 dni w 2021 r. i 230 dni w 2022 r.; w Poradni Endokrynologicznej (II) z 11 dni w 2019 r. do 20 dni w 2020 r. i z 21 dni w 2022 r. do 74 dni w 2023 r.; w Poradni Chirurgii Ogólnej z 3 dni w 2022 r. do 5 dni w 2023 r.; w Poradni chirurgicznej z 5 dni w 2021 r. do 8 dni w 2022 r.; w Poradni Urologicznej z 11 dni 2021 r. do 22 dni w 2022 r. i 54 dni w 2023 r.; w Poradni Hematologicznej z 4 dni w 2021 r. do 9 dni w 2022 r. i 37 dni w 2023 r. oraz w Poradni Gastroenterologicznej (II) z 11 dni w 2022 r. do 32 dni w 2023 r. W pozostałych przypadkach czas oczekiwania skrócił się.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „zwiększenie czasu oczekiwania w jednostkach objętych kontrolą było spowodowane ogłoszeniem stanu epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, a także przyływem nowych pacjentów z terenu Ukrainy, w związku z toczącymi się tam działaniami wojennymi.”

Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń z zakresów onkologii kształtowała się odpowiednio w marcu kolejnych lat 2019 – 2023: 2.154, 3.094, 4.266, 4.103 i 4.325.

(akta kontroli str.: 1384-1387; 1540)

W Szpitalu nie prowadzono kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć dla programów lekowych dotyczących leczenia pacjentów z nowotworami.

(co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Kolejki oczekujących były sprawozdawane za pośrednictwem udostępnionej przez NFZ aplikacji AP-Kolce oraz szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML. W Szpitalu obowiązywało Zarządzenie<sup>57</sup> Dyrektora w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego DiLO. Zarządzenie wprowadziło procedurę postępowania, zgodnie z którą pacjent zgłaszający się do Szpitala z kartą DiLO był kierowany do rejestracji Poradni Specjalistycznych celem diagnostyki lub rejestracji SOR celem diagnostyki i leczenia. Zgodnie z przyjętą procedurą od dnia wpisania na listę oczekujących w poradni do dnia udzielenia pierwszej porady nie może minąć 13 dni. Rozpoczęcie leczenia w szpitalu również powinno nastąpić nie później niż 13 dni od daty zgłoszenia się pacjenta do Szpitala.

(akta kontroli, str.: 814-824)

Badanie próby 60 pacjentów ujętych w listach kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć w lutym 2023 r. w trzech jednostkach organizacyjnych Szpitala<sup>58</sup> wykazało, że:

- harmonogramy przyjęć i kolejki oczekujących były prowadzone w formie elektronicznej,
- we wszystkich przypadkach wskazano: datę i godzinę wpisu, adres, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, nr PESEL, rozpoznanie, numer telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą oraz imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu,
- każdorazowo termin udzielenia świadczenia był wyznaczany w dniu wpisu do harmonogramu,
- w wszystkich przypadkach skreślenia z harmonogramu przyjęć wskazano datę i przyczynę skreślenia,

<sup>57</sup> Zarządzenie nr 51/2016 r. z dnia 13 kwietnia 2016 r.

<sup>58</sup> Po 20 pierwszych pacjentów z: Poradni Onkologicznej, Pracowni Kolonoskopii i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.



- e) wszyscy pacjenci zgłaszający się pierwszy raz wpisani zostali na listę oczekujących jako pierwszorazowi.

(akta kontroli str.: 1543-1589)

3. W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów objętych świadczeniami diagnostyki i leczenia onkologicznego z wystawioną kartą DiLO kształtowała się następująco:

W 2019 r.: jeden pacjent z kartą wystawioną przez POZ; ośmiu z kartami wystawionymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz osiemdziesięciu pięciu z wystawionymi kartami w ramach hospitalizacji;

W 2020 r. jedenastu pacjentów z kartami wystawionymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz siedemdziesięciu sześciu z wystawionymi kartami w ramach hospitalizacji;

W 2021 r.: jeden pacjent z kartą wystawioną przez POZ; trzynastu z kartami wystawionymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz stu dziewiętnastu z wystawionymi kartami w ramach hospitalizacji;

W 2022 r.: siedemnastu pacjentów z kartą wystawioną przez POZ; dwudziestu ośmiu z kartami wystawionymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz stu trzydziestu z wystawionymi kartami w ramach hospitalizacji;

W 2023 r. (I-kw.): sześciu pacjentów z kartą wystawioną przez POZ; trzydziestu pięciu z kartami wystawionymi w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz piętnastu z wystawionymi kartami w ramach hospitalizacji.

(akta kontroli, str.: 825-826)

W Szpitalu świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego były koordynowane zgodnie z zapisami rozporządzeń w sprawie AOS i LZS. Na podstawie ww. przepisów w Szpitalu obowiązywało Zarządzenie Dyrektora w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego DiLO. Plan leczenia oraz koordynację świadczenia ustalał powołany Zarządzeniem Dyrektora Szpitala<sup>59</sup> - Wielodyscyplinarne Zespoły Terapeutyczne dla Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. Marii Konopnickiej<sup>60</sup> i Centralnego Szpitala Klinicznego<sup>61</sup>.

(akta kontroli, str.: 1280-1281)

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala, w zakresie postępowania z pacjentem, któremu wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego<sup>62</sup> wykazała, że:

- a) wszyscy pacjenci podjęli leczenie nowotworu w Szpitalu,
- b) pacjenci, którym udzielane były świadczenia w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej nie byli wpisywani na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Świadczenia były udzielane pacjentom w dniu zgłoszenia do Szpitala;
- c) dla wszystkich pacjentów kontynuujących leczenie w Szpitalu powołany został wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, stosowanie do wymogów § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a tiret 2 rozporządzenia w sprawie LSZ,

<sup>59</sup> Zarządzenie nr 129A/2022 z dnia 5 października 2022 r.

<sup>60</sup> Zespół składający się z lekarzy specjalistów: Onkologii i hematologii dziecięcej; Radioterapii; Chirurgii dziecięcej oraz Radiologii i diagnostyki obrazowej

<sup>61</sup> Zespół składający się z lekarzy specjalistów: Chirurgii, Radioterapii, Onkologii klinicznej; Radiologii i diagnostyki obrazowej oraz Gastroenterologii.

<sup>62</sup> W tym 9 pacjentów, którym wystawiono kartę DiLO w POZ, 10 z wystawioną kartą przez AOS w Szpitalu i 17 z wystawioną kartą przez Szpital

- d) we wszystkich przypadkach wyznaczono koordynatora leczenia onkologicznego oraz ustalono planu leczenia,
- e) w dokumentacji medycznej pacjentów brak było wpisów świadczących o wykonywaniu zadań przez koordynatora.

W sprawie braku ww. wpisów Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „*brak stosownych wpisów z wykonanych działań przez koordynatora był spowodowany, iż wszystkie informacje dotyczące postępowania i dalszej opieki nad pacjentem z wystawioną kartą DiLO, są omawiane i przekazywane w bezpośredniej rozmowie pacjenta z lekarzem prowadzącym. W związku z powyższym zapisy dotyczące pracy koordynatora są jednocześnie opisami wykonanymi przez ww. lekarza*”

- f) w żadnym z badanych przypadków nie były udzielane świadczenia przez psychologa, jak i przez fizjoterapeutę,

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „*Udział fizjoterapeuty, psycholog lub psychoonkolog – CSK UM w Łodzi zapewnia opiekę fizjoterapeuty czy psychologa, każdorazowo pacjent z rozpoznaniem nowotworowym jest informowany o możliwości korzystania z takiego wsparcia. Pacjenci jednak rzadko korzystają z takiej możliwości w CSK UM w Łodzi z uwagi na fakt, że kończą swoje leczenie na etapie zabiegu. Z relacji pacjentów wynika, że po taki rodzaj wsparcia głównie sięgają w okresie chemio bądź radioterapii, która nie jest realizowana w CSK UM w Łodzi.*”

- g) w dokumentacji medycznej pacjentów odnotowywano udzielenie porad medycznych w ramach diagnostyki podstawowej, wstępnej i pogłębionej;
- h) u wszystkich pacjentów, którym Szpital udzielał świadczeń w ramach diagnostyki pogłębionej liczba dni pomiędzy zakończeniem diagnostyki wstępnej, a rozpoczęciem diagnostyki pogłębionej nie przekraczała 7 dni;
- i) dla wszystkich pacjentów, którym wystawiono karty DiLO w ramach diagnostyki wstępnej onkologicznej zakończenie rozpoznania nastąpiło w terminie nieprzekraczającym 28 dni;
- j) we wszystkich zbadanych przypadkach, w których Szpital udzielał świadczeń w ramach diagnostyki pogłębionej liczba dni pomiędzy pierwszą poradą specjalistyczną związaną z diagnostyką pogłębioną, a datą porady kończącej etap diagnostyki pogłębionej nie przekraczała 21 dni.

Z uwagi na nieujmowanie ww. pacjentów w harmonogramie przyjęć i w kolejkach osób oczekujących niemożliwe było sprawdzenie terminowości udzielenia świadczeń pierwszorazowych pacjentom z kartą DiLO, o których mowa w § 6a ust. 4 rozporządzenia w sprawie AOS oraz § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia w sprawie LSZ.

(akta kontroli str.: 1590-1592)

4. W okresie objętym kontrolą Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych, które mogły być realizowane w ramach działających profilaktycznych programów zdrowotnych takich jak *Program profilaktyki raka szyjki macicy* oraz *Badania przesiewowego polegającego na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina*. Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala brak zgłoszenia do konkursu ofert w ww. programach zdrowotnych był spowodowany niespełnianiem warunków realizacji ww. świadczeń, które zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz Zarządzeniu Prezesa NFZ.

Szpital realizował świadczenia w ramach programu *Profilaktyki Raka Piersi – etap podstawowy*. W poszczególnych latach objętych kontrolą w ramach realizacji tego programu przebadano odpowiednio:

w 2019 r. – 1.739 pacjentów (wartość udzielonych świadczeń – 148.278,53 zł)

w 2020 r. – 822 pacjentów (wartość udzielonych świadczeń – 71.843,26 zł)

w 2021r. – 962 pacjentów (wartość udzielonych świadczeń – 82.694,12 zł)  
w 2022 r. – 655 pacjentów (wartość udzielonych świadczeń – 67.651,61 zł)  
w 2023 r. (I kw.) – 157 pacjentów (wartość udzielonych świadczeń – 36.261,93 zł)  
(akta kontroli str.: 827-828)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

Dla programów lekowych realizowanych w Szpitalu a dotyczących leczenia pacjentów z nowotworami nie były prowadzone kolejki osób oczekujących i harmonogramy przyjęć<sup>63</sup>, co było niezgodne z art. 19a i 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz pkt IV załącznika nr 8 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, który stanowi m.in., że harmonogram przyjęć, w tym listy pacjentów oczekujących świadczeniodawcy prowadzą dla świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji leków.  
(akta kontroli str.: 814-824)

*Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „Programy lekowe są realizowane niezależnie od świadczeń udzielanych w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego. Kwalifikując pacjenta do programu lekowego muszą zostać spełnione warunki określone w opisie danego programu. W dniu kwalifikacji pacjent może już otrzymać pierwszą dawkę leku, a w związku z powyższym nie oczekuje w kolejce oczekujących na realizację świadczenia. Wszyscy pacjenci są przyjmowani na bieżąco.”*

(akta kontroli str.: 1382)

W ocenie Izby, pacjentów kontynuujących leczenie (tj. będących w tzw. planie leczenia) oraz pacjentów pierwszorazowych przyjmowanych na bieżąco (w dniu zgłoszenia) nie umieszcza się na liście oczekujących, ale nie zwalnia to świadczeniodawcy z konieczności prowadzenia harmonogramów przyjęć.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnienie przez Szpital dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznego programu zdrowotnego oraz diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W Szpitalu zaspokajano potrzeby zdrowotne pacjentów w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz w zakresie realizowanego Programu zdrowotnego – leczenie raka piersi – etap podstawowy, a także programów lekowych. Zrealizowane przez Szpital nadwykonania w zakresach świadczeń dotyczących diagnostyki i leczenia onkologicznego zostały w całości sfinansowane przez NFZ. W latach 2019-2023 średni czas oczekiwania na realizację świadczenia uległ wydłużeniu w 19 jednostkach organizacyjnych Szpitala (na 32 badanych) w przypadkach stabilnych oraz w jedenastu komórkach w przypadkach pilnych.

W Szpitalu nie przestrzegano postanowień art. 19a i 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w zakresie prowadzenia kolejek osób oczekujących i harmonogramów przyjęć dla świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych.

Badana dokumentacja medyczna pacjentów oraz harmonogramy przyjęć prowadzone były prawidłowo.

<sup>63</sup> W latach 2019-2020 (marzec).

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

Opis stanu faktycznego

1. W latach 2019 – I kwartał 2023 r. Szpital zawarł pięć umów z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, na łączną kwotę 8.086,2 tys. zł, z czego w 2019 r. na kwotę 5.519,8 tys. zł, w 2021 r. – 724,2 tys. zł, w 2022 r. – 1.842,2 tys. zł. tj.:

- a) Umowa z dnia 18 września 2019 r.<sup>64</sup> zawarta w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na realizację Programu oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu nowotworowym.
- b) Umowa z dnia 9 września 2019 r. (znak: 1/13/5/2019/305/708) zawarta w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na realizację zadania pn. Dopuszczenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek na 2019 r. Przedmiotem umowy był zakup Mikroskopu diagnostycznego; Aparatów do Real-Time PCR -10 sztuki; Aparatu USG i Kardiomonitorów – 10 sztuk.
- c) Umowa z dnia 17 listopada 2021 r.<sup>65</sup> zawarta w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na realizację zadania pn. Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej. Przedmiotem umowy był zakup zestawu do diagnostyki i rehabilitacji kończyn górnych i dolnych; multisensorycznego systemu terapeutycznego do kończyn (2 szt.); stołu do pionizacji i systemu do rehabilitacji i redukcji chodu w odciążeniu dla dzieci.
- d) Umowa z dnia 6 września 2022 r.<sup>66</sup> zawarta w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na realizację zadania pn. Dopuszczenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków. Przedmiotem umowy był zakup sekwenatora NSG (1 sztuka); wirówki laboratoryjnej (4 sztuki) i wirówki laboratoryjna (4 sztuki).
- e) umowa z dnia 27 września 2019 r.<sup>67</sup>, zawarta na realizację programu wieloletniego pn. „ Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”, zadanie pn. „Program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci”, na lata 2019-2021.

Analiza czterech umów (dwóch z 2019 r. jednej z 2021 r. i jednej z 2022 r.) wykazała, że:

- a) Szpital złożył oferty w terminach przewidzianych w ogłoszeniach Ministerstwa Zdrowia,
- b) oferty zawierały wszystkie elementy wymagane konkursami oraz spełniały warunki formalne i progowe,
- c) w wszystkich przypadkach zakupy były przeprowadzone przez Szpital w trybie przetargu nieograniczonego,
- d) dostawa przedmiotowej aparatury oraz systemu informatycznego była przeprowadzona w terminach określonych z wykonawcą,
- e) zakup sprzętu był uzasadniony potrzebami oddziałów szpitalnych zajmujących się zwalczaniem chorób nowotworowych,

<sup>64</sup> Znak: 1/12/11/2019/305/718.

<sup>65</sup> Znak: 1/18/6/2021/305/1170

<sup>66</sup> Znak: 1/13/3/2022/305/478

<sup>67</sup> Znak: 1/12/22/2019/305/763. Środki Ministerstwa Zdrowia kwota to: 4.794 tys. zł

- f) zakupiony sprzęt został ujęty ewidencji środków trwałych Szpitala,
- g) Szpital zgodnie z określonymi w umowach terminami przedkładał do Ministerstwa Zdrowia oświadczenia oraz rozliczenia zakupionego sprzętu i realizacji zadań oraz podsumowania i sprawozdania,
- h) odnośnie do wszystkich umów Szpital przedkładał do Ministra Zdrowia, do 31 stycznia następnego roku, informacje dotyczące wykorzystania zakupionego sprzętu,
- i) zakupiony sprzęt był dostarczany i oddawany do użytku zgodnie z zawartymi umowami w tym zakresie,
- j) koszty z tytułu dostawy, zainstalowania sprzętu, dostosowania pomieszczeń i szkoleń pracowników Szpital pokrył ze środków własnych,
- k) środki na zakup przedmiotowej aparatury oraz systemu informatycznego zostały wydatkowane zgodnie z umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia,
- l) tabliczki informacyjne o zakupionym sprzęcie i źródłach finansowania zostały umieszczone przed wejściem do Oddziałów Szpitala w których sprzęt został zainstalowany.

(akta kontroli str.: 1388; 1132-1156; 1415-1520; 1539)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

**OCENA CZĄSTKOWA**

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia realizację przez Szpital umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

Szpital wyposażano w nową aparaturę służącą leczeniu pacjentów onkologicznych Środki finansowe zostały wykorzystane prawidłowo, a Szpital rzetelnie i terminowo rozliczył je z Ministerstwem Zdrowia.

#### **IV. Uwagi i wnioski**

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag i wniosków.





## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Łodzi. 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.

Łódź, 9..... października 2023 r.

Kontroler  
Marek Tarnawski  
Doradca techniczny.

  
.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Łodzi  
p.o. Dyrektor  
Piotr Walczak

  
.....  
podpis