



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD. 410.014.01.2023

Pan
Jakub Kraszewski
Dyrektor Naczelny
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
ul. Dębinki 7
80-952 Gdańsk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/044 – Leczenie onkologiczne

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Gdańsku
ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk
T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05
Igd@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 8, 80-952 Gdańsk (dalej: „UCK”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jakub Kraszewski Dyrektor Naczelny, od 21 listopada 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego. 2. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych, diagnostyki i leczenia onkologicznego. 3. Realizacja umów zawartych z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 (do 11 września 2023 r.), 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 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	Krzysztof Holli, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/103/2023 z 24.05.2023 r. Beata Smyk, Starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/105/2023 z 25.05.2023 r.

(akta kontroli str. 1-8)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623 (dalej: „ustawa o NIK”).

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W UCK zapewniono warunki do realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Zarówno wyposażenie w sprzęt medyczny jak i zasoby kadrowe świadczeniodawcy spełniały wymogi określone przez Ministra Zdrowia oraz kryteria niezbędne do zawarcia umów z Pomorskim Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia³. UCK udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz profilaktycznych programów zdrowotnych zgodnie z umowami z POW NFZ, za wyjątkiem realizacji badań profilaktycznych przesiewowych jelita grubego.

UCK pełnił funkcję Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego⁴ w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. 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 UCK bądź przez podmioty zewnętrzne. W UCK obowiązywały procedury regulujące proces żywienia zbiorowego pacjentów i procedury określające standardy żywieniowe dla pacjentów, u których wystąpiła konieczność stosowania żywienia dojelitowego i pozajelitowego, prowadzono również monitoring stanu odżywienia pacjentów.

Opracowano i wdrożono szczegółowe procedury do wykonywania badań z zastosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu radiologii zabiegowej. W latach 2020 – 2023 (do dnia zakończenia kontroli)⁵ przeprowadzano wewnętrzne audyty kliniczne procedur radiologicznych, zgodnie z przepisami ustawy Prawo atomowe⁶. UCK rzetelnie realizował obowiązek przekazywania zgłoszeń nowych rozpoznów i podejrzeń nowotworów złośliwych do Krajowego Rejestru Nowotworów⁷.

W UCK harmonogramy przyjęć prowadzone w Szpitalu formie elektronicznej i były prawidłowe. Zapewniono również koordynację świadczeń zlecanych pacjentom na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Przekroczenia wymaganych przepisami terminów dotyczących diagnostyki podstawowej, terminu pomiędzy wpisem do harmonogramu a zakończeniem diagnostyki wynikały m.in. z konieczności prowadzenia dodatkowych badań.

Szpital prawidłowo zawarł, zrealizował i rozliczył umowy zawarte z Ministrem Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej⁸ Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych⁹.

W działalności UCK stwierdzone nieprawidłowości, które polegały na:

- nierealizowaniu w okresie od 1 stycznia 2023 do dnia zakończenia kontroli¹⁰ umowy, w przedmiocie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie: profilaktyczny program zdrowotny raka jelita grubego, pomimo iż z zapisu § 2 pkt 10 tej umowy wynikał obowiązek systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez świadczeniodawcę przez cały okres jej obowiązywania;

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

³ Dalej: „POW NFZ” lub „NFZ”.

⁴ Dalej: „WOK”.

⁵ Tj. do 11 września 2023 r.

⁶ Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1173 ze zm.).

⁷ Dalej: „KRN”.

⁸ Dalej: „NSO”.

⁹ Dalej: „NPZChN”.

¹⁰ Tj. do 11 września 2023 r.

- nie podejmowano działań informacyjnych o realizacji zadań finansowanych lub dofinansowanych z budżetu państwa na swojej stronie internetowej, a w przypadku jednej umowy również w mediach społecznościowych;
- nieterminowym przekazaniu sprawozdania merytorycznego z realizacji Umowy i informacji o sposobie wykorzystania zakupionego sprzętu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹¹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Warunki dla świadczeniodawców realizujących diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (tzw. pakiet onkologiczny) zostały określone w umowach zawartych z NFZ, a także w:

- § 6a i w załączniku nr 1, 4 i 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹² (dalej: „rozporządzenie AOS”),
- § 4a oraz w załącznikach nr 3 i 3a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³ (dalej: „rozporządzenie SZP”).

W zakresie spełnienia ww. warunków w 2023 r. w Poradni Endokrynologicznej (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) i Klinice Gastroenterologii i Hepatologii wraz z Poradnią Endoskopową (leczenie szpitalne) stwierdzono, że:

- opracowano procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego¹⁴, co było zgodne z § 6a ust. 1 pkt 1 rozporządzenia AOS;
- zapewniono dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie: diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, pozytonowej tomografii emisyjnej, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych (§ 6a ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia);
- spełniono warunki realizacji świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach leczenia szpitalnego w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii określone w załączniku 3. Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, rozporządzenia SZP i w warunkach ambulatoryjnych w Poradni Endokrynologicznej zgodnie z załącznikiem 1. Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji rozporządzenia AOS w zakresie: wymagań formalnych, personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, dostępności badań lub procedur medycznych, organizacji udzielania świadczeń;

¹¹ 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.

¹² Dz.U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

¹³ Dz.U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

¹⁴ PZ-LM-02 Postępowanie i organizacja udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zatwierdzona 14 kwietnia 2017 r. i PZ-ONK-01 Postępowanie i organizacja udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego zatwierdzona 30 stycznia 2023 r.

- zgodnie z procedurą PZ-ONK-01 Postępowania organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, oraz § 4a ust 1 pkt a i b rozporządzenia SZP, zapewniono pacjentom ustalenie planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny¹⁵, w którego skład, w przypadku leczenia dorosłych, wchodził lekarze specjaliści w dziedzinie: onkologii klinicznej, radioterapii lub radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej lub ogólnej;
- zapewniono udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie świadczeniobiorców innych specjalistów, tj. psychologa lub psychoonkologa zgodnie z § 4a ust 3 rozporządzenia SZP;
- zapewniono w lokalizacji oddział o profilu zabiegowym, co było zgodne z § 4a ust. 1 pkt 4 lit. d rozporządzenia SZP;
- zapewniono udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń (odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym), tj.: chemioterapii, radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów złośliwych leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej zgodnie z § 4a ust. 5 rozporządzenia SZP;
- spełniono warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii – Pracownia Endoskopii, oraz Poradni Endokrynologicznej dot. wymogów formalnych oraz organizacji udzielania świadczeń. Zasoby kadrowe były zgodne z postanowieniami załącznika do umowy z NFZ nr 11/000005/PSZ/23, co stwierdzono na podstawie badania szczegółowego harmonogramów pracy i list obecności z marca 2023 r. Stan faktyczny wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz kwalifikacje lekarzy realizujących świadczenia w badanych poradniach i klinikach był zgodny ze stanem wymagany w ww. rozporządzeniach. Sprzęt i aparatura posiadały aktualne przeglądy techniczne.

W okresie objętym kontrolą składano do POW NFZ, dokumenty potwierdzające spełnienie warunków, określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia SZP:

- w dniu 12 listopada 2019 r. złożono wniosek o objęcie świadczeń opieki kompleksowej umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologicznych świadczeń kompleksowych. Zespół ds. oceny wniosków POW NFZ w dniu 10 grudnia 2019 r. zawiadomił o negatywnej ocenie wniosku w zakresie onkologicznych świadczeń kompleksowych, z powodu niespełnienia warunków wymaganych zawartych w §2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁶. Umowa na realizację świadczeń w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą nie została zawarta na 2020 r.;
- w dniu 10 listopada 2021 r. złożono wniosek o objęcie świadczeń kompleksowych umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś). Zespół ds. oceny wniosków POW NFZ w dniu 10 grudnia 2021 r. zawiadomił o pozytywnej ocenie wniosku w zakresie onkologicznego świadczenia kompleksowego (KON-Pierś). Powyższe skutkowało zawarciem umowy na realizację świadczeń w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi na 2022 r.;

¹⁵ Dalej: „WZT”.

¹⁶ Dz. U. poz. 1062.

- w dniach 5 maja 2021 r., 10 listopada 2021 r., 9 listopada 2022 r. złożono wnioski o objęcie świadczeń opieki kompleksowej w zakresie kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W dniach 10 grudnia 2021 r. i 5 grudnia 2022 r. zespół ds. oceny POW NFZ dokonał pozytywnej oceny wniosków. Umowa o realizację świadczeń została zawarta na okres od 1 stycznia 2022 r.

Na podstawie szczegółowego badania w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego raka jelita grubego, zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 3a do rozporządzenia SZP ustalono, że:

- zarówno w przypadku kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego jelita grubego i nowotworów piersi zapewniono odpowiednią kadrę m.in.: lekarzy specjalistów w dziedzinie: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii plastycznej i gastroenterologii, onkologii klinicznej i chemioterapii nowotworów, radioterapii i radioterapii onkologicznej, radiologii i rentgenodiagnostyki oraz patomorfologii;
- zapewniono udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie innych specjalistów, tj.: psychologa lub psychoonkologa oraz fizjoterapeuty;
- prowadzono centrum kompetencji raka jelita grubego i centrum chorób piersi oraz spełniono wymagania formalne w zakresie posiadania w lokalizacji następujących komórek organizacyjnych: Kliniki Chirurgii Onkologicznej, Transplantacyjnej i Ogólnej, Kliniki Onkologii i Radioterapii - Oddział Onkologiczny, Bloku Operacyjnego - wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Poradni Chirurgii Ogólnej, Poradni Onkologicznej, Zakładu Patomorfologii, Pracowni Diagnostyki Obrazowej - Pracownię Rentgenodiagnostyki, Pracowni Rezonansu Magnetycznego, Pracowni Tomografii Komputerowej, Pracowni USG, Kliniki Onkologii i Radioterapii - Pracowni Teleradioterapii, Zakładu Medycyny Nuklearnej, Pracowni Pozytonowej Tomografii Emisyjnej, Pracowni Rezonansu Magnetycznego, Laboratorium Genetyki Klinicznej, Poradni Chirurgii Ogólnej, Poradni Genetycznej, Medycznego Laboratorium Diagnostycznego;
- w ramach zawartej z NFZ umowy UCK realizował świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie: Chirurgii Ogólnej, (oddział i poradnia), Chirurgii Onkologicznej (oddział i poradnia), Chirurgii Plastycznej (oddział i poradnia), teleradioterapii i brachyterapii, leczenie immunoterapią, leczenie systemowe - chemioterapia w trzech trybach (leczenie ambulatoryjne, leczenie jednego dnia, hospitalizacja), w zakresie programów lekowych stosowanych w leczeniu raka piersi (leczenie chorych na raka piersi) i leczeniu raka jelita grubego (leczenie chorych na zaawansowanego raka jelita grubego), leczenie skojarzone, leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe, porady żywieniowe, porady stomijne, porady psychologa lub psychoonkologa, usługi fizjoterapeuty, umowę o współpracy (z podmiotem zewnętrznym) w zakresie porady i doboru protezy piersi;
- powołano WZT składający się z lekarzy wymienionych w § 4a ust. 1a pkt 1 lit. a i b, rozporządzenia SZP;
- w celu zapewnienia dostępu do realizacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” bliżej miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta, UCK zawarł umowy z innymi podmiotami

leczniczymi¹⁷, realizującymi w szczególności świadczenia diagnostyki i leczenia raka piersi;

- w UCK opracowano i wdrożono standardowe procedury¹⁸ postępowania określające zasady diagnostyki i leczenia we wszystkich stadiach zaawansowania;
- w latach 2019 - 2021 realizowano program badań przesiewowych raka jelita grubego na podstawie umowy zawartej z Ministrem Zdrowia, w ramach NPZChN;
- w zakresie organizacji udzielania świadczeń w zakresie „kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) stwierdzono, że UCK:
 - od 1 stycznia 2023 nie realizował programu badań przesiewowych raka jelita grubego ani nie posiadał umowy o współpracy z ośrodkiem realizującym ten program, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;
 - nie współpracował z ośrodkami realizującymi zabiegi chirurgii wątroby, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii cytoredukcyjnej z HIPEC¹⁹ oraz neurochirurgii. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Centrum Leczenia Raka Jelita Grubego UCK realizuje wszelkie działania specjalistyczne wymienione w rozporządzeniu wykorzystując zasoby własne UCK, co implikowało brak potrzeby współpracy z ośrodkami realizującymi ww. zabiegi;
 - w ciągu ostatniego roku zorganizował i udokumentował szkolenie dla personelu realizującego świadczenie „Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego” w regionie z zakresu wczesniej diagnostyki nowotworu jelita grubego, zasad komunikacji i współpracy w zakresie diagnostyki nowotworu jelita grubego, monitorowania stanu zdrowia po zakończonym leczeniu, monitorowania efektu zdrowotnego.

Na podstawie szczegółowego badania w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych ustalono, że w UCK w badanym okresie realizowano program profilaktyki raka szyjki macicy - etap podstawowy²⁰, etap diagnostyki²¹, program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy i etap pogłębionej diagnostyki²², program badania przesiewowego polegającego na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina²³. W celu realizacji umowy zapewniono odpowiedni personel oraz sprzęt.

(akta kontroli str. 1416 – 1438, 1563 - 2063)

¹⁷ Umowa nr 40/S-SZUM/I/2019 z dnia 29 sierpnia 2019 r. zawarta z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o., Umowa nr 37/S-SZUM/I/2019 z dnia 16 sierpnia 2019 r. zawarta z Wojewódzkim Szpitalem zespółonym w Elblągu.

¹⁸ PZ-MCDT-03 - Działalność Multidyscyplinarnego Centrum Diagnostyczno - Terapeutycznego - Centrum Leczenia Raka Jelita Grubego (MCDT-CLRJG), PZ-MCDT-01 Działalność Multidyscyplinarnego Centrum Diagnostyczno-Terapeutycznego Centrum Chorób Piersi.

¹⁹ Dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii.

²⁰ Realizacja świadczeń w tym zakresie realizowana jest w ramach umowy podstawowego zabezpieczenia świadczeń nr 11/000005/PSZ/23.

²¹ Świadczenia realizowane na podstawie umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne nr 11/000005/PRO/17/23 zawartej przez NFZ obowiązującej do 30 czerwca 2023 r. UCK nie przystąpił do nowego konkursu.

²² Świadczenia realizowane na podstawie umowy w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne nr 11/000005/PRO/17/23 zawartej przez NFZ obowiązująca do 30 czerwca 2023 r. oraz 11/000005/PRO/23 zawarta od 01.07.2023 r. do 30.06.2028 r.

²³ Świadczenia realizowano na podstawie umowy w rodzaju zawartej z NFZ od 01.12.2022 r. nr 11/000005/PRO/JG/22, umowa wieloletnia do 30.11.2027 r.

1.2. W okresie od 1 kwietnia 2020 - 2023 (I kwartał) UCK pełnił funkcję WOK w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej²⁴. W celu realizacji pilotażu UCK zawarł:

- aneks²⁵ do umowy zawartej z POW NFZ na realizację programu pilotażowego., POW NFZ uruchomił pilotaż w województwie pomorskim z dniem 1 kwietnia 2020 r.
- porozumienie o współpracy w ramach pilotażu sieci onkologicznej z jednym ośrodkiem współpracującymi I poziomu²⁶,
- porozumienia o współpracy w ramach pilotażu sieci onkologicznej z pięcioma²⁷ ośrodkami współpracującymi II poziomu²⁸.

Porozumienia określały m.in. ogólne warunki dot. sprawowania koordynowanej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcami, u których w okresie realizacji pilotażu rozpoznano nowotwór złośliwy: gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca²⁹. W trakcie trwania pilotażu analizowano ścieżki pacjentów od momentu podejrzenia nowotworu do zakończenia procesu leczenia.

(akta kontroli str. 442-545)

Dyrektor UCK nie zawarł porozumienia o współpracy z jednym³⁰ z dwóch ośrodków współpracujących I poziomu³¹ wymienionych w załączniku³² do rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego stanowiącego wykaz ośrodków współpracujących I i II poziomu.

UCK kierował zapytania³³ do Szpitala w Chojnicach o udział w pilotażu KSO, który jednak nie przystąpił do realizacji pilotażu, ze względu na zmiany organizacyjne w szpitalu.

(akta kontroli str. 546-550)

W strukturze Działu Koordynacji Opieki Medycznej UCK utworzono³⁴ Sekcję Pakietu Onkologicznego do której zadań należało:

- koordynacja pacjentów w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej od etapu diagnostyki wstępnej, po diagnostykę pogłębioną, konsylium, leczenie szpitalne, chemioterapię i radioterapię,

²⁴ Dalej: „KSO”.

²⁵ Aneks nr 8/2020 do umowy nr 11/000005/PSZ/17/20 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawarty 6 kwietnia 2020 r.

²⁶ Porozumienie zawarto 12 marca 2020 r. z Kociewskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim.

²⁷ Porozumienia zawarto: w dniu 17 stycznia 2020 r. z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o., w dniu 31 stycznia 2020 r. ze Szpitalem Specjalistycznym w Prabutach, w dniu 26 lutego 2020 r. ze Szpitalami Pomorskimi Sp. z o.o. w Gdyni i Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku (dalej: „Szpital Copernicus”) oraz w dniu 26 marca 2020 r. ze Szpitalem Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o.o.

²⁸ Podmioty lecznicze, zapewniające udzielanie świadczeń w co najmniej dwóch z trzech zakresów: leczenie zabiegowe, chemioterapia, radioterapia onkologiczna, realizujący opiekę onkologiczną i plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy oraz współpracujący z ośrodkiem koordynującym i ośrodkiem współpracującym I poziomu.

²⁹ Kody jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10: C18-C20, C34, C50, C56, C61, D05 i C78.0.

³⁰ Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach, dalej: „Szpital w Chojnicach”.

³¹ Podmioty lecznicze, zapewniające udzielanie świadczeń w co najmniej jednym z trzech zakresów: leczenie zabiegowe, chemioterapia, radioterapia onkologiczna, realizujący opiekę onkologiczną i plan leczenia onkologicznego oraz współpracujący z WOK i ośrodkiem współpracującym II poziomu.

³² Załącznik: Wykaz ośrodków współpracujących I i II poziomu oraz współpracującego uniwersyteckiego ośrodka koordynującego na terenie województw dolnośląskiego, podlaskiego, pomorskiego i świętokrzyskiego.

³³ 27 stycznia 2020 r. i 31 lipca 2020 r.

³⁴ Zarządzeniem nr 199/2019 Dyrektora Naczelnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie zmian organizacyjnych w strukturze Działu Koordynacji Opieki Medycznej.

- rejestracja i nadzór nad prawidłowością prowadzenia kart DiLO³⁵,
- koordynacja zadań związanych z konsylium WZT, tj. umówienie pacjenta, weryfikacja ubezpieczenia, przygotowanie kompleksowej dokumentacji,
- uczestnictwo w konsylium WZT,
- prowadzenie i przechowywanie dokumentacji związanej z prowadzeniem Karty DiLO;
- pomoc w zbieraniu danych niezbędnych w pilotażu opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej.

(akta kontroli str. 440-441)

Na potrzeby realizacji pilotażu w zakresie gromadzenia i analizy danych, UCK zakupił i udostępnił ośrodkom współpracującym system analizy danych medycznych³⁶. Wyznaczeni pracownicy ośrodków współpracujących wprowadzali do systemu dane o pacjentach, realizowanych planach leczenia onkologicznego świadczeniobiorców, posiedzeniach WZT oraz opisów badań patomorfologicznych, histopatologicznych, radiologicznych, przebiegu leczenia operacyjnego wg. opracowanych szablonów, a także osiągniętych miernikach i wskaźnikach z realizacji pilotażu, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie programu pilotażowego. Na podstawie ww. danych UCK przekazywał do POW NFZ kwartalne sprawozdania jednostkowe z realizacji pilotażu, dla wszystkich podmiotów biorących w nim udział.

Dyrektor UCK wyjaśnił, że w sprawozdaniach kwartalnych zawarte były dane dotyczące liczby zwołanych WZT oraz kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej. W UCK każdorazowo weryfikowano, czy dane zaraportowane przez ośrodki współpracujące zawierały informacje zarówno o przeprowadzonych konsyliach jak i kompletności diagnostyki. Jednocześnie informacja o ocenie kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej świadczyła o realizacji założonych planów leczenia onkologicznego. Ponadto w UCK dokonywano przeglądu danych zaraportowanych w udostępnionym systemie informatycznym, dotyczących przebiegu leczenia. Na podstawie analizy danych nie stwierdzono odstępstw wymagających wyjaśnień ze strony ośrodków współpracujących. Powyższa analiza prowadzona była okresowo, podczas przygotowywania sprawozdania kwartalnego.

Wg sprawozdań z realizacji pilotażu sieci onkologicznej w latach 2020-2023³⁷ przekazywanych do Pomorskiego OW NFZ w okresie jego trwania wynikało m.in., że:

- łączna liczba świadczeniobiorców włączonych do pilotażu, wynosiła 3767, z tego w kolejnych latach odpowiednio: 1368, 1119 i 1280;
- łączna liczba zwołanych WZT (konsylia dla pacjentów tylko z pilotażu), wynosiła 4099, z tego w kolejnych latach odpowiednio: 1124, 1518 i 1457;
- łączna liczba dokonanych ocen diagnostyki onkologicznej u pacjentów z pilotażu dot. kompletności diagnostyki wstępnej i pogłębionej – wyniosła 3245 z tego odpowiednio 905, 1223 i 1117 w kolejnych latach;
- łączna liczba dokonanych ocen dot. stanu ogólnego pacjenta – w pilotażu wyniosła 20 267, z tego odpowiednio 3802, 6890 i 9575 w kolejnych latach;
- łączna liczba dokonanych ocen dot. kodu i stopnia zaawansowania choroby wyniosła 7375 – odpowiednio 827, 3232 i 3316 w kolejnych latach;

³⁵ Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: „DiLO”)

³⁶ Dostępny pod adresem: <https://onco-reports.uck.pl>.

³⁷ Wg stanu na koniec I kwartału w latach 2021, 2022 i 2023.

- łączna liczba danych dotyczących wyniku badania histopatologicznego (liczba wypełnionych raportów hist.-pat. wdrożonych w ramach pilotażu) wyniosła 2157, z tego – odpowiednio 1244, 289, 624 w kolejnych latach;
- ośrodki współpracujące I i II poziomu nie występowały o porady i konsultacje do WOK;
- zapewniono pacjentom dostęp do usług w ramach infolinii onkologicznej.

Po zakończeniu pilotażu przygotowano i przekazano sprawozdanie końcowe z realizacji pilotażu, zawierające wnioski końcowe.

(akta kontroli str. 552-650)

Z informacji udzielonych przez POW NFZ wynikało, że Oddział monitorował realizację pilotażu KSO w zakresie wartości rozliczonych świadczeń oraz liczby pacjentów biorących udział w programie pilotażowym. Łączna liczba pacjentów biorących udział w pilotażu wyniosła 5601 osób, z czego ponad połowę stanowili pacjenci UCK. Spośród pacjentów zakwalifikowanych do programu największy odsetek stanowili pacjenci z rozpoznaniem raka piersi (około 35%) oraz raka jelita grubego (około 20%).

(akta kontroli str. 1012 - 1017)

1.3. W kontrolowanym okresie, w ramach UCK funkcjonowała Apteka Szpitalna, w której (na dzień 1 stycznia): 2019 r., 2020 r., 2021 r., 2022 r. oraz na dzień 29 maja 2023 r. było zatrudnionych odpowiednio: 44, 48, 50, 54 i 56 pracowników, z czego odpowiednio: 33, 35, 38, 40 i 43 zatrudnionych pracowało przy lekach cytostatycznych³⁸. Aptekę Szpitalną wyposażono m.in. w pracownię cytostatyczną³⁹.

W kontrolowanym okresie w UCK obowiązywały dwie instrukcje ogólne dotyczące leków cytostatycznych:

- „IO-AS-03 Postępowanie z lekami cytotoksycznymi w UCK”, zawierająca m.in.: zakresy odpowiedzialności poszczególnych pracowników UCK, w tym Kierownika Apteki Szpitalnej i Farmaceuty; terminologie i definicje; Opis postępowania, w tym m.in.: informacje ogólne (zawierające m.in.: zasady bezpieczeństwa i higieny pracy w narażeniu na działanie leków cytotoksycznych oraz schemat postępowania z lekiem cytotoksycznym w UCK); zamawianie leków cytotoksycznych z Apteki Szpitalnej; odbiór leków cytotoksycznych z Apteki Szpitalnej; transport leków cytostatycznych z Apteki Szpitalnej do Komórki Organizacyjnej; sytuacje awaryjne; postępowanie po skażeniu lekiem cytotoksycznym; zwrot leku cytotoksycznego do Apteki Szpitalnej; utylizacja;
- „IO-AS-08 Zasady Pracy i Przygotowywania Indywidualnych Dawek Leków Cytotoksycznych Apteki Szpitalnej UCK”, zawierająca m.in.: zakresy odpowiedzialności poszczególnych pracowników UCK, w tym Kierownika Apteki Szpitalnej/ Zastępcy Kierownika Apteki Szpitalnej i Farmaceuty; Opis postępowania, w tym m.in.: zamawianie leków cytotoksycznych do Pracowni Leków Cytotoksycznych; przyjmowanie dostaw produktów leczniczych cytotoksycznych; przechowywanie produktów leczniczych cytotoksycznych w Pracowni Leków Cytotoksycznych; zasady wejścia i wyjścia do pracowni aseptycznej Pracowni Leków Cytotoksycznych; zasady przygotowania pracowni aseptycznej do pracy; zasady mycia i dezynfekcji komory laminarnej;

³⁸ Leki cytostatyczne – to leki stosowane przede wszystkim w terapii nowotworów, transplantologii do wywoływania immunosupresji, ale również w leczeniu niektórych chorób dermatologicznych i reumatologicznych o podłożu autoimmunologicznym, gdzie mamy do czynienia z bardzo ciężkim ich przebiegiem. Leki cytostaticzne są środkami niewybiórczo niszczącymi chore komórki, stąd ich bardzo duża toksyczność dla całego organizmu. Więcej informacji pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/wsse-rzeszow/leki-cytostatyczne>.

³⁹ Pracownia cytostatyczna – to miejsce, w którym przygotowuje się leki cytostatyczne do podania pacjentowi.

zasady pracy w Pracowni Leków Cytotoksycznych; wydawanie i transport dziennych dawek leków cytotoksycznych z Pracowni Leków Cytotoksycznych do komórek organizacyjnych UCK; zasady postępowania z lekiem cytotoksycznym, dzienną dawką leku cytotoksycznego niewykorzystanym lub przeterminowanym, z krótką datą ważności i przeterminowanym oraz utylizacja odpadów cytotoksycznych; postępowanie w przypadku wystąpienia skażenia lekiem cytotoksycznym.

Ponadto w okresie objętym kontrolą w UCK obowiązywały standardowe procedury operacyjne:

- „SOP-AS-01 Gospodarka Asortymentem Apteki Szpitalnej na Terenie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego”;
 - „SOP-AS-02 Zasady Pracy i Przygotowania Leków w Pracowniach Recepturowych Apteki Szpitalnej UCK”;
- oraz Procedura Epidemiologiczna:
- „PE-05 Plan Higieny”.

W wyniku oględzin:

- Pracowni Leków Cytostatycznych Apteki Szpitalnej w UCK⁴⁰;
- Śluzy Osobowej⁴¹ przy Pracowni Leków Cytostatycznych Apteki Szpitalnej w UCK⁴²;
- Pokoju Przygotowawczego przy Pracowni Leków Cytostatycznych Apteki Szpitalnej w UCK (dalej: „Pokój Przygotowawczy”)⁴³, stwierdzono, że:
 - a) Pracownia była wyposażona m.in. w:
 - trzy⁴⁴ komory laminarne⁴⁵ do sporządzania leków cytostatycznych;
 - jednego robota do produkcji cytostatyków⁴⁶;
 - dwie śluzy materiałowe⁴⁷: podawczą i odbiorczą, łączące pracownię z Pokojem Przygotowawczym;
 - wózek zabiegowy medyczny;
 - zgrzewarkę impulsową;
 - dwie chłodziarki laboratoryjne (zlokalizowane w pomieszczeniu przejściowym Pracowni);
 - jedną chłodziarkę;
 - trzy wagi elektroniczne;
 - urządzenie do podgrzewania na sucho;
 - urządzenie do szczelnego zamykania odpadów cytotoksycznych.
 - b) Śluza Osobowa była wyposażona m.in. w:

⁴⁰ Dalej: „Pracownia”.

⁴¹ Dalej: „Śluza osobowa”.

⁴² To zamknięta przestrzeń do przemieszczania się ludzi z pomieszczeń o różnych klasach czystości (według terminologii i definicji z „Instrukcji Ogólnej IO-AS-O8 UCK”).

⁴³ Pokój Przygotowawczy – to pomieszczenie, w którym przechowywane są preparaty lecznicze Pracowni Leków Cytotoksycznych, przygotowywane są materiały do przygotowania indywidualnych dawek leków cytotoksycznych, odbierane są przygotowane medykamenty do wydania do komórek organizacyjnych (Według terminologii i definicji z „Instrukcji Ogólnej IO-AS-O8 UCK”).

⁴⁴ Komory laminarne Berener, Nr fabryczny/seryjny: 1013110382, 1013110439 i 1013110475.

⁴⁵ Komora laminarna – to urządzenie z pionowym laminarnym przepływem jałowego powietrza, służące do wykonywania leków w warunkach aseptycznych zapewniające ochronę środowiska zewnętrznego oraz pracownika – operatora (farmaceuta lub technik farmaceutyczny, który przygotowuje indywidualne dawki leków cytotoksycznych w Pracowni Leków Cytotoksycznych) (według terminologii i definicji z „Instrukcji Ogólnej IO-AS-O8 UCK”).

⁴⁶ Przyjęto do użytkowania w UCK Protokołem zdawczo-odbiorczym z dnia 30 listopada 2022 r.

⁴⁷ Śluza materiałowa – to zamknięta przestrzeń do przemieszczania się materiałów z pomieszczeń o różnych klasach czystości (według terminologii i definicji z „Instrukcji Ogólnej IO-AS-O8 UCK”).

- aneks łazienkowy tuż przed wejściem do Śluzы Osobowej, tj.: dwie umywalki oraz środki do dezynfekcji i pojemniki na odpady;
 - strefę „brudną” i strefę „czystą”;
 - przebieralnię dla pracowników;
 - oznaczone co do rodzaju jednorazowe środki ochrony indywidualnej (w dwóch szafach), z oznaczeniami na opakowaniach świadczącymi o przeznaczeniu do pracy z lekami cytostatycznymi – kategoria III: kombinezony, buty ochronne, czepki ochronne, rękawice, maseczki i okulary.
- c) Pokój Przygotowawczy był wyposażony m.in. w:
- służę materiałową (podawczą i odbiorczą) łączącą Pokój Przygotowawczy z Pracownią;
 - jednorazowy sprzęt medyczny używany do podawania leków cytostatycznych,
 - leki cytostatyczne;
 - wyciąg laboratoryjny;
 - licznik cząstek z sondą TRH (czujnik temperatury i wilgotności),
 - dwie chłodziarki laboratoryjne.

Pomieszczenia poddane oględzinom nie były usytuowane w bezpośrednim sąsiedztwie pomieszczeń służących do przechowywania środków spożywczych oraz przyrządzania i spożywania posiłków, a także przy ciągach komunikacyjnych służących do ruchu pacjentów i odwiedzających – co było zgodne z zasadami określonymi w § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej⁴⁸.

Trzy komory laminarne⁴⁹, zgodnie z zaleceniami producenta poddawano w kontrolowanym okresie corocznym przeglądowi⁵⁰, w ramach, których dokonywano m.in. pomiarów: ilości cząstek w 1 m³ nawiewanego powietrza oraz szczelności i sprawności filtrów HEPA. W każdym z przeglądów stwierdzono m.in., że powietrze w komorach laminarnych jest o wymaganej klasie czystości A, a filtry HEPA są szczelne i sprawne.

(akta kontroli str. 80, 82-406)

- 1.4. W okresie objętym kontrolą w UCK obowiązywała procedura⁵¹, która regulowała proces żywienia zbiorowego pacjentów, w tym m.in.: kontrolę dostarczanych przez firmę cateringową posiłków, wykaz diet z uwzględnieniem zaleceń do ich stosowania, charakterystykę diet, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet, schemat ustalania diety i sposób dystrybucji posiłków. Odrębną procedurą⁵² uregulowano zalecenia żywieniowe dla pacjentów, u których wystąpiła konieczność stosowania żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Procedura ta określała zasady kwalifikacji, prowadzenia i oceny skuteczności wdrożonej terapii żywieniowej⁵³, regulowała m.in. zasady przygotowywania i podawania mieszanin odżywczych, standardy kontroli laboratoryjnej przed i podczas prowadzenia

⁴⁸ Dz. U z 1996 r. Nr 80, poz. 376 ze zm.

⁴⁹ Komory laminarne Berener, Nr fabryczny/seryjny: 1013110382, 1013110439 i 1013110475.

⁵⁰ Przegląd dnia: 6 lutego 2019 r., 22 lipca 2020 r., 22 lipca 2021 r. i 20 lipca 2022 r.

⁵¹ Procedura PZ-AAG-01 Żywnienie zbiorowe – sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie.

⁵² Procedura SOP-LiH – 04 Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe – sterowanie operacyjne procesem oraz jego monitorowanie.

⁵³ Żywienia dojelitowego i pozajelitowego

żywienia dojelitowego. Mieszaniny do żywienia pozajelitowego oraz dojelitowego o ściśle określonym składzie przygotowywane indywidualnie dla pacjentów były w Aptece Szpitalnej lub warunkach przemysłowych.

Ocena stanu odżywienia każdego pacjenta wg. NRS 2002⁵⁴ lub SGA⁵⁵, i kwalifikacja do terapii żywieniowej była każdorazowo prowadzona przez lekarza prowadzącego.

Żywienie pacjentów realizowane było na podstawie umowy⁵⁶ z firmą zewnętrzną, której zlecono produkcję i dystrybucję posiłków, zgodnie z zasadami HACCP⁵⁷. Zgodnie z zawartą umową, w UCK stosowano 17⁵⁸ rodzajów diet.

W proces żywienia pacjentów w UCK zaangażowano Sekcję Żywienia odpowiedzialną m. in. za pełnienie nadzoru dietetycznego nad wykonaniem usługi żywienia ze szczególnym uwzględnieniem kontroli wartości odżywczej i kalorycznej posiłków, ich dystrybucję.

W całym okresie objętym kontrolą UCK zatrudniał dietetyków⁵⁹, którzy realizowali zadania w ramach Samodzielnego Zespołu Dietetyków, którego zadaniem był współudział w leczeniu żywieniowym chorych, poprzez:

- identyfikację potrzeb żywieniowych pacjentów,
- planowanie i prowadzenie świadczeń dietetycznych,
- dobieranie do potrzeb pacjenta indywidualnych zaleceń żywieniowych,
- konsultowanie zaleceń medycznych z lekarzem prowadzącym pacjenta.

(akta kontroli str. 824–953, 2184-2190)

Badaniem szczegółowym objęto dokumentację 40 pacjentów o najdłuższym przeciętnym czasie hospitalizacji I kwartale 2023 r. w Klinice Hematologii i Transplantologii oraz Klinice Onkologii i Radioterapii prowadzących leczenie onkologiczne (po 20 pacjentów ww. Klinik). W wyniku tego badania ustalono, że:

- w dniu przyjęcia pacjenta na oddział wykonano przesiewową ocenę stanu odżywienia pacjenta na podstawie kwestionariusza NRS 2002 oraz wykonano wstępne badania antropometryczne, tj.: pomiar wysokości oraz masy ciała chorego, BMI;
- w 39 przypadkach zlecano badania biochemiczne w ocenie stanu odżywiania, m.in.: albumina, mocznik, kreatynina, fosfataza alkaliczna, w jednym przypadku takich badań nie zlecono;
- na podstawie oceny stanu odżywiania 30⁶⁰ pacjentów zakwalifikowano do leczenia żywieniowego: w przypadku 18 włączono suplementację doustną, w przypadku trzech zastosowano żywienie dojelitowe, w przypadku sześciu włączono żywienie dojelitowe oraz suplementację doustną, w przypadku jednego żywienie pozajelitowe i dojelitowe, w przypadku jednego wdrożono żywienie pozajelitowe i suplementację doustną i w jednym włączono żywienie

⁵⁴ NRS (Nutritional Risk Screening 2002) - metoda, dzięki której można ocenić, czy pacjent znajduje się w grupie ryzyka występowania niedożywienia, lub czy grozi mu niedożywienie w trakcie trwania choroby.

⁵⁵ Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia.

⁵⁶ Umowa nr 79/NZP/PN-AAG/SŻ/2019 z dnia 01.09.2019 r. zawarta z konsorcjum firm: Vendi Sp. z o.o., Catermed S.A., Jol-Mark Sp. z o.o., Naprzód Sp. z o.o.

⁵⁷ System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontrolnych (z ang. Hazard Analysis and Critical Control Points System).

⁵⁸ Diety: podstawowa, łatwo strawna, łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczu, bogatoresztkowa, łatwo strawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego, papkowata, o zmienionej konsystencji, ubogoenergetyczna, łatwo strawna bogstobiałkowa, z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów, dieta łatwostrawna niskobiałkowa, dla dzieci 1-3, dla dzieci 4-7, dla dzieci 8-14, neutropeniczna odżywcza, neutropeniczna odżywcza bezmleczna, dla kobiet ciężarnych i karmiących itp.

⁵⁹ W 2019 r. – 13, w 2020 r. – 14, w 2021 r. – 13, w 2022 r. – 17, w 2023 r. – 20.

⁶⁰ 14 w Klinice Hematologii i Transplantologii i 16 w Klinice Onkologii i Radioterapii.

dojelitowe, pozajelitowe oraz suplementację doustną, w 10 przypadkach nie wdrożono leczenia żywieniowego.

(akta kontroli str. 2191-2194)

1.5. UCK miało możliwość samodzielnego wykonywania badań histopatologicznych i molekularnych. Realizowano je w komórkach organizacyjnych funkcjonujących w strukturze Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Laboratoryjnej UCK (odpowiednio w Laboratorium Patomorfologii Klinicznej, Laboratorium Genetyki Klinicznej i Laboratorium Hematologii) wpisanych na listę Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych⁶¹, oraz zawarły umowy na wykonywanie badań patologicznych oraz genetycznych z podmiotami trzecimi, m.in.: Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie⁶² w Poznaniu, Szpitalem Copernicus⁶³, Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym w Krakowie⁶⁴, Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi⁶⁵ i Fundacją „Centrum Rozwoju Medycyny”⁶⁶.

(akta kontroli str. 955 - 1008)

Według cennika wewnętrznego badań wykonywanych w Laboratorium Patomorfologii Klinicznej obowiązującego od 2021 r. koszt jednostkowy badania: histopatologicznego wynosił 38 zł (jeden preparat mikroskopowy), śródoperacyjnego – 53 zł, immunohistochemicznego – 57 zł, immunohistochemicznego z badaniem ekspresji onkogenu HER2 – 82 zł, cytologii ginekologicznej – 25 zł, koszt konsultacji patomorfologicznej wynosił 250 zł. W Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK koszt cytogenetycznego badania molekularnego (obejmującego analizę FISH) wynosił 494 zł, a badania metodami biologii molekularnej⁶⁷ dobranymi w zależności od wielkości mutacji – 1610 zł.

(akta kontroli str. 967- 973)

W latach 2019-2023 (I kwartał) liczba badań patomorfologicznych oraz badań genetycznych wykonanych na rzecz pacjentów wynosiła ogółem 271 226 w tym onkologicznych 180 093, które stanowiły:

- badania histopatologiczne⁶⁸ (łącznie z cytoblok) ogółem 91 612⁶⁹ (onkologicznych 54 231⁷⁰), w tym badanie śródoperacyjne⁷¹ ogółem 2142 (onkologicznych 1981),

⁶¹ <https://kidl.org.pl>. Laboratorium Genetyki Klinicznej w dniu 30 września 2004 r. - Nr w ewidencji KRDL – 1662, Laboratorium Patomorfologii Klinicznej w dniu 15 listopada 2019 r. - Nr w ewidencji KRDL – 3880, Laboratorium Hematologii w dniu 22 maja 2014 r. Nr w ewidencji KRDL – 3414.

⁶² Umowa nr 06/H/DEŚM/2021 o świadczenie usług medycznych z 04 maja 2021 r.

⁶³ Aneks nr 1/2023 z dnia 23 czerwca 2023 r. do Umowy nr U/22/2021 zawartej w dniu 14 października 2023 r.

⁶⁴ Umowa z dnia 1 lipca 2022 r. znak EAU-423-2-17/22.

⁶⁵ Aneks nr 1 z dnia 31 lipca 2023 do umowy nr 293/ŚM/2022 r.

⁶⁶ Umowa nr 59/S-SZUM/Z/2023 z dnia 19 czerwca 2023 r.

⁶⁷ Badania PRC i modyfikację, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne.

⁶⁸ Badanie narządu, fragmentu narządu lub tkanki, pobranych od pacjenta albo ze zwłok, polegające na ocenie makroskopowej i mikroskopowej, zakończonej rozpoznaniem patomorfologicznym.

⁶⁹ 2019 r. – 19 913, 2020 r. – 17 159, 2021 r. – 22 228, 2022 r. – 25 452, 2023 r. – 6860.

⁷⁰ 2019 r. – 10 751, 2020 r. – 10 297, 2021 r. – 13 266, 2022 r. – 15 908, 2023 r. – 4009.

⁷¹ Badanie śródoperacyjne - badanie narządu lub fragmentu narządu, składające się z oceny makroskopowej i/lub mikroskopowej, zakończone rozpoznaniem patomorfologicznym i przekazane operatorowi w trakcie zabiegu operacyjnego, w czasie, którego materiał został pobrany do badania.

- badanie immunohistochemiczne⁷² ogółem 123 909⁷³ (onkologicznych 110 027⁷⁴),
- konsultacje patomorfologiczne ogółem 828⁷⁵ (onkologicznych 705⁷⁶), w tym badanie immunohistochemiczne ogółem 2908⁷⁷ (onkologicznych 2560⁷⁸),
- badanie cytologiczne⁷⁹ ogółem 15 611⁸⁰ (onkologicznych 10 427⁸¹), w tym cytologia ginekologiczna ogółem 2497⁸² (onkologicznych 944⁸³), cytologia nieginekologiczna ogółem 13 114⁸⁴ (onkologicznych 401⁸⁵),
- badania cytogenetyczne – hematookologia ogółem 11 700⁸⁶ (hematologicznych 5082⁸⁷), w tym FISH ogółem 3927⁸⁸ (hematologicznych 2225⁸⁹), kariotyp ogółem 7773⁹⁰ (hematologicznych 2857⁹¹),
- badania cytogenetyczne – guzy lite FISH ogółem 3927⁹² (onkologicznych 1457⁹³),
- badania metodami biologii molekularnej (PCR)⁹⁴ ogółem 19 451⁹⁵ (hematologicznych⁹⁶ 2680⁹⁷), (onkologicznych 2189⁹⁸),

⁷² Badanie immunohistochemiczne - badanie mikroskopowe polegające na wykryciu lokalizacji antygenów/epitopów komórek i tkanek, oparte na zasadzie antygen-przeciwciała, którego następstwem jest reakcja barwna, oceniana w preparacie histopatologicznym.

⁷³ 2019 r. – 23 716, 2020 r. – 24 789, 2021 r. – 33 215, 2022 r. – 32 277, 2023 r. – 9912.

⁷⁴ 2019 r. – 20 774, 2020 r. – 22 080, 2021 r. – 29 568, 2022 r. – 29 018, 2023 r. – 8587.

⁷⁵ 2019 r. – 130, 2020 r. – 136, 2021 r. – 209, 2022 r. – 280, 2023 r. – 73.

⁷⁶ 2019 r. – 101, 2020 r. – 108, 2021 r. – 188, 2022 r. – 247, 2023 r. – 61.

⁷⁷ 2019 r. – 617, 2020 r. – 559, 2021 r. – 648, 2022 r. – 845, 2023 r. – 239.

⁷⁸ 2019 r. – 528, 2020 r. – 477, 2021 r. – 613, 2022 r. – 731, 2023 r. – 211.

⁷⁹ Badanie cytologiczne - badanie płynu z jam ciała, materiału uzyskanego z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, rozmazu, wymazu, wydzieliny, popłuczyn i moczu, pobranych od pacjenta albo ze zwłok, polegające na ocenie mikroskopowej, zakończonej rozpoznaniem patomorfologicznym.

⁸⁰ 2019 r. – 3237, 2020 r. – 2818, 2021 r. – 3841, 2022 r. – 4413, 2023 r. – 1302.

⁸¹ 2019 r. – 2024, 2020 r. – 1923, 2021 r. – 2501, 2022 r. – 3098, 2023 r. – 881.

⁸² 2019 r. – 629, 2020 r. – 381, 2021 r. – 629, 2022 r. – 684, 2023 r. – 174.

⁸³ 2019 r. – 129, 2020 r. – 173, 2021 r. – 292, 2022 r. – 293, 2023 r. – 57.

⁸⁴ 2019 r. – 2608, 2020 r. – 2437, 2021 r. – 3212, 2022 r. – 3729, 2023 r. – 1128.

⁸⁵ 2019 r. – 1895, 2020 r. – 1750, 2021 r. – 2209, 2022 r. – 2805, 2023 r. – 824.

⁸⁶ 2019 r. – 3007, 2020 r. – 2607, 2021 r. – 2659, 2022 r. – 2491, 2023 r. – 936.

⁸⁷ 2019 r. – 1244, 2020 r. – 1046, 2021 r. – 1027, 2022 r. – 1228, 2023 r. – 537.

⁸⁸ 2019 r. – 1123, 2020 r. – 855, 2021 r. – 879, 2022 r. – 754, 2023 r. – 316.

⁸⁹ 2019 r. – 663, 2020 r. – 458, 2021 r. – 410, 2022 r. – 452, 2023 r. – 242.

⁹⁰ 2019 r. – 1884, 2020 r. – 1752, 2021 r. – 1780, 2022 r. – 1737, 2023 r. – 620.

⁹¹ 2019 r. – 581, 2020 r. – 588, 2021 r. – 617, 2022 r. – 776, 2023 r. – 295.

⁹² 2019 r. – 1123, 2020 r. – 855, 2021 r. – 879, 2022 r. – 754, 2023 r. – 316.

⁹³ 2019 r. – 401, 2020 r. – 340, 2021 r. – 411, 2022 r. – 248, 2023 r. – 57.

⁹⁴ Z wyłączeniem SARS-CoV-2.

⁹⁵ 2019 r. – 2908 badań wykonanych w Laboratorium Genetyki Klinicznej i 1509 badania wykonane w Laboratorium Hematologii, 2020 r. – 1965 badań wykonanych w Laboratorium Genetyki Klinicznej i 1346 badania wykonane w Laboratorium Hematologii, 2021 r. – 2996 badań wykonanych w Laboratorium Genetyki Klinicznej i 1659 badania wykonane w Laboratorium Hematologii, 2022 r. – 3267 badań wykonanych w Laboratorium Genetyki Klinicznej i 2021 badania wykonane w Laboratorium Hematologii, 2023 r. – 1135 badań wykonanych w Laboratorium Genetyki Klinicznej + 645 badania wykonane w Laboratorium Hematologii.

⁹⁶ W przypadku badań metodami biologii molekularnej (PCR) liczba badań wykonanych w Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK i Laboratorium Hematologii UCK nie dysponuje możliwością wyodrębnienia liczby badań pacjentów ostatecznie zdiagnozowanych jako "pacjentów onkologicznych".

⁹⁷ 2019 r. – 417, 2020 r. – 523, 2021 r. – 760, 2022 r. – 759, 2023 r. – 221.

⁹⁸ 2019 r. – 692, 2020 r. – 448, 2021 r. – 426, 2022 r. – 440, 2023 r. – 183.

- sekwencjonowanie następnej generacji (NGS) ogółem 4188⁹⁹, (hematologicznych 1815¹⁰⁰), (onkologicznych 1057¹⁰¹).

(akta kontroli str. 2995)

W latach 2019-2023 (I kwartał) liczba badań patomorfologicznych i badań genetycznych wykonanych pacjentom diagnozowanym i leczonym w UCK w wybranych typach nowotworów wynosiła ogółem 118 309, w tym:

- rak piersi – ogółem 20 406, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 4599, w tym badanie śródoperacyjne 41, badanie immunohistochemiczne 12 888, konsultacje patomorfologiczne 15, w tym badania immunohistochemiczne 48, badania cytologiczne ogółem 1674, w tym cytologia ginekologiczna 398, cytologia nieginekologiczna 1276, badania cytogenetyczne – FISH guzy łe 1051, sekwencjonowanie następnej generacji 179;
- czerniak - ogółem 4159, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 2389, w tym badanie śródoperacyjne 11, badanie immunohistochemiczne 1290, konsultacje patomorfologiczne 12, w tym badania immunohistochemiczne 14, badania cytologiczne ogółem 177, w tym cytologia ginekologiczna 7, cytologia nieginekologiczna 170, badania metodami biologii molekularnej (PCR)¹⁰² 291;
- rak płuca – ogółem 23 086, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 6082, w tym badanie śródoperacyjne 472, badanie immunohistochemiczne 14 568, konsultacje patomorfologiczne 31, w tym badania immunohistochemiczne 110, badania cytologiczne ogółem 1337, w tym cytologia ginekologiczna 13, cytologia nieginekologiczna 1324, badania cytogenetyczne – FISH guzy łe 108, badania metodami biologii molekularnej (PCR) 463, sekwencjonowanie następnej generacji 497;
- rak jelita grubego - ogółem 4977, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 1950, w tym badanie śródoperacyjne 34, badanie immunohistochemiczne 2117, konsultacje patomorfologiczne 13, w tym badania immunohistochemiczne 45, badania cytologiczne ogółem 130, w tym cytologia ginekologiczna 7, cytologia nieginekologiczna 123, badania metodami biologii molekularnej (PCR) 767;
- rak jajnika - ogółem 4795, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 1061, w tym badanie śródoperacyjne 242, badanie immunohistochemiczne 3142, konsultacje patomorfologiczne 28, w tym badania immunohistochemiczne 127, badania cytologiczne ogółem 349, w tym cytologia ginekologiczna 27, cytologia nieginekologiczna 322, sekwencjonowanie następnej generacji 215;
- rak trzonu macicy - ogółem 4468, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 1125, w tym badanie śródoperacyjne 25, badanie immunohistochemiczne 2569, konsultacje patomorfologiczne 262, w tym badania immunohistochemiczne 616, badania cytologiczne ogółem 459, w tym cytologia ginekologiczna 27, cytologia nieginekologiczna 432, sekwencjonowanie następnej generacji 53;
- rak szyjki macicy - ogółem 1655, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 520, w tym badanie śródoperacyjne 30, badanie

⁹⁹ 2019 r. – 642, 2020 r. – 988, 2021 r. – 1 054, 2022 r. – 1 127, 2023 r. – 377.

¹⁰⁰ 2019 r. – 236, 2020 r. – 447, 2021 r. – 533, 2022 r. – 416, 2023 r. – 183.

¹⁰¹ 2019 r. – 46, 2020 r. – 179, 2021 r. – 308, 2022 r. – 417, 2023 r. – 107.

¹⁰² Z wyłączeniem SARS-CoV-2.

immunohistochemiczne 959, konsultacje patomorfologiczne 24, w tym badania immunohistochemiczne 48, badania cytologiczne ogółem 152, w tym cytologia ginekologiczna 113, cytologia nieginekologiczna 39;

- rak żołądka - ogółem 2688, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 847, w tym badanie śródoperacyjne 19, badanie immunohistochemiczne 1657, konsultacje patomorfologiczne 9, w tym badania immunohistochemiczne 13, badania cytologiczne ogółem 135, w tym cytologia ginekologiczna 5, cytologia nieginekologiczna 130, badania cytogenetyczne – FISH guzy lite 40;
- szpiczak plazmocytowy - ogółem 4703, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 1095, w tym badanie śródoperacyjne 7, badanie immunohistochemiczne 3028, konsultacje patomorfologiczne 5, w tym badania immunohistochemiczne 18, badania cytologiczne ogółem 65, w tym cytologia ginekologiczna 6, cytologia nieginekologiczna 59, badania cytogenetyczne – hematoonkologia, ogółem 509, w tym FISH 353 i kariotyp 156, sekwencjonowanie następnej generacji 1;
- białaczka¹⁰³ - ogółem 12 790, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 1420, w tym badanie śródoperacyjne 4, badanie immunohistochemiczne 5952, konsultacje patomorfologiczne 4, w tym badania immunohistochemiczne 10, badania cytologiczne ogółem 163, w tym cytologia ginekologiczna 36, cytologia nieginekologiczna 127, badania cytogenetyczne – hematoonkologia, ogółem 1397¹⁰⁴, w tym FISH 1004 i kariotyp 393, badania metodami biologii molekularnej (PCR) 3453¹⁰⁵;sekwencjonowanie następnej generacji 401;
- chłoniak - ogółem 14 929 , w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 2241, w tym badanie śródoperacyjne 30, badanie immunohistochemiczne 12 039, konsultacje patomorfologiczne 83, w tym badania immunohistochemiczne 857, badania cytologiczne ogółem 215, w tym cytologia ginekologiczna 17, cytologia nieginekologiczna 198, badania cytogenetyczne – hematoonkologia, ogółem 194 , w tym FISH 145 i kariotyp 49, badania metodami biologii molekularnej (PCR) 151¹⁰⁶, sekwencjonowanie następnej generacji 6;
- mięsaki tkanek miękkich i kości, nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego (GIST) - ogółem 3477 , w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 1090, w tym badanie śródoperacyjne 48, badanie immunohistochemiczne 2214, konsultacje patomorfologiczne 18, w tym badania immunohistochemiczne 98, badania cytologiczne ogółem 90, w tym cytologia ginekologiczna 1, cytologia nieginekologiczna 89, badania cytogenetyczne – FISH guzy lite 46, badania metodami biologii molekularnej (PCR) 18, sekwencjonowanie następnej generacji 1;
- nowotwory OUN - ogółem 2878, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 718, w tym badanie śródoperacyjne 12, badanie immunohistochemiczne 1958, konsultacje patomorfologiczne 16, w tym

¹⁰³ Przewlekła białaczka limfocytowa, ostra białaczka limfoblastyczna, przewlekła białaczka szpikowa.

¹⁰⁴ Liczba badań to dane szacunkowe: - FISH (60% wszystkich analiz).

¹⁰⁵ 637 badań wykonanych w Laboratorium Genetyki Klinicznej, liczba badań dotyczących analizy chimeryzmu post-SCT to dane szacunkowe (27% wszystkich analiz) i 2816 badań wykonanych w Laboratorium Hematologii w tym 73 badania wykonywanych w przewlekłej białaczce limfocytowej o znaczeniu rokowniczym, a nie diagnostycznym.

¹⁰⁶ 118 badań wykonanych w Laboratorium Genetyki Klinicznej, liczba badań dotyczących analizy chimeryzmu post-SCT to dane szacunkowe (5% wszystkich analiz) i 33 badań wykonanych w Laboratorium.

badania immunohistochemiczne 92, badania cytologiczne ogółem 42, w tym cytologia ginekologiczna 1, cytologia nieginekologiczna 41, badania cytogenetyczne – FISH guzy lite 144;

- nowotwory układu moczowego¹⁰⁷ - ogółem 13 298, w tym badania histopatologiczne (łącznie z cytoblok) 5 446, w tym badanie śródoperacyjne 37, badanie immunohistochemiczne 7 126, konsultacje patomorfologiczne 11, w tym badania immunohistochemiczne 21, badania cytologiczne ogółem 709, w tym cytologia ginekologiczna 5, cytologia nieginekologiczna 704.

(akta kontroli str. 2996-3003)

1.6. W UCK opracowano szczegółowe medyczne procedury radiologiczne, o których mowa w art. 33f ustawy Prawo atomowe. Badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie, z zastosowaniem promieniowania jonizującego, realizowano w Klinice Onkologii i Radioterapii – Zakładzie Radioterapii, Zakładzie Medycyny Nuklearnej oraz Zakładzie Radiologii.

Pisemne procedury szczegółowe z zakresu radioterapii stosowane w Klinice Onkologii i Radioterapii, zawierały elementy określone w art. 33f Prawa atomowego, opis postępowania odnoszącego się do stosowanych w UCK urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, a także do kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń, oraz informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym informacje dotyczące narażenia ww. osób.

Przeprowadzano w latach 2020 - 2023 kliniczne audyty wewnętrzne, stosownie do art. 33u ust. 1 pkt 1 oraz art. 33v prawa atomowego, ponadto przeprowadzono oceny stosowania procedur szczegółowych – badań wykonywanych pacjentom w Zakładzie Radiologii¹⁰⁸, Zakładzie Medycyny Nuklearnej¹⁰⁹.

W okresie objętym kontrolą, w UCK nie były prowadzone audyty kliniczne zewnętrzne realizowane przez Komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych w zakresie realizacji procedur szczegółowych stosowanych w radioterapii, medycynie nuklearnej, radiologii i diagnostyce obrazowej pod kątem ich poprawności i aktualności.

W latach 2022-2023 pracownicy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku przeprowadzili trzy planowe kontrole¹¹⁰ w zakresie higieny radiacyjnej dot.: stosowania aparatów rentgenowskich urządzeń wytwarzających promieniowanie elektromagnetyczne, oraz ochrony radiologicznej pacjenta w Zakładzie Medycyny Nuklearnej i Klinice Onkologii i Radioterapii. W jednym przypadku¹¹¹ stwierdzono nieprawidłowości polegające na:

- nieprzedstawieniu orzeczenia lekarskiego pracownika zatrudnionego w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące,
- nieprzedstawieniu sprawozdania z testów specjalistycznych monitorów stosowanych podczas zabiegów wykonywanych przy pomocy aparatu rentgenowskiego,

dla ww. nieprawidłowości nie wydano zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli str. 1025 – 1135, 2107- 2179)

¹⁰⁷ Rak pęcherza moczowego, rak prostaty, rak nerki.

¹⁰⁸ Za rok 2020 - 13 lipca 2021 r., za rok 2021 – 28 lutego 2022 r., za rok 2022 – 16 marca 2023 r.

¹⁰⁹ Za rok 2021 – 26 maja 2022 r.

¹¹⁰ Protokół kontroli nr OHR.9022.11.82022.JCh.6 z dnia 28 kwietnia 2022 r., Protokół kontroli nr OHR.9022.11.19.2022.IB.4 z dnia 2 listopada 2022 r. i Protokół kontroli nr OHR.9022.11.7.2023.AM.7 z dnia 28 lutego 2023 r.

¹¹¹ Na podstawie protokołu kontroli nr OHR.9022.11.82022.JCh.6 z dnia 28 kwietnia 2022 r.

1.7. Przypadki zachorowań na nowotwory złośliwe gromadzono, przetwarzano i analizowano w Krajowym Rejestrze Nowotworów, na podstawie otrzymywanych kart zgłoszenia nowotworów złośliwych¹¹² (dalej KZNZ). W trakcie kontroli, uzyskano ze Szpitala Copernicus, podmiotu prowadzącego Pomorski Rejestr Nowotworów¹¹³ (dalej: „PRN”) informacje, z których wynikało, że w okresie od 2019-2023 (I kwartał):

- liczba KZNZ zgłoszonych do KRN wyniosła 42 177, z tego w kolejnych latach: 3124¹¹⁴, 8210¹¹⁵, 11 350¹¹⁶, 14 304¹¹⁷, 5189¹¹⁸,
- 41 137¹¹⁹ kart zostało przekazanych w postaci elektronicznej przez lekarzy udzielających świadczenia w UCK, a przez pracowników Rejestru Nowotworów (na podstawie papierowych KZNZ przesłanych przez lekarzy UCK) – 860¹²⁰ kart,
- liczba rozpoznań nowotworów złośliwych zdiagnozowanych w UCK na podstawie badań histopatologicznych łącznie wyniosła 29 630, z tego: 2415 w 2019 r., 5873 w 2020 r., 9705¹²¹ w 2021 r., 9029¹²² w 2022 r. i 2608¹²³ w 2023 r. (I kwartał),
- odsetek kart przekazanych przez UCK zawierających rozpoznanie histopatologiczne wynosił odpowiednio 78,6%, 77,4%, 71,5%, 51,6% i 34,0%, z określonym stadiem zaawansowania wg klasyfikacji TNM¹²⁴ – 84,7%, 78,9%, 78,3%, 80,8 i 85,3%,
- w 2023 r. (I kwartał) przekazano jedną kartę bez określenia kodu ICD-10¹²⁵,
- wprowadzanie danych z KZNZ za lata 2021-2023 jeszcze się nie zakończyło.

(akta kontroli str. 738-740)

Badanie w zakresie kompletności 20 ostatnio przesłanych kart zgłoszenia nowotworu złośliwego wykazało, że:

- w 14 przypadkach wpisano do karty rozpoznanie histopatologiczne, w jednym przypadku nie pobrano materiału do badania z powodu zgonu pacjenta,

¹¹² Druk MZ/N-1a.

¹¹³ Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2018 r. w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz.U. poz.1197, ze zm.).

¹¹⁴ W tym: 2096 kart posiadało status „zaakceptowana” i 924 status „skorygowana” i 52 status „anulowane”.

¹¹⁵ W tym: 5221 kart posiadało status „zaakceptowana”, 23 status „szkic”, 14 status „analizowana”, 1.986 status „skorygowana” i 624 status „anulowane”.

¹¹⁶ W tym: 6250 kart posiadało status „zaakceptowana”, 2968 status „skorygowana”, 4 status „szkic”, 13 status „analizowana” i 980 status „anulowane”.

¹¹⁷ W tym: 6759 kart posiadało status „zaakceptowana”, 5281 status „skorygowana”, 17 status „szkic”, 559 status „wysłana do KRN”, dwie status „analizowana”, jedna status „do korekty” i 527 status „anulowane”.

¹¹⁸ W tym: 1513 kart posiadało status „zaakceptowana”, 1413 status „skorygowana”, 19 status „szkic”, 2008 status „wysłana do KRN”, 50 status „analizowana”, jedna status „do korekty” i 36 status „anulowana”.

¹¹⁹ 2784 w 2019 r., 6338 w 2020 r., 7945 w 2021 r., 10 830 w 2022 r., 4742 w 2023 r. (I kwartał).

¹²⁰ 236 w 2019 r., 624 w 2020 r., 1135 w 2021 r., 1158 w 2022 r., 149 w 2023 r. (I kwartał).

¹²¹ 7306 rekordów zawierało rozpoznanie histopatologiczne poz. 26-27 karty, dodatkowo do KRN przekazano 2399 papierowych wersji wyników histopatologicznych, które zostaną zweryfikowane pod koniec analizowanego roku zgodnie z ustawą z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 773)

¹²² 6781 rekordów zawierało rozpoznanie histopatologiczne poz. 26-27 karty, dodatkowo przekazano do KRN 2248 papierowych wersji wyników histopatologicznych.

¹²³ 1714 rekordów zawierało rozpoznanie histopatologiczne poz. 26-27 karty, dodatkowo przekazano do KRN 894 papierowych wersji wyników histopatologicznych.

¹²⁴ Klasyfikacja TNM opiera się na ocenie trzech najistotniejszych cech w rozwoju choroby nowotworowej: T - wielkości guza pierwotnego, N - obecności (lub braku) przerzutów w węzłach chłonnych, M - obecności (lub braku) przerzutów odległych. Klasyfikacja stopnia zaawansowania TNM pozwala dobrać właściwe, sprawdzone metody leczenia w zależności od stwierdzonego stopnia rozwoju choroby w oparciu o wiedzę dotyczącą przebiegu leczenia tysięcy wcześniejszych przypadków o takim samym stopniu zaawansowania.

¹²⁵ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

- w dwóch przypadkach nie wpisano kodu histopatologicznego, z tego w jednym przypadku nie pobrano materiału do badania z powodu zgonu pacjenta, w drugim uzupełniono opis szczegółowy,
- we wszystkich kartach uzupełniono kod zaawansowania TNM,
- w 13 przypadkach nie wpisano innego kodu zaawansowania, ponieważ zdiagnozowany nowotwór nie posiadał innego odpowiednika stopnia zaawansowania¹²⁶, w czterech przypadkach stopień zaawansowania nie został uzupełniony, w trzech wpisano inne klasyfikacje zaawansowania,
- w jednym przypadku nie wpisano stopnia zaawansowania,
- w dziesięciu przypadkach nie uzupełniono stadium zaawansowania.

(akta kontroli str. 741-812)

Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Pielęgniarstwa wyjaśniła, że Karty MZ/N-1a były wypełniane przez lekarzy prowadzących diagnostykę. Do roku 2021 były wypełniane w wersji papierowej i przekazywane przez sekretariaty poszczególnych Klinik do PRN prowadzonego przy Szpitalu Copernicus. Od 2021 r. UCK przekazywało karty w wersji elektronicznej za pomocą bazy HIS¹²⁷. Przekazywane karty podlegały weryfikacji przez pracowników PRN, którzy na bieżąco zgłaszali uwagi co do ewentualnych rozbieżności, bezpośrednio do lekarza wystawiającego kartę. Sekcja Monitorowania Danych i Statystyki UCK stanowiła ewentualne wsparcie w przypadku niezyskania odpowiedniej informacji od wystawiającego kartę.

(akta kontroli str. 821-822)

W latach 2019 - 2022, UCK zawarło ze Szpitalem Copernicus, umowy¹²⁸ których przedmiotem było okresowe przekazywanie wyników badań histopatologicznych z rozpoznaniem nowotworu, wykonanych w Zakładzie Patomorfologii UCK. Z tytułu realizacji przedmiotu UCK przysługiwało zryczałtowane wynagrodzenie ze środków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach programu wieloletniego NPZChN, zadanie pn. „Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów”.

(akta kontroli str. 813-820)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na:

1. W okresie o 1 stycznia 2023 r. do 11 września 2023 r. UCK nie realizował umowy nr 11/000005/PROJG/22/23, w przedmiocie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie: profilaktyczny program zdrowotny raka jelita grubego, pomimo iż z zapisu § 2 pkt 10 tej umowy wynikał obowiązek systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez świadczeniodawcę przez cały okres jej obowiązywania. Ponadto w myśl § 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹²⁹, świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym.

(akta kontroli str. 1009-1024, 1650-1654, 2180-2182)

¹²⁶ Wg instrukcji wypełnienia karty, w pozycji 33. „Inne Klasyfikacje zaawansowania” Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego informujemy, że mają one zastosowanie wyłącznie dla niektórych rozpoznań nowotworów złośliwych. Klasyfikacja FIGO ma zastosowanie w rozpoznaniu: C51-C54, 56 i 58; klasyfikacja Clark/Breslow ma zastosowanie do C43; klasyfikacja Astler-Coller do C18-C21, klasyfikacja Ann Arbor ma zastosowanie C81-C85, Gleason ma zastosowanie do C61.

¹²⁷ Szpitalny System Informacyjny HIS jest to system służący do archiwizacji, przetwarzania i udostępniania danych związanych z realizacją procesu diagnostyczno-terapeutycznego świadczeniobiorców.

¹²⁸ Umowa z dnia 14 października 2019 r., umowa z 12 listopada 2020 r., umowa z 5 listopada 2021 r., umowa z 18 listopada 2022 r.

¹²⁹ Dz.U. z 2023 r. poz. 1194.

W sprawie przyczyn nierealizowania ww. przedmiotu umowy Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, do zadań którego należało m.in. organizowanie pracy podległych komórek organizacyjnych, koordynowanie i nadzorowanie działalności podległych komórek organizacyjnych, wskazał na wyjaśnienia Kierownik Działu Rozliczeń Usług Medycznych. Kierownik stwierdziła, że UCK podpisało umowę nr 11/000005/PROJG/22 na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - programy zdrowotne - w zakresie: profilaktyczne programy zdrowotne Program Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego z mocą obowiązywania od 1 grudnia 2022 r. W celu rozpoczęcia udzielania świadczeń, UCK musiało przeorganizować czas pracy pracowni endoskopii w celu uruchomienia dostępności dla kolejnej grupy pacjentów. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezbędne było wyodrębnienie rozłącznego czasu pracy pracowni dla tej grupy pacjentów. Stanowi to dla UCK olbrzymi problem, gdyż pracownia jest wykorzystywana w maksymalnym jej czasie dla następujących pacjentów: pacjenci hospitalizowani w oddziałach szpitalnych UCK, pacjenci przyjmowani na ostro z SOR, pacjenci diagnostyki ambulatoryjnej DiLO, pacjenci ambulatoryjni w ramach ASDK i dodatkowo pacjenci profilaktyczni w ramach przedmiotowego programu.

Ordynator Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii do zadań którego należało. zarządzanie i kierowanie Kliniką w zakresie wszystkich funkcji, w tym procesem diagnostyki i leczenia wyjaśnił, że przyczyną nieudzielania świadczeń była konieczność reorganizacji pracy Pracowni Endoskopowej Gastroenterologicznej UCK, jednak pierwsze świadczenia w ramach profilaktycznego programu zdrowotnego raka jelita grubego zaplanowano na dzień 23 września 2023 r.

(akta kontroli str. 1650-1654)

W ocenie NIK przedstawione w wyjaśnieniach argumenty nie mogą stanowić uzasadnienia braku realizacji umowy. UCK bowiem składając do NFZ ofertę konkursową w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne, zadeklarowało gotowość organizacyjną, w tym posiadanie zasobów kadrowych i sprzętu do realizacji programu, a podpisując umowę zobowiązało się do świadczenia usług od 1 stycznia 2023 r.

OCENA CZĄSTKOWA

W UCK zapewniono warunki do realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Zarówno wyposażenie w sprzęt medyczny jak i zasoby kadrowe świadczeniodawcy spełniały wymogi określone przez Ministra Zdrowia oraz kryteria niezbędne do zawarcia umów z Pomorskim Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.

UCK pełnił funkcję Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. 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 UCK bądź przez podmioty zewnętrzne. W UCK obowiązywały procedury regulujące proces żywienia zbiorowego pacjentów i procedury określające standardy żywieniowe dla pacjentów, u których wystąpiła konieczność stosowania żywienia dojelitowego i pozajelitowego, prowadzono również monitoring stanu odżywienia pacjentów.

Opracowano i wdrożono szczegółowe procedury do wykonywania badań z zastosowaniem promieniowania jonizującego z zakresu radiologii zabiegowej. W latach 2020 – 2023 (do dnia zakończenia kontroli) przeprowadzano wewnętrzne audyty kliniczne procedur radiologicznych, zgodnie z przepisami ustawy Prawo

atomowe. UCK rzetelnie realizował obowiązek przekazywania zgłoszeń nowych rozpoznai i podejrzei nowotworów złośliwych do Krajowego Rejestru Nowotworów.

Stwierdzono nieprawidłowość polegającą na:

- nierealizowaniu w okresie od 1 stycznia 2023 do dnia zakończenia kontroli umowy, w przedmiocie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie: profilaktyczny program zdrowotny raka jelita grubego, pomimo iż z zapisu § 2 pkt 10 tej umowy wynikał obowiązek systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez świadczeniodawcę przez cały okres jej obowiązywania.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2019-2023 (I kwartał) wartość zakontraktowanych świadczeń (na koniec poszczególnych lat) w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego, wyniosła 344 175,4 tys. zł.¹³⁰

Wartość świadczeń w poszczególnych zakresach wynosiła:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 27 858,3 tys. zł (2019 r. – 4484,3 tys. zł, 2020 r. – 4948,5 tys. zł, 2021 r. – 7381,7 tys. zł, 2022 r. – 10 313,7 tys. zł, 2023 r. – 730,1 tys. zł);
- leczenia szpitalnego 388 664,8 tys. zł (2019 r. – 71 551,5 tys. zł, 2020 r. – 76 032,4 tys. zł, 2021 r. – 85 229,2 tys. zł, 2022 r. – 126 815,4 tys. zł, 2023 r. – 29 036,3 tys. zł);
- programów profilaktycznych 91,5 tys. zł (2019 r. – 40,2 tys. zł, 2020 r. – 15,3 tys. zł, 2021 r. – 10,2 tys. zł, 2022 r. – 5,1, 2023 – 20,6 tys. zł);
- chemioterapii 138 441,8 tys. zł (2019 r. – 33 493,5 tys. zł, 2020 r. – 29 712,5 tys. zł, 2021 r. – 30 313,3 tys. zł, 2022 r. – 37 099,0 tys. zł, 2023 r. – 7 823,6 tys. zł);
- teleradioterapii 112 729,2 tys. zł (2019 r. – 24 215,6 zł, 2020 r. – 24 395,1 tys. zł, 2021 r. – 27 705,9 tys. zł, 2022 r. – 28 352,3 tys. zł, 2023 r. – 8 060,3 tys. zł);
- programów lekowych 339 632,8 tys. zł (2019 r. – 49 141,9 tys. zł, 2020 r. – 66 193,5 tys. zł, 2021 r. – 83 706,2 tys. zł, 2022 r. – 114 085,2 tys. zł, 2023 r. – 26 506,0 tys. zł).

W latach 2019-2023 (I kwartał) wartość sprawozdanych świadczeń (z tzw. niewykonaniami) w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego, wyniosła 1 017 525,4 tys. zł¹³¹. Wartość świadczeń w poszczególnych zakresach wynosiła:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 28 856,4 tys. zł (2019 r. – 4 449,0 tys. zł, 2020 r. – 4 879,2 tys. zł, 2021 r. – 7 365,8 tys. zł, 2022 r. – 10 291,9 tys. zł, 2023 r. – 1 870,5 tys. zł);
- leczenia szpitalnego 391 185,1 tys. zł (2019 r. – 71 352,4 tys. zł, 2020 r. – 75 173,6 tys. zł, 2021 r. – 85 294,7 tys. zł, 2022 r. – 126 377,4 tys. zł, 2023 r. – 32 987,0 tys. zł);

¹³⁰ W 2019 r. – 182 926,8 tys. zł, w 2020 r. – 201 297,3 tys. zł, w 2021 r. – 234 346,5 tys. zł, w 2022 r. – 316 670,8 tys. zł, w 2023 r. (I kwartał) – 72 176,9 tys. zł.

¹³¹ W 2019 r. – 181 577,8 tys. zł, w 2020 r. – 199 048,1 tys. zł, w 2021 r. – 234 341,1 tys. zł, w 2022 r. – 315 583,0 tys. zł, w 2023 r. – 86 975,4 tys. zł

- programów profilaktycznych 61,0 tys. zł (2019 r. - 34,9 tys. zł, 2020 r. - 13,9 tys. zł, 2021 r. - 10,0 tys. zł, 2022 r. - 2,2);
- chemioterapii 139 053,1 tys. zł (2019 r. - 33 168,6 tys. zł, 2020 r. - 28 552,3 tys. zł, 2021 r. - 30 157,4 tys. zł, 2022 r. - 36 642,8 tys. zł, 2023 r. - 10 532,0 tys. zł)
- teleradioterapii 114 194,4 tys. zł (2019 r. - 24 215,6 tys. zł, 2020 r. - 24 354,9 tys. zł, 2021 r. - 27 649,2 tys. zł, 2022 r. - 28 307,4 tys. zł, 2023 r. - 9 667,3 tys. zł);
- programów lekowych 344 175,4 tys. zł (2019 r. - 48 357,3 tys. zł, 2020 r. - 66 074,2 tys. zł, 2021 r. - 83 864,0 tys. zł, 2022 r. - 113 961,3 tys. zł, 2023 r. - 31 918,6 tys. zł)

W latach 2019-2023 (I kwartał) liczba pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego oraz wartość świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego wyniosła:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 98 029 pacjentów, liczba świadczeń jednostkowych: 218 519 (w tym 44 772 świadczenia w ramach pakietu onkologicznego i 173 747 świadczeń, poza tym pakietem) o łącznej wartości świadczeń 28 856,4¹³² tys. zł (w tym w ramach pakietu onkologicznego 15 342,8¹³³ tys. zł i 13 514,6¹³⁴ tys. zł poza pakietem);
- leczenia szpitalnego 37 396 pacjentów, liczba udzielonych świadczeń jednostkowych 114 934 (w tym 72 726 świadczenia w ramach pakietu onkologicznego i 42 208 świadczeń, poza tym pakietem) o łącznej wartości świadczeń 391 185,1 tys. zł (w tym w ramach pakietu onkologicznego 265 280 tys. zł i 125 905 tys. zł poza pakietem);
- chemioterapii 34 747 pacjentów, liczba świadczeń jednostkowych: 189 721) o łącznej wartości świadczeń 139 053,1¹³⁵ tys. zł;
- teleradioterapii 6 184 pacjentów, liczba świadczeń jednostkowych: 13 647 o łącznej wartości świadczeń 114 194,4¹³⁶ tys. zł;
- programów lekowych 10 170 pacjentów, liczba świadczeń jednostkowych: 64 129 o łącznej wartości świadczeń 344 175,4¹³⁷ tys. zł.

(akta kontroli str. 1136 - 1144)

2.2. W okresie objętym kontrolą, UCK prowadził harmonogramy i listy przyjęć, w tym pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Kierownik Działu Koordynacji Obsługi Badań Obrazowych wyjaśniła, że harmonogramy i listy oczekujących na wizytę w 2019 roku prowadzone były w szpitalnym systemie informatycznym CliniNet, w sposób analogiczny do aktualnie

¹³² W 2019 r. - 4449,0 tys. zł, w 2020 r. - 4879,2 tys. zł, w 2021 r. - 7365,8 tys. zł, w 2022 r. - 10 291,9 tys. zł, w 2023 r. - 1870,4 tys. zł.

¹³³ W 2019 r. - 1991,0 tys. zł w 2020 r. - 2167,6 tys. zł, w 2021 r. - 3796,2 tys. zł, w 2022 r. - 5574,6 tys. zł, w 2023 r. - 1812,4 tys. zł.

¹³⁴ W 2019 r. - 2457,9 tys. zł, w 2020 r. - 2711,6 tys. zł, w 2021 r. - 3569,7 tys. zł, w 2022 r. - 4717,3 tys. zł, w 2023 r. - 58,1 tys. zł.

¹³⁵ 2019 r. - 33 168,6 tys. zł, 2020 r. - 28 552,3 tys. zł, 2021 r. - 30 157,4 tys. zł, 2022 r. - 36 642,8 tys. zł, 2023 r. - 10 532,0 tys. zł.

¹³⁶ W ramach pakietu onkologicznego 2019 r. - 24 215,6 tys. zł, 2020 r. - 24 354,9 tys. zł, 2021 r. - 27 649,2 tys. zł, 2022 r. - 28 307,3 tys. zł, 2023 r. - 9667,3 tys. zł.

¹³⁷ 2019 r. - 48 357,7 tys. zł, 2020 r. - 66 074,2 tys. zł, 2021 r. - 83 863,9 tys. zł, 2022 r. - 113 961,3 tys. zł, 2023 r. - 31 918,6 tys. zł.

przyjętego. Od września 2019 roku, po udostępnieniu środowiska informatycznego aplikacji, były one dodatkowo eksportowane do aplikacji AP-KOLCE.

Liczba pacjentów oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w ośmiu analizowanych komórkach organizacyjnych UCK na koniec I kwartału w latach 2019-2023 wynosiła w:

- Poradni Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka – 44, 49, 101, 139 i 124 pacjentów;
- Poradni Genetyczna. Ośrodek Chorób Rzadkich – 899, 1035, 1167, 1402 i 2105 pacjentów;
- Pracowni Tomografii Komputerowej¹³⁸ – 1619, 1056, 1204, 1786, 2617;
- Pracowni Rezonansu Magnetycznego¹³⁹ – 1611, 1059, 453, 1179, 2390;
- Poradnia Pneumologiczna – 344, 410, 487, 517, 623;
- Poradnia Gastroenterologiczna – 465, 563, 605, 700, 885;
- Poradnia Endokrynologiczna – 634, 687, 3299, 4391, 2206;
- Klinika Gastroenterologii i Hepatologii – 315, 157, 299, 356, 448.

Średni czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń w ww. komórkach organizacyjnych liczony w dniach, na koniec I kwartału poszczególnych lat objętych kontrolą wynosił odpowiednio:

- w Poradni Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka – dla pacjentów stabilnych: 12, 88, 9, 10 i 30 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 6, 33, 4, 7 i 10 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów z kartą DiLO na udzielenie świadczeń wynosił w latach 2020 - 2023 – 13, 16, 15 i 16.
- w Poradni Genetycznej działającej w ramach Ośrodka Chorób Rzadkich – dla pacjentów stabilnych: 117, 151, 169, 138 i 169 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 23, 58, 33, 46 i 69 dni. W latach 2020 – 2023 pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli na bieżąco.
- w Pracowni Tomografii Komputerowej – dla pacjentów stabilnych: 146, 81, 68, 110 i 65 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 47, 15, 19, 29 i 10 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów z kartą DiLO na udzielenie świadczeń wynosił w latach 2020 - 2023 – 4, 9, 7 i 6;
- w Pracowni Rezonansu Magnetycznego – dla pacjentów stabilnych: 259, 299, 186, 158 i 156 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 135, 81, 50, 40 i 51 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów z kartą DiLO na udzielenie świadczeń wynosił w latach 2020 - 2023 – 14, 14, 8 i 8;
- w Poradni Pulmonologicznej – dla pacjentów stabilnych: 202, 289, 170, 209 i 237 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 31, 47, 41, 64 i 80 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów z kartą DiLO na udzielenie świadczeń wynosił w latach 2020 - 2023 – 13, 18, 13 i 17;
- w Poradni Gastroenterologicznej – dla pacjentów stabilnych: 160, 269, 240, 160 i 229 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 29, 41, 40, 65 i 94 dni. Średni czas oczekiwania

¹³⁸ Kod techniczny kolejki 51085.

¹³⁹ Kod techniczny kolejki 51086.

pacjentów z kartą DiLO na udzielenie świadczeń wynosił w latach 2020 - 2023 – 13, 20, 21 i 19;

- w Poradni Endokrynologicznej – dla pacjentów stabilnych: 717, 821, 88 93 i 141 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 23, 22, 49, 22 i 33 dni. W 2020 r. pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli na bieżąco. Średni czas oczekiwania pacjentów z kartą DiLO na udzielenie świadczeń wynosił w latach 2021 - 2023 – 15, 13, i 12;
- w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii – dla pacjentów stabilnych: 117, 119, 95, 84 i 95 dni. Średni czas oczekiwania pacjentów pilnych na udzielenie świadczeń wynosił: 46, 28, 42, 20 i 29 dni. W latach 2020 -2022 pacjenci z kartą DiLO przyjmowani byli na bieżąco. Średni czas oczekiwania pacjentów z kartą DiLO na udzielenie świadczeń wynosił w 2023 r.– 48.

Na podstawie analizy dokumentacji dot. harmonogramów przyjęć oraz 20 kolejno zapisanych pacjentów w harmonogramie przyjęć w I kwartale 2023 r. w: Klinice Gastroenterologii i Hepatologii (Oddział Szpitalny), Poradni Endokrynologicznej, Pracowni Tomografii Komputerowej oraz programu lekowego – Leczenie chorych na raka piersi ustalono, że:

- dla pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy, wyznaczano termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej listy na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴⁰,
- harmonogramy przyjęć zawierały dane:
 - o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h oraz j ustawy o świadczeniach, m.in.: datę i godzinę wpisu, identyfikator skierowania, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniobiorcy, numer telefonu, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu;
 - dotyczące terminu udzielenia świadczenia, tj. termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć, informację o rezerwacji terminu - w przypadku, gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę oraz w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 9b ustawy o świadczeniach;
 - dotyczące kategorii świadczeniobiorcy, tj. oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego - w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach oraz kontynuujący leczenie;
- harmonogramy przyjęć prowadzono w postaci elektronicznej, zgodnie z art. 19a ust. 7 ustawy o świadczeniach;
- na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie byli umieszczani pacjenci kontynuujący leczenie u danego świadczeniodawcy (art. 20 ust. 1a ww. ustawy);
- kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej była ustalana na podstawie kolejności zgłoszeń świadczeniobiorcy, a w przypadku rezygnacji pacjenta z wizyty, nie przesuwano terminu wizyt innym pacjentom. Listę oczekujących prowadzono w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi;

¹⁴⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach.

(akta kontroli str. 2064 - 2106)

2.3. UCK zapewnił koordynację świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, zleconych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W I kwartałach lat objętych kontrolą do Szpitala zgłosiło się łącznie 40 251 pacjentów¹⁴¹, którym uprzednio lekarze wystawili karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, z tego:

- lekarze POZ: 16 018¹⁴² kart DiLO, z tego 14 967¹⁴³ z podejrzeniem nowotworu i 1 051¹⁴⁴ z rozpoznaniem nowotworu;
- lekarze specjaliści udzielających świadczeń w AOS 18 526¹⁴⁵, z tego 12 343¹⁴⁶ z podejrzeniem nowotworu i 6 183¹⁴⁷ z rozpoznaniem nowotworu;
- lekarze specjaliści udzielający świadczeń w programach zdrowotnych wystawili łącznie jedną kartę DiLO (w 2020 r.),
- lekarze specjaliści udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym wystawili łącznie 5 706¹⁴⁸ kart DiLO, z tego 5 529¹⁴⁹ w momencie stwierdzenia nowotworu lub w momencie przyjęcia pacjenta do szpitala, u którego stwierdzono nowotwór i 177¹⁵⁰ kart wydano z powodu zmiany świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 1012-1024)

Analiza 30 kart DiLO¹⁵¹ wystawionych pacjentom wykazała, że:

- w 18 przypadkach karty zostały wystawione przez AOS, w 12 przypadkach przez POZ,
- wszystkie karty zawierały informacje dotyczące numeru, daty i miejsca wystawienia karty, a także nazwę i adres świadczeniodawcy wystawiającego kartę, dane pacjenta, podejrzenie/ rozpoznanie choroby nowotworowej, zalecenie dalszego postępowania oraz dane lekarza wystawiającego kartę, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego¹⁵²,
- w 29 przypadkach odbyło się posiedzenie WZT, który określał plan leczenia onkologicznego, w jednym pacjent został przekierowany na zabieg do innego ośrodka,
- we wszystkich ww. kartach odnotowano potwierdzone podpisem powołanie Koordynatorów dla każdego z leczonych pacjentów, a w 29 przypadkach w systemie szpitalnym Clininet znajdowały się wpisy świadczące o wykonywaniu zadań przez koordynatora,
- w 15 przypadkach pacjenci kontynuujący leczenie onkologiczne w UCK korzystali w usługi fizjoterapeutycznej, w pięciu z konsultacji psychologicznej.

¹⁴¹ Dane z Portalu SZOI - Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji.

¹⁴² W 2019 r. – 2794, 2020 r. – 2744, 2021 r. – 4058, 2022 r. – 4932, 2023 r. – 1490.

¹⁴³ W 2019 r. - 2548, 2020 r. - 2556, 2021 r. - 3815, 2022 r. - 4633, 2023 r. - 1415.

¹⁴⁴ W 2019 r. – 246, 2020 r. – 188, 2021 r. – 243, 2022 r. – 299, 2023 r. – 75.

¹⁴⁵ W 2019 r. - 3243, 2020 r. - 3256, w 2021 r. - 4899, 2022 r. - 5604, 2023 r. - 1524.

¹⁴⁶ W 2019 r. - 1 677, 2020 r. - 2018, 2021 r. - 3 376, 2022 r. - 4124, 2023 r. - 1148.

¹⁴⁷ W 2019 r. - 1 566, 2020 r. - 1 238, 2021 r. - 1 523, 1 480, 2023 r. – 376.

¹⁴⁸ W 2019 r. - 1 780, 2020 r. - 1 410, 2021 r. - 1 285, 2022 r. – 971, 2023 r. – 260.

¹⁴⁹ W 2019 r. - 1 711, 2020 r. - 1 389, 2021 r. - 1 253, 2022 r. – 928, 2023 r. – 248.

¹⁵⁰ W 2019 r. – 69. 2020 r. - 21, 2021 r. – 32, 2022 r. – 43, 2023 r – 12.

¹⁵¹ Powyższe dane uzyskano z systemu informatycznego służącego do obsługi kart DiLO (AP-DiLO) oraz z dokumentacji medycznej pacjentów.

¹⁵² Dz. U poz. 1250.

Z wyjaśnień Kierownik Działu Koordynacji Obsługi Pacjenta Onkologicznego wynika, że, każdorazowo dla pacjenta zgłaszającego się z kartą DiLO wyznaczany był koordynator leczenia onkologicznego. Po pierwszej wizycie w poradni specjalistycznej w ramach karty DiLO pacjent kierowany był do odpowiedniego koordynatora, który prowadził go w całej ścieżce diagnostyki i leczenia. Koordynatorzy leczenia onkologicznego UCK współpracują z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie:

- przekierowywania pacjenta na leczenie do innej placówki - kontakt z koordynatorem w danej placówce,
- umawiania wizyt w innych placówkach dotyczących leczenia bliżej miejsca zamieszkania - kontakt z koordynatorem w innej placówce,
- przekierowywania kart na etapie konsylium, leczenia – kontynuacja.

W posiedzeniach WZT UCK uczestniczyli członkowie wskazani w rozporządzeniu SZP (tj. wybrani lekarze specjaliści oraz dodatkowy personel medyczny i administracyjny). W niektórych konsyliach brał udział psycholog (określał to WZT). Udział poszczególnych osób potwierdzany był w protokole konsylium. W UCK fizjoterapeuci nie uczestniczą w konsyliach. Decyzje o konieczności włączenia do procesu leczenia usługi fizjoterapeutycznej podejmuje lekarz/zespół terapeutyczny. Fizjoterapeuta zasięga informacji o pacjencie od lekarza prowadzącego, a następnie wspólnie uzgadnia wskazania i przeciwwskazania do procedur fizjoterapeutycznych w danej jednostce chorobowej.

(akta kontroli str. 1412-1562)

2.4. Analiza 30 kart DiLO, zapisanych w systemie informatycznym AP-DiLO, wykazała, pod względem terminów określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia¹⁵³ wykazała, że:

- w 18 przypadkach pacjenci realizowali świadczenia diagnostyki wstępnej w UCK, z tego w 17 przypadkach średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie, w ramach pakietu onkologicznego, świadczenia zdrowotnego, zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak również w leczeniu szpitalnym, nie przekroczył 14 dni, w jednym brak daty zapisania pacjenta na listę osób oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach diagnostyki wstępnej;
- w trzech^[154]¹⁵⁵ z 18 ww. przypadków etap diagnostyki wstępnej zakończono po upływie 28 dni od daty zapisania na listę oczekujących lub od udzielenia pierwszej porady. Ponadto w siedmiu przypadkach diagnostykę przeprowadzono w ciągu jednego dnia (ta sama data porady rozpoczynającej i kończącej diagnostykę);
- w 17 przypadkach pacjenci realizowali świadczenia diagnostyki pogłębionej w UCK, w pięciu^[156]¹⁵⁷ przypadkach diagnostyka pogłębiona odbyła się w terminie dłuższym niż 21 dni od daty zapisania na listę oczekujących lub od udzielenia pierwszej porady, w jednym brak daty zapisania pacjenta na listę osób oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach diagnostyki pogłębionej;
- w 11 przypadkach rozpoznanie onkologiczne zostało przeprowadzone w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, w trzech przypadkach

¹⁵³ Zgodnie z § 6a ust. 4 rozporządzenia AOS, zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1 b rozporządzenia SZP.

¹⁵⁴ Nr kart [...], po upływie odpowiednio 62, 55 i 39 dni.

¹⁵⁵ Treść wyłączono na podstawie art. 5 ust.2 ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022, poz.902) ze względu na prywatność osoby fizycznej. Wyłączenia dokonała Agnieszka Solecka – doradca prawny w NIK Delegatura w Gdańsku.

¹⁵⁶ Nr karty [...] po upływie odpowiednio 37, 41, 30, 28 i 37.

¹⁵⁷ Jak w przypisie 155.

stwierdzono brak daty wpisu na listę oczekujących. W trzech przypadkach stwierdzono^{158]}¹⁵⁹ przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz ustalenie planu leczenia onkologicznego przez WZT w okresie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia;

- w 27 przypadkach przeprowadzono posiedzenie zespołu interdyscyplinarnego, z tego 18 przypadków po zakończeniu diagnostyki pogłębionej w okresie od 1 do 40 dni od zakończenia diagnostyki.

Kierownik Działu Koordynacji Obsługi Pacjenta Onkologicznego wyjaśniła, że w trzech stwierdzonych przypadkach dotyczących przekroczenia terminu spowodowana była m.in. koniecznością wykonania dodatkowych badań oraz oczekiwaniem na opis, w przypadku badań obrazowych.

(akta kontroli str. 1412-1562)

2.5. W okresie objętym kontrolą UCK zawarł z NFZ umowy¹⁶⁰ na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych określonych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹⁶¹.

Pomimo zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w ramach ww. programów zdrowotnych, UCK do dnia zakończenia kontroli, tj. 11 września 2023 r. nie rozpoczął udzielania świadczeń z zakresu kolonoskopii, co zostało opisane szczegółowo w punkcie 1.1.

W latach 2019-2023 (I kwartał) w UCK wykonano 6 561¹⁶² badań diagnostycznych kolonoskopii w ramach innych umów zawartych z NFZ.

Z informacji otrzymanych z POW NFZ w Gdańsku wynikało, że:

1) liczba pacjentów w ramach programu:

- profilaktyki raka piersi w latach 2019-2022 wynosiła odpowiednio: 208, 91, 98, 19;
- profilaktyki raka szyjki macicy w latach 2019 – 2020 wynosiła odpowiednio: 295 i 186;

2) liczba wykonanych badań wynosiła w ramach programu:

- mammografii - 426¹⁶³ świadczeń o łącznej wartości 50,5 tys.;
- cytologii - 481¹⁶⁴ świadczeń o łącznej wartości 10,6 tys.;

3) liczba świadczeń wykonanych przez UCK u osób nie objętych programami profilaktycznymi w latach 2019 – 2023 (I kwartał):

¹⁵⁸ Nr kart DiLO [...]po upływie odpowiednio 62, 39, 39 i 45 dni.

¹⁵⁹ Jak w przypisie 155.

¹⁶⁰ Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej (umowa od 01.12.2022 r.), program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki – umowa od 01.07.2017 r., program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny - umowa od 01.07.2017 r., program badań przesiewowych raka jelita grubego – umowa od 01.12.2022 r.

¹⁶¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 916. W zakresie: Programu profilaktyki raka szyjki macicy (Lp. 2 załącznika), Programu profilaktyki raka piersi (Lp. 3 załącznika) oraz Wykonania badań przesiewowych polegających na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina (Lp. 8 załącznika).

¹⁶² W 2019 r. – 1 629, w 2020 r. – 1 190, w 2021 r. – 1 508, w 2022 r. – 1 656, w 2023 r. (I kwartał) – 578. Liczby badań uwzględniają procedury na podstawie ICD-9: 45.23 kolonoskopia, 45.231 fiberokolonoskopia, 45.239 kolonoskopia – inne, 45.253 kolonoskopia z biopsją, 88.305 TK-Wirtualna kolonoskopia.

¹⁶³ W 2019 r. – 216, w 2020 r. – 95, w 2021 r. – 98, w 2022 r. – 19.

¹⁶⁴ W 2019 r. - 295, w 2020 r. - 186.

- mammografia¹⁶⁵ wynosiła odpowiednio: 579, 759, 990, 1 030, 307;
- cytologia¹⁶⁶ wynosiła odpowiednio: 462, 378, 697, 539, 141.

(akta kontroli str. 1012-1024)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność UCK w badanym obszarze. W UCK zapewniono koordynację podejmowanego leczenia, jednak stwierdzono przypadki przekroczenia terminów udzielania świadczeń zleconych na podstawie karty DiLO, których przyczyną konieczność wykonania dodatkowych badań. Prowadzono harmonogramy i listy przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ponadto udzielano świadczeń pacjentom kwalifikującym się do objęcia profilaktycznymi programami zdrowotnymi w zakresie programu: profilaktyki raka piersi i profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny).

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą UCK realizował zadania powierzone przez Ministra Zdrowia w ramach NSO oraz NPZChN.

W ramach NSO realizowano osiem umów zawartych na realizację zadań inwestycyjnych, o łącznej wartości 26 187,5 tys. zł, z tego:

- w 2020 r. jedną umowę¹⁶⁷ o wartości 500,00 tys. zł,
- w 2021 r. trzy umowy¹⁶⁸ o łącznej wartości 5 287,5 tys. zł,
- w 2022 r. dwie umowy¹⁶⁹ o łącznej wartości 2 400, tys. zł,
- w 2023 r. dwie umowy¹⁷⁰ na łączność wartość 18 000,00 tys. zł.

¹⁶⁵ Liczba badań uwzględnia procedury na podstawie ICD-9: 87.35 Mammografia z kontrastem, 87.37 Inna mammografia, 87.371 Mammografia jednej piersi, 87.372 Mammografia obu piersi, 87.373 Mammografia skriningowa obu piersi.

¹⁶⁶ Liczba badań uwzględnia procedury na podstawie ICD-9: 67.13 Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego, 67.14 Procedura diagnostyczna pobranego materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego; 67.19 Inne zabiegi diagnostyczne w zakresie szyjki macicy; 91.436 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou; 91.446 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou; 91.447 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego - badanie cytologiczne; 91.456 Badanie mikroskopowe materiału z macicy - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou; 91.466 Badanie mikroskopowe materiału z krocza - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou.

¹⁶⁷ Umowa nr 1/18/11/2020/25/350 zawarta na zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej.

¹⁶⁸ Umowa nr 1/18/39/2022/2021NW/25/181 zawarta na zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej o wartości 787 500,00 zł, Umowa nr 1/6/22/2021/25/1069 zawarta na wyposażenie zakładów radioterapii o wartości 3 000 000 tys. zł, Umowa nr 1/11/28/2021/25/852 zawarta na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca o wartości 1 500 000,00 zł.

¹⁶⁹ Umowa nr 1/13/7/2022/25/482 zawarta na wyposażenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków na kwotę 2 000 000,00 zł, Umowa nr 1/14/68/2022/25/638 zawarta na zakup sprzętu do diagnostyki nowotworów pęcherza moczowego o wartości 400 000,00 zł.

¹⁷⁰ Umowa nr 1/11/24/2023/25/619 zawarta na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca dla torakochirurgii na lata 2023-2024 na kwotę 3 000 000,00 zł, Umowa nr 1/7/4/2023/25/500 zawarta na wyposażenie zakładów medycyny nuklearnej – wymiana aparatów PET na kwotę 15 000 000,00 zł.

W ramach NPZChN realizowano sześć umów o łącznej wartości 6 686,8 tys. zł, z tego:

- w 2019 r. dwie umowy¹⁷¹ na doposażenie klinik i oddziałów w sprzęt do diagnostyki i leczenia raka na łączną kwotę 1 722,1 tys. zł oraz cztery umowy¹⁷², realizowane też w kolejnych latach, zawarte na realizację programów profilaktycznych, o łącznej wartości 954,2 tys. zł,
- w 2020 r. cztery umowy¹⁷³ zawarte na realizację innych zadań, o łącznej wartości 742,2 tys. zł,
- w 2021 r. cztery umowy¹⁷⁴ zawarte na realizację innych zadań, o łącznej wartości 937,2 tys. zł,
- w 2022 r. dwie umowy¹⁷⁵ zawarte na realizację innych zadań, o łącznej wartości 331,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 1145)

¹⁷¹ Umowa nr 1/11/13/2019/25/16 zawarta na doposażenie klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia raka płuca na lata 2018-2019 na kwotę 974 100,00 zł, Umowa nr 1/13/15/2019/25/780 zawarta na doposażenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek (dorośli).

¹⁷² Umowa nr 1/12/20/2019/25/727 zawarta na realizację Programu oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym na 29 400,00 zł, Umowa nr 1/5/24/2019/25/153 na realizację programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe- Moduł I- wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika na lata 2019-2021 na kwotę 571 336,00 zł, Umowa nr 1/5/52/2019/25/181 zawarta na realizację Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe- Moduł II- wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy na lata 2019-2021 na kwotę 88 444,00 zł, Umowa nr 1/4/98/2019/25/373 zawarta na realizację badań przesiewowych raka jelita grubego na kwotę 265 000,00 zł.

¹⁷³ Umowa nr 1/12/20/2019/25/727 zawarta na realizację Programu oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym na 29 400,00 zł, Umowa nr 1/5/24/2019/25/153 na realizację programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe- Moduł I- wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika na lata 2019-2021 na kwotę 571 336,00 zł, Umowa nr 1/5/52/2019/25/181 zawarta na realizację Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe- Moduł II - wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy na lata 2019-2021 na kwotę 88 444,00 zł, Umowa nr 1/4/98/2019/25/373 zawarta na realizację badań przesiewowych raka jelita grubego na kwotę 53 000,00 zł.

¹⁷⁴ Umowa nr 1/12/20/2019/25/727 zawarta na realizację Programu oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym na 29 400,00 zł, Umowa nr 1/5/24/2019/25/153 na realizację programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe- Moduł I- wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika na lata 2019-2021 na kwotę 571 336,00 zł, Umowa nr 1/5/52/2019/25/181 zawarta na realizację Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe- Moduł II - wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy na lata 2019-2021 na kwotę 88 444,00 zł, Umowa nr 1/4/98/2019/25/373 zawarta na realizację badań przesiewowych raka jelita grubego na kwotę 248 000,00 zł.

¹⁷⁵ Umowa nr 1/5/24/2019/25/153 na realizację programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe- Moduł I - wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika na lata 2019-2021 (przedłużona do sierpnia 2022 r.) na kwotę 286 887,00 zł, Umowa nr 1/5/52/2019/25/181 zawarta na realizację Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe- Moduł II- wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy na lata 2019-2021 na kwotę 44 306,00 zł.

Badaniem szczegółowym objęto cztery umowy o realizację zadań dobrane w sposób celowy¹⁷⁶, z tego trzy w ramach NSO¹⁷⁷ i jedną w ramach NPZChN¹⁷⁸. Oferty, złożone do Ministerstwa Zdrowia w poszczególnych postępowaniach konkursowych:

- spełniały wymagania formalne, zostały złożone w wymaganych terminach, trzy w formie elektronicznej za pośrednictwem ePUAP, jeden za pomocą uzupełnionego formularza, zamieszczonego na Platformie Obsługi Projektów Inwestycyjnych (POPI)¹⁷⁹, zatwierdzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
- zawierały informacje o spełnianiu przez UCK warunków progowych, wskazanych dla każdego z poszczególnych postępowania konkursowych zgodnie ze stanem faktycznym, w tym m. in. dane o łącznej liczbie wykonanych zabiegów, liczbie zatrudnionych lekarzy specjalistów, zakresie udzielania świadczeń w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub hospitalizacji jednego dnia, itp.,
- spełniały wszystkie wymagania merytoryczne, w tym m. in. zawierały wykazy sprzętu wraz z planem rzeczowo – finansowym, miesięczne harmonogramy lub informacje o prowadzonej działalności, w tym np.: o posiadaniu infrastruktury do zainstalowania wnioskowanego sprzętu, pozwalającej na jego uruchomienie lub posiadaniu sprzętu do udzielania świadczeń, itp.,
- zawierały wymagane oświadczenia w tym m.in. o posiadaniu aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o zakwalifikowaniu do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili onkologicznych lub posiadaniu obowiązującej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, itp.

(akta kontroli str. 1146 -1408)

3.2 W wyniku szczegółowego badania sposobu realizacji przez UCK zadań powierzonych zgodnie z trzema umowami zawartymi z Ministrem Zdrowia, w ramach NSO, ustalono, że:

¹⁷⁶ Próba została dobrana w sposób celowy z uwzględnieniem wartości oraz prawdopodobieństwa jej zrealizowania w pełni do dnia zakończenia kontroli.

¹⁷⁷ Umowa nr 1/6/22/2021/25/1069 na doposażenie zakładów radioterapii o wartości 3.000.000,00 zł; Umowa nr 1/11/28/2021/25/852 na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca o wartości 1.500.000,00 zł; Umowa nr 1/13/7/2022/25/482 na doposażenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków o wartości 2.000.000,00 zł.

¹⁷⁸ Umowa nr 1/4/98/2019/25/373 (umowa zawarta na trzy lata) na realizację Programu badań przesiewowych raka jelita grubego o wartości 566.000,00 zł.

¹⁷⁹ Ta forma dotyczyła zadania pn. „Doposażenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” – dla podmiotów udzielających świadczeń dzieciom, formularze przesyłano przez stronę internetową: <https://e-inwestycje.mz.gov.pl/>.

- ze środków NSO sfinansowano zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca¹⁸⁰; sprzęt do diagnostyki białaczek i chłoniaków¹⁸¹, zakup systemu do planowania radioterapii¹⁸², który był zgodny z postanowieniami umów;
- środki pochodzące z NSO zostały wykorzystane zgodnie z zawartymi umowami;
- zakupu sprzętu i aparatury dokonano w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie art. 132 ustawy Prawo zamówień publicznych¹⁸³;
- w rozliczeniach stanowiących podstawę przekazania środków publicznych, sporządzonych według wytycznych Ministra Zdrowia dla poszczególnych zadań, prawidłowo wykazano koszt zakupu sprzętu, pozostałe koszty m.in. koszty dostawy i zainstalowania sprzętu oraz informowano o kosztach szkoleń w zakresie obsługi sprzętu, które UCK pokrywał we własnym zakresie¹⁸⁴ (zgodnie z zapisami umów o realizację zadań NSO Ministerstwo Zdrowia nie pokrywa tych kosztów);
- zakupiona aparatura została oddana do użytku w terminach wynikających z umów zawartych z Ministrem Zdrowia, maksymalnie 30 dni upłynęło od dostarczenia aparatury/sprzętu do UCK (data protokołu zdawczo-odbiorczego) do jej faktycznego oddania do użytku konkretnej klinice;
- przy realizacji jednego zadania w dwóch przypadkach¹⁸⁵ stwierdzono niedotrzymanie warunków umowy przez dostawców sprzętu polegające na opóźnieniu w dostawie sprzętu, o 13 dni, w wyniku czego zostali oni obciążeni karami umownymi¹⁸⁶;
- w przypadku jednego¹⁸⁷ zadania nastąpiła przerwa w realizacji świadczeń przy użyciu zakupionego sprzętu trwająca około 10 miesięcy, spowodowana zniszczeniem części zakupionego sprzętu¹⁸⁸ w wyniku pożaru w budynku Centrum Medycyny Inwazyjnej, gdzie realizowane były świadczenia, UCK przesłał do Ministra Zdrowia plan naprawczy¹⁸⁹, realizację świadczeń wznowiono we wrześniu 2022 r.;
- UCK przedkładało Ministrowi Zdrowia sprawozdania merytoryczne z realizacji zadań, we wskazanych w umowach terminach, w jednym z trzech przypadków,

¹⁸⁰ W ramach zadania zakupiono: cztery videobronchoskopy, jeden tor wizyjny zawierający źródło światła, procesor obrazu endoskopowego, monitor(y) i urządzenia peryferyjne, sześć sond radialnych USG wraz kompletem osprzętu do biopsji obwodowych guzów płuca, jeden procesor obrazu USG współpracujący z sondami radialnymi USG i wideobronchoskopem ultrasonograficznym, dwa videobronchoskopy ultrasonograficzny (EBUS).

¹⁸¹ W ramach zadania zakupiono: jeden sekwenator NGS, dwa mikroskopy optyczne, trzy wirówki laboratoryjne, jeden Procesor tkankowy próżniowy, jeden cytometr przepływowy.

¹⁸² W ramach zadania rozbudowano istniejący system planowania leczenia w Zakładzie Radiologii o dodatkowe funkcjonalności.

¹⁸³ Ustawa z dnia 11 września 2019 r., Dz. U. z 2023 r. poz. 1605, ze zm. (dalej: „pzp”).

¹⁸⁴ Udział własny UCK w realizacji zadania pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” wyniósł 29 950,92 zł, dla zadania pn. „Doposażenie zakładów radioterapii” – zakup systemu planowania radioterapii” wyniósł 53 349,00 zł z tego koszty dostawy, instalacji i szkolenia wyniosły 53 259, zł, dla zadania „Doposażenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” wyniósł 550,19 zł.

¹⁸⁵ Dotyczyły zakupu dwóch mikroskopów optycznych na podstawie umów zawartych na doposażenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek (dorośli).

¹⁸⁶ Na podstawie: noty księgowej nr K-DK/303/2023 z dnia 29 czerwca 2023 r. na kwotę 1 167,89 zł opłaconej 24 lipca 2023 r. i K-DK/302/2023 z dnia 28 czerwca 2023 r. na kwotę 10 827,44 zł, opłaconej 21 lipca 2023 r.

¹⁸⁷ Zadania pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca”

¹⁸⁸ Zniszczeniu uległy: videobronchoskop – 2 szt., tor wizyjny – 1 szt., sondy radialne - 3 szt. procesor obrazu USG współpracujący z sondami radialnymi – 1 szt.

¹⁸⁹ Pismo do Departamentu Oceny Inwestycji z dnia 07.02.2022 r.

przekazano sprawozdanie po upływie 13 dni od wskazanego terminu, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”,

- UCK przedkładało Ministrowi Zdrowia w terminie do dnia 31 stycznia następnego roku budżetowego informacje dot. wykorzystania zakupionego w ramach umowy sprzętu w danym roku, w jednym z trzech przypadków informację przekazano po upływie 86 dni po upływie tego terminu, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;
- działania informacyjne podejmowane przez UCK nie były realizowane w pełni, zgodnie z dyspozycjami zawartymi w umowach z Ministrem Zdrowia o finansowaniu zadań ze środków NSO. W przypadku trzech badanych umów nie podjęto działań polegających na zamieszczeniu informacji o realizacji zadań finansowanych lub dofinansowanych z budżetu państwa na swojej stronie internetowej, a w jednym również na swoich profilach w internetowych serwisach społecznościowych¹⁹⁰, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. W wyniku kontroli NIK ww. informacje zostały opublikowane.

(akta kontroli str. 1147- 1386)

W szczegółowym badaniu sposobu realizacji przez UCK zadań powierzonych zgodnie umową zawartą z Ministrem Zdrowia, w ramach NPZChN ustalono, że:

- przedmiotem umowy była realizacja zadania pn. „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w systemie oportunistycznym na lata 2019 – 2021”;
- w trakcie trwania umowy zrealizowano łącznie 270¹⁹¹ świadczeń;
- podsumowania merytoryczno-finansowe z realizacji umowy, oraz roczne sprawozdanie merytoryczne z realizacji umowy były przekazywane do Ministerstwa Zdrowia w terminach wskazanych w umowie;
- niewykorzystane środki przekazane w trakcie trwania umowy były zwracane Ministerstwu Zdrowia w terminach zgodnych z umową.

Ponadto ustalono, że, dla każdego z zadań objętych szczegółowym badaniem realizowanych na podstawie ww. umów, prowadzono odrębną ewidencję księgową, w sposób umożliwiającą identyfikację poszczególnych operacji księgowych i bankowych w ramach zadania, a wszystkie rozliczenia wykonywane były terminowo.

(akta kontroli str. 1387 - 1408)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Przy realizacji zadań na podstawie trzech umów¹⁹² zawartych z Ministrem Zdrowia, w ramach NSO, nie podejmowano działań informacyjnych o realizacji zadań finansowanych lub dofinansowanych z budżetu państwa, co było niezgodne z art. 35a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹⁹³. W przypadku trzech umów niezamieszczenia informacji na stronie internetowej

¹⁹⁰ Facebook.

¹⁹¹ W 2019 r. wykonano 70 badań, w tym 4 w znieczuleniu, w 2020 r. wykonano 100 badań, w tym 22 w znieczuleniu i w 2021 r. wykonano 100 badań, w tym 19 w znieczuleniu.

¹⁹² Umowa nr 1/11/28/2021/25/852 z dnia 15 października 2021 r., Umowa nr 1/6/22/2021/25/1069 z dnia 3 listopada 2021 r., Umowa nr 1/13/7/2022/25/482 z dnia 6 września 2022 r.

¹⁹³ Dz. U. z 2021 r. poz. 305, ze zm.

UCK¹⁹⁴, a w przypadku jednej umowy¹⁹⁵ również w mediach społecznościowych, czym naruszono § 2 pkt 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 maja 2021 r. w sprawie określenia działań informacyjnych podejmowanych przez podmioty realizujące zadania finansowane lub dofinansowane z budżetu państwa lub z państwowych funduszy celowych¹⁹⁶.

(akta kontroli str. 1267 - 1357)

Specjaliści ds. Sprzedaży i Zakupu Usług Medycznych odpowiedzialni za realizację tego zadania wyjaśnili, że nie podjęcie ww. działań informacyjnych wynikało z błędnej interpretacji zapisów umowy, które według nich odnosiły się tylko do zawieszenia tablic informacyjnych, zgodnie ze wzorem zamieszczonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

(akta kontroli str. 1267 – 1357, 1366 - 1138)

2. UCK z opóźnieniem przekazało Ministrowi Zdrowia:

- sprawozdanie merytoryczne z realizacji Umowy nr 1/13/7/2022/25/482¹⁹⁷ według wzoru określonego w załączniku nr 5 dnia 26 stycznia 2023 r., tj. 13 dni po terminie określonym w § 2 pkt 21 ww. umowy.
- informację o sposobie wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach „Narodowej Strategii Onkologicznej w 2022 r. według wzoru określonego w załączniku nr 4 do umowy nr 1/6/22/2021/25/1069¹⁹⁸ przesłano dnia 28 kwietnia 2023 r., tj. 86 dni po terminie określonym w § 5 pkt 3 ww. umowy.

(akta kontroli str. 1296 – 1320, 1325- 1353, 1369 - 1386)

Specjalista ds. Sprzedaży i Zakupu Usług Medycznych odpowiedzialny za przygotowanie sprawozdań wyjaśnił, że przyczyną przekroczenia terminów wskazanych w umowach był nadmiar obowiązków. Okresy, na które przypadało przygotowywanie sprawozdań, charakteryzowały się niezwykle dużym obciążeniem pracy. Pracownicy koncentrowali swoje wysiłki na działaniach związanych z realizacją programu ministerialnego „Kordian” oraz dostarczeniem rocznych sprawozdań z wykorzystania sprzętu w zawartych w umowach z Ministerstwem Zdrowia.

(akta kontroli str. 1321-1324, 1354-1357)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność UCK w badanym obszarze. Objęte badaniem oferty złożone przez UCK do Ministra Zdrowia, w ramach NSO, zawierały informacje zgodne ze stanem faktycznym, spełniały warunki progowe i formalne udziału w konkursie. Zrealizowane zadania były zgodne z warunkami zawartych umów w zakresie m.in: rodzaju zakupionego sprzętu, terminowości jego przekazania do realizacji świadczeń, poprawności składania rozliczeń będących podstawą przekazania środków oraz sposobu realizacji świadczeń. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

¹⁹⁴ <https://uck.pl/>.

¹⁹⁵ Umowy nr 1/13/7/2022/25/482 z dnia 6 września 2022 r. na zadanie „Doposażenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków – dla podmiotów udzielających świadczeń dzieciom”

¹⁹⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 953, ze zm.

¹⁹⁷ Na realizację zadania pn. „Doposażenie klinik i oddziałów hematologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków – dla podmiotów udzielających świadczeń dzieciom”

¹⁹⁸ Na realizację zadania pn. „Doposażenie zakładów radioterapii” – zakup systemu planowania radioterapii lub jego nowych wersji, a także dodatkowych funkcjonalności do posiadanego systemu wraz z niezbędnym sprzętem w 2021 r.”

- nie podejmowano działań informacyjnych o realizacji zadań finansowanych lub dofinansowanych z budżetu państwa na swojej stronie internetowej, a w przypadku jednej umowy również w mediach społecznościowych;
- nieterminowym przekazaniu sprawozdania merytorycznego z realizacji Umowy i informacji o sposobie wykorzystania zakupionego sprzętu.

Powyższe nieprawidłowości nie miały istotnego wpływu na realizację zadań.

IV. Uwagi i wnioski

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

- Wnioski
1. Realizacja świadczeń w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych zgodnie z zawartymi z NFZ umowami.
 2. Terminowe przekazywanie Ministrowi Zdrowia sprawozdań merytorycznych.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli 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 Gdańsku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Gdańsk, dnia 17 października 2023 r.

Kontroler
Beata Smyk
starszy inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku
Dyrektor
Z up. Dariusz Jurczuk
p.o. wicedyrektor Delegatury

.....
podpis

.....
podpis