



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.013.04.2016

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

Emil Wojak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/59/2016 z 5 września 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka kontrolowana

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu, ul. Poznańska 97, 88-100 Inowrocław¹

Kierownik jednostki kontrolowanej

Eligiusz Patalas – Dyrektor Szpitala²

(dowód: akta kontroli str. 3-5)

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 postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz powołania Grupy Terapeutycznej i Koordynatorów⁷ zapewniała kompleksowość udzielania świadczeń onkologicznych i realizację wymogów określonych w § 4a ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego.

Szpital wdrożył aplikację Kolejki Centralne AP-KOLCE⁸, w której istniała możliwość prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń onkologicznych, odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej Szpitala, w której realizowano pakiet onkologiczny. Ponadto w Szpitalu opracowano procedury monitorowania i leczenia bólu, a ich stosowanie już od 2013 r. potwierdzono stosownym certyfikatem „Szpital

¹ Dalej „Szpital”.

² Dalej „Dyrektor”, powołany na stanowisko dyrektora Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu 30 stycznia 2001 r. przez Starostę Inowrocławskiego.

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 wyjaśnienie.

⁴ Lata 2015-2016 (do 31 sierpnia) oraz okres opracowywania tzw. „pakietu onkologicznego” w 2014 r.

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 Wprowadzona Zarządzeniem nr 33/2014 Dyrektora Szpitala, którą aktualizowano aneksami: nr 1 z 15 stycznia 2015 r., nr 2 z 2 lutego 2015 r., nr 3 z 29 czerwca 2015 r., nr 4 z 30 października 2015 r., nr 5 z 23 grudnia 2015 r., nr 6 z 22 czerwca 2016 r., nr 7 z 27 czerwca 2016 r.

⁸ Dalej: „aplikacja AP-KOLCE”.

bez bólu”.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia natomiast to, 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. w ramach leczenia szpitalnego dotyczyło to 80,7% pacjentów spełniających kryteria objęcia pakietem⁹, a w 2016 r. – 82,5%¹⁰. Stanowiło to naruszenie art. 32a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹, który pacjentom z podejrzeniem lub stwierdzeniem nowotworu złośliwego przyznaje prawo do leczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego¹², poza kolejką i limitami określonymi w umowach z NFZ.

Kontrola 60 kart DiLO wykazała ponadto nieprawidłowości w zakresie terminowego wykonywania i dokumentowania świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego. I tak:

- w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. w sześciu przypadkach przekroczono termin¹³ na udzielenie świadczeń diagnostyki wstępnej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czym naruszono §15 ust. 11 pkt 1 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 specjalistyczna¹⁴,
- na siedmiu kartach DiLO nie wskazano numeru KZNZ nadawanego przez Krajowy Rejestr Nowotworów, czym naruszono art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach.

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 11-14/BOO15/AOS zawartej z NFZ w dniu 13 stycznia 2011 r.¹⁵ W załączniku nr 2 „Harmonogram Zasoby” do umowy AOS określono dostępność miejsca udzielania świadczeń, personel Szpitala przeznaczony do realizacji umowy, wymieniono osoby, które miały udzielać świadczeń w poszczególnych zakresach, z podaniem specjalności, harmonogram pracy oraz wykaz sprzętu. Zgodność zasobów Szpitala z umową AOS zbadano na podstawie dwóch zakresów świadczeń tj. chirurgii onkologicznej i urologii, w ramach których zakontraktowano diagnostykę onkologiczną. Stwierdzono, że Szpital dysponował sprzętem i aparaturą medyczną wykazaną w Załączniku nr 2 do tej umowy.

⁹ W 2015 r. pakietem onkologicznym objęto w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej: „AOS”) 68 pacjentów spełniających kryteria objęcia tym pakietem, na 1725 pacjentów leczonych w AOS. Uzyskanie danych o liczbie pierwszorazowych pacjentów (tj. bez pacjentów kontynuujących leczenie z 2015 r. oraz lat poprzednich), którzy spełniali kryteria objęcia pakietem onkologicznym w 2015 r. było niemożliwe ponieważ system informatyczny Szpitala nie umożliwiał uzyskania tych danych za 2015 r.

¹⁰ W 2016 r. (do 31 sierpnia) pakietem onkologicznym w ramach AOS nie objęto 239 pacjentów z 263 pacjentów pierwszorazowych, spełniających kryteria objęcia tym pakietem (90,9%).

¹¹ Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm. Dalej: „ustawa o świadczeniach”.

¹² Dalej: „karta DiLO”.

¹³ Wynoszący w 2015 r. 35 dni, a w 2016 r. - 28 dni.

¹⁴ NFZ z 2015 r. poz. 109, ze zm. Dalej: „Zarządzenie w sprawie AOS”.

¹⁵ Dalej „umowa AOS”. W okresie objętym kontrolą sporządzono 36 aneksów od nr 57 z 7 stycznia 2015 r. do nr 94 z 25 sierpnia 2016 r.

Objęte kontrolą sprzęt i aparatura medyczna miały ważne przeglądy techniczne oraz certyfikaty i orzeczenia dopuszczające do stosowania.

(dowód: akta kontroli str. 31-50; 358-359; 362)

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 postanowieniami umowy z NFZ. 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 spełniało również wymogi zawarte w Załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie AOS.

(dowód: akta kontroli str. 6-11; 31-36; 76)

Zarządzeniem Dyrektora nr 33/2014 z 29 grudnia 2014 r.¹⁶ przyjęto procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty DiLO oraz powołania Grupy Terapeutycznej i Koordynatorów. W Procedurze określono między innymi realizację procesu diagnostycznego oraz zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

(dowód: akta kontroli str. 77-159)

Szpital zapewnił dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i był wyposażony w sprzęt medyczny pozwalający na przeprowadzenie tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM) oraz badań endoskopowych. Diagnostykę w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) oraz medycyny nuklearnej zapewniono zawierając umowy z trzema zewnętrznymi podmiotami. Rozliczenie świadczeń wykonanych przez te podmioty następowało na podstawie wystawianych faktur za poszczególne badania według cenników stanowiących załączniki do umów.

(dowód: akta kontroli str. 25-26; 159-173)

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.

1.2. Realizacja pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Opis stanu
faktycznego

W okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. w Szpitalu leczono 286 pacjentów posiadających karty DiLO, z czego 41¹⁷ zostało wystawionych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej¹⁸, 180¹⁹ przez lekarzy udzielających świadczeń w ramach AOS oraz 65²⁰ w ramach leczenia szpitalnego²¹.

W 16 przypadkach podejrzenie nowotworu przez lekarzy POZ zostało potwierdzone w AOS (tj. 39,0%).

(dowód: akta kontroli str. 206-210; 265-269)

¹⁶ Dalej „Zarządzenie 33/2014”.

¹⁷ 23 w 2015 r. i 18 w 2016 r. (do 31 sierpnia).

¹⁸ Dalej „POZ”.

¹⁹ w 2015 r. - 88, w 2016 r. (do 31 sierpnia) - 92. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) anulowano łącznie 15 kart.

²⁰ W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) anulowano łącznie 13 kart DiLO.

²¹ Dalej „SZP”.

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. wprowadzono na listę oczekujących pacjentów²², tj.: w Poradni Chirurgii Onkologicznej – 72 pacjentów, w Poradni Chirurgii Ogólnej – pięciu pacjentów, w Poradni Urologicznej – 14 pacjentów, Poradni Laryngologicznej – jednego pacjenta. W miesiącach: marzec i sierpień 2015 r. oraz 2016 r. wykazane w systemie daty wpisania na listę oraz udzielenia świadczeń potwierdzały przestrzeganie terminów wskazanych w § 15 ust. 11 pkt. 1 i 2 Zarządzenia w sprawie AOS.

Informację do NFZ o pierwszych wolnych terminach udzielenia świadczenia Szpital przekazywał: od 5 stycznia do 1 lutego 2015 r. w formie tabeli Excel udostępnionej przez NFZ, od 2 lutego do 6 kwietnia 2015 r. w formie raportu XML generowanego z programu rozliczeniowego KS-PPS, a od 7 kwietnia 2015 r. za pomocą aplikacji AP-KOLCE.

(dowód: akta kontroli str. 211-235)

Dyrektor Zarządzeniem nr 1b/2015 z dnia 2 stycznia 2015 r.²³ powołał Zespół Oceny Przyjęć. Do zadań tego zespołu należało przeprowadzanie co najmniej raz w miesiącu oceny list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia i sporządzenie raportu z oceny. W skład zespołu wchodził: Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Kierownik Lecznictwa Specjalistycznego, Koordynator II Oddziału Chorób Wewnętrznych i Naczelną Pielęgniarką²⁴.

Zespół w okresie od stycznia 2015 r. do sierpnia 2016 r. dokonywał comiesięcznej oceny list osób oczekujących na udzielenie świadczeń onkologicznych, które przedstawiano Dyrektorowi. Analiza raportów Zespołu Oceny Przyjęć przeprowadzona za miesiące marzec i sierpień 2015 r. i 2016 r. potwierdziła, że zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach listy oczekujących na udzielenie świadczenia były sporządzane co miesiąc i podlegały okresowej²⁵ ocenie w postaci raportów.

(dowód: akta kontroli str. 222-231; 251-264)

Na 41 pacjentów posiadających kartę DiLO wystawioną przez lekarza POZ, 39 pacjentów zapisano na listę osób oczekujących na diagnostykę wstępną w ramach pakietu onkologicznego, a dwóch skierowano na zabieg diagnostyczno-leczniczy.

Szpital prowadził odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia dla pacjentów objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego, zgodnie z art. 20 ust. 12-14 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 207-210; 265-269)

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.

²² W czterech poradniach realizujących pakiet onkologiczny.

²³ W sprawie list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zmienianego w dniu 28 marca 2015 r. oraz 31 grudnia 2015 r.

²⁴ Skład Zespołu był zgodny z art. 21 ust 2 ustawy o świadczeniach.

²⁵ Tj. raz w miesiącu

1.3. Dostęp do świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Opis stanu faktycznego

W 2015 r. w ramach AOS leczono 1725²⁶ pacjentów, spośród których 68 było diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego, a 1657 w ramach umów określających limity pacjentów (96,1%). Pacjenci ci skorzystali z odpowiednio 129 i 1762 badań diagnostycznych.

W 2016 r. (do 31 sierpnia) w ramach AOS leczono 1269 pacjentów, którzy skorzystali z 2440 badań diagnostycznych. Spośród nich 263 osoby stanowili pacjenci pierwszorazowi²⁷, którzy spełniali kryteria objęcia pakietem onkologicznym, z tego w ramach umów określających limity pacjentów diagnozowano i leczono 239 pacjentów (90,9%), a w ramach pakietu onkologicznego 24 pacjentów (9,1%), którzy skorzystali z 45 badań diagnostycznych.

W 2014 r. w ramach AOS leczono 1162²⁸ pacjentów, którym wykonano 1195 badań diagnostycznych.

(dowód: akta kontroli str. 234)

Czas oczekiwania pacjentów na świadczenia onkologiczne w ramach pakietu onkologicznego, w zakresie diagnostyki wstępnej, w jedenastu wytypowanych do kontroli poradniach²⁹ w latach 2015-2016 r. (do 31 sierpnia) wyniósł od zera do pięciu dni, z tym że w Poradni Urologicznej wynosił w III kwartale 11 dni. Czas oczekiwania na diagnostykę pogłębioną wynosił: w Poradni Gastroenterologicznej w II kwartale 2015 r. - od zera do 21 dni, w Poradni Chirurgii Ogólnej w II kwartale 2016 r. - 13 dni, w Poradni Chirurgii Ogólnej w II kwartale 2015 r. - 9 dni, w poradniach: Chirurgii Onkologicznej i Urologicznej - po siedem dni.

W ramach AOS, w przypadkach określonych w § 7 ust. 3a pkt 2 zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne³⁰ organizowano konsylium w trybie ambulatoryjnym, a czas oczekiwania na konsylium wynosił od zera do pięciu dni, a w jednym przypadku 14 dni³¹. Czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia onkologicznego wynosił od zera do ośmiu dni³².

Czas oczekiwania pozostałych pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń w AOS, wydłużył się w pięciu poradniach, w poszczególnych kwartałach 2015 r. i pierwszych dwóch kwartałach 2016 r. w porównaniu do analogicznych kwartałów 2014 r.:

a) w Poradni Chirurgicznej Ogólnej dla przypadków:

- stabilnych wydłużył się we wszystkich kwartałach od 59 do 176 dni, tj. średnio o 113 dni;
- pilnych pozostał niezmienny w pierwszym i drugim kwartale 2015 r., w pozostałych wzrósł od 8 do 24 dni, tj. średnio wzrósł o 9 dni;

b) w Poradni Chorób Płuc, Gruźlicy odnośnie przypadków:

- stabilnych spadł w I kw. 2015 r., w II kw. pozostał niezmienny, w pozostałych wzrósł od dwóch do 18 dni, tj. średnio wzrósł o sześć dni;
- pilnych pozostał niezmienny w 2015 r. (0 dni), a w dwóch pierwszych

²⁶ Dane te odnoszą się do wszystkich pacjentów onkologicznych, którzy rozpoczęli leczenie w 2015 r. oraz tych, którzy je kontynuowali z 2014 r. i lat poprzednich.

²⁷ Bez pacjentów kontynuujących leczenie z 2015 r. oraz lat poprzednich.

²⁸ Dane za 2014 r. odnoszą się do wszystkich pacjentów onkologicznych, którzy rozpoczęli leczenie w 2014 r. i kontynuują je z lat poprzednich.

²⁹ Poradnie: onkologiczna, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, gastroenterologiczna, chirurgii ogólnej, urologiczna, hematologiczna, ginekologiczno-położnicza, laryngologiczna, neurochirurgiczna, neurologiczna.

³⁰ NFZ z 2015 r. poz. 110, ze zm. Dalej: „Zarządzenie w sprawie leczenia szpitalnego”.

³¹ Przypadek wystąpił w Poradni Urologicznej II kwartał 2016 r.

³² W Poradni Onkologicznej w I kwartale 2016 r.

kwartałach 2016 r. wzrósł do 7 dni;

c) w Poradni Endokrynologicznej odnośnie przypadków:

- stabilnych wydłużył się we wszystkich kwartałach od 19 do 76 dni, średnio o 46 dni;
- pilnych pozostał niezmienny w pierwszym kwartale 2015 r., w pozostałych wzrósł od 9 do 105 dni, tj. średnio wzrósł o 39 dni;

d) w Poradni Położniczo-Ginekologicznej na udzielenie świadczenia w przypadkach pilnych i stabilnych nie trzeba było czekać w badanym okresie, poza drugim kwartałem 2016, w którym czas dla przypadków stabilnych wyniósł cztery dni;

e) w Poradni Urologicznej odnośnie przypadków:

- stabilnych wydłużył się w II i III kwartale 2015 i I kw. 2016 r. o 15 do 23 dni oraz obniżył się w I i IV kw. 2015 r. oraz w II kw. 2016 r. o dwa do 36 dni, tj. średnio wzrósł o ok. jeden dzień;
- pilnych w pierwszych trzech kwartałach 2015 r. pozostał niezmienny (0 dni), w pozostałych wzrósł o 13 do 22 dni, tj. średnio wzrósł o 8 dni;

f) w Pracowni Tomografii Komputerowej odnośnie przypadków:

- stabilnych uległ skróceniu o 14 do 90 dni, średnio o 65 dni;
- pilnych skrócił się w IV kw. 2015 r., w pozostałych wydłużył się o 9 do 40 dni, tj. średnio wydłużył się o dziewięć dni;

W pozostałych poradniach czas oczekiwania pozostał na niezmiennym poziomie lub skrócił się.

W badanym okresie w trzech z ww. poradni liczba pacjentów w 2015 r. zwiększyła się w porównaniu do 2014 r.³³, a wysokość kontraktów z NFZ pozostawała na podobnym poziomie. Liczba lekarzy utrzymywała się na podobnym poziomie.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał m.in., że po wdrożeniu pakietu onkologicznego odnotowano skrócenie czasu przeprowadzenia diagnostyki, poprawę dostępu oraz skrócenie czasu oczekiwania przez pacjenta do badań TK oraz RM. Trudno jest ocenić czy wprowadzenie pakietu onkologicznego miało wpływ na czas oczekiwania pacjentów leczonych poza pakietem onkologicznym. Na listach oczekujących umieszczani są pacjenci zaliczani do kategorii medycznych: „przypadek pilny”, „przypadek stabilny” oraz odrębnie Pacjenci objęci diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym. Zachorowalność na nowotwory wzrasta każdego roku.

(dowód: akta kontroli str. 197-205; 235)

Na podstawie analizy 60 kart DiLO pacjentów diagnozowanych i leczonych w Szpitalu w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. ustalono, że w Szpitalu udzielając świadczeń diagnostyki pogłębionej w ramach AOS przestrzegano terminów wskazanych w § 15 ust. 11 pkt 2 Zarządzenia w sprawie AOS. Natomiast w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. udzielając świadczeń diagnostyki wstępnej w ramach AOS w sześciu przypadkach przekroczono terminy, o których mowa w § 15 ust. 11 pkt. 1 oraz ust. 12 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. 323-349)

³³ W Poradni Chirurgii Onkologicznej z 568 w 2014 r. do 698 pacjentów, odpowiednio w Poradniach: Chorób Płuc, Gruźlicy i antynikotynowej z 10 do 19 pacjentów, Urologicznej z 427 do 513 pacjentów.

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

1. Spośród 263 pierwszorazowych pacjentów Szpitala, którzy spełniali kryteria objęcia pakietem onkologicznym w ramach leczenia ambulatoryjnego w 2016 r. (do 31 sierpnia) 239 (90,9%) udzielano świadczeń poza tym pakietem, tj. w ramach limitów pozostałych świadczeń zawartych w umowach z NFZ, czym ograniczono prawa pacjentów wynikające z art. 32a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym 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 NFZ. W 2015 r. jedynie 68 pacjentów ambulatoryjnych było diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego na 1725 pacjentów leczonych w AOS³⁴.

(dowód: akta kontroli str. 207-209, 234; 355-357)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że przyczyny znacznie mniejszej ilości leczonych pacjentów w ramach pakietu onkologicznego w stosunku do umów objętych limitami w lecznictwie ambulatoryjnym wynikały między innymi z:

- piramidy biurokracji generującej błędy sprawozdawcze (pacjent nie zawsze z przyczyn technicznych był włączony w szybką ścieżkę onkologiczną),
- częstego zawieszania się systemu AP-DiLO lub przerw technicznych uniemożliwiających pracę w aplikacji, przy konieczności prowadzenia sprawozdawczości na bieżąco, spowolnienie działania systemu KRN (zgłoszenie wymaga do 40 minut),
- braku uwidocznienia w aplikacji AP-DiLO danych dotyczących etapu diagnostyki i leczenia na jakim jest pacjent - obecnie jeżeli chory ma otwarty etap w jednym ośrodku, jest niewidoczny w innym, gdzie np. zgłosił się do dalszej diagnostyki lub leczenia,
- braku możliwości skierowania pacjenta na zabieg diagnostyczno-leczniczy z POZ oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (do 1 grudnia 2015r.).

(dowód: akta kontroli str. 197-205)

W ocenie NIK nieobjęcie pacjentów pakietem onkologicznym pomimo spełnienia przez nich warunków objęcia tym pakietem oznaczało ograniczenie praw 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 odniesieniu do sześciu spośród 60 pacjentów, których karty DiLO w ramach niniejszej kontroli przeanalizowano, czas wykonywania wstępnej diagnostyki onkologicznej był dłuższy niż wynikało to z § 15 ust. 11 pkt. 1 Zarządzenia w sprawie AOS³⁵. Od dnia zapisania pacjenta na listę oczekujących, do dnia zakończenia diagnostyki wstępnej w 2015 r. w dwóch przypadkach czas ten wyniósł 43 dni³⁶ (przekroczenie o 8 dni), w trzech przypadkach w 2016 r.³⁷ – od 29 do 70 dni (przekroczenie odpowiednio o 1, 14, 42 dni). Jednocześnie w wyniku błędu lekarza w wypełnianiu jednej karty DiLO była ona otwarta przez 581 dni³⁸.

³⁴ Uzyskanie danych o liczbie pierwszorazowych pacjentów, którzy spełniali kryteria objęcia pakietem onkologicznym w 2015 r. było niemożliwe ponieważ system informatyczny Szpitala nie umożliwiał uzyskania tych danych za 2015 r.

³⁵ 35 dni w 2015 r. i 28 dni w 2016 r.

³⁶ Karty DiLO nr: 15071583563, 15112239695.

³⁷ Karta DiLO nr 16022821387, 16043147466, 16043165013

³⁸ Karta nr 15040997773 – zapisano pacjenta na listę oczekujących 8 kwietnia 2015 r., zabieg operacyjny – 21 kwietnia 2015 r., brak zgody pacjentki na dalsze leczenie i do 10 listopada 2016 r. mimo wpisu lekarza, że odstąpiono od dalszego leczenia karta DiLO nie została zamknięta.

Zgodnie z § 15 ust. 11 pkt. 1 zarządzenia w sprawie AOS świadczeniodawca udzielający świadczeń diagnostyki onkologicznej, obowiązany jest wykonać te świadczenia, w terminach nieprzekraczających 35 dni - w przypadku wykonywania wstępnej diagnostyki onkologicznej³⁹, przy czym od dnia zapisania pacjenta na listę oczekujących, do dnia uzyskania porady początkowej rozpoczynającej wstępną diagnostykę onkologiczną nie może upłynąć więcej niż 14 dni.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wystąpiła nieprawidłowość w dokumentacji medycznej i lekarz prowadzący pacjenta nie wykonał procedury zamknięcia karty DiLO, mimo że 21 kwietnia 2016 r. wykonano zabieg operacyjny – radykalne wycięcie zmian. W pozostałych przypadkach zlecano i wykonywano dodatkowe specjalistyczne badania, w tym u innych świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 270-283; 308-314)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie z uwagi na objęcie pakietem onkologicznym w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) tylko części kwalifikujących się do tego pacjentów pierwszorazowych (9,1% w 2016 r.), którzy posiadali prawo do skorzystania z tego pakietu przyznane ustawą o świadczeniach.

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 12-16/B0015/SZP o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne⁴⁰ zawartej z NFZ w dniu 6 lutego 2012 r. W załączniku nr 2 „Harmonogram Zasoby” do umowy leczenia szpitalnego określono potencjał wykonawczy Szpitala przeznaczony do realizacji umowy, wymieniono osoby, które miały udzielać świadczeń w poszczególnych zakresach oraz harmonogram pracy. Zgodność zasobów z umową leczenia szpitalnego zbadano na podstawie dwóch zakresów świadczeń zdrowotnych tj. chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz urologii i onkologii urologicznej, zakontraktowanych w ramach pakietu onkologicznego. Stwierdzono, że Szpital dysponował zasobami wykazanymi w Załączniku nr 2 do tej umowy.

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

(dowód: akta kontroli str. 31-36; 51-72; 76; 174-194; 360-361; 363)

Zarządzenie nr 33/2014 zapewniało realizację wymogów określonych w § 4a ust. 1 pkt. 1 lit. a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego poprzez:

- wyodrębnienie w odpowiednim składzie wielodyscyplinarnego zespołu⁴¹ 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 było możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, założono przeprowadzenie tego zabiegu oraz określenie sposobu

³⁹ W roku 2016 termin ten wynosi 28 dni, zgodnie z §15 ust. 12 Zarządzenia w sprawie AOS.

⁴⁰ Dalej: „umowa leczenia szpitalnego”. W okresie objętym kontrolą obowiązywały 41 aneksy od nr 52. z dnia 7.01.205. r. do nr 95. z dnia 25.08.2016. r.

⁴¹ Dalej: „Konsylium”.

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 postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty DiLO oraz powołania Grupy Terapeutycznej i Koordynatorów, wyznaczono w Grupie Terapeutycznej fizjoterapeutę i psychologa, jednak w analizowanych protokołach z Konsylium nie stwierdzono ich obecności⁴². Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że ww. specjaliści uczestniczą w Konsylium tylko w sytuacji, w której ich obecność jest niezbędna dla opracowania prawidłowego planu leczenia (w zależności od sytuacji klinicznej pacjenta).

(dowód: akta kontroli str. 77-159; 202)

Ustalono
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.

2.2. Realizacja pakietu onkologicznego w lecznictwie szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

Badanie 30 zamkniętych kart DiLO pacjentów uzyskujących świadczenia w ramach leczenia szpitalnego wykazało, że skład Konsylium był zgodny z wymogami określonymi w §4a ust. 1 pkt. 1 lit. a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego. We wszystkich przypadkach Konsylium określiło sposób postępowania terapeutycznego i harmonogram leczenia. Leczenie pacjentów onkologicznych nastąpiło w terminie od 1 do 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Dane zawarte w kartach DiLO były zgodne z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów.

W trakcie wszystkich Konsyliów w protokołach wpisano wyznaczonych koordynatorów procesu leczenia onkologicznego. Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa wyjaśnił, że Koordynator wskazany w kartach DiLO przekazywał pacjentom informacje, pomagał w obsłudze KP-DiLO oraz w komunikacji pacjent - lekarz. Działania koordynatora nie były dokumentowane. W żadnym z posiedzeń Konsylium nie wzięły udziału⁴³ osoby prowadzące fizjoterapię, psycholog lub psychoonkolog.

(dowód: akta kontroli str. 265-283)

Na podstawie analizy 30 zamkniętych kart DiLO stwierdzono, że żaden z pacjentów nie został skierowany na leczenie do innego ośrodka. Pacjentom objętym badaniem udzielano w Szpitalu świadczeń, w zakresie chemioterapii albo przeprowadzono zabieg operacyjny.

Szpital zawarł umowę na świadczenie w Centrum Onkologii w Bydgoszczy⁴⁴ usług m.in. w zakresie radioterapii onkologicznej i chemioterapii. W umowie zastrzeżono, że pacjent ma zostać przyjęty na leczenie w zakresie radioterapii i chemioterapii w terminie do dwóch dni po odbyciu Konsylium. Warunkiem udzielenia świadczeń

⁴² Art. 4a rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego nie zobowiązywał do dokumentowania udziału w posiedzeniach Konsylium osoby prowadzącej fizjoterapię albo psychologa lub psychoonkologa.

⁴³ Rozporządzenie w sprawie leczenia szpitalnego nie przewiduje udziału w Konsylium osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa lub psychoonkologa.

⁴⁴ Dalej „CO”.

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. 159-165)

Od 1 stycznia 2013 r. w Szpitalu prowadzony był Program certyfikacji szpitali „Szpital bez bólu”. W celu realizacji ww. Programu, stosownie do Zarządzenia Dyrektora nr 31/2012 z 31 grudnia 2012 r.⁴⁵, opracowano procedury mające na celu zapewnienie pacjentom standardów uśmierzania bólu pooperacyjnego poprzez:

- a) obowiązkowe uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniu z zakresu uśmierzania bólu pooperacyjnego,
- b) prowadzenie monitoringu natężenia bólu u wszystkich operowanych pacjentów co najmniej cztery razy na dobę i odnotowywanie oceny nasilenia bólu na „Karcie dokumentacji postępowania przeciwbólowego”,
- c) informowanie pacjentów przed zabiegiem o możliwości i metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego,
- d) prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiarów bólu i zastosowanego postępowania zgodnie z rekomendacjami uśmierzania bólu,
- e) monitorowanie ewentualnych działań niepożądanych zastosowanego leczenia.

Szpital spełniał kryteria wymagane przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i uzyskał certyfikat „Szpital bez bólu”⁴⁶. Audyt zewnętrzny wykazał, że system zarządzania jakością dla zakresu świadczenia zdrowia w zakresie: wielospecjalistycznego leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, pomocy doraźnej, badań diagnostycznych i profilaktycznych oraz promocji zdrowia spełnia wymagania normy ISO 9001-2009. Na podstawie analizy prowadzonej w Oddziale Urologii i Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej dokumentacji ustalono m.in., że ustanowione procedury walki z bólem są przestrzegane, dokonywano stosownych wpisów w książce raportów pielęgniarskich, sporządzano raporty kart indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karty procesu pielęgnowania, kartę natężenia bólu pooperacyjnego, w której odnotowywano natężenie bólu w skali numerycznej (NRS) lub wzrokowo-analogowej (VAS, pomiaru dokonywano co 4 godziny (8; 12; 16; 20; 24; 4) oraz kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego.

(dowód: akta kontroli, str. 284-303)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w Szpitalu nowotwór złośliwy rozpoznano u odpowiednio 1968 i 475 pacjentów, w tym w ramach pakietu onkologicznego odpowiednio u 115 i 61 pacjentów, tj. 5,8% i 12,8% ogółu pacjentów z rozpoznaniem nowotworem. W badanym okresie nowotwór złośliwy rozpoznano w leczeniu szpitalnym u 62 pacjentów (24,0%), w AOS u 178 pacjentów (69,8%) i u 16 (6,2%) z kartą DiLO z POZ.

(dowód: akta kontroli str. 206, 210, 234)

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.

⁴⁵ w sprawie realizacji Programu certyfikacji szpitali „Szpital bez bólu”.

⁴⁶ Certyfikat ważny do 25 listopada 2016 r.

2.3. Dostęp do świadczeń w leczeniu szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

Kryterium objęcia pakietem onkologicznym w ramach leczenia szpitalnego w 2015 r. spełniało 243 pacjentów spośród których 47 było diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego (19,3%), a 196 w ramach umów określających limity pacjentów (80,7%). Pacjenci ci skorzystali z odpowiednio 83 i 590 badań diagnostycznych.

W 2016 r. (do 31 sierpnia) kryterium objęcia pakietem onkologicznym spełniało 212 pacjentów, spośród których 37 było diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego (17,5%), a 175 w ramach umów określających limity pacjentów (82,5%). Pacjenci ci skorzystali z odpowiednio 80 i 541 badań diagnostycznych.

Natomiast w 2014 r. kryterium objęcia pakietem onkologicznym⁴⁷ spełniałoby 242 pacjentów, którzy skorzystali z 818 badań diagnostycznych.

(dowód: akta kontroli str. 210)

W dwóch objętych badaniem oddziałach Szpitala w poszczególnych kwartałach 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia w przypadkach stabilnych i pilnych w czterech kwartałach 2015 r. i pierwszych dwóch 2016 r. w porównaniu do analogicznych kwartałów 2014 r. nie uległ zmianie na Oddziale Chirurgii Ogólnej⁴⁸. Na Urologii i Onkologii Urologicznej dla przypadków stabilnych czas ten we wszystkich badanych kwartałach skrócił się o 6 do 13 dni (średnio o 11 dni), a dla przypadków pilnych skrócił się średnio o 2,3 dnia – w czterech kwartałach 2015 r. oraz wydłużył się w 2016 r. o dwa dni – w I kwartale i o jeden dzień w drugim.

Zgodnie z danymi zawartymi w aplikacji AP KOLCE w 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) pacjentów korzystających z pakietu onkologicznego umieszczano na listach oczekujących na udzielenie świadczeń⁴⁹.

(dowód: akta kontroli str.235; 310)

Badanie 30 kart DiLO wykazało, że w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. w Szpitalu dotrzymano 14-dniowego terminu na określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium i podjęcie leczenia.

(dowód: akta kontroli str.265-269)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Spośród pacjentów Szpitala, którzy spełniali kryteria objęcia pakietem onkologicznym w ramach leczenia szpitalnego 196 na 243 (80,7%) w 2015 r. oraz 175 na 212 (82,5%) w 2016 r. (do 31 sierpnia) udzielano świadczeń poza tym pakietem, tj. w ramach limitów pozostałych świadczeń zawartych w umowach z NFZ, czym ograniczono prawa pacjentów wynikające z art. 32a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym 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 NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 207-210)

⁴⁷ Dane za 2014 r. podano w celach porównawczych, dotyczy pacjentów, którzy spełnialiby kryteria objęcia pakietem onkologicznym gdyby takie świadczenia wprowadzono w 2014 r.

⁴⁸ Czas oczekiwania – „0” dni.

⁴⁹ Czas oczekiwania pacjenta na Oddziale Chirurgii Ogólnej wynosił od trzech do jedenastu dni, a na Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej do ośmiu dni.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że przyczyny znacznie mniejszej ilości leczonych pacjentów w systemie pakietu onkologicznego w stosunku do umów objętych limitami w lecznictwie szpitalnym wynikały między innymi z:

- piramidy biurokracji generującej błędy sprawozdawcze (pacjent nie zawsze z przyczyn technicznych był włączony w szybką ścieżkę onkologiczną),
- problemu związanego z sytuacją, kiedy materiał do badania histopatologicznego został pobrany w ramach hospitalizacji (czas oczekiwania na wynik nie jest zależny od świadczeniodawcy - data otrzymania wyniku przeważnie następuje po zakończeniu procesu hospitalizacji, co może skutkować niezasadnym wydłużeniem pobytu pacjenta w szpitalu). Pacjent po zakończonym leczeniu jest wypisany do domu. Mimo otrzymanego skierowania do poradni specjalistycznej pacjent często udaje się do lekarza POZ, który wystawia kartę DiLO. W takiej sytuacji prowadzenie przez szybką ścieżkę onkologiczną wydłużyłoby czas oczekiwania na leczenie,
- częstego zawieszania się systemu AP-DiLO lub przerw technicznych uniemożliwiających pracę w aplikacji, przy konieczności prowadzenia sprawozdawczości na bieżąco, spowolnienie działania systemu KRN (zgłoszenie wymaga do 40 minut),
- braku uwidocznienia w aplikacji AP-DiLO danych dotyczących etapu diagnostyki i leczenia na jakim jest pacjent - obecnie jeżeli chory ma otwarty etap w jednym ośrodku, jest niewidoczny w innym, gdzie np. zgłosił się do dalszej diagnostyki lub leczenia,
- braku możliwości skierowania pacjenta na zabieg diagnostyczno-leczniczy z podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (do 1 grudnia 2015 r.).

(dowód: akta kontroli str. 197-205)

W ocenie NIK nieobjęcie pacjentów pakietem onkologicznym pomimo spełnienia przez nich warunków objęcia tym pakietem oznaczało ograniczenie praw pacjentów do skorzystania z szybszego dostępu do badań diagnostycznych i rozpoczęcia leczenia, zwłaszcza w przypadku chęci podjęcia diagnostyki i leczenia u innych świadczeniodawców.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie z uwagi na objęcie pakietem onkologicznym w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) tylko niewielkiej części kwalifikujących się do tego pacjentów (odpowiednio 19,3% i 17,5%), którzy posiadali przyznane ustawą o świadczeniach prawo do skorzystania z 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 Anatomii Patologicznej, który samodzielnie wykonywał badania histopatologiczne ale nie było pracowni immunohistochemicznej i badań molekularnych. Szpital zawarł umowy w zakresie udzielania świadczeń medycznych w zakresie badań cytogenetycznych oraz diagnostyki molekularnej z trzema podmiotami zewnętrznymi, którym w latach 2015-2016 r. (do 31 sierpnia) zlecał wykonanie badań immunohistochemicznych lub molekularnych.

W Szpitalu w badanym okresie leczono 72 pacjentów z rakiem sutka, 42 z rakiem jelita grubego, 27 z rakiem żołądka i 23 z czerniakiem. Natomiast nie było pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NSCLC), nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST), włókniakomięsakiem guzowatym skóry (DFSP)

oraz chłoniakami nieziarniczymi z komórek szeregu B. Stwierdzono 72 rozpoznania związane z rakiem piersi⁵⁰, w tym 12 przypadków z dodatnim wynikiem HER2+++ i osiem przypadków z wynikiem HER2++.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że u wszystkich operowanych z powodu nowotworu piersi przeprowadzano badania z zakresu diagnostyki patomorfologicznej z oznaczeniem ekspresji receptorów HER2. W przypadku 12 pacjentów, u których oznaczono HER2+++ stosowano terapię spersonalizowaną. Po konsylium pacjentki były kwalifikowane do leczenia operacyjnego lub chemioterapii neoaudiuwantowej lub chemioterapii paliatywnej. Pacjentki z wynikiem HER2++ były przekazywane do Centrum Onkologii w Bydgoszczy celem dalszej diagnostyki oraz leczenia. Szpital nie posiada informacji zwrotnej z CO, która z 8 pacjentek miała oznaczony FISH⁵¹.

W kontrolowanym okresie nie przeprowadzono żadnego powtórnego zabiegu operacyjnego (reoperacji) z powodu nowotworu raka sutka.

(dowód: akta kontroli str. 27-30; 319-321)

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.

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

Opis stanu
faktycznego

W badanym okresie wynik finansowy (brutto) Szpitala był ujemny, a strata sukcesywnie wzrastała i wynosiła – 621,1 tys. zł za 2014 r., – 1 175,9 tys. zł za 2015 r. i – 6 076,4 tys. zł za osiem miesięcy 2016 r.⁵² Przychody ogółem Szpitala w latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) wyniosły odpowiednio 120 177,3 tys. zł, 124 635,3 tys. zł i 84 067,0 tys. zł, a koszty ogółem odpowiednio 120 798,4 tys. zł, 125 811,2 tys. zł i 90 143,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 12)

Łączna wartość wykonanych i rozliczonych umów objętych limitami w 2014 r. w lecznictwie szpitalnym wyniosła 81 671,7 tys. zł, w tym na Chirurgii ogólnej 11 190,9 tys. zł, a na Urologii 3 920,7 tys. zł, tj. 18,5% kontraktu objętego limitami. W 2015 r. wartość wykonanych i rozliczonych umów objętych limitami wyniosła łącznie 85 162,7 tys. zł⁵³. Na Chirurgii ogólnej w stosunku do roku poprzedniego zmniejszyła się do 10 947,7 tys. zł i zwiększyła na Urologii do 4 483,3 tys. zł, tj. łącznie 18,1% kontraktu objętego limitami. Pakiet onkologiczny w lecznictwie szpitalnym dotyczył tylko dwóch rodzajów świadczeń: Chirurgii ogólnej oraz Urologii. W umowie leczenia szpitalnego przyznano środki na realizację pakietu onkologicznego według stanu na 1 stycznia 2015 r. w wysokości 1 654,0 tys. zł.⁵⁴ Łączna wartość świadczeń wykonanych i rozliczonych z NFZ w ramach pakietu onkologicznego wyniosła 274,5 tys. zł (0,32% wykonanych i rozliczonych świadczeń w lecznictwie szpitalnym objętych limitami). W ramach

⁵⁰ Dotyczy pacjentów z rozpoznaniem C50.

⁵¹ Ang. *fluorescence in situ hybridization*.

⁵² Wysokość przychodów do kosztów wynosiła odpowiednio: 120 177,3 tys. zł przychodów wobec 120 798,4 tys. zł kosztów w 2014 r., 124 635,3 tys. przychodu wobec 125 811,2 tys. zł kosztów w 2015 r. i 84 067,0 tys. zł przychodu wobec 90 143,4 tys. kosztów za osiem miesięcy 2016 r.

⁵³ Pierwotna wartość umów objętych limitami wynosiła 77 558,4 tys. zł.

⁵⁴ Na pakiet onkologiczny przyznano w wysokości 1 091,6 tys. zł, w tym na Chirurgię ogólną i 562,4 tys. zł, a na Urologię.

pakietu onkologicznego na Chirurgii ogólnej przychody wyniosły 237,7 tys. zł (tj. 2,17% wartości wykonanych i rozliczonych z NFZ umów objętych limitami), a na Urologii 36,8 tys. zł (1,78% rozliczonych z NFZ umów objętych limitami). Za osiem miesięcy 2016 r. wartość wykonanych i rozliczonych umów objętych limitami w lecznictwie szpitalnym wyniosła 57 418,2 tys. zł (66,5% kontraktu), w tym na Chirurgii ogólnej 7 143,3 tys. zł, na Urologii 3 033,2 tys. zł, tj. 17,7% kontraktu Szpitala objętego limitami. Na realizację pakietu onkologicznego według stanu na 1 stycznia 2016 r. przyznano środki w wysokości 258,6 tys. zł. Łączna wartość świadczeń wykonanych i rozliczonych z NFZ w ramach pakietu onkologicznego wyniosła 164,0 tys. zł (0,28% wykonanych i rozliczonych świadczeń w lecznictwie szpitalnym objętych limitami). W ramach pakietu onkologicznego na Chirurgii ogólnej przychody wyniosły 142,7 tys. zł (tj. 2,0% wartości wykonanych i rozliczonych z NFZ umów objętych limitami), a na Urologii 21,3 tys. zł (0,7% rozliczonych z NFZ umów objętych limitami).

(dowód: akta kontroli str. 12-13)

Na podstawie umowy AOS w latach 2014-2016 przyznano Szpitalowi odpowiednio 7 531,4 tys. zł, 7 873,4 tys. zł i 4 250,6 tys. zł. Wartość wykonanych i rozliczonych umów objętych limitami w 2014 r. w AOS wyniosła 8 203,0 tys. zł. Na realizację pakietu onkologicznego według stanu na 1 stycznia 2015 r. przyznano środki w wysokości 365,4 tys. zł. Limit ten na koniec 2015 r. obniżył się do 76,0 tys. zł. W 2015 r. wartość wykonanych i rozliczonych z NFZ umów objętych limitami zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego i wyniosła 8 127,6 tys. zł (tj. o 0,92% tj. o 75,4 tys. zł), a w ramach pakietu onkologicznego wykonano i rozliczono świadczenia w wysokości 47,7 tys. zł (0,59% wszystkich świadczeń w AOS). Wartość wykonanych i rozliczonych umów objętych limitami w AOS, w trzech Poradniach, w których również zrealizowano świadczenia w ramach pakietu onkologicznego wynosiła 1 425,5 tys. zł (tj. 17,5% wszystkich świadczeń w AOS), w tym: Gastroenterologicznej 217,5 tys. zł, Urologicznej 389,4 tys. zł i Chirurgii onkologicznej 818,6 tys. zł. Wartość wykonanych i rozliczonych umów w AOS, w trzech Poradniach, w których zrealizowano świadczenia w ramach pakietu onkologicznego na łączną kwotę 47,7 tys. zł wynosiła: Gastroenterologicznej 0,975 tys. zł (0,45%), Urologicznej 0,542 tys. zł (0,14%), Chirurgii onkologicznej 46,2 tys. zł (5,6%). Wartość kontraktu na 2016 r. wynosiła 8 501,2 tys. zł, a na świadczenia w ramach pakietu onkologicznego 143,2 tys. zł. Za osiem miesięcy 2016 r. wartość wykonanych i rozliczonych umów objętych limitami w AOS wyniosła 5 468,4 tys. zł (64,3% kontraktu), a na świadczenia w ramach pakietu onkologicznego 50,4 tys. zł (35,2%). Wykonane i rozliczone z NFZ w pięciu Poradniach świadczenia w ramach pakietu onkologicznego na łączną wartość 50,4 tys. zł, stanowiło 0,9% wartości świadczeń AOS wykonanych w ramach świadczeń objętych limitami⁵⁵.

(dowód: akta kontroli str. 14)

Łączne przychody Szpitala z tytułu wykonania świadczeń w pakiecie onkologicznym udzielonych w ramach leczenia szpitalnego i AOS wyniosły 322,1 tys. zł za 2015 r. i 214,4 tys. zł za osiem miesięcy 2016 r. Szpital nie prowadził rozliczenia kosztów związanych z prowadzeniem pakietu onkologicznego. Przychody z pakietu onkologicznego za 2015 r. i za osiem miesięcy 2016 r. stanowiły 0,26% przychodów ogółem Szpitala oraz 0,34% łącznych środków uzyskanych z tytułu wykonania umów

⁵⁵ W Poradniach: Chirurgii ogólnej 1 242. zł, Gastroenterologicznej 488 zł, Urologicznej 7 062 zł, Otolaryngologicznej 589 zł i Chirurgii Onkologicznej 41 060 zł. tj. 41,0% kontraktu.

leczenia szpitalnego i AOS w tym okresie.

(dowód: akta kontroli str. 12-14)

W dwóch oddziałach szpitalnych i 16 poradniach, w których zgodnie z zawartymi umowami leczenia szpitalnego oraz AOS przewidziano realizację pakietu onkologicznego, w latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) przychody ogółem wynosiły odpowiednio 21 284,5 tys. zł., 22 157,1 tys. zł i 14 646,5 tys. zł. Z realizacji umów zawartych z NFZ przychody wyniosły odpowiednio 21 250,5 tys. zł, 22 116,3 tys. zł, 14 621,8 tys. zł.

W latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) koszty ogółem w tych poradniach i oddziałach wyniosły 22 236,4 tys. zł., 23 343,9 tys. zł i 14 621,8 tys. zł., w tym koszty wynagrodzeń 13 169,8 tys. zł., 13 538,8 tys. zł i 5 905,3 tys. zł. Spośród 16 objętych badaniem komórek organizacyjnych Szpitala w latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) dodatni wynik finansowy osiągało od pięciu⁵⁶ do jedenastu z nich.

(dowód: akta kontroli str. 15 - 18)

Szpital nie prowadził analizy kosztów i przychodów z tytułu udzielania pacjentom świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w rozbiciu na poszczególnych pacjentów⁵⁷. Zastępca Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych wyjaśniła, że Szpital rozlicza koszty na poszczególne ośrodki powstawania kosztów, a nie na poszczególnych pacjentów. Nie dysponowano analizą kosztów udzielanych świadczeń pacjentom, którzy uzyskali świadczenia w ramach pakietu onkologicznego, tym bardziej w podziale na AOS i leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 12; 19; 21-22)

W analizowanym okresie badania cytologiczne, molekularne i PET Szpital zlecał do wykonania zewnętrznym podmiotom. NFZ wycenił badanie PET w 2015 r. na 3 300 zł, a Szpital w 2015 r. zlecił Centrum Onkologicznemu w Bydgoszczy⁵⁸ wykonanie czterech badań PET, które kosztowały, zgodnie z zawartą 26 stycznia 2015 r. umową po 4 500 zł każde. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-finansowych wyjaśniła, że Szpital nie mając oprogramowania komputerowego dającego możliwość rozliczania kosztów na pacjenta nie posiadał wiedzy czy kwota ryczałtu pokrywała koszty diagnostyki, np. przypadek wątpliwy do postawienia diagnozy, wymagający wykonania dużej liczby badań diagnostycznych, to koszty ewidencjonowane tym komórkom organizacyjnym, które te badania zlecały.

(dowód: akta kontroli, str. 21-22; 25-26)

W Szpitalu nie wystąpiły przypadki rozliczenia więcej niż jednego pakietu diagnostyki wstępnej lub pogłębionej. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-finansowych wskazała, że poradnie nie informowały o potrzebie rozliczenia więcej niż jednego pakietu wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej.

Zgodnie z informacją pozyskaną od Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w Szpitalu nie było przypadków wykonania dodatkowego badania, w tym diagnostycznego po uprzednio zwołanym Konsylium.

Szpital nie poniósł dodatkowych kosztów w związku z dostosowaniem systemów informatycznych do wymogów związanych z realizacją pakietu onkologicznego. W związku z koniecznością powołania Konsylium Szpital w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) poniósł dodatkowe koszty w wysokości 109 512,60 zł.

(dowód: akta kontroli str. 22-23; 30; 307)

⁵⁶ Za osiem miesięcy 2016 r.

⁵⁷ Szpital nie był zobowiązany to prowadzenia ewidencji przychodów i kosztów w przedstawionej szczegółowości.

⁵⁸ Dalej „CO”.

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

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

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 związku z dostosowaniem systemów informatycznych do wymogów związanych z realizacją pakietu onkologicznego Szpital nie poniósł dodatkowych kosztów. Nie dokonywano, finansowanych przez Szpital zmian w systemach informatycznych w celu ich dostosowania do obsługi karty DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 304-305)

Szpital nie dysponował danymi dotyczącymi liczby zgłoszeń kart DiLO odrzuconych przez NFZ z powodu błędów. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że odrzuceni przez NFZ pacjenci przy rozliczeniu karty DiLO byli na bieżąco poprawiani, gdy istniała taka możliwość, a w przypadku braku możliwości poprawy błędu byli rozliczani w ramach pozostałych zakresów świadczeń zakontraktowanych w umowach z NFZ.

Na podstawie badania 30 kart DiLO ustalono, że w Szpitalu okres pomiędzy rozpoznaniem nowotworu złośliwego, a wypełnieniem karty DiLO wynosił od zera do czterech dni, a w AOS do 16 dni (w tym w jednym przypadku 27 dni⁵⁹).

Szpital po zakończeniu leczenia przekazywał pacjentowi oryginał karty DiLO w celu przekazania go lekarzowi POZ.

(dowód: akta kontroli str. 270-283; 305-306)

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

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 dotyczących:

- liczby Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego⁶⁰ wprowadzonych przez świadczeniodawcę do bazy Krajowego Rejestru Nowotworów⁶¹ w latach 2014-2016, w tym przez lekarzy udzielających świadczeń 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. 351)

⁵⁹ Dla karty nr 16053302800 – wynik badania z 16 kwietnia 2016 r. – wystawienie karty w AOS – 13 maja 2016 r.

⁶⁰ Dalej: „KZNZ”.

⁶¹ Dalej: „KRN”.

Na podstawie badania 30 KZNZ⁶² stwierdzono, że:

- w żadnej KZNZ nie wskazano wyłącznie kodu „ICD-10”,
- we wszystkich KZNZ zamieszczono potwierdzenie histopatologiczne,
- w 29 KZNZ podano stopień zaawansowania TNM⁶³, z tym, że w trzech przypadkach dla określenia stopnia zaawansowania dla przynajmniej jednego symbolu stopień oznaczono przy użyciu litery "x".

(dowód: akta kontroli str. 270-283; 352-354)

Na podstawie badania 30 kart DiLO⁶⁴, stwierdzono, że na siedmiu⁶⁵ kartach DiLO nie podano numeru zgłoszenia do KRN.

Na podstawie badania 30 KZNZ wraz z odpowiadającymi im kartami DiLO⁶⁶, stwierdzono, że w 28 przypadkach karty DiLO wystawiano w Szpitalu w tym samym, a w dwóch przypadkach – w trzecim dniu od zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN.

(dowód: akta kontroli str. 270-283; 322-350)

Ustalone
nieprawidłowości

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

W siedmiu⁶⁷ kartach DiLO nie wskazano numeru KZNZ nadawanego przez Krajowy Rejestr Nowotworów, czym naruszono art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 352-354;)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił m.in., że przyczyną niewskazania numeru KZNZ nadawanego przez Krajowy Rejestr Nowotworów było spowolnienie pracy systemu KRN. Nadmierne obciążenie systemu powoduje, że działa on bardzo powoli oraz występują liczne przerwy w pracy systemu. Presja czasu spowodowała, że lekarz wpisał datę zgłoszenia w systemie AP-DiLO, a numer po jego uzyskaniu uzupełnił odręcznie tylko na jednym egzemplarzu z dwóch generowanych. Brak jest możliwości uzupełnienia numeru w systemie AP-DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 306)

Ocena częściowa

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 Kontroli⁶⁸, wnosi o:

1. Podjęcie działań zmierzających do objęcia pakietem onkologicznym wszystkich pacjentów, których stan zdrowia do tego kwalifikuje.
2. Zapewnienie przestrzegania terminów udzielania świadczeń wstępnej diagnostyki onkologicznej wynikających z §15 ust.11 pkt. 1 Zarządzenia w sprawie AOS.

⁶² Wytypowano na podstawie objętych kontrolą kart DiLO, dla których dokonano zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN.

⁶³ TNM: tumor – guz (pierwotny), nodus – węzeł (chłonny), metastases – przerzuty (odległe).

⁶⁴ Spośród których 24 wystawione zostały przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej a sześć w ramach AOS.

⁶⁵ Dotyczy przypadków, w których dokonano zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów,

⁶⁶ Wytypowano karty DiLO, dla których dokonano zgłoszenia nowotworu złośliwego do KRN

⁶⁷ Dotyczy kart DiLO Nr: :15040998550, 150611399787, 15102039443, 16012574077, 16012604468, 15102148695, 16032905064 .

⁶⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

3. Wpisywanie w kartach DiLO numeru KZNZ nadawanego przez Krajowy Rejestr Nowotworów oraz uzupełnienie tego wpisu w przypadku jego braku na już wystawionych kartach.

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 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 stycznia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Kontroler
Emil Wojak
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
Podpis

.....
Podpis