



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD – 4101-03-02/2013
P/13/130

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/13/130 - – Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
<i>Kontrolerzy</i>	1. Aniela Tazbir-Wierzbicka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87359 z dnia 07.06.2013 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 1-2)</p> 2. Dorota Paszkiewicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87358 z dnia 07.06.2013 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 3-4)</p>
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny SP ZOZ, ul. Madalińskiego 25, 02-544 Warszawa (zw. dalej Szpitalem)
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Bogdan Chazan, Dyrektor Szpitala <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 5)</p>

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zakresie realizacji umów zawartych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne: program profilaktyki raka piersi oraz program profilaktyki raka szyjki macicy, w latach 2009-2013 (I półrocze).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności to, że:

- Szpital realizował zadania w zakresie programów profilaktyki raka piersi oraz raka szyjki macicy, w latach 2009-2013 (I półrocze) zatrudniając personel o niezbędnych kwalifikacjach oraz posiadając sprzęt medyczny, umożliwiający realizację programów, zgodnie z ofertami i umowami zawartymi z MOW NFZ;
- raporty statystyczne dotyczące udzielonych świadczeń w ramach programów profilaktycznych były przekazywane do MOW NFZ na bieżąco za pomocą systemu informatycznego SIMP.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości nie miały negatywnego wpływu na osiągnięcie zakładanych umowami celów i polegały na tym, że :

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

- Szpital nie zapewnił pacjentom z dniem 1 stycznia 2013 r. możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty²;
- Szpital przekazywał w latach 2011-2013 (I półrocze), karty zgłoszenia nowotworu złośliwego do regionalnego rejestru onkologicznego z niezachowaniem wymaganego terminu;
- w Szpitalu nie było dokumentacji potwierdzającej przekazanie kart zgłoszenia nowotworu złośliwego do regionalnego rejestru onkologicznego za lata 2009-2010;
- dokumentacja medyczna, dotycząca badań mammograficznych wykonywanych w ramach programu profilaktyki raka piersi w latach 2009-2013, przechowywana była w Szpitalu w sposób niezgodny z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- dokumentacja medyczna, dotycząca badań mammograficznych wykonywanych w latach 2009-2013 (luty i marzec) w ramach programu profilaktyki raka piersi, w postaci kart badania mammograficznego, była sporządzana w sposób nierzetelny.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja Programu profilaktyki raka piersi

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą, Szpital zawarł z OBNFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, w zakresie: program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy oraz etap pogłębionej diagnostyki, w których określono zakres, organizację i warunki finansowania świadczeń. Umowę nr 07-00-01273-09-03/06 (7-00319-10-01-2009-2011/09) z dnia 26 stycznia 2009 r. zawarto na okres od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r.³, a umowę z dnia 22.02.2012 r. nr 07R-1-00319-10-01-2012-2014/12⁴ od 1 stycznia 2012 do 31 grudnia 2014 r. Umowy te corocznie aktualizowano. Do powyższych umów sporządzono 4 załączniki: Załącznik nr 1-Plan rzeczowo-finansowy, Załącznik nr 2-Harmonogram-zasoby, Załącznik nr 3-Wykaz podwykonawców, Załącznik nr 4-Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

(dowód: akta kontroli str. 38-372)

1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w ramach Programu profilaktyki raka piersi etap podstawowy oraz etap pogłębionej diagnostyki, realizowano w Szpitalu wykorzystując aparat RTG mammograficzny SENOGAPHE DMR PLUS firmy GE Medical Systems, wyprodukowany w roku 2006. Aparat posiadał aktualne wpisy dotyczące przeglądów technicznych.

² Stosownie do art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm.)

³ Do powyższej umowy podpisano: w roku 2009: 5 Aneksów- dotyczące zmian w załączniku nr 1 (Plan rzeczowo-finansowy) oraz Załączniku nr 2 (Harmonogram-Zasoby), w roku 2010- 4 aneksy- dotyczące zmian w załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2, w roku 2011- 3 aneksy dotyczące Załącznika nr 1 oraz Ugodę nr 7-00319-10-01-2009-2011/11-UR, która dotyczyła zapłaty na rzecz Szpitala dodatkowego wynagrodzenia przez Oddział NFZ, w wysokości 19 870,80 zł.

⁴ Do powyższej umowy podpisano: w roku 2012: 9 Aneksów- dotyczące zmian w załączniku nr 1 (Plan rzeczowo-finansowy) oraz Załączniku nr 2 (Harmonogram-Zasoby) oraz Porozumienie z 5 marca dotyczące zmniejszenia wartości umowy i Ugodę nr 1-00319-10-01-2012-2014/12-UR, która dotyczyła zapłaty na rzecz Szpitala dodatkowego wynagrodzenia przez Oddział NFZ, w wysokości 1 760,00 zł; w roku 2013- do zaktualizowanej umowy na 2013 r. podpisano 2 aneksy, które dotyczyły zmian w załączniku nr 2.

(dowód: akta kontroli str. 373-375, 423)

Szpital w kontrolowanym okresie posiadał zezwolenie na uruchomienie i stosowanie tego aparatu, wydane decyzją nr 262z/2006 z dnia 08.11.2006 r. przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe.⁵

(dowód: akta kontroli str.376)

W Szpitalu został opracowany i wdrożony program ochrony radiologicznej dla pracowni mammograficznej stosownie do postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi⁶ oraz zakładowy plan postępowania awaryjnego zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z 18 stycznia 2005 r. w sprawie planów postępowania radiacyjnego w przypadku zdarzeń radiacyjnych.⁷

(dowód: akta kontroli str.377-379 a, 387-388)

W latach 2010-2013 Wojewódzki Ośrodek Koordynujący przeprowadzał w Szpitalu coroczną kontrolę jakości badań mammograficznych wykonywanych w ramach „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi”, na podstawie których ocenił, że pracownia mammograficzna w Szpitalu realizuje badania w sposób prawidłowy w zakresie ocenianych parametrów.

Kontroli poddano raporty z audytu wewnętrznego przeprowadzanego corocznie w latach 2009-2013, przez specjalistę ds. kontroli zarządczej i systemu jakości oraz raporty z klinicznego audytu wewnętrznego (przeprowadzanego przez lekarza i technika elektroradiologii). Z raportów tych wynika, że system zarządzania jakością pracowni rtg jest prawidłowo wdrożony i utrzymywany.

(dowód: akta kontroli str. 380-383, 384-388)

1.2. Pomieszczenia, w których udzielano świadczeń w badanym zakresie, były oznakowane zgodnie z § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.⁸

(dowód: akta kontroli str. 400-403)

1.3. Świadczenia zdrowotne w ramach programu profilaktyki raka piersi-etap podstawowy, były udzielane w latach 2011-2013 (I półrocze) przez 3 lekarzy, w łącznym wymiarze 1,5 etatu oraz 6 techników elektroradiologii, w łącznym wymiarze 4,5 etatu⁹;

(dowód: akta kontroli str.406-411)

Świadczenia zdrowotne w ramach programu profilaktyki raka piersi-etap pogłębionej diagnostyki, były udzielane w latach 2011¹⁰, 2012¹¹ i 2013¹²:

a) dla mammografii uzupełniającej: przez 2 lekarzy, w łącznym wymiarze 1 etatu oraz 6 techników elektroradiologii, w łącznym wymiarze 4,5 etatu;

b) dla badania USG piersi oraz dla biopsji cienkoigłowej oraz gruboigłowej (z użyciem technik obrazowych pod kontrolą USG) przez 1 lekarza, w wymiarze 0,5 etatu.

(dowód: akta kontroli str.406-411)

⁵ Dz.U.1012.264 ze zm.

⁶ Dz. U. 2006, nr 180, poz. 1325.

⁷ Dz. U. z 2005 r. nr 20 poz. 169 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2008 nr 81 poz. 484

⁹ Wg stanu na 31 grudnia w latach 2011-2013 (I półrocze)

¹⁰ Stan na 31.12.2011 r.

¹¹ Stan na 31.12.2012 r.

¹² Stan na 30.06.2013 r.

1.4. W latach 2009-2013 (I półrocze) w ramach Programu profilaktyki raka piersi- etap podstawowy oraz etap pogłębionej diagnostyki, badanie mammograficzne wykonano u 9 612 kobiet, w tym: w roku 2009¹³ r.- 1 858, w roku 2010¹⁴ – 2 211, w roku 2011¹⁵ – 2 349, w roku 2012¹⁶ – 2 545, w I półroczu 2013¹⁷ r.- 649.

OW NFZ przekazywał terminowo należności za wykonane przez Szpital badania
(dowód: akta kontroli str.416, 1161-1162)

Liczba oraz wartość zakontraktowanych, wykonanych i zapłaconych świadczeń, udzielonych w ramach realizacji Programu profilaktyki raka piersi- etap podstawowy oraz etap pogłębionej diagnostyki w latach 2009-2013 (I półrocze) wynosiła:

Nazwa świadczenia	rok	Plan umowy		Wykonanie umowy		Rachunki do mowy	
		pkt	zł	pkt	zł	pkt	Zł
Program profilaktyki raka piersi- etap podstawowy	2009	16 749	154 090,80	16 731	153 925,20	16 731	153 925,20
	2010	20 016	184 147,20	20 016	184 147,20	20 016	184 147,20
	2011	22 446	206 503,20	22 446	206 503,20	22 446	206 503,20
	2012	22 105	203 366,00	21 447	197 312,40	21 447	197 312,40
	2013(I pół.)	10 864	99 948,80	5 418	49 845,60	5 418	49 845,60
Program profilaktyki raka piersi- etap pogłębionej diagnostyki	2009	917	9 170,00	946	9 460,00	917	9 170,00
	2010	1 056	10 560,00	1 056	10 560,00	1 056	10 560,00
	2011	1 684	16 840,00	1 684	16 840,00	1 684	16 840,00
	2012	2 211	22 110,00	2 241	22 410,00	2 196	21 960,00
	2013(I pół.)	952	9 520,00	912	9 120,00	615	6 150,00

Analiza danych dotyczących liczby zakontraktowanych, wykonanych oraz zapłaconych świadczeń, wykazała różnice pomiędzy liczbą punktów wykonanych przez Szpital a liczbą punktów sfinansowanych przez NFZ w ramach realizacji programu profilaktyki raka piersi etap pogłębionej diagnostyk. W roku 2009 wykonano 946 pkt, na kwotę 9 460 zł, natomiast NFZ zapłacił za 917 pkt, tj. 9 170 zł, (różnica 29 pkt na kwotę 290 zł). W 2012 r. wykonano 2 241 pkt- na kwotę 22 410 zł, a NFZ zapłacił za 2 196 pkt, tj. 21 960 zł, (różnica 45 pkt na kwotę 450 zł).

(dowód: akta kontroli str.421)

Kierownik Działu Dokumentacji Medycznej, Statystyki i Analiz Pani Ewa Peńsko wyjaśniła, cyt.: „...różnica w liczbie punktów wykonanych a liczbą punktów sfinansowanych przez NFZ ma miejsce wtedy, gdy rozpoczęta diagnostyka nie zostanie zakończona w terminie 45 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego z NFZ; zdarza się tak w sytuacji, gdy pacjentka zgłasza się na badanie mammograficzne do etapu podstawowego, następnie zalecana jest diagnostyka pogłębiona (dodatkowa mammografia, USG, biopsja cienko- lub gruboigłowa); jeżeli pacjentka sama nie przyjdzie po odbiór badania, informowana jest telefonicznie przez pracownika pracowni RTG o konieczności wykonania dodatkowego badania lub badań. Szpital nie jest w stanie zmusić pacjentki do stawienia się na badania

¹³ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 1 789, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 69, z rozpoznaniem stanu przedrakowego- 65, u których rozpoznano raka piersi- 4;

¹⁴ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 2 131, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 80, z rozpoznaniem stanu przedrakowego- 77, u których rozpoznano raka piersi- 3;

¹⁵ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 2 220, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 129, z rozpoznaniem stanu przedrakowego- 127, u których rozpoznano raka piersi- 2;

¹⁶ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 2 399, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 146, z rozpoznaniem stanu przedrakowego-140, u których rozpoznano raka piersi- 6;

¹⁷ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 591, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 58, z rozpoznaniem stanu przedrakowego-54, u których rozpoznano raka piersi- 4;

wyceny procedur rzeczywistych tzw. KKL. Szpital pracuje na programie INFOMEDICA firmy ASSECO. Celem porównania WPN z KKL jest osiągnięcie możliwości oceny opłacalności wykonywania poszczególnych procedur”.

(dowód: akta kontroli str. 426-428.)

1.7. W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał ważną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą dla Klienta Korporacyjnego oraz ubezpieczenie sprzętu elektronicznego.

Zakres zawartego ubezpieczenia spełniał wymogi określone w art. 136b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹, jak również wymagania zawarte w § 3 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zawartych z MOW NFZ w okresie objętym kontrolą.

(dowód: akta kontroli str.450-516)

1.8. W kontrolowanym okresie, w ramach realizacji programu profilaktyki raka piersi, Szpital korzystał z usług 2 podwykonawców: firmy SYNLAB Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie oraz firmy Baltic Medica Spółka Akcyjna z siedzibą w Gdyni, na podstawie umów, których przedmiotem było udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Szpitala w zakresie badań histopatologicznych.²⁰

(dowód: akta kontroli str.517-543)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2011-2013, 13 z 20 wysłanych kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, zostało przekazanych po terminie przewidzianym w rozporządzeniach Rady Ministrów w sprawie programów badań statystycznych statystyki publicznej²¹, tj. po przekroczeniu 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozpoznano chorobę. Opóźnienie wynosiło od 18 do 81 dni.²²

Dyrektor Szpitala wyjaśnił cyt.: „Dział Dokumentacji Medycznej, Statystyki i Analiz (DDMSiA) zwyczajowo wysyła karty nowotworowe, które spływają ze wszystkich komórek Szpitala, w tym również z pracowni RTG, na początku miesiąca za miesiąc poprzedni. W sytuacji, kiedy karty z jakiegoś powodu są dostarczone do DDMSiA po tym dniu, wysyłane są w terminie późniejszym. W dniu 7 sierpnia 2013 r. Kierownik DDMSiA-Pani Ewa Peńsko ustaliła termin wysyłania kart nowotworowych na 15 dzień miesiąca lub, gdy 15 jest dniem wolnym od pracy-na ostatni dzień pracy. Również osoby kierujące oddziałami i pracownią RTG zostały zobowiązane do terminowego wypełniania kart nowotworowych i przekazywania ich do DDMSiA celem wysyłki do Krajowego Rejestru Nowotworów.”

(dowód: akta kontroli str.393-394)

2. Szpital nie posiadał dokumentacji potwierdzającej przekazywanie w latach 2009-2010 kart zgłoszenia nowotworu złośliwego.²³

Pani Iraida Szandruk-Łabędzka wyjaśniła: cyt. „Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego w 2009 oraz 2010 r. były wysyłane do Wojewódzkiego Rejestru

¹⁹ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

²⁰ Umowa z dnia 12 listopada 2007 r. oraz umowa nr K1/2010/1 z 17 maja 2010 r. podpisane z firmą Synlab Sp. z o.o. oraz umowa nr K2/2011/1 z 30 sierpnia 2011 r. podpisana z firmą Baltic Medica Spółka Akcyjna.

²¹ Dz. U. z 2008 r. Nr 221, poz. 1436 ze zm., Dz. U. z 2009 r. Nr 3, poz. 14 ze zm., Dz.U. z 2010 r. Nr 239, poz. 1594 ze zm., Dz. U. z 2011 r. Nr 173, poz.1030 ze zm., Dz. U.2012.1391;

²² Opóźnienia w przekazywaniu kart zgłoszenia nowotworu złośliwego do regionalnego rejestru onkologicznego wynosiły: w 4 przypadkach- 18 dni, w 2 przypadkach-21 dni, w 1 przypadku, 22 dni, w 3 przypadkach- 27 dni, w 1 przypadku: 46, 52 i 81 dni.

²³ Wymóg zawarty w przepisach Rozporządzeń: Dz.U.2012.1391 ze zm., Dz. U. z 2011 r. Nr 173, poz. 1030 ze zm., Dz. U. z 2010 r. Nr 239, poz. 1594 ze zm., Dz. U. z 2010 r. Nr 3, poz. 14 ze zm., Dz. U. z 2008 r. Nr 221. poz. 1436 ze zm.

Nowotworów; jako pracownicy pracowni RTG nie jesteśmy w stanie udostępnić dokumentacji potwierdzającej wysłanie kart nowotworowych do rejestru, ponieważ prowadzona wtedy dokumentacja pomocnicza wewnętrzna (zeszyt z listą pacjentek ze stwierdzonym nowotworem) zaginęła.”

(dowód: akta kontroli str.577-578)

Dyrektor Szpitala Pan Bogdan Chazan wyjaśnił cyt.: „W latach 2009-2010 Szpital przesyłał karty zgłoszenia nowotworu złośliwego do Krajowego Rejestru Nowotworów, jednak w chwili obecnej w Pracowni RTG nie znaleziono zeszytu zawierającego informacje dla których pacjentów i kiedy te karty były wysyłane; z Kierownikiem Pracowni RTG została przeprowadzona rozmowa przypominająca o konieczności terminowego wypełniania kart nowotworowych i przekazywania ich do DDMSiA bezpośrednio po ich sporządzeniu celem wysyłki do Krajowego Rejestru Nowotworów.”

(dowód: akta kontroli str.393-394)

Powyższe, w ocenie NIK, wskazuje na niedopełnienie obowiązków odnośnie postępowania z dokumentacją dotyczącą wysyłania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego, co w konsekwencji prowadziło do naruszenia postanowień § 73 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁴

3. Kontroli poddano 1 559²⁵ kart badania mammograficznego z lat 2009-2013, z miesięcy: luty i marzec (tj.16,2% kart pacjentek przebadanych w ramach profilaktyki raka piersi w latach 2009-2013).

Karty wypełniane były przez lekarzy nierzetelnie, gdyż nie zawierały tak istotnych danych, jak:

- w 7 kartach z lat 2009 i 2010 stwierdzono brak podpisu i pieczętki lekarza,
- w 234 kartach stwierdzono brak pieczętki lekarza z danymi: imieniem i nazwiskiem lekarza, specjalizacją oraz numerem posiadanych uprawnień.

Ponadto powyższe karty nie zawierały danych dotyczących:

- imienia i nazwiska (w 1317 kartach-84,5%),
- nr PESEL pacjentki (w 1433 kartach- 91,9%),
- nr ewidencyjnego pacjentki (w 1463 kartach- 93,8%),
- daty badania (w 1439 kartach- 92,3%),
- inicjałów technika wykonującego badanie (w 852 kartach-54,7%).

Powyższe nieprawidłowości stanowią naruszenie przepisów § 10 ust. 1 pkt 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁶.

Pani dr Iraida Szandruk-Łabędzka wyjaśniła cyt.: „Pacjentka wypełnia ankietę dla kobiet objętych populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi; numer identyfikacyjny badania (pacjentki) oraz datę nadaje system SIMP. W związku z tym lekarze wypełniający karty mammograficzne identyfikowali badanie na podstawie numeru z ankiety oraz numeru ze zdjęcia rentgenowskiego. Nazwisko podane przez pacjentkę w ankiecie, jest również widoczne na etykiecie na zdjęciu RTG. Z braku czasu-mając niezbędne dane w celu identyfikacji pacjentki, nie były

²⁴ Dz.U.2010.252.1697 ze zm.

²⁵ Analizie poddano dokumentację z miesięcy lutego i marca z każdego roku okresu objętego kontrolą, tj. lat 2009-2013, w tym: za 2009 r.- 261 kart, za 2010 r. 336 kart, za 2011 r.- 369 kart, za 2012 r.- 402 kart, za 2013 r.- 191 kart.

²⁶ Dz. U. Nr 252 poz. 1697 ze zm.

w pełni wypełniane karty badania mammograficznego. Po poinformowaniu o powyższym przez kontrolujących, zobowiązują siebie oraz pozostałych lekarzy do rzetelnego wypełniania kart mammograficznych.

(dowód: akta kontroli str.547-474, 575-576)

NIK bierze pod uwagę powyższe wyjaśnienia oraz fakt, że karty badania mammograficznego znajdowały się na odwrocie ankiety, wskazuje jednak, że właściwym postępowaniem w tym przypadku jest wpisywanie przez lekarza danych pacjenta na stronie karty badania mammograficznego.²⁷

4. W trakcie badania dokumentacji medycznej w postaci kart mammograficznych (z lutego i marca lat 2009-2013), opisanego powyżej, stwierdzono rozbieżności pomiędzy liczbą przebadanych kobiet w ramach programu profilaktyki raka piersi- etap podstawowy, wprowadzonych za te miesiące do systemu SIMP, a liczbą kart badania mammograficznego udostępnioną kontrolującym. Liczba przebadanych kobiet wykazana w systemie SIMP była wyższa (od 6 do 40 badań w poszczególnych miesiącach).

(dowód: akta kontroli str.390-392)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił cyt.: „Rozbieżności w ilości kart badania mammograficznego pacjentek przebadanych w ramach programu profilaktyki raka piersi podane przez Dział Dokumentacji Medycznej, Statystyki i Analiz i sprawdzone w wybranych okresach, przechowywane w pracowni RTG, wynikają z faktu, że nie zawierają kart badań pacjentek skierowanych do diagnostyki pogłębionej (mammografia uzupełniająca, porady, badania USG, biopsje cienko i gruboigłowej); dokumentacja etapu diagnostyki pogłębionej prowadzona jest i archiwizowana oddzielnie. W wyniku sugestii kontrolerów NIK założono (od sierpnia 2013 r.) rejestr pacjentek skierowanych do diagnostyki pogłębionej w ramach programu profilaktyki raka piersi.”

(dowód: akta kontroli str.393-394)

5. Dokumentacja medyczna dotycząca świadczeń udzielonych w latach 2009-2013 w ramach programu profilaktyki raka piersi (tj. m. in. karty badania mammograficznego, wyniki badań rentgenowskich, opisy badań, skierowania na badania), były przechowywane w sposób niezgodny z przepisami § 73 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, tj. dokumenty przechowywane były na szafkach niezabezpieczonych przed dostępem osób trzecich, w pomieszczeniu rejestracyjnym, graniczącym z korytarzem głównym Szpitala- łącznie 121 segregatorów z dokumentacją medyczną.

(dowód: akta kontroli str.400-403)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „W Szpitalu prowadzona jest inwestycja rozbudowy, w zakresie której powstaje docelowe archiwum dokumentacji medycznej- planowany termin ukończenia XI 2013 r. (dotychczasowe archiwum jest za małe – dokumentacja medyczna przechowywana jest w pomieszczeniach zastępczych). Aby uniknąć wielokrotnego przenoszenia dokumentacji, dokumentacja RTG była przechowywana na terenie pracowni RTG w segregatorach z oznaczeniem roku i miesiąca wykonania badania. Do pomieszczenia tego mają dostęp tylko pracownicy Pracowni RTG. Po zwróceniu przez kontrolerów NIK uwagi na nieprawidłowość takiego przechowywania dokumentacji, w dniu 23 i 24 lipca 2013 r. dokumentacja została przeniesiona do wygospodarowanego miejsca aktualnie

²⁷ § 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

istniejącego archiwum. Tam będzie gromadzona do czasu oddania do użytku właściwego archiwum Szpitala.”

(dowód: akta kontroli str.393-394)

6. Szpital nie zapewnił pacjentom z dniem 1 stycznia 2013 r., możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, co było niezgodne z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dyrektor szpitala wyjaśnił, że cyt. „Szpital jeszcze nie wprowadził możliwości e-rejestracji. Szpital systematycznie od 2010 r. w ramach pozyskiwanych środków finansowych, dostosowuje system informatyczny HIS do przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Obecnie dokumentacja medyczna zaimplementowana jest do systemu Elektronicznego w 80%. Funkcjonalność systemu zapewniająca m. in. możliwość umawiania się drogą elektroniczną na wizyty będzie kolejnym etapem procesu, który jest w trakcie przygotowań ”.

(akta kontroli str. 393-394)

Ocena
częstkowa

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

2. Program profilaktyki raka szyjki macicy

Opis stanu
faktycznego

2.1. Program profilaktyki raka szyjki macicy- etap podstawowy, realizowany był w Szpitalu w latach 2009-2010 (I półrocze) w ramach umów zawartych z MOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej-w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania- zakres skojarzony: umowa nr 07R-1-00319-02-01-2008-2010/09 (07-00-01273-09-05/06) z dnia 4 lutego 2009 r., umowa nr 07R-1-00319-02-01-2008-2010/10 (07-00-01273-10-06/06) z dnia 10 lutego 2010 r., umowa nr 07R-1-00319-02-01-2011-2013/11 (07-00-01273-11-07/06) z dnia 18 lutego 2011 r., umowa nr 07R-1-00319-02-01-2011-2013/12 (07-00-01273-12-10/06) z dnia 14 lutego 2012 r., umowa nr 07R-1-00319-02-01-2011-2013/3 (07-00-01273-13-01/06) z dnia 11 stycznia 2013 r.²⁸

Program profilaktyki raka szyjki macicy- etap pogłębionej diagnostyki, realizowany był w Szpitalu w latach 2012-2013 (I półrocze) w ramach umów zawartych z MOW NFZ o oddzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, w których określono zakres, organizację i warunki finansowania świadczeń. Umowę nr 07-00-01273-09-03/06 (7-00319-10-01-2009-2011/09) z dnia 26 stycznia 2009 r. zawarto na okres od 1 stycznia.2009 r. do 31 grudnia 2011 r., a umowę z dnia 22.02.2011 r. nr 07R-1-00319-10-01-2012-2014/12²⁹, na okres od 1 stycznia 2012 do 31 grudnia 2014 r. Umowy te corocznie aktualizowano. Do powyższych umów sporządzono 4 załączniki: Załącznik nr 1- Plan rzeczowo-finansowy, Załącznik nr 2- Harmonogram-zasoby, Załącznik nr 3- Wykaz podwykonawców, Załącznik nr 4- Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

(dowód: akta kontroli str.581-1157)

²⁸ Do powyższych umów podpisano w latach 2009-2013 łącznie 39 Aneksów- dotyczących m. in zmian w załączniku nr 1 (Plan rzeczowo-finansowy) oraz Załączniku nr 2 (Harmonogram-Zasoby), w roku 2010- 4 aneksy- dotyczące zmian w załączniku nr 1 oraz Załączniku nr 2, w roku 2011- 3 aneksy dotyczące Załącznika nr 1 oraz Porozumienie z 6 marca 2013 r. dotyczące zmniejszenia wartości umowy i Ugodę nr 1-00319-02-01-2011-2013/12-UR, która dotyczyła zapłaty na rzecz Szpitala dodatkowego wynagrodzenia przez Oddział NFZ, w wysokości 90 591,00 zł;

²⁹ Do powyższej umowy podpisano: w roku 2012: 9 Aneksów- dotyczące zmian w załączniku nr 1 (Plan rzeczowo-finansowy) oraz Załączniku nr 2 (Harmonogram-Zasoby) oraz Porozumienie z 5 marca 2012 dotyczące zmniejszenia wartości umowy i Ugodę nr 1-00319-10-01-2012-2014/12-UR, która dotyczyła zapłaty na rzecz Szpitala dodatkowego wynagrodzenia przez Oddział NFZ, w wysokości 1 760,00 zł; w roku 2013- do zaktualizowanej umowy na 2013 r. podpisano 2 aneksy, które dotyczyły zmian w załączniku nr 2.

2.2. Personel medyczny oraz jego przygotowanie zawodowe, jak również sprzęt medyczny wykorzystywany do udzielania świadczeń w badanym zakresie, były zgodne z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych³⁰ oraz zarządzeniach Prezesa NFZ - załącznik nr 3, dotyczących zasad realizacji Programu profilaktyki raka szyjki macicy.³¹

(dowód: akta kontroli str. 404)

Świadczenia zdrowotne w ramach Programu profilaktyki raka szyjki-etap podstawowy, udzielane były w latach 2011-2013 (I półrocze):

- w 2011 r. - przez 25 lekarzy, w łącznym wymiarze 19,7 etatu³²,

- w 2012 r. - przez 24 lekarzy, w łącznym wymiarze 18,3 etatu³³

- w 2013 r. - przez 24 lekarzy w łącznym wymiarze 18,55 etatu;³⁴

Świadczenia zdrowotne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy-etap pogłębionej diagnostyki, udzielane były w latach 2012³⁵ i 2013³⁶:

- w 2012 r.- przez 2 lekarzy, w łącznym wymiarze 1,8 etatu,

- w 2013 r.- przez 4 lekarzy, w wymiarze 3,8 etat.,

(dowód: akta kontroli str.412-415)

2.3. W latach 2009-2013 (I półrocze) w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap podstawowy, badanie cytologiczne wykonano łącznie u 2 131 kobiet, w tym: w roku 2009 r.- 557³⁷, w roku 2010³⁸ – 640, w roku 2011³⁹ – 162, w roku 2012⁴⁰ – 529, w I półroczu 2013 r.- 243.

(dowód: akta kontroli str.421, 1163)

Liczba oraz wartość zakontraktowanych, wykonanych i zapłaconych świadczeń, udzielonych w ramach realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy-etap podstawowy oraz etap pogłębionej diagnostyki w latach 2009-2013 (I półrocze) wynosiła:

Nazwa świadczenia	rok	Plan umowy		Wykonanie umowy		Rachunki do mowy	
		pkt	zł	pkt	zł	pkt	Zł
Program profilaktyki raka szyjki macicy-etap podstawowy	2009	1 720	15 480,00	1 671	15 039,00	1671	15 039,00
	2010	2 311	20 799,00	1 911	17 199,00	1 911	17 199,00
	2011	507	4 563,00	507	4 563,00	507	4 563,00
	2012	1 560	14 040,00	1 560	14 040,00	1 560	14 040,00
	2013(I pół.)	660	5 940,00	714	6 426,00	660	5 940,00
Program profilaktyki raka szyjki macicy-etap pogłębionej diagnostyki	2009	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	2010	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	2011	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	2012	31	310,00	0	0,00	0	0,00
	2013(Ipół.)	50	500,00	0	0,00	0	0,00

³⁰ Dz.U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1148

³¹ Nr 81/2008/DSOZ z 14.10.2008 r. r., Nr 57/2009/DSOZ z 29.10.2009 r., Nr 11/2010/DSOZ z 29.01.2010 r., Nr 35/2011/DSOZ z 07.07.2011 r., Nr 63/2011/DSOZ z 13.10.2011 r., Nr 98/2012/DSOZ z 21.12.2012 r.

³² Wg stanu na 31 grudnia 2011 r.

³³ Stan na 31 grudnia 2012 r.

³⁴ Stan na 30 czerwca 2013 r.

³⁵ Stan na 31.12.2012 r.

³⁶ Stan na 30.06.2013 r.

³⁷ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 545, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 12, z rozpoznaniem stanu przedrakowego- 0, u których rozpoznano raka szyjki macicy- 0;

³⁸ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 631, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 9, z rozpoznaniem stanu przedrakowego- 0, u których rozpoznano raka szyjki macicy- 0;

³⁹ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 162, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 0, z rozpoznaniem stanu przedrakowego- 0, u których rozpoznano raka szyjki macicy- 0;

⁴⁰ Liczba kobiet: z prawidłowym wynikiem- 525, skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki- 4, z rozpoznaniem stanu przedrakowego- 0, u których rozpoznano raka szyjki macicy- 0;

(dowód: akta kontroli str. 421)

MOW NFZ wywiązywał się terminowo z obowiązku przekazywania należności za wykonane przez Szpital badania.

(dowód; akta kontroli str.1161-1162)

W latach 2012-2013 w programie profilaktyki raka szyjki macicy-etap pogłębionej statystyki nie wykonano żadnego badania. Jak wyjaśniła Zastępca Kierownika Przychodni Przyszpitalnej Izby Przyjęć lek. Katarzyna Jaroszevska cyt. „ W Poradni Ginekologiczno-Położniczej Przychodni Przyszpitalnej nie było pacjentek zakwalifikowanych do badania kolposkopowego lub kolposkopowego z pobraniem wycinków po pierwszym etapie programu profilaktyki raka szyjki macicy, zrealizowanego w naszej placówce bądź skierowanej z innej Poradni”.

(dowód: akta kontroli str.1164)

2.4. W związku z realizacją programu profilaktyki raka szyjki macicy, w kontrolowanym okresie Szpital korzystał w ramach podwykonawstwa z usług dwóch firm, udzielających również świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi.⁴¹

(dowód: akta kontroli str.517-543)

2.5. Raporty statystyczne dotyczące udzielonych świadczeń w ramach programów profilaktycznych przekazywano do NFZ na bieżąco, za pomocą systemu informatycznego SIMP.

(dowód: akta kontroli. str.448-449)

**Ocena
częstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski
pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴², wnosi o:

1. zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną;
2. podjęcie działań w celu terminowego przesyłania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego do regionalnego rejestru onkologicznego;
3. podjęcie działań organizacyjnych skutkujących prawidłowym przetwarzaniem, sporządzaniem oraz przechowywaniem dokumentacji medycznej znajdującej się w Szpitalu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

⁴¹ Umowa z dnia 12 listopada 2007 r. oraz umowa nr K1/2010/1 z 17 maja 2010 r. podpisane z firmą Synlab Sp. z o.o. oraz umowa nr K2/2011/1 z 30 sierpnia 2011 r. podpisana z firmą Baltic Medica Spółka Akcyjna.

⁴² Dz. U. z 2012 r., poz.82

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 5 września 2013 r.

Aniela Tazbir-Wierzbicka
Główny specjalista k.p.



podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor



Dorota Paszkiewicz
Specjalista k.p.



podpis