



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.411.005.01.2015

R/15/005

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

R/15/005 – Wdrożenie i realizacja pakietu onkologicznego.

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontrolerzy

1. Paweł Korzeniowski, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr 97616 z dnia 2 listopada 2015 r.
2. Rafał Zyzik, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr 97617 z dnia 2 listopada 2015 r.

97616 [Dowód: akta kontroli str. 1 - 4]

Jednostka
kontrolowana

Centrum Onkologii - Instytut im Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie (zwany dalej: Instytutem lub Centrum), 31-115 Kraków, ul. Garncarska 11.

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Prof. Jerzy Jakubowicz od dnia 19 września 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 5]

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

Instytut rozliczał w 2015 r. świadczenia onkologiczne przede wszystkim na podstawie wcześniejszych zasad, tj. umów określających limity wykonywanych usług medycznych, choć wprowadzone, z dniem 1 stycznia 2015 r., regulacje prawne w ramach pakietu onkologicznego, eliminowały limity² na wykonanie świadczeń onkologicznych

Wartość świadczeń wykonanych w ramach pakietu onkologicznego, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) oraz leczenie szpitalne, stanowiła, w okresie od stycznia do września 2015 r., jedynie 37,9% wartości świadczeń wykonanych w ramach umów, w których zawarte były limity poszczególnych świadczeń (w tym 6,62% w AOS i 44,37% w leczeniu szpitalnym). Niewielka była również liczba pacjentów którzy uzyskali świadczenia w ramach pakietu onkologicznego. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej³ pacjenci tacy stanowili jedynie 10,62% świadczeniobiorców, zaś w leczeniu szpitalnym 50,19%, podczas gdy odsetek pacjentów onkologicznych⁴ w łącznej liczbie pacjentów leczonych w Instytucie wyniósł około 61%.

Przyjmowanie pacjentów poza systemem pakietu onkologicznego powodowało, że nie mogli oni skorzystać z uregulowań dotyczących czasu trwania procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

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.

² Dotyczyło to wybranych rodzajów nowotworów oraz wiązało się z wymogiem uzyskania przez pacjenta Karty DiLO.

³ W wyczeniu uwzględniono również pacjentów kontynuujących leczenie z lat poprzednich, w związku z faktem, że również tacy pacjenci mogli uzyskać Kartę DiLO. Nie dotyczyło to pacjentów AOS, którym postawiono diagnozę do końca 2015 r. a w 2015 r. prowadzono lub kontynuowano leczenie.

⁴ Tj. z rozpoznaniem, jak dla pacjentów kwalifikujących się do pakietu onkologicznego.

Świadczenia udzielane w ramach pakietu onkologicznego wykonywane były na bieżąco, zaś w przypadku świadczeń planowych, udzielanych w niektórych komórkach organizacyjnych⁵, pacjenci oczekiwali na ich uzyskanie od 15 do 89 dni.⁶

W odniesieniu do świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego, zastrzeżenia NIK budzi to, że w 30, spośród 65 analizowanych przypadków, konsylium odbywało się po upływie 14 dni od daty wpisania pacjenta na listę osób oczekujących, choć § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷ stanowił, że określenie sposobu postępowania terapeutycznego i podjęcie leczenia powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

Z opóźnieniem wprowadzono procedurę leczenia bólu, o której mowa w § 5a powyższego rozporządzenia.

Dane zawarte w niektórych Karach DiLO nie były kompletne i nie pozwalały rzetelne udokumentowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Spośród 44 analizowanych Kart, w jednej skład Konsylium był niezgodny z § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego;⁸ w kolejnej nie wskazano koordynatora procesu leczniczego, do czego zobowiązywał wyżej wskazany przepis; w żadnej z Kart nie odnotowano, aby w Konsylium brała udział osoba prowadząca fizjoterapię, psycholog lub psychoonkolog.⁹

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

1.1. Spełnianie przez świadczeniodawców wymogów realizacji pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

W wybranych poradniach specjalistycznych (poradni onkologicznej, chirurgii onkologicznej, urologii), liczba lekarzy, ich kwalifikacje, wyposażenie, wymagane rodzaje sprzętu odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.¹⁰

[Dowód: akta kontroli str. 9 – 11, 19 – 22, 214-352]

Institut we własnym zakresie zapewnił, w latach 2014-2015, diagnostykę laboratoryjną, badania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania

⁵ Tj. w Pracowni PET, Pracowni Scyntygrafii oraz Pracowni rezonansu magnetycznego oraz Klinice onkologii, Klinice chirurgii onkologicznej, Klinice ginekologii onkologicznej.

⁶ W I kwartale 2015 r. od 19 dni do 39 dni, w II kw. od 17 dni do 89 dni, w III kw. od 15 dni do 20 dni.

⁷ Dz. U. z 2013 r. poz. 1520 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

⁹ Zgodnie z § 4a ust. 1, pkt 3) ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, świadczeniodawca udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu onkologicznego ma zapewniać udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa. Tym samym nie są oni obowiązkowo członkami konsylium. Mają oni natomiast brać udział w procesie leczenia pacjenta. Udział ten musi zostać udokumentowany.

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1413 ze zm.

PET, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych, zgodnie z § 6a pkt 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 19 – 22, 204, 214-352]

W toku kontroli przedstawiono „Instrukcję postępowania z pacjentami posiadającymi założoną Kartę DiLO (Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego)”. Instrukcja została zaprezentowana – jak wynika z wyjaśnień - podczas zebrania Dyrekcji Instytutu z zespołem lekarskim, w dniu 30 stycznia 2015 r. Nie została formalnie wprowadzona stosownym zarządzeniem Dyrektora Instytutu, nie wskazano w niej również daty wejścia w życie.

[Dowód: akta kontroli str. 208–213, 463]

1.2. Realizacja pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

Liczba pacjentów z rozpoznaniem oznaczonym symbolami C00-C97, z wyłączeniem C44 oraz D00-D09, z wyłączeniem D04, którzy uzyskali świadczenia zdrowotne w 2014 r. wyniosła 19.069. Według stanu na 30 listopada 2015 r., pacjentów takich w 2015 r. było 20.183, z tego 2.183 (10,62%) udzielono świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, a pozostałym 18.374¹¹ na podstawie umów zawartych z NFZ, w których określone zostały limity poszczególnych świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 434]

W okresie pierwszych trzech kwartałów 2015 r. zostało wydanych 749 Kart DiLO przez lekarzy Instytutu udzielających świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zamkniętych¹² zostało w tym okresie 20 Kart. Do poradni ambulatoryjnej zgłaszali się również pacjenci z 470 Kartami DiLO wystawionymi przez lekarzy POZ, spośród których 172 zostały w tym okresie zamknięte.

[Dowód: akta kontroli str. 22, 432]

W okresie od stycznia do końca października 2015 r. nie odnotowano (poza badaniem PET oraz RTG¹³) zmniejszenia liczby wykonywanych badań diagnostycznych w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Wzrosła w tym okresie liczba udzielanych porad z 106.286 do 108.335.

[Dowód: akta kontroli str. 56]

1.3. Dostęp do świadczeń, w tym diagnostycznych.

Opis stanu faktycznego

Jak wynika z danych przekazanych do NFZ świadczenia udzielane w poradniach Instytutu,¹⁴ a także Pracowni medycyny nuklearnej oraz Pracowni endoskopii i Pracowni badań mammograficznych były udzielane w latach 2014-2015 (do końca III kwartału) na bieżąco, zarówno pacjentom uzyskującym te świadczenia w ramach umów objętych limitami (przypadki stabilne oraz pilne), jak również w ramach pakietu onkologicznego.

Pacjenci, w tym okresie, oczekiwali na udzielenie świadczeń planowych, w ramach umów określających limity wykonywanych świadczeń, w Pracowni PET, Pracowni

¹¹ W tym pacjenci kontynuujący leczenie rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r. Ponadto w okresie od 1 stycznia do 4 grudnia 2015 r. Instytut rozliczył w ramach umów objętych limitami świadczenia formalnie kwalifikujące się do realizacji w ramach pakietu onkologicznego, m.in. w sytuacji zgłoszenia się pacjentów bez Karty DiLO (6.605 przypadków).

¹² Zamknięcie Karty DiLO, a w konsekwencji brak możliwości jej dalszego wypalniaia następuje w przypadku zakończenia procesu leczniczego lub nie stwierdzenia nowotworu złośliwego.

¹³ Zmniejszenie liczby wykonywanych badań RTG było nieznaczne i wyniosło w okresie I-X 2015 r. 7.829, podczas gdy w analogicznym okresie roku 2014 było to 7.860.

¹⁴ Tj.: onkologicznej, chemioterapii, ginekologii, ginekologii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, urologii.

Scyntygrafii oraz Pracowni rezonansu magnetycznego¹⁵. Na koniec I kwartału 2015 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń planowych w Pracowni PET wynosił 8 dni, Pracowni scyntygrafii 96 dni, Pracowni tomografii komputerowej 42 dni, Pracowni rezonansu magnetycznego 59 dni. Na koniec III kwartału wyniósł 7 dni w przypadku Pracowni PET, 18 dni w przypadku Pracowni scyntygrafii, 46 dni w odniesieniu do świadczeń udzielanych w Pracowni tomografii komputerowej oraz 77 dni w przypadku Pracowni rezonansu magnetycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 23 – 30, 393-416]

Analiza 65 Kart DiLO, zapisanych w systemie informatycznym i zawierających dane o dacie pierwszej wizyty w ramach diagnostyki wstępnej, dacie pierwszego badania diagnostycznego (etap wstępny), dacie zakończenia diagnostyki pogłębionej, dacie wpisu do kolejki osób oczekujących na leczenie, dacie konsylium, oraz dacie rozpoczęcia leczenia wykazała, m.in. że od dnia pierwszej wizyty na etapie diagnostyki wstępnej do dnia zakończenia diagnostyki pogłębionej mijało od 0 dni (2 przypadki) do 26 dni (średnio ok. 13 dni).

[Dowód: akta kontroli str. 393 – 416, 554]

Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozliczeń Świadczeń Medycznych wyjaśnił, że z formalnego punktu widzenia pacjenci nie posiadający Karty DiLO mogą mieć wydłużony czas oczekiwania m.in. na badania diagnostyczne, gdyż „uprzywilejowani” są pacjenci posiadający Kartę DiLO. „Natomiast pacjenci posiadający Kartę DiLO na etapie „leczenie” mogą mieć wydłużony czas oczekiwania do badań diagnostycznych, gdyż pacjentami „uprzywilejowanymi” są pacjenci posiadający Kartę DiLO i będący na etapie diagnostyki wstępnej i pogłębionej. W Instytucie takie przypadki nie miały miejsca lub występowały sporadycznie”.

Dyrektor Instytutu powołał Zespół do oceny kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń ambulatoryjnych.

W sprawozdaniu z audytu zleconego przez Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie ustalono, że ocena list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w Zakładzie radioterapii, Klinice chirurgii onkologicznej, Klinice ginekologii onkologicznej, Oddziale chemioterapii dziennej, Oddziale zabiegowym urologii onkologicznej odbywa się raz w miesiącu, co spełnia wymagania NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 22, 23, 512]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia udzielanie świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w ramach pakietu, w dniu zgłoszenia się pacjentów do Instytutu.

2. Leczenie szpitalne

2.1. Spełnianie przez świadczeniodawców wymogów realizacji pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

W wybranych klinikach (tj.: Klinice onkologii, chirurgii onkologicznej), liczba lekarzy, ich kwalifikacje, wyposażenie, wymagane rodzaje sprzętu odpowiadały wymogom określonym w Załączniku Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 204-206, 214-376]

¹⁵ Jedynie w przypadku świadczeń w Pracowniach tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego odnotowano fakt oczekiwania na udzielenie świadczeń w trybie pilnym wynoszący odpowiednio 8 dni i 7 dni.

¹⁶ Dz. U. z 2013 r. poz.1520 ze zm.

Instytut określił „Procedurę obsługi pacjenta z „pakietem onkologicznym” na etapie leczenia szpitalnego”, o której mowa w § 4 a ust. 1, pkt 1 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 378 - 381]

2.2. Realizacja pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

Instytut na etapie leczenia szpitalnego wydał w I kw. 2015 r. 1.695 Kart DiLO, w II kw. 847, w III kw. 894, a w IV kw 490.¹⁷ Instytut zamknął na etapie leczenia szpitalnego 20 Kart DiLO w I kwartale 2015 r., 40 Kart w II kw.; 21 Kart w III kw. oraz 104 karty w IV kw. 2015 r.¹⁸

Liczba wykonywanych hospitalizacji, w okresie od stycznia do końca października 2015 r. wyniosła 15.724 i była wyższa niż w analogicznym okresie roku poprzedniego o 1.211, tj. o 8,3%.

[Dowód: akta kontroli str. 22, 432]

Liczba pacjentów z rozpoznaniem oznaczonym symbolami C00-C97, z wyłączeniem C44 oraz D00-D09, z wyłączeniem D04, którzy uzyskali świadczenia zdrowotne w lecznictwie szpitalnym w 2014 r. wyniosła 4.112. Według stanu na 30 listopada 2015 r., pacjentów takich w 2015 r. było 5.037¹⁹, z tego 2.528 (50,19%) udzielono świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, a pozostałym 2.509 na podstawie umów objętych limitami.

[Dowód: akta kontroli str. 434]

W Instytucie funkcję koordynatora procesu leczniczego pełniło pięć osób. Każda z nich koordynowała proces leczniczy w dwóch komórkach organizacyjnych. Do ich zadań należało m.in. udzielanie informacji pacjentom, pośredniczenie w kontaktach z personelem medycznym. W celu ułatwienia kontaktu, pacjentom leczonym w Centrum Onkologii, Oddziale w Krakowie wydawano wizytówki z numerem kontaktowym do koordynatora. Na stronach internetowych zamieszczono numery telefonów do koordynatorów. W związku z pełnieniem funkcji koordynatora procesu leczniczego, dokonano zmian w zakresach obowiązków służbowych wybranych pracowników.

[Dowód: akta kontroli str. 31 - 46]

W Instytucie miały miejsce przypadki wykonania świadczenia (dodatkowego badania, w tym diagnostycznego) po uprzednio zwołanym konsylium. Powyższe świadczenia zostały rozliczone z Funduszem w ramach umów objętych limitami. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień „Brak możliwości oszacowania liczby powyższych przypadków oraz poniesionych kosztów”.

Nie odnotowano przypadków rozliczania więcej niż jednego pakietu onkologicznego.

[Dowód: akta kontroli str. 8, 55 - 58]

Instytut opracował procedurę leczenia bólu, o której mowa w § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.²⁰ Procedurę tą wprowadzono z dniem 1 grudnia

¹⁷ Do dnia 25 listopada 2015 r.

¹⁸ Dane na dzień 30 listopada 2015 r.

¹⁹ W tym kontynuujących leczenie z 2014 r.

²⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.; § 5a został dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. (Dz. U. z 2014 r., poz. 1441) zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dniem 1 stycznia 2015 r.; § 5a stanowi, że świadczeniodawca udzielający

2015 r. W okresie 3 miesięcy przed tą datą prowadzono jej pilotaż mający na celu określenie formy prowadzenia Karty Natężenia Bólu.

[Dowód: akta kontroli str. 484 - 487]

Ogledziny 44 losowo wybranych Kart DiLO²¹ wykazały, że żadna z nich nie została przekazana do lekarza POZ. Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozliczeń Świadczeń Medycznych wyjaśnił, że w przypadku gdy Instytut dysponował informacją o lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej danego pacjenta, to po zakończeniu leczenia onkologicznego karty DiLO były odsyłane przez pracownika Działu Obsługi Pacjenta. W przypadku Kart DiLO, wystawionych przez innego lekarza niż POZ, Instytut ma duże trudności z ustaleniem lekarza pierwszego kontaktu, a pacjenci często nie potrafią go wskazać. W okresie od 1 stycznia do 30 listopada 2015 r. odesłano 185 Kart DiLO do lekarzy POZ.

[Dowód: akta kontroli str. 363, 491 - 492]

2.3. Dostęp do świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Według danych przekazywanych do NFZ w 2015 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego nie przekraczał 14 dni. Według stanu na koniec I kwartału 2015 r. wynosił w poszczególnych klinikach Instytutu od 2 dni do 4 dni; w II kwartale od 4 do 14 dni (Klinika onkologii), a w III kwartale od 4 dni do 8 dni (Klinika onkologii).

Pacjenci oczekujący na udzielenie świadczeń planowych (poza pakietem onkologicznym) oczekiwali dłużej (za wyjątkiem Kliniki nowotworów układowych i uogólnionych, do której pacjenci byli przyjmowani na bieżąco). W I kwartale 2015 r. było to od 19 dni do 39 dni (Klinika ginekologii onkologicznej). Na koniec II kwartału było to od 17 dni do 89 dni, a na koniec III kwartału od 15 dni do 20 dni. W przypadkach pilnych pacjenci uzyskujący świadczenia poza pakietem onkologicznym byli przyjmowani na bieżąco.

[Dowód: akta kontroli str. 382-392]

Analiza 65 Kart DiLO z systemu informatycznego Instytutu, zawierających dane o dacie pierwszej wizyty w ramach diagnostyki wstępnej, dacie pierwszego badania diagnostycznego (etap wstępny), dacie zakończenia diagnostyki pogłębionej, dacie wpisu do kolejki osób oczekujących na leczenie, dacie konsylium oraz dacie rozpoczęcia leczenia wykazała, że:

Konsylium odbywało się od 7 dni do 29 dni po wpisaniu pacjenta na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (leczenia szpitalnego); w przypadku 30 Kart DiLO był on dłuższy niż 14 dni, choć § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. stanowi, że określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez zespół, i podjęcie leczenia powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

[Dowód: akta kontroli str. 393 – 416, 534]

świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu.

²¹ Wybrane Karty DiLO spełniały następujące kryteria: dotyczyły pacjentów leczonych w Instytucie po 1 stycznia 2015 r., zostały wystawione przez lekarzy POZ lub przez lekarzy udzielających świadczeń w AOS zarówno w Instytucie, jak również w innych podmiotach, a także przez lekarzy na etapie leczenia szpitalnego, w miesiącach kwiecień, lipiec, sierpień 2015 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

Zastrzeżenia NIK budzi to, że:

- w przypadku 30 spośród 65 Kart DiLO analizowano dane zawarte w systemie informatycznym Instytutu i stwierdzono, że konsylium odbywało się po upływie 14 dni od daty wpisania pacjenta na listę osób oczekujących, choć § 4a ust. 1 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. stanowił, że określenie sposobu postępowania terapeutycznego i podjęcie leczenia powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia;
- z opóźnieniem wprowadzono procedurę leczenia bólu, o której mowa w § 5a ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia realizację pakietu onkologicznego na etapie leczenia szpitalnego.

3. Wybrane zagadnienia związane z jakością udzielanych świadczeń

W 2015 (do końca października), liczba chorych na raka piersi, u których oznaczono ekspresję receptora HER2 na materiale pochodzącym spoza Instytutu (w ramach konsultacji dla ambulatoriów i klinik Instytutu) wyniosła 14 przypadków, z tego w 3 przypadkach stwierdzono dodatni status receptora HER2.

W powyższym okresie wykonano łącznie 80 innych badań oznaczeń na materiale spoza Instytutu (w ramach konsultacji dla ambulatoriów i klinik Instytutu) w celu:

- określenia statusu receptora EGFR u chorych na raka płuca - 13 przypadków;
- określenia statusu receptora EGFR u chorych na raka jelita grubego - 36 przypadków;
- określenia statusu receptora HER2 u chorych na raka żołądka - 4 przypadki;
- określenia ekspresji antygenu CD20 u chorych na chłoniaki nieziarnicze z komórek szeregu B - 27 przypadków.

[Dowód: akta kontroli str. 470 – 476]

Zgodnie z Załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, warunkiem ich udzielania na oddziale onkologicznym jest m.in. zapewnienie realizacji badań: patomorfologicznych, cytofluorometrycznych oraz cytogenetycznych.

Jak wyjaśnił Pan Prof. dr hab. med. Janusz Ryś „Warunkiem skutecznej selekcji chorych do leczenia spersonalizowanego jest potwierdzenie w komórkach nowotworowych obecności markera będącego molekularnym celem leczenia (...). Celem tym jest najczęściej wybrane białko receptorowe lub zmutowany gen. Świadczeniodawca dla poprawnego zastosowania terapii celowanych powinien posiadać możliwość wykonania wybranych badań immunohistochemicznych oraz molekularnych. Optymalną sytuacją jest gdy świadczeniodawca dysponuje własnymi pracownikami wykonującymi wspomniane badania”.

[Dowód: akta kontroli str. 470 – 476]

Analiza m.in. 91 odpersonalizowanych indywidualnych dokumentacji medycznych pacjentów leczonych w Instytucie w 2015 r. wykazała, że w dwóch przypadkach rozpoznanie histopatologiczne, wykonane przez podmiot zewnętrzny, zawierało nieprecyzyjne informacje lub wskazywało jedynie na prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu.

Ponadto przedstawiono wykaz 13 przypadków²² z 2015 r., w których zachodziła konieczność doprecyzowania rozpoznania wstępnego co skutkowało m.in. zmianą dotychczasowego postępowania terapeutycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 479 – 482, 490]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia realizację pakietu onkologicznego w badanym obszarze.

4. Sytuacja finansowa świadczeniodawcy

Przychody²³ Instytutu wyniosły w 2014 r. 96.666.264,99 zł, zaś koszty²⁴ 109.029.466,19 zł. Instytut poniósł w 2014 r. stratę na działalności operacyjnej w wysokości 12.514.427,06 zł oraz stratę netto 12.801.986,66 zł. W okresie stycznia do końca września 2015 r. nastąpiło pogorszenie sytuacji finansowej Instytutu. Strata na działalności operacyjnej wyniosła 22.480.403,21 zł, a strata netto 22.828.179,11 zł.

[Dowód: akta kontroli str.12-13, 202 - 203]

Na wynik finansowy Instytutu wpływ miała w szczególności nadwyżka kosztów działalności niektórych komórek organizacyjnych nad przychodami, w szczególności tych jednostek organizacyjnych, które wspomagały proces leczniczy. Spośród 112 komórek, nadwyżkę przychodów nad kosztami wykazało jedynie 16.

[Dowód: akta kontroli str. 48-200, 417 – 418, 419 - 420]

W 2015 r. Instytut nie prowadził analizy wyników finansowych poszczególnych komórek organizacyjnych oraz poszczególnych procedur medycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 6, 13, 56]

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie powołał w dniu 23 lipca 2015 r. zespół audytowy, którego celem było m.in. ustalenie przyczyn utraty płynności finansowej przez Centrum Onkologii, Oddział w Krakowie, ocena wykorzystania aparatury medycznej, ocena działalności jednostki po wejściu w życie pakietu onkologicznego. Jak wynika z ustaleń, przyczyny złej sytuacji finansowej Oddziału w Krakowie mają charakter wieloczynnikowy i wynikają w szczególności z: rozdrobnienia struktury organizacyjnej i powielania zadań przez różne osoby, a także dużej liczby stanowisk kierowniczych, braku wykorzystania 20 miejsc hotelowych, za które Oddział Instytutu płaci 49 zł netto za dobę, znacznej liczby nadgodzin realizowanej przez personel medyczny bez uzasadnienia merytorycznego, podpisania niekorzystnej umowy związanej z pełnieniem dyżurów przez podmiot zewnętrzny, którego udziałowcem był pracownik Instytutu, co w ocenie audytorów – wskazuje na konflikt interesów, dokonywania zakupów innych niż związane z obsługą pacjentów pomimo utraty płynności (np. mebli). W sprawozdaniu z audytu wskazano, że skumulowana strata Instytutu w okresie od

²² W tym trzech badań wykonanych odpłatnie.

²³ Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów.

²⁴ Koszty sprzedanych produktów, towarów i materiałów

2010 r. do 30 czerwca 2015 r. wyniosła 61,7 mln zł. Jednocześnie w I połowie 2015 r. nastąpił wzrost kosztów wynagrodzeń w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego o 7,58%. Na dzień 31 lipca 2015 r. kwota zobowiązań przeterminowanych wyniosła 13,52 mln zł.

Dyrektor Instytutu – Oddziału w Krakowie odniósł się do treści sprawozdania z audytu, z częścią wniosków zgadzając się i informując o wprowadzonych zmianach. W pozostałych przypadkach przedstawił wyjaśnienia.

[Dowód: akta kontroli str. 506 - 553]

Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozliczeń Świadczeń Medycznych dodał, że w pierwszych 9 miesiącach 2015 r. nastąpił wzrost kosztów zużycia materiałów i energii, leków o 33,8%, sprzętu medycznego jednorazowego użytku o 30,9%, w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego.

[Dowód: akta kontroli str. 202-203, 419]

W I półroczu 2015 r. Instytut udzielał świadczeń m.in. na podstawie 10 umów zawartych z NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju lecznictwo szpitalne (LSP), świadczenia odrębnie kontraktowane (SOK)²⁵ oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (AOS).²⁶

Ponadto Instytut zlecał na podstawie 17 umów wykonanie procedur medycznych podmiotom zewnętrznym oraz na podstawie 78 innych umów był wykonawcą procedur na rzecz innych świadczeniodawców, w tym na podstawie 30 umów na rzecz podmiotów realizujących pakiet onkologiczny.

[Dowód: akta kontroli str. 201, 506-553]

Dyrektor Instytutu wyjaśnił m.in. „Wartość kontraktu za 2015 r. została dostosowana do realizacji z 2014 r. Z dotychczasowego kontraktu (z 2014 r.) w umowach na 2015 r., NFZ wydzielił znaczną część na finansowanie świadczeń w ramach tzw. „pakietu onkologicznego”.

[Dowód: akta kontroli str. 55]

Na koniec 2014 r. wartość umów zawartych przez Instytut z NFZ (bez świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu), wyniosła 91.468,50 tys. zł. Wartość umów zawartych na 2015 r.²⁷ była niższa i wyniosła łącznie dla tych rodzajów świadczeń 88.479,39 tys. zł, w tym wartość umów objętych limitami – 46.749,52 tys. zł, tj. 52,84%. W trakcie 2015 r. Fundusz zwiększał wartość zawartych umów.

[Dowód: akta kontroli str. 420]

Rodzaj świadczenia (wszystkie zakresy)	Wartość umów (z uwzględnieniem aneksów) zawartych na 2014 r. objętych limitami	Wartość wykonanych umów w całym 2014 r. objętych limitami	Wartość wykonanych umów w okresie I-IX 2014 r. objętych limitami	Wartość umów (z uwzględnieniem aneksów) zawartych na cały 2015 r. objętych limitami	Wartość wykonanych umów objętych limitami w 2015 r. w okresie I-IX.	Wartość świadczeń wykonanych w ramach pakietu onkologicznego w okresie I-IX 2015 r.	Kol. 6+7	Kol. 8-4
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lecznictwo szpitalne	80.481.618,52	80.417.774,13	66.089.764,06	55.201.560,00	51.300.726,86	22.762.116,00	74.062.842,86	7.973.078,80

²⁵ W ramach umowy o udzielanie świadczeń odrębnie kontraktowanych świadczone badania pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej.

²⁶ Ponadto Instytut miał podpisaną umowę na udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, której wartość na 2015 r. wyniosła 56.910,00 zł.

²⁷ Według stanu na początek 2015 r.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	8.530.984,98	8.537.523,20	7.073.828,39	7.260.745,69	8.345.618,86	552.333,42	8.897.952,28	1.824.123,89
Świadczenia odrębnie kontraktowane	2.455.900,00	2.460.000,00	2.103.300,00	2.072.400,00	1.762.200,00	-	1.762.200,00	-342.100,00
Suma	91.468.503,50	91.415.297,33	75.266.892,45	64.534.705,69	61.408.545,72	23.314.449,42	84.722.995,14	9.456.102,69

[Dowód: akta kontroli str. 419-420]

Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozliczeń Świadczeń Medycznych wyjaśnił, że istnieje wiele przyczyn wysokiego wykonania umów objętych limitami, w szczególności w przypadku:

- wykonania zabiegu operacyjnego na rzecz pacjenta z rozpoznaniem nienowotworowym;
- podejrzenia nowotworu, skierowania na zabieg operacyjny, lecz wynik badania histopatologicznego nie potwierdza wystąpienia złośliwej zmiany nowotworowej;
- wizyty w poradni Instytutu pacjentów nie posiadających Karty DiLO;
- korzystniejszej wyceny świadczeń, w szpitalnych, udzielonych w ramach umowy objętej limitami, przykładowo: „Instytut wykonał u pacjenta zabieg operacyjny grupa JGP: „J32 duże zabiegi skórne” (65 pkt), który nie jest objęty umową pakietową. Rozliczając pacjenta w ramach umowy pakietowej Instytut może rozliczyć jedynie grupę JGP: „J33 średnie zabiegi skórne” (35 pkt);
- wizyt w poradni Instytutu wykonanych na rzecz pacjentów posiadających Kartę DiLO na etapie diagnostyki wstępnej lub w przypadku gdy pacjent zgłaszając się do Instytutu posiada już wynik histopatologiczny; w takich sytuacjach lekarze pracujący w Instytucie uznają za niezasadne ponowne wykonywanie badania, a w konsekwencji brak podstaw do rozliczenia pacjenta w ramach pakietu onkologicznego (przy braku wskazań medycznych);
- braku możliwości rozliczenia wykonanej diagnostyki, gdyż w odniesieniu do danego rozpoznania NFZ nie przewidział możliwości wykonania diagnostyki wstępnej lub pogłębionej;
- wystąpienia szeregu nowotworów nie objętych pakietem onkologicznym, takich jak mięsaki, nowotwory kości, chrząstek, tkanek miękkich; w okresie od stycznia do listopada liczba takich pacjentów wyniosła 609.

[Dowód: akta kontroli str. 14, 432-433]

Instytut rozliczył w ramach umów objętych limitami świadczenia formalnie kwalifikujące się do realizacji w ramach pakietu onkologicznego z uwagi na rozpoznanie jednostki chorobowej, m.in. w następujących sytuacjach:

- wystawienia przez lekarza POZ karty DiLO ze wskazaniem do zabiegu operacyjnego, z pominięciem diagnostyki wstępnej i pogłębionej, w sytuacji gdy pacjent nie posiadał badań niezbędnych do wykonania zabiegu; badania takie są rozliczane w ramach umów objętych limitem; na dzień 7 grudnia 2015 r. Instytut posiadał 14 Kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ ze skierowaniem do wykonania zabiegu operacyjnego;

- zgłoszenia się/skierowania pacjenta do Instytutu (ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) bez Karty DiLO. W takich sytuacjach pacjent czeka w kolejce na udzielenie świadczenia z uwagi na fakt, że lekarz specjalista nie może wystawić Karty bez wykonania badań diagnostycznych, tylko na podstawie podejrzenia nowotworu, tak jak lekarz POZ; w takich sytuacjach Karta była wystawiana po wykonaniu badań diagnostycznych, które rozliczane były w ramach umów objętych limitami; w okresie od 1 stycznia do 4 grudnia 2015 r. odnotowano 6.605 takich przypadków (Jak wynika z wyjaśnień, po wykonaniu diagnostyki u ww. pacjentów, Instytut wydał 1.850 Kart DiLO, z tego 870 w ramach AOS oraz 980 w ramach leczenia szpitalnego).

[Dowód: akta kontroli str. 432-433, 437, 438-441]

Liczbę pacjentów ze wskazaniami określonymi w pakiecie onkologicznym²⁸, którzy uzyskali świadczenia na podstawie umów objętych limitami oraz w ramach pakietu prezentuje poniższa tabela.

Liczba pacjentów z rozpoznaniem C00-C97, z wyłączeniem C44; D00-D09, z wyłączeniem D04, którzy uzyskali świadczenia zdrowotne w 2014 r.		Liczba pacjentów z rozpoznaniem C00-C97, z wyłączeniem C44; D00-D09, z wyłączeniem D04, którzy uzyskali świadczenia zdrowotne w 2015 r. (od 1.01.2015 r. do 30.11.2015 r.).			
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Lecznictwo szpitalne	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		Lecznictwo szpitalne	
		W ramach pakietu onkologicznego	W ramach umów objętych limitami	W ramach pakietu onkologicznego	W ramach umów objętych limitami
19.069	4.112	2.183	18.374 ¹	2.528	2.509 ¹

¹ w tym pacjenci kontynuujący leczenie z lat poprzednich; w przypadku AOS nie wystawiano Karty DiLO jeśli w 2015 r. prowadzono proces terapeutyczny a rozpoznanie postawiono do końca 2014 r.

[Dowód: akta kontroli str. 429 - 434]

W przypadku pakietu onkologicznego, rozliczeniu w AOS podlegał pakiet diagnostyczny, którego maksymalny czas realizacji, zgodnie z § 15 ust. 11 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ, wynosił 35 lub 28 dni w zależności od etapu diagnostycznego (odpowiednio: wstępnego i pogłębionego), na który składały się m.in. porady lekarskie, które w przypadku umów objętych limitami były rozliczane osobno. Jak wynika z wyjaśnień, maksymalny czas oczekiwania na środki finansowe z NFZ za wykonane świadczenia w pakiecie onkologicznym wynosił ok. 85 dni, zaś w ramach umów limitowych ok 55 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 431]

4.1. Wycena świadczeń i rozliczanie ich wykonania z NFZ

W 2015 r. wycena niektórych badań diagnostycznych wykonywanych m.in. w ramach pakietu onkologicznego uległa obniżeniu. Przykładowo badanie PET w 2014 r. NFZ wyceniał na 4.100,00 zł, podczas gdy w 2015 r. jego wycena wyniosła 3.300,00 zł. Instytut w okresie od stycznia do końca października 2014 r. wykonał takich badań 637, a w okresie od stycznia do końca października 2015 r. – 578, tj. o 9,3% mniej. Fundusz obniżył również wycenę „hospitalizacji do teleradioterapii – w oddziale radioterapii onkologicznej” z 416,00 zł w 2014 r. do

²⁸ W okresie I-X 2015 r.

156,00 zł w 2015 r. W I półroczu 2015 r. liczba wykonanych badań diagnostycznych zmniejszyła się do 7.538 z 10.483 w I półroczu 2014 r.

[Dowód: akta kontroli str. 14-18, 432]

Liczba ambulatoryjnych badań kosztochłonnych wykonanych dla pacjentów rozliczanych w ramach pakietu onkologicznego wyniosła 800, podczas gdy w ramach umów objętych limitami 11.691.

Średnia wartość przypadającego na pacjenta świadczenia diagnostycznego kosztochłonnego udzielanego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na podstawie umów objętych limitem, wyniosła w 2014 r. 802,81 zł, i wzrosła w 2015 r. do 817,87 zł. Średnia wartość takiego świadczenia, w przypadku jego wykonania w ramach pakietu onkologicznego, wyniosła w 2015 r. 696,99 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 477]

Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozliczeń Świadczeń Medycznych, wyjaśnił m.in., że w zależności od stanu zdrowia pacjenta, wycena świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego pokrywa lub nie koszty badań diagnostycznych wykonanych pacjentowi. W większości przypadków kwota ryczałtu za wykonane badania diagnostyki wstępnej i pogłębionej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pokrywała koszty poniesionych badań. W przypadku skierowania pacjenta na badania PET, scyntygrafii, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej refundacja jest niewystarczająca.

[Dowód: akta kontroli str. 14-18]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niewielką liczbę świadczeń zdrowotnych wykonanych w ramach pakietu onkologicznego. Rozliczanie przez Instytut świadczeń w ramach umów objętych limitami na rzecz pacjentów, którzy zgłosili się w 2015 r. i kwalifikujących się, z uwagi na rozpoznanie, do uzyskania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, skutkowało tym, że części z nich formalnie nie obejmowały uregulowania dotyczące maksymalnego czasu uzyskania świadczeń diagnostycznych i terminów rozpoczęcia leczenia. Przyczyną tego stanu było m.in.:

- nieuwzględnienie w pakiecie szeregu chorób onkologicznych,
- korzystniejsza wycena m.in. części świadczeń kosztochłonnych realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, ramach umów objętych limitami, niż w ramach pakietu onkologicznego;
- zmiana przez NFZ zasad płatności za świadczenia wykonane m.in. w AOS. Podstawą płatności za usługę medyczną w ramach dotychczasowych umów określających limity świadczeń było wykonanie świadczenia na rzecz pacjenta²⁹, podczas gdy w przypadku usług realizowanych w ramach pakietu onkologicznego Fundusz płacił ryczałtowo po zakończeniu określonego etapu procesu diagnostycznego, na który składać się mogło szereg porad lekarskich i wykonanych badań diagnostycznych, co wydłużało to czas uzyskania płatności.

²⁹ Z zastrzeżeniem wynikającym z § 15 ust. 2 i 4 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. stanowiącym, że świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe lub świadczenie specjalistyczne podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych - wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń, oraz spełnieniu pozostałych warunków określonych w zarządzeniu. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych. Nie kwalifikuje się do rozliczenia porady receptowej, wykonywanej częściej niż co 90 dni, lub wykonywanej w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad.

- dłuższy czas oczekiwania na uzyskanie od NFZ środków z tytułu zrealizowanego świadczenia na rzecz pacjenta w przypadku pakietu onkologicznego niż umowy objętej limitem.

Przyczyną niskiej realizacji świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, było również kierowanie pacjentów przez lekarzy POZ na badania specjalistyczne na podstawie „zwykłego” skierowania, a nie Karty DiLO. W takiej sytuacji, jak wynika z informacji przekazanej przez Centralę NFZ, pacjent nie mógł skorzystać z tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej”.

Z kolei w sytuacji gdy pacjent POZ udokumentował wystąpienie choroby nowotworowej wykonując badania prywatnie, a lekarz POZ na tej podstawie wystawił Kartę DiLO, świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach pakietu na etapie diagnostyki wstępnej nie mógł rozliczyć porad udzielonych w ramach AOS, gdyż nie wykonywał żadnych badań diagnostycznych.³⁰ Oznaczało to w praktyce brak możliwości uzyskania przychodów, choć formalnie pacjent uzyskał poradę lekarską, a świadczeniodawca poniósł koszt, w szczególności w sytuacji gdy wynagrodzenie lekarza miało charakter umowy cywilnoprawnej i było uzależnione od liczby przyjętych pacjentów.

5. Wypełnianie Kart DiLO oraz zgłoszenia nowotworu złośliwego do Krajowego Rejestru Nowotworów

Opis stanu faktycznego

Na dzień 14 grudnia 2015 r. w systemie informatycznym zarejestrowano 4.435 Kart DiLO, spośród których 68% zostało wydanych na etapie leczenia szpitalnego, 20% przez lekarzy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz 12% przez lekarzy POZ.

W systemie informatycznym nie zamieszczano wszystkich dat określonych w Karcie DiLO, gdyż jest to możliwe w przypadku części pacjentów, w szczególności tych, którzy zgłaszają się do Instytutu z Kartą DiLO wystawioną przez lekarza POZ.

[Dowód: akta kontroli str. 364, 438, 554]

Od 1 marca do 24 listopada 2015 r. zostało wysłanych 605 Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), z których żadna nie posiadała statusu „szkic”, 554 status „zaakceptowana”, a 51 posiadały status wysłana do Krajowego rejestru Nowotworów. Do końca lutego 2015 r. zgłoszenia chorób nowotworowych do Krajowego Rejestru Nowotworów w Instytucie były dokonywane przez Pracownię Epidemiologii na podstawie druków przekazywanych z Poradni i Oddziałów. W okresie styczeń-luty 2015 r. Instytut zgłosił 3.520 Kart do KRN (w tej liczbie znajdują się także leczeni w 2014 r., a także osoby leczone w ramach umów objętych limitami).

[Dowód: akta kontroli str. 47, 431]

Zgłoszenia do Rejestru dokonuje lekarz patomorfolog, zatrudniony w Zakładzie Patomorfologii Nowotworów Instytutu. We wszystkich zgłoszonych Kartach wskazano kod rozpoznania wg ICD-10. Odsetek zgłoszonych Kart ze wskazaniem stadium zaawansowania nowotworu (TNM) – wyniósł 40%. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień ocena zaawansowania nowotworu złośliwego wg klasyfikacji „pTNP” wykonywana jest jedynie w przypadku dysponowania materiałem operacyjnym. Inne

³⁰ Patrz również: http://www.nfz-warszawa.pl/gfx/nfz-warszawa/userfiles/public/dla_swiadczeniodawcy/zalaczniki/prezentacja_dilo_poz_aos_02_2015_ii.pdf; str. 24.

potwierdzenie występowania nowotworu złośliwego np. w wyniku biopsji nie daje takiej możliwości.

[Dowód: akta kontroli str. 47, 471-472]

Ogłędziny 44 losowo wybranych Kart DiLO³¹ wykazały, że nie wszystkie pola na Karcie DiLO zostały wypełnione, a w szczególności:

- w 1 przypadku wskazany skład konsylium był niezgodny z § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;³²
- w 1 przypadku nie wskazano koordynatora procesu leczniczego, do czego zobowiązywał wyżej wskazany przepis;
- w żadnej z Kart nie odnotowano, aby w konsylium brała udział osoba prowadząca fizjoterapię, psycholog lub psychoonkolog³³.

Porównanie danych z 17 Kart DiLO oraz z indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że od pierwszej porady lekarskiej na etapie diagnostyki wstępnej do daty zakończenia diagnostyki pogłębionej (pole D11) upływało w przypadku 15 Kart do 63 dni, zaś w dwóch przypadkach (11,8%) okres ten wydłużył się maksymalnie do 90 dni.³⁴

Spośród 25 Kart DiLO wystawionych w AOS, w 11 Konsylium odbyło się od 1 do 7 dni, a w jednym przypadku 37 dni po zakończeniu diagnostyki pogłębionej. W pozostałych przypadkach daty te pokrywały się.

[Dowód: akta kontroli str. 491-494]

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę na fakt, że wysoki odsetek Kart DiLO wydanych w lecznictwie szpitalnym wskazuje na fakt, iż proces diagnostyczno-leczniczy większości pacjentów odbywa się w szpitalu, a nie na niższych szczeblach systemu.

Stwierdzone nieprawidłowości

Karty DiLO nie zawierały wszystkich danych, wskazanych w szczególności w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W ocenie NIK zasadnym jest, rzetelne wypełnianie Kart DiLO, co pozwoli na eliminację ryzyka zakwestionowania przez NFZ świadczenia rozliczanego w ramach pakietu onkologicznego m.in. w przypadku wątpliwości co do jego wykonania zgodnie z warunkami określonymi w ww. rozporządzeniu.

³¹ Wybrane Karty DiLO spełniały następujące kryteria: dotyczyły pacjentów leczonych w Instytucie po 1 stycznia 2015 r., zostały wystawione przez lekarzy POZ lub przez lekarzy udzielających świadczeń w AOS zarówno w Instytucie, jak również w innych podmiotach, a także przez lekarzy na etapie leczenia szpitalnego, w miesiącach kwiecień, lipiec, sierpień 2015 r.

³² Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

³³ Zgodnie z § 4a ust. 1, pkt 3) ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, świadczeniodawca udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu onkologicznego ma zapewniać udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa. Tym samym nie są oni obowiązkowo członkami konsylium. Mają oni natomiast brać udział w procesie leczenia pacjenta. Udział ten musi zostać udokumentowany

³⁴ Zgodnie z § 15 ust. 11 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ okres wykonania diagnostyki wstępnej i pogłębionej nie powinien trwać łącznie dłużej niż 63 dni, lecz dotyczy to pacjentów, którzy zgłaszają się do świadczeniodawcy realizującego te świadczenia z Kartą DiLO.

Ustalenia NIK wskazują, iż w niektórych przypadkach dane zawarte w Karach DiLO nie były kompletne i nie pozwalały rzetelne udokumentowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego realizowanego w ramach pakietu onkologicznego.

IV. 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 Kontroli³⁵, wnosi o:

- 1) rzetelne wypełnianie Kart DiLO;
- 2) zapewnienie uczestnictwa i udokumentowanie udziału w konsyliach wszystkich osób wskazanych w § 4a ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego;
- 3) zwoływanie konsyliów i określenie planu leczenia przed upływem 14 dnia od daty wpisania pacjenta na listę osób oczekujących na udzielenie świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 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 właściwej jednostki kontrolnej.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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 29 stycznia 2016 r.

Paweł Korzeniowski
Główny specjalista k. p.


.....
Podpis

Rafał Zyzik
Starszy inspektor k. p.


.....
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
Podpis

³⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.