



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.013.03.2016

P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-950 Bydgoszcz

T +48 52 567 58 00, F +48 52 567 58 60

lby@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/057 - Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Andrzej Szulc, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/51/2016 z dnia 18 sierpnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1, 2)
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. bł. ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku ¹ ul. Wieniecka 49, 87-800 Włocławek
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Bruzdowicz, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku ² . (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności³

Ocena ogólna

W okresie objętym kontrolą⁴ Szpital posiadał personel oraz sprzęt i wyposażenie niezbędne do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej⁵ w ramach tzw. pakietu onkologicznego, spełniając wymogi określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z zakresu leczenia szpitalnego⁶.

Przyjęta w Szpitalu procedura diagnostyki i leczenia onkologicznego⁷ spełniała wymogi określone w § 4a ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego, tj. m.in. przewidywała wyodrębnienie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego⁸, określała sposób i terminy postępowania terapeutycznego przez Konsylium oraz podjęcia leczenia, a także zobowiązywała do wyznaczenia koordynatora dla pacjenta i całego procesu leczenia. Szpital wdrożył również aplikację Kolejki Centralne AP-KOLCE⁹, w której istniała możliwość prowadzenia list

¹ Dalej: „Szpital”.

² Dalej: „Dyrektor”. Dyrektor pełnił tę funkcję od 18 czerwca 2015 r., poprzednio funkcję tę pełnił Krzysztof Malatyński (od 10 stycznia 2013 r.).

³ 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.

⁴ Lata 2015-2016 (do 31 sierpnia).

⁵ Określonych w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia - Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim (dalej: „NFZ”).

⁶ Zawarte w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357) – dalej: „rozporządzenie w sprawie AOS” oraz w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.) – dalej: „rozporządzenie w sprawie leczenia szpitalnego”.

⁷ Zarządzenie wewnętrzne nr 13/2015 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki w Włocławku z dnia 26 stycznia 2014 r. w sprawie powołania wielodyscyplinarnych zespołów onkologicznych i koordynatora zespołów oraz wprowadzenia procedury realizacji procesu diagnostycznego i leczenia onkologicznego w jednostkach organizacyjnych szpitala dla pacjentów onkologicznych w ramach szybkiej terapii onkologicznej. Dalej: „Procedura diagnostyki i leczenia onkologicznego” lub „zarządzenie Dyrektora z dnia 26 stycznia 2015 r.”.

⁸ Dalej: „Konsylium”.

⁹ Dalej: „aplikacja AP-KOLCE”.

pacjentów oczekujących na świadczenia onkologiczne, odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej Szpitala realizującej pakiet onkologiczny. Wykazane w systemie daty wpisania na listę oraz udzielenia świadczeń potwierdzały przestrzeganie terminów wskazanych w § 15 ust. 11 pkt. 1 i 2 zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna¹⁰.

Izba negatywnie oceniła natomiast nieopracowanie i niewdrożenie w Szpitalu procedury oceny i skutecznego leczenia bólu, wymaganej § 5a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

Wyniki kontroli wykazały, że Szpital – pomimo przygotowania do realizacji pakietu onkologicznego – większości pacjentom, którzy spełniali kryteria objęcia tym pakietem, udzielał świadczeń poza tym pakietem, w ramach limitów pozostałych świadczeń zawartych w umowach z NFZ. W 2015 r. dotyczyło to 88,4% pacjentów spełniających kryteria objęcia pakietem¹¹, a w 2016 r. – 83,6%¹². Stanowiło to naruszenie art. 32a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³. NIK ocenia negatywnie niewystawianie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego¹⁴ pacjentom, którzy spełniali kryteria objęcia pakietem onkologicznym, gdyż stanowiło to istotne ograniczenie prawa pacjenta do skorzystania z szybszego dostępu do badań diagnostycznych i rozpoczęcia leczenia onkologicznego, tj. poza kolejką i limitami określonymi w umowach z NFZ.

Kontrola 60 kart DiLO wykazała ponadto nieprawidłowości w realizacji świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego, w szczególności:

- w czterech przypadkach nie zapewniono udziału w Konsylium specjalistów, których udział był wymagany § 4a ust. 1 pkt. 2 w związku z pkt. 1 lit. a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego,
- przy określaniu sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium i podjęcia leczenia, w sześciu przypadkach przekroczono 14-dniowy termin na udzielenie świadczenia, czym naruszono § 7 ust. 3 zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne¹⁵,
- dla 10 pacjentów leczonych w ramach pakietu onkologicznego nie wyznaczono koordynatora, czym naruszono pkt 5.2. Procedury diagnostyki i leczenia onkologicznego,
- czterech kart DiLO nie załączono do dokumentacji medycznej pacjentów, czym naruszono art. 32b ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach.

¹⁰ NFZ z 2015 r. poz. 109, ze zm. Dalej: „Zarządzenie w sprawie AOS”.

¹¹ W 2015 r. pakietem onkologicznym nie objęto w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej: „AOS”) 262 z 334 pacjentów spełniających kryteria objęcia tym pakietem (78,4%), a w leczeniu szpitalnym – 538 z 571 pacjentów (94,2%).

¹² W 2016 r. (do 31 sierpnia) pakietem onkologicznym nie objęto w leczeniu szpitalnym 188 z 267 pacjentów (70,4%) w AOS i 346 z 372 pacjentów (93%) w leczeniu szpitalnym.

¹³ Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm. Dalej: „ustawa o świadczeniach”.

¹⁴ Dalej: „karta DiLO”.

¹⁵ NFZ z 2015 r. poz. 110, ze zm. Dalej: „Zarządzenie w sprawie leczenia szpitalnego”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

1.1. Spełnianie przez świadczeniodawców wymogów pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

Szpital udzielał świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na podstawie umowy nr 13-17/W0303/AOS¹⁶ zawartej z NFZ w dniu 24 kwietnia 2013 r.¹⁷ W załączniku nr 2 do umowy AOS – „Harmonogram Zasoby” określono potencjał wykonawczy Szpitala, który miał być przeznaczony do realizacji umowy, wymieniono osoby, które miały udzielać świadczeń w poszczególnych zakresach oraz harmonogram pracy. Zgodność zasobów Szpitala z umową AOS zbadano na podstawie dwóch zakresów świadczeń tj. otolaryngologii oraz gruźlicy i chorób płuc, w ramach których zakontraktowano diagnostykę onkologiczną. Kontrola wykazała, że w dwóch ww. zakresach Szpital dysponował sprzętem i aparaturą medyczną wykazaną w Załączniku nr 2 do umowy AOS. Dla sprzętu i aparatury medycznej założono paszporty techniczne, w których wykazywano datę ostatnich badań technicznych. Objęte kontrolą sprzęt i aparatura medyczna miały ważne przeglądy techniczne oraz certyfikaty i orzeczenia dopuszczające do stosowania.

(dowód: akta kontroli str. 4-48)

Szpital realizując umowę AOS w dwóch ww. zakresach zatrudniał osoby wymienione w Załączniku Nr 2 do tej umowy. W miesiącach: listopad 2014 r., czerwiec 2015 r i czerwiec 2016 r., w wytypowanych do kontroli zakresach, lekarze świadczyli usługi zgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 2 do umowy AOS. Szpital na bieżąco zgłaszał do NFZ zmiany w zakresie osób oraz harmonogramu wykazanych w tym załączniku do umowy.

Zatrudnienie personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę w dwóch ww. zakresach spełniało również wymogi zawarte w Załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie AOS.

(dowód: akta kontroli str. 4-38, 49-84)

Zarządzeniem Dyrektora z dnia 26 stycznia 2015 r. w Szpitalu przyjęto Procedurę diagnostyki i leczenia onkologicznego¹⁸, w której określono m.in. realizację procesu diagnostycznego oraz zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

(dowód: akta kontroli str. 153-180)

Szpital zapewnił pacjentom dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, był wyposażony w sprzęt medyczny pozwalający na wykonanie badań w zakresie tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM) oraz badań endoskopowych. Diagnostykę w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) oraz medycyny nuklearnej zapewniono zawierając w tym zakresie umowy z innymi podmiotami zewnętrznymi. Przyjęto, że rozliczenie świadczeń wykonanych przez te podmioty nastąpi na podstawie zapłaty przez Szpital cen za poszczególne badania wynikających z cenników stanowiących załączniki do umów.

(dowód: akta kontroli str. 84, 97-110)

¹⁶ Pierwotna nazwa umowy brzmiała: „Umowa Nr 02-00-04500-13-20/2013/W0303/AOS o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna”, nazwę zmieniano: Aneks nr 10 z 31 grudnia 2013 r., Aneks nr 38 z 31 grudnia 2014 r. Obecna nazwa umowy ustalona Aneks nr 76 z 17 czerwca 2016 r.

¹⁷ Dalej: „umowa AOS”.

¹⁸ Zaktualizowaną 17 listopada 2015 r.

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena częściowa

Opis stanu
faktycznego

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

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

1.2. Realizacja pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

W latach 2015-2016 r. (do 31 sierpnia) lekarze specjaliści udzielający w Szpitalu świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁹ wydali 142 karty DiLO²⁰.

W ramach AOS ze świadczeń skorzystało 12 pacjentów, którym kartę DiLO wydali lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. W siedmiu przypadkach podejrzenie nowotworu zostało potwierdzone.

(dowód: akta kontroli str. 87, 90-91)

Szpital wdrożył aplikację AP-KOLCE, w której istniała możliwość prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń onkologicznych odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej, w której realizowano pakiet onkologiczny. W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. na ww. listę wprowadzono łącznie 44 osoby w trzech poradniach realizujących pakiet onkologiczny, tj.: w Poradni Gruzlicy i Choroby Płuc – 38 pacjentów, w Poradni Otolaryngologicznej – pięciu pacjentów, w Poradni Urologicznej – jednego pacjenta. Z analizy terminów zapisania na tę listę i udzielenia świadczeń wykazanych w ww. systemie w miesiącach marzec i sierpień 2015 r. oraz marzec i sierpień 2016 r. wynikało, że terminy wymagane § 15 ust. 11 pkt. 1 i 2 Zarządzenia w sprawie AOS były przestrzegane.

Informację o pierwszych wolnych terminach udzielenia świadczenia Szpital przekazał do NFZ w styczniu 2015 r. – telefonicznie, w pierwszym tygodniu lutego 2015 r. – w formie raportu XML generowanego z programu rozliczeniowego AMMS²¹, a od 9 lutego 2015 r. informacje przekazywano za pomocą aplikacji AP-KOLCE.

(dowód: akta kontroli str. 32-33, 181, 184, 196, 489)

Dyrektor Szpitala Zarządzeniem wewnętrznym²² z 15 maja 2014 r. powołał Zespół Oceny Przyjęć. Do zadań tego zespołu należało przeprowadzanie, co najmniej raz w miesiącu, oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia i sporządzenie raportu z oceny. W skład zespołu wchodziła pielęgniarka naczelną, lekarz specjalista chorób wewnętrznych oraz lekarz specjalista chirurg. Zespół w okresie od października 2015 r. do sierpnia 2016 r. dokonywał comiesięcznej oceny list osób oczekujących na udzielenie świadczeń onkologicznych, którą następnie przedstawiano Dyrektorowi.

(dowód: akta kontroli str. 220-237)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

¹⁹ Dalej: „AOS”.

²⁰ Wystawienie kart DiLO w poszczególnych kwartałach: w I kwartale 2015 – 7, w II kwartale 2015 – 13, w III kwartale 2015 – 21, w IV kwartale 2015 – 37, w I kwartale 2016 – 27, w II kwartale 2016 – 22, w okresie 01.07.2016-31.08.2016 – 15.

²¹ (ang.) Asseco Medical Management Solutions - system informatyczny kompleksowej obsługi szpitala.

²² Zarządzenie wewnętrzne nr 64/2014 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki w Włocławku z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie powołania Zespołu Oceny Przyjęć, które weszło w życie z dniem podpisania. Dalej: „zarządzenie w sprawie Zespołu Oceny Przyjęć”.

W okresie od stycznia do września 2015 r. w Szpitalu nie dokonywano comiesięcznej oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń, czym naruszono art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z § 2 zarządzenia w sprawie Zespołu Oceny Przyjęć, do zadań zespołu należało przeprowadzanie co najmniej raz w miesiącu oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 220, 222, 238)

Przewodnicząca Zespołu Oceny Przyjęć, która pełniła tę funkcję w okresie od 1 stycznia do 30 września 2015 r., na pytanie o przyczyny zaniechania ocen list oczekujących na udzielenie świadczeń w ww. okresie wskazała m.in., że nie pamięta czy przekazywała Dyrektorowi Szpitala raporty z oceny list.

(dowód: akta kontroli str. 220-221, 239, 240)

Ocena cząstkowa

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

1.3. Dostęp do świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Opis stanu faktycznego

W 2015 r. kryterium objęcia pakietem onkologicznym w ramach AOS spełniało 334 pacjentów, spośród których 72 było diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego, a 262 w ramach umów określających limity pacjentów. Pacjenci ci skorzystali odpowiednio z: 72 i 146 badań diagnostycznych.

W 2016 r. (do 31 sierpnia) kryterium objęcia pakietem onkologicznym spełniało 267 pacjentów, spośród których 79 było diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego, a 188 w ramach umów określających limity pacjentów. Pacjenci ci skorzystali odpowiednio z: 78 i 195 badań diagnostycznych.

Natomiast w 2014 r. kryterium objęcia pakietem onkologicznym²³ spełniałoby 254 pacjentów, którzy skorzystali z 204 badań diagnostycznych.

(dowód: akta kontroli str. 495-497)

Zgodnie z danymi zawartymi w systemach teleinformatycznych²⁴ Szpitala, średni czas oczekiwania pacjentów na świadczenia onkologiczne w zakresie diagnostyki wstępnej, w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia), w czterech z pięciu wytypowanych do kontroli poradniach²⁵ i dwóch pracowniach²⁶ wyniósł od zera do dwóch dni. W piątej poradni – Gruźlicy i Chorób Płuc, w IV kwartale 2015 r. i w II kwartale 2016 r. czas oczekiwania wyniósł odpowiednio osiem i 11 dni. W badanym okresie pacjenci nie oczekiwali na diagnostykę pogłębioną. W ramach AOS, w przypadkach określonych w § 7 ust. 3a pkt. 2 zarządzenia w sprawie leczenia szpitalnego, organizowano Konsylium w trybie ambulatoryjnym, a średni czas oczekiwania na Konsylium wynosił do pięciu dni, a w okresie lipiec - sierpień 2016 r. wyniósł 14 dni.

Czas oczekiwania pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń w ww. komórkach organizacyjnych Szpitala, wydłużył się w poszczególnych kwartałach 2015 r. i 2016 r. (I i II kwartał) w dwóch poradniach i jednej pracowni, w porównaniu do analogicznych kwartałów w 2014 r. I tak:

a) w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc odnośnie przypadków:

- stabilnych – czas oczekiwania wydłużył się we wszystkich kwartałach

²³ Dane za 2014 r. podano w celach porównawczych i dotyczą pacjentów, którzy spełnialiby kryteria objęcia pakietem onkologicznym gdyby takie świadczenia wprowadzono w 2014 r.

²⁴ Program rozliczeniowy Szpitala „AMMS” oraz aplikacja AP KOLCE.

²⁵ Poradnie: Ginekologiczno-Położnicza, Chirurgii Ogólnej, Urologiczna, Hematologiczna.

²⁶ Pracownie: Tomografii i Rezonansu.

- od jednego do 38 dni, średnio o 23,5 dnia;
- pilnych – w jednym kwartale²⁷ pozostał na niezmiennym poziomie, w pozostałych wzrósł od 9 do 16 dni – średnio o 9,9 dnia;
- b) w Poradni Urologii odnośnie przypadków stabilnych czas oczekiwania w jednym kwartale²⁸ obniżył się o 14 dni, a w pozostałych wydłużył od 5 do 89 dni - średnio o 33,3 dnia;
- c) w Pracowni Tomografii odnośnie przypadków:
- stabilnych – czas oczekiwania uległ skróceniu w pięciu kwartałach²⁹ od 13 do 44 dni i wydłużył się w jednym kwartale³⁰ o 18 dni;
 - pilnych – czas oczekiwania uległ skróceniu w czterech kwartałach³¹ od 2 do 5 dni i wydłużył się dwóch kwartałach³² o odpowiednio o 11 i 48 dni.

W pozostałych przypadkach czas oczekiwania pozostał na niezmiennym poziomie lub uległ skróceniu.

W badanym okresie, w ww. poradniach liczba pacjentów zmalała w porównaniu do 2014 r., a wysokość kontraktów z NFZ pozostawała na podobnym poziomie. Liczba etatów lekarzy zmalała w Poradni Gruzlicy i Chorób Płuc z sześciu w 2015 r. do 4,5 w 2016 r., wzrosła w Poradni Urologicznej z pięciu w 2015 r. do sześciu w 2016 r. Odnośnie Pracowni Tomografii znacznie zmalała liczba lekarzy z ośmiu w 2014 r. do czterech w 2016 r. przy wzroście liczby pacjentów.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że wydłużenie kolejek nie jest wynikiem wdrożenia pakietu onkologicznego. Wskazał, że w Poradni Gruzlicy i Chorób Płuc w 2014 r. sporadycznie zdarzały się skierowania z dopiskiem „pilne”.

(dowód: akta kontroli str. 487, 489, 510, 513, 524)

Badanie 30 kart DiLO wystawionych w większości³³ przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom diagnozowanym i leczonym w Szpitalu w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r.³⁴ wykazało, że w Szpitalu, udzielając w ramach AOS świadczeń diagnostyki wstępnej i pogłębionej, przestrzegano terminów wskazanych w § 15 ust. 11 Zarządzenia w sprawie AOS. Pacjentom diagnozowanym na podstawie ww. kart DiLO obrazowe badania diagnostyczne opisali lub wykonali lekarze faktycznie wykonujący świadczenia w dniu ich wykonania albo opisanie.

(dowód: akta kontroli str. 610-790)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) pacjentom Szpitala, którzy spełniali kryteria objęcia pakietem onkologicznym, udzielano świadczeń poza tym pakietem, w ramach limitów pozostałych świadczeń zawartych w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, czym naruszono art. 32a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z przekazanymi w toku niniejszej kontroli danymi, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, pakietem onkologicznym nie objęto w 2015 r. 262 z 334 pacjentów spełniających kryteria objęcia tym pakietem (78,4%), a w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. – 188 z 267 pacjentów (70,4%). Tymczasem

²⁷ W IV kwartale 2015 r.

²⁸ W II kwartale 2015 r.

²⁹ W I - IV kwartałach 2015 r. i w I kwartale 2016 r.

³⁰ W II kwartale 2016 r.

³¹ W II - IV kwartałach 2015 r. i II kwartale 2015 r.

³² W I kwartale 2015 r. i I kwartale 2016 r.

³³ Dwadzieścia cztery spośród 30 badanych. Pozostałe sześć wystawiono w ramach AOS.

³⁴ Dalej: „pierwsza próba badawcza”.

art. 32a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach stanowi, że pacjent, u którego podejrzewano lub stwierdzono nowotwór złośliwy, ma prawo do leczenia na podstawie karty DiLO, tj. poza kolejką i limitami określonymi w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 495-498)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że pacjenci przyjmowani do Oddziałów: byli nie tylko z rozpoznaną w tym momencie chorobą nowotworową; mieli powikłania po leczeniu (zabieg operacyjny, chemioterapia i radioterapia); byli w IV stopniu zaawansowania klinicznego, tj. bardzo zaawansowanej choroby nowotworowej, miejscowo z przerzutami, których karta DiLO nie dotyczyła; pacjenci byli leczeni objawowo i paliatywnie; wykonywano zabiegi w szczególności z powodu progresji choroby, niedrożności, duszności, krwiotłucia, zakażenia. Ponadto wskazał, że część pacjentów przyjmowana była w stanach terminalnych, gdzie nie było możliwości wypisania do domu oraz że część pacjentów przyjmowana na oddziały (szczególnie internistyczne) była potem przekazywana do Oddziału Medycyny Paliatywnej.

(dowód: akta kontroli str. 509, 512)

Powyższe stanowisko – w ocenie NIK – nie wyjaśnia przyczyn tak małej liczby wystawionych kart DiLO w AOS (21,6% w 2015 r. i 29,6% w 2016 r.³⁵), nawet przy uwzględnieniu wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, że nie wszyscy pacjenci, u których stwierdzono nowotwór złośliwy objęty pakietem onkologicznym, mogą być zakwalifikowani do tego pakietu. Zdaniem NIK niewystawianie kart DiLO oznaczało ograniczenie prawa pacjentów do skorzystania z szybszego dostępu do badań diagnostycznych i rozpoczęcia leczenia, zwłaszcza w przypadku chęci podjęcia diagnostyki i leczenia u innych świadczeniodawców.

2. Czterech³⁶ spośród 30 kart DiLO³⁷ nie załączono do dokumentacji medycznej pacjentów, czym naruszono art. 32b ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 613-618)

Kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala odnośnie braku załączenia do dokumentacji medycznej kart DiLO o nr 16053280276, 16043195232 podał w wyjaśnieniach m.in., że karty otrzymali pacjenci, a w toku kontroli kopie kart dołączono do historii choroby. Natomiast Kierownik Oddziału Urologii Szpitala podał w wyjaśnieniach m.in., że nie dołączono do dokumentacji medycznej karty DiLO o nr 15102117563, ponieważ pacjent nie był rozliczany w ramach pakietu onkologicznego. Z kolei karta nr 15041013870 prawdopodobnie została wydana przez sekretarkę choremu wraz z jego dokumentami.

(dowód: akta kontroli str. 182, 187, 188)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie z uwagi na objęcie pakietem onkologicznym w latach 2015-2016 (do 30 sierpnia) tylko części (odpowiednio 21,6% i 29,6%) kwalifikujących się do tego pacjentów, którzy posiadali przyznane ustawą o świadczeniach prawo do skorzystania z tego pakietu.

³⁵ Do 31 sierpnia.

³⁶ Dotyczy kart DiLO o nr 16053280276, 16043195232, 15102117563, 15041013870.

³⁷ Objętych pierwszą próbą badawczą

2. Leczenie szpitalne

2.1. Spełnianie przez świadczeniodawców wymogów pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

Szpital udzielał świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego na podstawie umowy nr 02-00-04500-13-02 (13-16/W0303/SZP) zawartej z NFZ w dniu 17 kwietnia 2013 r.³⁸ W załączniku nr 2 do umowy leczenia szpitalnego – „Harmonogram Zasoby” określono potencjał wykonawczy Szpitala, który miał być przeznaczony do realizacji umowy, wymieniono osoby, które miały udzielać świadczeń w poszczególnych zakresach oraz harmonogram pracy. Zgodność zasobów Szpitala z umową leczenia szpitalnego zbadano na podstawie dwóch zakresów świadczeń zdrowotnych, tj.: położnictwo i ginekologia oraz neurochirurgia, zakontraktowanych w ramach pakietu onkologicznego. Kontrola wykazała, że w wymienionych wyżej zakresach Szpital dysponował sprzętem i aparaturą medyczną wykazaną w Załączniku nr 2 do umowy leczenia szpitalnego oraz zatrudniał wymienione w nim osoby, które posiadały właściwe kwalifikacje.

Zatrudnienie oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę w wymienionych wyżej zakresach spełniało również wymogi zawarte w Załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 111-152)

Procedura diagnostyki i leczenia onkologicznego przyjęta zarządzeniem Dyrektora z 26 stycznia 2015 r. zapewniała realizację wymogów określonych w § 4a ust. 1 pkt. 1 lit. a-c rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego, poprzez:

- wyodrębnienie odpowiedniego składu wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, do którego obowiązków należało planowanie i koordynacja procesu leczenia;
- określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium i podjęcie leczenia w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, a ponadto od 17 listopada 2015 r. w przypadkach, w których postawienie rozpoznania onkologicznego jest możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, założono przeprowadzenie tego zabiegu oraz określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium, w terminie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia;
- wyznaczenie koordynatora dla pacjenta i całego procesu leczenia, do którego zadań należało udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem.

W Procedurze diagnostyki i leczenia onkologicznego nie przewidziano dokumentowania udziału w posiedzeniach Konsylium osoby prowadzącej fizjoterapię albo psychologa lub psychoonkologa³⁹.

(dowód: akta kontroli str. 153-180)

Ustalone
nieprawidłowości

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

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

Ocena cząstkowa

³⁸ Dalej: „umowa leczenia szpitalnego”.

³⁹ Brak takiego wymogu w art. 4a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

2.2. Realizacja pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym

Badanie 30 zamkniętych kart DiLO pacjentów leczonych w Szpitalu (niezależnie od tego na jakim etapie diagnostyki i leczenia została wydana karta)⁴⁰ wykazało, że w dwóch przypadkach skład Konsylium był nieprawidłowy. We wszystkich przypadkach Konsylium określiło sposób postępowania terapeutycznego i harmonogram leczenia. Trzykrotnie przekroczono 14-dniowy termin na przeprowadzenie Konsylium i rozpoczęcie leczenia. Dwukrotnie nie wyznaczono koordynatora procesu leczenia onkologicznego. W żadnym z posiedzeń Konsylium nie wzięły udziału osoby prowadzące fizjoterapię, psycholog lub psychoonkolog⁴¹. Lekarze wchodzący w skład Konsylium udzielali świadczeń na podstawie zawartych ze Szpitalem umów cywilnoprawnych.

Na podstawie powyższej próby stwierdzono, że w dwóch przypadkach udokumentowano udział psychologa w zespole prowadzącym leczenie pacjentów, zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego. Dane zawarte w kartach DiLO były zgodne z zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 84-85, 241-436)

Koordynator leczenia wskazany w powyższych, objętych badaniem kartach DiLO podał w wyjaśnieniach, że przekazywał pacjentom informacje oraz pomagał w komunikacji z lekarzami. Działania koordynatora nie były dokumentowane i nie współpracował on z innymi podmiotami leczniczymi, z którymi w razie potrzeby kontaktowali się lekarze.

(dowód: akta kontroli str. 438-442)

Żaden z pacjentów, którym wystawiono wyżej wymienione, objęte badaniem karty DiLO nie został skierowany na leczenie do innego ośrodka. Pacjentom tym świadczeń udzielano w Szpitalu, w zakresie chemioterapii albo przeprowadzono zabieg operacyjny.

Na udzielanie świadczeń z zakresu medycyny nuklearnej, radioterapii onkologicznej i chemioterapii Szpital zawarł umowę z podmiotem zewnętrznym. W umowie zastrzeżono, że pacjent zostanie przyjęty na leczenie w zakresie radioterapii i chemioterapii w terminie do dwóch dni po odbyciu Konsylium. Warunkiem udzielenia świadczeń było posiadanie przez pacjenta karty DiLO, kserokopii dokumentacji i decyzji Konsylium. Zleceniobiorca wyraził zgodę na poddanie się kontroli Szpitala odnośnie wykonywania postanowień umowy.

(dowód: akta kontroli str. 101-107, 241-436)

W Szpitalu nie opracowano procedury oceny i skutecznego leczenia bólu.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach, że w Szpitalu badanie stopnia nasilenia bólu pacjenta było dokumentowane w „Karcie Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej”, co stanowi krótką, zwyczajową, niepisaną procedurę/algorytm postępowania. Dla pacjentów gromadzono w formie tabeli dane dotyczące, natężenia bólu, podanych leków i skuteczności podjętych działań. W wyniku takiego

⁴⁰ Dalej: „druga próba badawcza”.

⁴¹ Rozporządzenie w sprawie leczenia szpitalnego nie przewiduje udziału w Konsylium osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa lub psychoonkologa.

działania następowała identyfikacja pacjentów z dolegliwościami bólowymi, ocena stopnia nasilenia dolegliwości, a następnie wdrożenie leczenia przyczynowego lub objawowego.

(dowód: akta kontroli str. 85-87, 90)

Spośród wszystkich pacjentów onkologicznych leczonych w Szpitalu w 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) nowotwór złośliwy miało rozpoznany w lecznictwie szpitalnym odpowiednio 716 i 491 pacjentów tj. 43,8% i 40,6% ogółu pacjentów z rozpoznanym nowotworem. W tym okresie, w ramach AOS takich pacjentów było odpowiednio 668 i 599, tj. 37,7% i 38,1% ogółu pacjentów z rozpoznanym nowotworem.

(dowód: akta kontroli str. 87, 91)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W przypadku dwóch spośród 30 pacjentów, których karty DiLO skontrolowano⁴² nie zapewniono udziału w Konsylium wymaganych lekarzy specjalistów, tj. w pierwszym przypadku⁴³ – specjalistów w dziedzinie radiologii oraz radioterapii, a w drugim⁴⁴ – specjalisty w dziedzinie radiologii. Stanowiło to naruszenie § 4a ust. 1 pkt 2 w związku z pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 241-244, 267, 360, 613-618, 648, 722)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że przewodniczący poszczególnych konsyliów wpisali w systemie elektronicznym DiLO odpowiednich specjalistów, określono plan leczenia, a w wersji papierowej kart brakowało właściwych podpisów, co wynikało z przeoczenia.

(dowód: akta kontroli str. 182, 183, 188, 189, 192)

Powyższe wyjaśnienia nie mogą zostać uwzględnione. Potwierdzeniem uczestnictwa w Konsylium jest złożenie podpisu na karcie DiLO przez lekarza, którym brał w nim udział, a nie umieszczenie jego danych w systemie elektronicznym przez przewodniczącego. Fakt umieszczenia danych lekarza w tym systemie nie oznacza, że faktycznie brał on udział w posiedzeniu Konsylium. Uwzględnia to również wzór karty DiLO obowiązujący w okresie od 1 stycznia do 30 października 2015 r.⁴⁵, a następnie od 1 listopada 2015 r.⁴⁶, który przewidywał m.in., że w rubrykach przeznaczonych na podanie danych lekarzy obowiązkowo uczestniczących w Konsylium „podpis muszą złożyć lekarze specjalizacji obowiązanych do udziału w konsylium”.

2. W odniesieniu do trzech spośród 30 pacjentów, których karty DiLO skontrolowano⁴⁷, przekroczono 14-dniowy termin na podjęcie leczenia odpowiednio o trzy⁴⁸, dziewięć⁴⁹ i 24 dni⁵⁰. Stanowiło to naruszenie § 7 ust. 3 zarządzenia

⁴² Leczonych w Szpitalu niezależnie od tego na jakim etapie diagnostyki i leczenia została wydana karta DiLO, objętych drugą próbą badawczą.

⁴³ Karta DiLO nr 15010390269.

⁴⁴ Karta DiLO nr 15030923586.

⁴⁵ Stanowiący Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. z 2014 r. poz. 1751 – uchylone z dniem 1 listopada 2015 r. na mocy § 3 rozporządzenia wymienionego w przypisie 31).

⁴⁶ Stanowiący Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. 2015 r. poz. 1627).

⁴⁷ Leczonych w Szpitalu niezależnie od tego na jakim etapie diagnostyki i leczenia została wydana karta DiLO, objętych drugą próbą badawczą.

⁴⁸ Dotyczy karty DiLO nr 15081706194 - termin rozpoczęcia leczenia 17 dni.

⁴⁹ Dotyczy karty DiLO nr 15030902233 - termin rozpoczęcia leczenia 23 dni.

⁵⁰ Dotyczy karty DiLO nr 15010390269 - termin do rozpoczęcia leczenia 38 dni.

w sprawie leczenia szpitalnego, który stanowił m.in., że od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do określenia postępowania terapeutycznego i podjęcia leczenia onkologicznego nie może upłynąć więcej niż 14 dni.

W przypadku, gdy pacjent nie był umieszczony na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, za początek terminu brano datę przyjęcia do Szpitala lub wystawienia karty DiLO w Szpitalu tj. datę, od której istniała możliwość zwołania Konsylium lub rozpoczęcia leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 241-244, 613-618)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że Szpital realizuje etapy diagnostyki wstępnej i pogłębionej oraz leczenie - zabiegi operacyjne, chemioterapię zgodnie z terminami. W szczególnych przypadkach terminy zostają wydłużone z różnych przyczyn (których system nie uwzględnia), dotyczyło to w szczególności: niezgłaszania się pacjentów w terminach wyznaczonych porad, Konsyliów, czy na leczenie na Oddziale; konieczność wykonania dodatkowego badania przed Konsylium; wydłużonego przygotowania pacjentów do planowanej terapii w związku ze schorzeniami współistniejącymi; niekiedy pacjentom nie pasował termin leczenia; do szerokich zabiegów operacyjnych (np. na przewodzie pokarmowym) wymagane jest dodatkowe przygotowanie przedoperacyjne; jeżeli pacjent nie został umieszczony na liście oczekujących to terminy kolejnych etapów też mogły wydłużać się (na podstawie dat karty DiLO) o kilka dni. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa dodał, że mimo tych problemów starano się przyjąć i realizować procedury onkologiczne w jak najkrótszym czasie.

(dowód: akta kontroli str. 184, 193, 194, 510, 513)

3. Dla dwóch⁵¹ spośród 30 pacjentów, których karty DiLO skontrolowano⁵², nie wyznaczono koordynatora, do którego zadań miało należeć udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem. Stanowiło to naruszenie pkt. 5.2. Procedury diagnostyki i leczenia onkologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 241-244, 613-618)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że brak wskazania na karcie DiLO koordynatora wynikał z niedopatrzenia. Konsylium zawsze wyznaczało koordynatora.

(dowód: akta kontroli str. odp. 184, 185, 197)

4. W Szpitalu nie opracowano i nie wdrożono procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, wymaganej § 5a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 87, 90)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że Szpital w chwili obecnej jest w trakcie opracowywania i wdrożenia procedury, która po akceptacji zostanie niezwłocznie wdrożona. Wskazał, że w Szpitalu badanie stopnia nasilenia bólu pacjenta było dokumentowane w „Karcie Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej”.

(dowód: akta kontroli str. 87, 90)

⁵¹ Dotyczy kart DiLO o nr: 15041013870, 15030923586.

⁵² Leczonych w Szpitalu niezależnie od tego na jakim etapie diagnostyki i leczenia została wydana karta DiLO, objętych drugą próbą badawczą.

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

2.3. Dostęp do świadczeń w lecznictwie szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

W 2015 r. kryterium objęcia pakietem onkologicznym w ramach leczenia szpitalnego spełniało 571 pacjentów, spośród których 33 było diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego, a 538 w ramach umów określających limity pacjentów. Pacjenci ci skorzystali odpowiednio z 14 i 2365 badań diagnostycznych.

W 2016 r. (do 31 sierpnia) kryterium objęcia pakietem onkologicznym spełniało 372 pacjentów, spośród których 26 było diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego, a 346 w ramach umów określających limity pacjentów. Pacjenci ci skorzystali odpowiednio z 41 i 1493 badań diagnostycznych.

Natomiast w 2014 r. kryterium objęcia pakietem onkologicznym⁵³ spełniałoby 636 pacjentów, którzy skorzystali z 2206 badań diagnostycznych.

(dowód: akta kontroli str. 498)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia), w pięciu objętych badaniem oddziałach Szpitala⁵⁴ czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia w przypadkach stabilnych i pilnych uległ skróceniu bądź pozostał na podobnym poziomie.

Zgodnie z danymi zawartymi w aplikacji AP KOLCE w 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) pacjentów korzystających z pakietu onkologicznego nie zamieszczano na listach oczekujących na udzielenie świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 181, 489)

Badanie 30 kart DiLO⁵⁵ wykazało, że w Szpitalu, w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r., trzykrotnie przekroczono 14-dniowy termin na określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium i podjęcie leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 613-618)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) pacjentom Szpitala, którzy spełniali kryteria objęcia pakietem onkologicznym, udzielano świadczeń poza tym pakietem w ramach limitów pozostałych świadczeń zawartych w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, czym naruszono art. 32a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z przekazanymi w toku niniejszej kontroli danymi, w ramach leczenia szpitalnego, pakietem onkologicznym nie objęto w 2015 r. 538 z 571 pacjentów spełniających kryteria objęcia tym pakietem (94,2%), a w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. – 346 z 372 pacjentów (93,0%). Tymczasem art. 32a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach stanowi, że pacjent, u którego podejrzewano lub stwierdzono nowotwór złośliwy, ma prawo do leczenia na podstawie karty DiLO, tj. poza kolejką i limitami określonymi w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 495-498)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że pacjenci

⁵³ Dane za 2014 r. podano w celach porównawczych i dotyczą pacjentów, którzy spełnialiby kryteria objęcia pakietem onkologicznym gdyby takie świadczenia wprowadzono w 2014 r.

⁵⁴ Oddziały: Urologii; Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca; I Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiometabolizmem; II Oddział Chorób Wewnętrznych; III Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii.

⁵⁵ Objętych pierwszą próbą badawczą, tj. pacjentom diagnozowanym i leczonym w Szpitalu w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. na podstawie kart DiLO wystawionych w 24 przypadkach przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a w sześciu w ramach AOS.

przyjmowani do Oddziałów: byli nie tylko z rozpoznaną w tym momencie chorobą nowotworową; mieli powikłania po leczeniu (zabieg operacyjny, chemioterapia i radioterapia); byli w IV stopniu zaawansowania klinicznego, tj. bardzo zaawansowanej choroby nowotworowej, miejscowo, z przerzutami, których karta DiLO nie dotyczyła; pacjenci byli leczeni objawowo i paliatywnie; wykonywano zabiegi w szczególności z powodu progresji choroby, niedrożności, duszności, krwiotłucia, zakażenia. Ponadto wskazał, że część pacjentów przyjmowana była w stanach terminalnych, gdzie nie było możliwości wypisania do domu oraz część pacjentów przyjmowana na oddziały (szczególnie internistyczne) była potem przekazywana do Oddziału Medycyny Paliatywnej.

(dowód: akta kontroli str. 509, 512)

Powyższe stanowisko – w ocenie NIK – nie wyjaśnia przyczyn tak znikomej liczby wystawionych w ramach leczenia szpitalnego kart DiLO (odpowiednio 5,8% i 7,0%), nawet przy uwzględnieniu wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, że nie wszyscy pacjenci, u których stwierdzono nowotwór złośliwy objęty pakietem onkologicznym, mogą być zakwalifikowani do tego pakietu. Zdaniem NIK niewystawianie kart DiLO oznaczało ograniczenie prawa pacjentów do skorzystania z szybszego dostępu do badań diagnostycznych i rozpoczęcia leczenia, zwłaszcza w przypadku chęci podjęcia diagnostyki i leczenia u innych świadczeniodawców.

2. W przypadku dwóch spośród 30 pacjentów, których karty DiLO skontrolowano⁵⁶, nie zapewniono udziału w Konsylium wymaganych lekarzy specjalistów, tj. w pierwszym przypadku⁵⁷ – specjalisty w dziedzinie radiologii, a w drugim⁵⁸ – specjalistów w dziedzinie: onkologii klinicznej, radioterapii, chirurgii, radiologii (tj. wszystkich, których udział w Konsylium był wymagany). Stanowiło to naruszenie § 4a ust. 1 pkt 2 w związku z pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 241-244, 267, 360, 613-618, 648, 722)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że przewodniczący poszczególnych konsyliów wpisali w systemie elektronicznym DiLO odpowiednich specjalistów, określono plan leczenia, a w wersji papierowej kart brakowało właściwych podpisów, co wynikało z przeoczenia. Natomiast Kierownik Oddziału Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca odnośnie karty DiLO 15030966143 wyjaśniła m.in., że w systemie DiLO możliwy jest podgląd karty z zapisem dotyczącym Konsylium (data, lekarze uczestniczący, dalsze postępowanie).

(dowód: akta kontroli str. 182, 183, 188, 189, 192)

Powyższe wyjaśnienia nie mogą zostać uwzględnione. Potwierdzeniem uczestnictwa w Konsylium jest złożenie podpisu na karcie DiLO przez lekarza, którym brał w nim udział, a nie umieszczenie jego danych w systemie elektronicznym przez przewodniczącego. Fakt umieszczenia danych lekarza w tym systemie nie oznacza, że faktycznie brał on udział w posiedzeniu Konsylium. Uwzględnia to również wzór karty DiLO obowiązujący w okresie od 1 stycznia do 30 października 2015 r.⁵⁹, a następnie od 1 listopada 2015 r.⁶⁰, który przewidywał m.in., że w rubrykach przeznaczonych na podanie danych lekarzy obowiązkowo uczestniczących w Konsylium „podpis muszą złożyć lekarze specjalizacji

⁵⁶ Objętych pierwszą próbą badawczą.

⁵⁷ Karta DiLO nr 16032990453.

⁵⁸ Karta DiLO nr 15030966143.

⁵⁹ Stanowiący Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. z 2014 r. poz. 1751 – uchylone z dniem 1 listopada 2015 r. na mocy § 3 rozporządzenia wymienionego w przypisie 31).

⁶⁰ Stanowiący Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. 2015 r. poz. 1627).

obowiązanych do udziału w konsylium”.

3. W odniesieniu do trzech spośród 30 pacjentów, których karty DiLO skontrolowano⁶¹, przekroczono 14-dniowy termin na określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium i podjęcie leczenia odpowiednio o pięć⁶², osiem⁶³ i 16 dni⁶⁴. Stanowiło to naruszenie § 7 ust. 3 zarządzenia w sprawie leczenia szpitalnego, który stanowił m.in., że od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia do określenia postępowania terapeutycznego i podjęcia leczenia onkologicznego nie może upłynąć więcej niż 14 dni.

W przypadku, gdy pacjent nie był umieszczony na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, za początek terminu brano datę przyjęcia do Szpitala lub wystawienia karty DiLO w Szpitalu, tj. datę, od której istniała możliwość zwołania konsylium lub rozpoczęcia leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 241-244, 613-618)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że Szpital realizuje etapy diagnostyki wstępnej i pogłębionej oraz leczenie - zabiegi operacyjne, chemioterapię zgodnie z terminami. W szczególnych przypadkach terminy zostają wydłużone z różnych przyczyn (których system nie uwzględnia), dotyczyło to w szczególności: niezgłaszania się pacjentów w terminach wyznaczonych porad, Konsyliów, czy na leczenie na Oddziale; konieczność wykonania dodatkowego badania przed Konsylium; wydłużonego przygotowania pacjentów do planowanej terapii w związku ze schorzeniami współistniejącymi; niekiedy pacjentom nie pasował termin leczenia; do szerokich zabiegów operacyjnych (np. na przewodzie pokarmowym) wymagane jest dodatkowe przygotowanie przedoperacyjne; jeżeli pacjent nie został umieszczony na liście oczekujących to terminy kolejnych etapów też mogły wydłużać się (na podstawie dat karty DiLO) o kilka dni. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa dodał, że mimo tych problemów starano się przyjąć i realizować procedury onkologiczne w jak najkrótszym czasie. Odnośnie do karty DiLO 15030966143 wyjaśnił, że z uwagi na znaczne pogorszenie stanu ogólnego, chory został skierowany na Oddział Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca. Przebywał na nim w dniach 13-16 kwietnia 2015 r. i po uzyskaniu poprawy klinicznej mógł zgłosić się na konsylium onkologiczne w dniu 23 kwietnia 2015 r. i rozpocząć chemioterapię w dniu 29 kwietnia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 184, 193, 194, 510, 513)

4. Dla ośmiu⁶⁵ spośród 30 pacjentów, których karty DiLO skontrolowano⁶⁶, nie wyznaczono koordynatora, do którego zadań miało należeć udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem. Stanowiło to naruszenie pkt. 5.2. Procedury diagnostyki i leczenia onkologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 241-244, 613-618)

⁶¹ Objętych pierwszą próbą badawczą.

⁶² Dotyczy karty DiLO nr 15030966143 – termin do podjęcia leczenia 19 dni.

⁶³ Dotyczy karty DiLO nr 16032935146 – termin do zwołania Konsylium 22 dni.

⁶⁴ Dotyczy karty DiLO nr 15010371879 – termin do zwołania Konsylium 30 dni.

⁶⁵ Dotyczy kart DiLO o nr: 16043123185, 16032990453, 16032910697, 15122436901, 15091971465, 15061383735, 15041023545, 16032935146.

⁶⁶ Objętych pierwszą próbą badawczą.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że brak wskazania na karcie DiLO koordynatora wynikał z niedopatrzenia. Konsylium zawsze wyznaczało koordynatora.

(dowód: akta kontroli str. odp. 184, 185, 197)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie przede wszystkim z uwagi na objęcie pakietem onkologicznym w latach 2015-2016 (do 30 sierpnia) tylko niewielkiej części (odpowiednio 5,8% i 7,0%) kwalifikujących się do tego pacjentów, którzy posiadali przyznane ustawą o świadczeniach prawo do skorzystania za tego pakietu.

2.4. Przestrzeganie wynikających z przepisów i standardów wybranych wymogów w zakresie zapewnienia jakości leczenia onkologicznego w leczeniu szpitalnym

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu działał Zakład Patomorfologii, w którego skład wchodziła Pracownia Histopatologiczna. W strukturach Szpitala nie utworzono pracowni immunohistochemicznej i badań molekularnych. Szpital zawarł umowę z Centrum Diagnostyczno-Medycznym „LIPOWA” sp. z o.o. z Bydgoszczy na udzielanie świadczeń medycznych w zakresie badań cytogenetycznych oraz diagnostyki molekularnej.

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) 2016 r. Szpital nie zlecał wykonania badań immunohistochemicznych lub molekularnych. W Szpitalu nie leczono pacjentów z rakiem sutka, jelita grubego, żołądka, niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NSCLC), nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST), włóknakiomęsakiem guzowatym skóry (DFSP), czerniakiem oraz chłoniakami nieziarniczymi z komórek szeregu B. W Szpitalu nie przeprowadzano operacji z powodu nowotworu piersi.

(dowód: akta kontroli str. 87, 88, 91, 92, 185, 198, 492, 495)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

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

3. Rozliczenia z NFZ oraz sytuacja finansowa świadczeniodawców po wprowadzeniu pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

W latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) przychody ogółem Szpitala wyniosły odpowiednio: 130 047,0 tys. zł, 128 908,0 tys. zł i 83 111,0 tys. zł, natomiast koszty ogółem wyniosły 130 036,0 tys. zł, 131 898,0 tys. zł i 85 365,0 tys. zł. W tym okresie Szpital osiągnął dodatni wynik finansowy za 2014 r. w wysokości 10,7 tys. zł, natomiast za 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) osiągnięto stratę w wysokości odpowiednio 2 989,7 tys. zł i 2 254,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 465-477)

Wartość środków przyznanych Szpitalowi na podstawie umowy AOS w latach 2014-2016 wynosiła odpowiednio: 3 300,3 tys. zł, 3 299,9 tys. zł i 3 619, 5 tys. zł. Umowy zrealizowano w wysokościach odpowiednio 3 299,9 tys. zł, 3 359,1 tys. zł i do 31 sierpnia 2016 r. 2 344,5 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 99,9%, 99,8% i 64,7% zawartego kontraktu.

W umowie AOS przyznano środki na realizację pakietu onkologicznego według

stanu na 1 stycznia 2015 r. w wysokości 147,4 tys. zł. Limit ten na koniec 2015 r. uległ obniżeniu do kwoty 55,6 tys. zł. Według stanu na 1 stycznia 2016 r. na realizację pakietu przyznano środki w kwocie 61,1 tys. zł, która odpowiadała wartości świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego w poprzednim roku. W związku z nadwykonaniami limit roczny według stanu na 31 sierpnia 2016 r. został podniesiony do kwoty 117,7 tys. zł i wykonany w wysokości 81,8 tys. zł. Wartość wykonanych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w AOS w ośmiu miesiącach 2016 r. była wyższa od wartości osiągniętej w całym 2015 r. o 26,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 478-487, 490, 491, 499, 500)

Wartość środków przyznanych Szpitalowi na podstawie umowy leczenia szpitalnego w latach 2014-2016 wynosiła odpowiednio: 91 697,4 tys. zł, 100 139,1 tys. zł i 95 032,5 tys. zł. Umowę zrealizowano w wysokościach odpowiednio: 91 473,7 tys. zł, 100 110,2 tys. zł i do 31 sierpnia 2016 r. 60 941,0 tys. zł, co stanowiło 99,7%, 99,9% i 64,1% zawartego kontraktu.

W umowie leczenia szpitalnego przyznano środki na realizację pakietu onkologicznego według stanu na 1 stycznia 2015 r. w wysokości 3 142,2 tys. zł. Limit ten na koniec 2015 r. uległ obniżeniu do 543,1 tys. zł i został wykonany w wysokości 286,0 tys. zł, tj. 52,7%. Według stanu na 1 stycznia 2016 r. na realizację pakietu przyznano środki w kwocie 1 378,3 tys. zł. Limit roczny według stanu na 31 sierpnia 2016 r. został obniżony do 933,8 tys. zł i wykonany w wysokości 304,3 tys. zł. Wartość wykonanych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w leczeniu szpitalnym w ośmiu miesiącach 2016 r. była wyższa od wartości osiągniętej w całym 2015 r. o 18,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 490, 491, 501, 502)

W 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) łączne przychody z tytułu wykonania świadczeń w pakiecie onkologicznym udzielonych w ramach AOS i leczenia szpitalnego wyniosły odpowiednio: 341,7 tys. zł i 386,1 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 0,27% i 0,46% przychodów ogółem Szpitala oraz odpowiednio: 0,33% i 0,61% łącznych środków uzyskanych z tytułu wykonania umów AOS i leczenia szpitalnego w tym okresie.

(dowód: akta kontroli str. 490, 491, 499-502)

W ośmiu poradniach i ośmiu oddziałach szpitalnych, w których zgodnie z zawartymi umowami AOS oraz leczenia szpitalnego przewidziano realizację pakietu onkologicznego, w latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) przychody ogółem osiągnięto w wysokości odpowiednio: 41 55,9 tys. zł, 44 340,1 tys. zł oraz 28 716,2 tys. zł. Natomiast przychody z realizacji umów zawartych z NFZ wyniosły odpowiednio: 41 391,2 tys. zł, 44 310,1 tys. zł, 28 677,9 tys. zł.

W poradniach tych i oddziałach, w latach 2014-2016 (do 31 sierpnia), koszty ogółem wyniosły 45 059,9 tys. zł, 47 754,7 tys. zł, 30 095,4 tys. zł, w tym koszty wynagrodzeń 18 308,0 tys. zł, 20 077,5 tys. zł, 13 231,8 tys. zł. Spośród 16 objętych badaniem komórek organizacyjnych Szpitala w latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) dodatni wynik finansowy osiągnęło od pięciu do sześciu z nich.

(dowód: akta kontroli str. 493, 494)

Szpital nie prowadził analizy kosztów i przychodów z tytułu udzielania pacjentom

świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w rozbiciu na poszczególnych pacjentów⁶⁷.

(dowód: akta kontroli str. 88, 92)

W okresie objętym kontrolą 84 pacjentów⁶⁸ korzystało zarówno ze świadczeń w ramach pakietu onkologicznego jak i świadczeń w ramach pozostałych limitów określonych w umowach z NFZ. Na podstawie badania świadczeń udzielanych 20% z ww. pacjentów stwierdzono, że w 16 przypadkach świadczenia nie dotyczyły dodatkowych badań diagnostycznych, a w jednym przypadku dwa dni po zakończeniu diagnostyki w ramach AOS wykonano badania spirometryczne.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach, że badanie spirometryczne nie było związane z rozpoznaniem nowotworu ani ustaleniem stopnia jego zaawansowania. Oceniało wydolność wentylacyjną chorego przed ewentualnym zabiegiem operacyjnym. Dlatego zostało rozliczone jako świadczenie specjalistyczne. Czas oczekiwania na badanie był porównywalny do czasu oczekiwania pozostałych pacjentów Poradni tj. dwa dni.

(dowód: akta kontroli str. 510, 513, 791-795)

W Szpitalu nie wystąpiły przypadki rozliczenia więcej niż jednego pakietu diagnostyki wstępnej lub pogłębionej. Zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa poradnie specjalistyczne nie zgłaszały takiej potrzeby.

(dowód: akta kontroli str. 185, 198)

W okresie objętym kontrolą pacjentom sześciokrotnie po zakończeniu prac Konsylium wykonywano dodatkowe badania. Dotyczyło to pacjentów skierowanych przez Konsylium na chemioterapię i wówczas badania rozliczane były w ramach umowy na chemioterapię oraz pacjentów, którym dodatkowe badania wykonywano w związku z zabiegiem operacyjnym. Te dodatkowe badania rozliczano w ramach pakietu onkologicznego w danym zakresie lub ramach umowy z NFZ poza pakietem onkologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 86, 88, 92, 185, 198, 199)

Szpital nie poniósł dodatkowych kosztów w związku z dostosowaniem systemów informatycznych do wymogów związanych z realizacją pakietu onkologicznego. Koszt, jaki Szpital poniósł w 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia), związku z koniecznością powołania Konsylium wyniósł 212,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 88, 92)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach, że problemy przy rozliczaniu zabiegów diagnostyczno-leczniczych dotyczą głównie przypadków w Oddziale Neurochirurgii, kiedy wynik badania histopatologicznego po zabiegu operacyjnym określał nowotwór jako niezłośliwy. W przypadku braku potwierdzenia nowotworu złośliwego NFZ kwestionował wykazanie zabiegu diagnostyczno-leczniczego w ramach pakietu onkologicznego. Wyżej wymienione świadczenia były wówczas rozliczane w ramach umowy z NFZ poza pakietem onkologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 88, 92, 185, 199)

Ocena cząstkowa

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

⁶⁷ Szpital nie był zobowiązany to prowadzenia ewidencji przychodów i kosztów w przedstawionej szczegółowości.

⁶⁸ W ramach AOS: w 2015 r. 30 pacjentów i w 2016 r. 28 pacjentów; w ramach leczenia szpitalnego: w 2015 r. 18 pacjentów i w 2016 r. 8 pacjentów.

4. Obsługa kart DiLO oraz zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów

4.1. Obsługa kart DiLO w lecznictwie ambulatoryjnym i lecznictwie szpitalnym

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu nie wystąpiła konieczność wprowadzania zmian w systemach informatycznych w celu dostosowania ich do korzystania z kart DiLO. Szpital nie poniósł dodatkowych kosztów w związku z dostosowaniem systemów informatycznych do wymogów związanych z realizacją pakietu onkologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 88, 92)

Szpital nie dysponował danymi dotyczącymi liczby zgłoszeń kart DiLO odrzuconych przez NFZ z powodu ich błędnego wypełnienia. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach, że Pacjenci odrzucani przez NFZ przy rozliczeniu karty DiLO byli na bieżąco poprawiani, gdy istniała taka możliwość, a w przypadku braku możliwości poprawy błędu byli oni rozliczani w ramach pozostałych zakresów świadczeń zakontraktowanych w umowach z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 88, 92)

Badanie 30 kart DiLO⁶⁹ wykazało, że w Szpitalu okres pomiędzy rozpoznaniem nowotworu złośliwego, a wypełnieniem karty DiLO wynosił od zera do dwóch dni.

(dowód: akta kontroli str. 613-618)

Szpital po zakończeniu leczenia przekazywał pacjentowi oryginał karty DiLO w celu przekazania go lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 88, 92)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

4.2. Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów

Opis stanu faktycznego

Szpital nie posiadał danych i nie prowadził analiz dotyczących⁷⁰:

- liczby Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego⁷¹ wprowadzonych przez świadczeniodawcę do bazy Krajowego Rejestru Nowotworów⁷² w latach 2014-2016, w tym przez lekarzy w ramach pakietu onkologicznego,
- liczby KZNZ wprowadzonych w latach 2015-2016 z datą rozpoznania odpowiednio w 2015 r. i 2016 r.,
- liczby kart niepoprawnie zarejestrowanych w KRN („szkice”, „korekty”),
- liczby potwierdzeń histopatologicznych w kartach zgłoszonych w poszczególnych latach okresu 2013-2016 oraz przypadków ze zgłoszonym stadium zaawansowania nowotworu.

(dowód: akta kontroli str. 185, 199)

⁶⁹ Objętych pierwszą próbą badawczą.

⁷⁰ Szpital nie był zobowiązany do posiadania wskazanych danych i prowadzenia takich analiz.

⁷¹ Dalej: „KZNZ”.

⁷² Dalej: „KRN”.

Badanie 31 KZNZ⁷³ wykazało, że:

- w żadnej KZNZ nie wskazano wyłącznie kodu „ICD-10”,
- we wszystkich KZNZ zamieszczono potwierdzenie histopatologiczne,
- w 16 KZNZ podano stopień zaawansowania TNM⁷⁴, z tym że w 11 przypadkach dla określenia stopnia zaawansowania dla przynajmniej jednego symbolu stopień oznaczono przy użyciu litery „x”,
- Szpital wystawiał karty DiLO w terminie do trzech dni od zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN

(dowód: akta kontroli str. 503-504, 522-609)

W wyniku badania 30 kart DiLO⁷⁵ stwierdzono, że na pięciu⁷⁶ kartach DiLO nie wskazano numeru zgłoszenia do KRN.

(dowód: akta kontroli str. 503-504, 522-609)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Na pięciu⁷⁷ kartach DiLO⁷⁸ nie wskazano numeru KZNZ nadawanego przez KRN, czym naruszono art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 613-618)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał w wyjaśnieniach m.in., że system rejestracji pacjentów w KRN jest niesprawny. Mimo licznych monitów z wielu jednostek organizacyjnych system nie został dopracowany. Wskazał, że w nowelizacji, która miała mieć miejsce od 1 października 2016 r., system ten miał być zniesiony.

Kierownik Oddziału Urologii Szpitala odnośnie karty DiLO nr 16032990453 podał w wyjaśnieniach m.in., że rejestracja pacjenta w systemie KRN wymaga ogromnej cierpliwości i dużej ilości wolnego czasu. Praca z systemem KRN jest praktycznie niemożliwa, oczekiwanie na odpowiedź interfejsu KRN po każdym kliknięciu jakiegokolwiek zadania zmusza lekarza do oczekiwania od 15 do 30 minut na reakcję po stronie serwera. System KRN nie nadaje się do produkcyjnego użytkowania, lekarz pracujący w szpitalu ma również inne obowiązki niż jedynie przesiadywanie przed interfejsem KRN w oczekiwaniu na jego reakcję. Gdyby praca z interfejsem KRN odbywała się w normalny sposób, założenie rekordu w rejestrze przebiegałoby sprawnie i bez przerw. Po niedługim czasie nieaktywności interfejs KRN automatycznie dokonuje wylogowania użytkownika i cała czasochłonna procedura zaczyna się od nowa. „Pisałem w tej sprawie do zespołu wsparcia technicznego KRN, jednak do dzisiaj nie dostałem żadnej odpowiedzi, również nie rozwiązano do dzisiaj tego problemu.”

Kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala odnośnie kart DiLO 16032910697, 15091971465, 15061383735, 15041023545 podał w wyjaśnieniach m.in., że jeśli karty były wystawione w innym ośrodku, to nie ma możliwości podejrzenia numeru tej karty. System KRN nie daje takiej możliwości. Programy informatyczne innych jednostek wysyłają automatycznie zgłoszenie do KRN (data zgłoszenia KZNZ widnieje na karcie DiLO), ale ze względu na problemy łączeniowe między serwerami nie zawsze numery kart są od razu nadawane i trzeba później je sprawdzić. W toku

⁷³ Wytypowano na podstawie kart DiLO objętych pierwszą i drugą próbą badawczą, dla których dokonano zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN.

⁷⁴ TNM: tumor – guz (pierwotny), nodus – węzeł (chłonny), metastases – przerzuty (odległe).

⁷⁵ Objętych pierwszą próbą badawczą.

⁷⁶ Dotyczy przypadków, w których dokonano zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów.

⁷⁷ Dotyczy kart DiLO: 16032990453, 16032910697, 15091971465, 15061383735, 15041023545.

⁷⁸ Objętych pierwszą próbą badawczą.

kontroli dokumentacja została uzupełniona i numery kart zostały dopisane do kart DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 183, 191-192)

Ocena cząstkowa

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

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 Kontroli⁷⁹, wnosi o:

1. Podjęcie działań zmierzających do objęcia pakietem onkologicznym wszystkich pacjentów spełniających odpowiednie kryteria oraz których stan zdrowia do tego kwalifikuje.
2. Opracowanie i wdrożenie procedury oceny i skutecznego leczenia bólu.
3. Każdorazowe zapewnienie właściwego składu Konsylium.
4. Przestrzeganie terminów określenia sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium i podjęcia leczenia.
5. Każdorazowe wyznaczanie koordynatora dla każdego pacjenta.
6. Załączanie kart DiLO do dokumentacji medycznej pacjentów.

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 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 Bydgoszczy.

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.

Bydgoszcz, dnia grudnia 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Kontroler
Andrzej Szulc
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
podpis

.....
podpis

⁷⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.

