



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.017.02.2016

P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/057 – Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego
Okres objęty kontrolą	1 stycznia 2015 r. – 31 sierpnia 2016 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Katarzyna Michalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/99/2016 z dnia 4 października 2016 r. 2. Maria Mieszalska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/75/2016 z dnia 5 września 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (dalej: „UCK”), 80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Książek-Bator - Dyrektor Naczelny UCK (do 21 listopada 2016 r.) Jakub Kraszewski – p.o. Dyrektor Naczelny UCK (od 21 listopada 2016 r.) (dowód: akta kontroli str. 191-195)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

NIK pozytywnie ocenia działania podjęte w UCK w celu wdrożenia pakietu onkologicznego, spełnienie większości wybranych wymogów realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresach AOS i SZP, w tym dotyczących pakietu onkologicznego, a także prowadzenie i weryfikację odrębnych list oczekujących na udzielenie świadczeń w poradniach i klinikach UCK. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 losowo wybranych pacjentów stwierdzono, że zrealizowane w AOS świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: „karta DiLO”) były udzielane z zachowaniem terminów wymaganych w przepisach. W lecznictwie szpitalnym w każdym badanym przypadku zostało powołane konsylium i wyznaczony koordynator, określony plan leczenia onkologicznego oraz zachowany wymagany termin udzielenia świadczenia. Pozytywną weryfikację Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przeszło aż 99,4% świadczeń sprawozdanych przez UCK w ramach Szybkiej Ścieżki Onkologicznej (dalej: „SSO”). Szczęólnego podkreślenia wymaga utworzenie w strukturze UCK Zintegrowanej Poradni dla Kobiąt z Nowotworem Piersi (tzw. „Breast Cancer Unit”) oraz podejmowanie kolejnych działań w celu jej dalszego rozwoju.

W okresie objętym kontrolą, zarówno w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: „AOS”), jak i leczenie szpitalne (dalej: „SZP”), odnotowano w UCK znaczny wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem kwalifikującym do diagnostyki i leczenia na podstawie karty DiLO (dalej: „pacjent z rozpoznaniem DiLO”). Analizowana populacja pacjentów z rozpoznaniem DiLO stanowiła w AOS 6,1%, a w SZP 14,5% wszystkich pacjentów diagnozowanych i leczonych w UCK w okresie objętym kontrolą. Odsetek pacjentów UCK z rozpoznaniem DiLO rozliczonych w ramach nielimitowanych świadczeń pakietu onkologicznego nie był

jednak znaczny. W AOS wynosił 15,5% w 2015 r. i 9,5% w 2016 r. (do 31 sierpnia), a w lecznictwie szpitalnym, odpowiednio, 27,0% i 31,2%. Główne czynniki, które na taką statystykę wpłynęły, były od UCK niezależne lub były, w ocenie personelu medycznego, niekompatybilne, a niekiedy sprzeczne z ugruntowanym algorytmem diagnostyki i leczenia onkologicznego. Udział wartości świadczeń wykonanych i rozliczonych w ramach pakietu onkologicznego w wartości ogółem wszystkich świadczeń zrealizowanych na podstawie umów AOS i SZP, nie był istotny. W AOS stanowił 3,2% w 2015 r. i 4,6% w 2016 r. (do 31 sierpnia), a w SZP, odpowiednio, 5,3% i 5,8%.

W badanych poradniach i klinikach UCK średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń pacjentom posiadającym kartę DiLO był, w większości przypadków, zbliżony do średniego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjentów zarejestrowanych w kolejkach podstawowych w kategorii medycznej „przypadek pilny”. W celu usprawnienia systemu przyjmowania wszystkich pacjentów, podjęto w UCK decyzję o wydłużeniu czasu udzielania świadczeń w niektórych komórkach organizacyjnych i wyznaczeniu dodatkowych miejsc w dniu przyjmowania poszczególnych poradni. Z danych zarejestrowanych przez UCK w informatycznych systemach kolejkowych wynika, że po 1 stycznia 2015 r. czas oczekiwania pacjentów w kolejkach podstawowych w poradniach i klinikach nie był istotnie dłuższy niż w 2014 r. Relatywnie istotnie wydłużył się natomiast średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii UCK, zarówno w kategorii „przypadek pilny”, jak i „przypadek stabilny”, pomimo że, aby zachować płynność diagnostyki wydłużono godziny przyjęć pacjentów i pracy lekarzy oraz techników. Pacjenci z rozpoznaniem DiLO oczekujący na świadczenie diagnostyczne w Zakładzie Radiologii rejestrowani byli w kolejce podstawowej w kategorii medycznej „przypadek pilny”.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niezgodnego z uregulowaniami wewnętrznymi UCK sposobu ustanowienia wymaganej procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego,
- niewykazania w załączniku Nr 6 do umowy SZP czterech z pięciu koordynatorów figurujących w 10 z 60 badanych kart DiLO,
- nieprzekazania do lekarzy POZ łącznie 162 kart DiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej, w przypadku których na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zachodziły przesłanki do ich przekazania.

Uwagi NIK odnoszą się do:

- nieudokumentowania udziału psychoonkologa w zespole prowadzącym leczenie onkologiczne w Klinice Chirurgii Onkologicznej,
- istotnego spadku ilości Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (dalej: „KZNZ”) przekazywanych do KRN przez lekarzy udzielających świadczeń w UCK z wpisaniem rozpoznaniem histopatologicznym i kodem zaawansowania TNM (przy nieistotnym odsetku KZNZ z wpisana inną klasyfikacją stadium zaawansowania), a także znacznej ilości KZNZ zgłoszonych w wersji papierowej, zamiast elektronicznej.

Wyniki kontroli, w ocenie NIK, wskazują na potrzebę wzmocnienia w UCK mechanizmów zapewniających realizację wszystkich obowiązków świadczeniodawcy realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pakietu onkologicznego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Spełnianie wybranych wymogów realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresach AOS i SZP, w tym dotyczących pakietu onkologicznego

Opis stanu faktycznego

Spełnienie warunków określonych w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹ (dalej: „rozporządzenie AOS”) i załączniku Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego² (dalej: „rozporządzenie SZP”) zweryfikowano w wybranych dwóch poradniach specjalistycznych³ i dwóch klinikach⁴. Na podstawie umów z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (dalej: „POW NFZ”) m.in. w tych jednostkach UCK realizowano w okresie objętym kontrolą świadczenia na podstawie karty DiLO w ramach tzw. pakietu onkologicznego⁵ uprawniającego do SSO. Stan faktyczny wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz kwalifikacje lekarzy realizujących świadczenia w badanych poradniach i klinikach był zgodny ze stanem wymaganym w ww. rozporządzeniach. Sprzęt i aparatura posiadały aktualne przeglądy techniczne.

(dowód: akta kontroli str. 332-344)

Na podstawie zrealizowanych harmonogramów pracy wybranych poradni specjalistycznych za dwa wybrane miesiące okresu objętego kontrolą⁶ ustalono, że świadczenia udzielane były zgodnie z umową z POW NFZ, tj. przez zgłoszonych lekarzy specjalistów, w dniach tygodnia i w godzinach określonych w załączniku „Harmonogram-zasoby”.

(dowód: akta kontroli str. 345-402)

Zgodnie z § 6a pkt 1 rozporządzenia AOS, świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne na podstawie karty DiLO powinien posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego. Zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1 rozporządzenia SZP, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne powinien posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą m.in. wyodrębnienie planującego i koordynującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego oraz wyznaczanie koordynatora. Na podstawie ww. przepisów Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Lecznictwa w dniu 31 grudnia 2014 r. wydał „Instrukcję postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty DiLO” (dalej: „Instrukcja”). W procedurze określono m.in. miejsca rejestracji pacjentów z kartą DiLO, tryb wydawania karty DiLO i jej dokumentowania, terminy diagnostyki, skład konsylium oraz zadania koordynatora pakietu onkologicznego. Instrukcja ta wydana została jednak niezgodnie z „Regulaminem opracowywania, aktualizacji i zarządzania instrukcjami w UCK”⁷, obowiązującym w dniu jej wydania.

(dowód: akta kontroli str. 143, 403-424)

UCK zapewniało dostęp do:

- realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM),

¹ Dz.U. z 2016 r. poz. 357

² Dz.U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

³ Poradni Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka oraz Poradni Gastroenterologicznej

⁴ Klinice Urologii i Klinice Chirurgii Onkologicznej

⁵ Pakiet onkologiczny to zbiór aktów prawnych wprowadzających z dniem 1 stycznia 2015 r. szybką terapię onkologiczną mają na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia.

⁶ czerwiec 2015 r. i czerwiec 2016 r.

⁷ wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Naczelnego UCK Nr 22/2012 z dnia 19 kwietnia 2012 r.

pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych (§ 6a pkt 3 rozporządzenia AOS); świadczenia te realizowały następujące komórki organizacyjne UCK: Uniwersyteckie Centrum Medycyny Laboratoryjnej, Zakład Radiologii, Samodzielna Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej oraz Zakład Medycyny Nuklearnej, tj.

- świadczeń: chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym (§ 4a ust. 1 pkt 5 rozporządzenia SZP); świadczenia te realizowało w ramach umów z POW NFZ w rodzajach: leczenie szpitalne – w zakresach chemioterapia (SZP-C)⁸, teleradioterapia i brachyterapia (SZP-R), ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmująca ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK)⁹ i świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (SOK)¹⁰.

(dowód: akta kontroli str. 137, 139, 145-146, 402)

UCK spełniało także wymóg określony w § 5a rozporządzenia SZP, który zobowiązywał świadczeniodawców do opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu. W okresie objętym kontrolą obowiązywały: „Procedura leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego” zatwierdzona w grudniu 2013 r. przez Dyrektora ds. klinicznych, a następnie procedura operacyjna pt. „Leczenie bólu ostrego i pooperacyjnego u dorosłych i dzieci” zatwierdzona przez Dyrektora Naczelnego w dniu 24 lutego 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 199-219)

Ustalona
nieprawidłowość

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

Pomimo obowiązywania „Regulaminu opracowywania, aktualizacji i zarządzania instrukcjami w UCK”¹¹, Instrukcja nie została wydana zgodnie z jego wymogami. W szczególności nie została wydana w formie zarządzenia Dyrektora Naczelnego UCK (tj. zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do tego ww. Regulaminu) oraz nie została wprowadzona do rejestru aktów normatywnych obowiązujących w UCK. Ponadto rozpowszechnienie Instrukcji wśród pracowników UCK nie zostało udokumentowane w sposób określony w załączniku nr 5 do ww. Regulaminu („Wykaz osób zapoznanych z aktem normatywnym”).

(dowód: akta kontroli str. 403-425, 503-513)

Wyjaśnienia p.o. Dyrektora Naczelnego UCK dotyczące m.in. świadomej rezygnacji z wprowadzania Instrukcji drogą zarządzenia Dyrektora Naczelnego z powodu braku wiedzy na temat funkcjonowania w praktyce pakietu onkologicznego, braku oferty szkoleń zewnętrznych w tym zakresie, czy także oczekiwania na zapowiadane zmiany w pakiecie onkologicznym, nie stanowią, zdaniem NIK, dostatecznego uzasadnienia dla wprowadzenia Instrukcji niezgodnie z obowiązującą w UCK procedurą stanowienia wewnętrznych aktów normatywnych. NIK zwraca uwagę, że Instrukcja nie została dostosowana do tych wymogów przez dwa lata funkcjonowania i realizacji w UCK pakietu onkologicznego.

Ocena cząstkowa

NIK pozytywnie ocenia spełnienie większości wybranych do kontroli wymogów realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresach AOS i SZP, w tym dotyczących pakietu onkologicznego. Wymagana na podstawie rozporządzenia AOS

⁸ chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym, chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym, substancje czynne w chemioterapii

⁹ badania medycyny nuklearnej

¹⁰ badania izotopowe i terapia izotopowa

¹¹ wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Naczelnego UCK Nr 22/2012 z dnia 19 kwietnia 2012 r.

i rozporządzenia SZP procedura postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego - ustanowiona niezgodnie z zasadami wprowadzania wewnętrznych aktów normatywnych w UCK - nie stanowi, w ocenie NIK, gwarancji zapewnienia udzielania tych świadczeń zgodnie z wymogami ww. rozporządzeń.

2. Realizacja pakietu onkologicznego, w tym obsługa kart DiLO oraz przesyłanie informacji do Krajowego Rejestru Nowotworów

2.1. Statystyka kart DiLO zgłoszonych przez UCK (wydanych lub zarejestrowanych na jednym z etapów SSO)

Opis stanu faktycznego

W funkcjonującym w UCK Systemie Obsługi Kart AP-DiLO (dalej: „System AP-DiLO”) według stanu na dzień 14 października 2016 r. figurowało łącznie¹²: 5.625 kart DiLO¹³, w tym 4.893 (tj. 87,0%) posiadających status „aktywna”, 583 (tj. 10,4%) „zamknięta”, a 149 (tj. 2,6%) „anulowana”. W dniu 18 listopada 2016 r. figurowały 5.664 karty DiLO, w tym 2.336 (tj. 41,2%) wydanych przez lekarzy POZ, 1.793 (tj. 31,7%) przez lekarzy specjalistów w AOS, a 1.535 (tj. 27,1%) na oddziałach szpitalnych (z czego 346 wydanych pacjentom kontynuującym leczenie sprzed 1 stycznia 2015 r.).

(dowód: akta kontroli str. 164-171, 431-492)

Dyrektor Naczelny UCK poinformował, że udostępniony przez NFZ System AP-DiLO nie zawiera żadnej zdefiniowanej funkcji generowania raportów, w tym pozwalających na uzyskanie informacji, ile kart DiLO zostało wystawionych w komórkach organizacyjnych UCK.

(dowód: akta kontroli str. 140, 144, 146, 164-171, 153-156)

Z danych uzyskanych w dniu 26 października 2016 r. od Dyrektora POW NFZ¹⁴ (dalej: „dane POW NFZ”) wynika, że:

- w okresie objętym kontrolą UCK zgłosiło w Systemie AP-DiLO łącznie 4.995 kart DiLO¹⁵, z czego 2.838 wydanych zostało w komórkach organizacyjnych UCK; pozostałe, wydane przez innych świadczeniodawców, zarejestrowane zostały przez UCK na jednym z etapów SSO;
- spośród 2.838 kart DiLO wydanych w UCK (nieanulowanych) 1.432 (tj. 50,5%) wystawione zostały przez lekarzy udzielających świadczeń AOS, 1.330 (tj. 46,9%) na oddziałach szpitalnych w ramach SZP¹⁶, a 76 (tj. 2,6%) przez lekarzy POZ w UCK¹⁷;
- w systemie AP-DiLO UCK zarejestrowało 1.962 karty DiLO wystawione przez lekarzy POZ, w tym w przypadku 1.219 z nich nowotwór złośliwy potwierdzono (tj. w 62,1%), 707 nie potwierdzono (tj. w 36,0%), a 36 diagnostyka nie została zakończona¹⁸.

(dowód: akta kontroli str. 160-171, 432)

¹² Wybrano opcję: widoczne karty dowolnego operatora wydane w okresie objętym kontrolą. Dane uzyskano w wyniku „ręcznego” przeglądania wyświetlanych na ekranie list kart DiLO, po uprzednim ich posortowaniu wg kolumny „tryb wydania”.

¹³ w tym 3.440 w 2015 r. i 2.185 w 2016 r. (do 31 sierpnia)

¹⁴ informacje na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ust. 7 ustawy o NIK

¹⁵ bez 149 anulowanych

¹⁶ w tym 323 pacjentom kontynuującym leczenie sprzed 1 stycznia 2015 r.

¹⁷ w 2015 r. wystawiono: 889 kart DiLO w AOS (w kwartałach odpowiednio: 208, 219, 213 i 249), 856 w SZP (w kwartałach odpowiednio: 323, 208, 153 i 172) i 29 w POZ. W okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. wystawiono: 543 w AOS (w I i II kwartale 195 i 212, a od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. 136), 474 w SZP (w I i II kwartale 162 i 206, a od 1 lipca do 31 sierpnia 2016 r. 108) i 47 w POZ.

¹⁸ dane na podstawie wpisów świadczeniodawców w pozycji C8 karty DiLO

2.2. Realizacja pakietu onkologicznego w AOS, w tym prowadzenie odrębnych kolejek w Aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE).

Opis stanu faktycznego

Według danych POW NFZ, w okresie objętym kontrolą UCK zgłosiło w AP-DiLO realizację łącznie 2.927 diagnostyk wstępnych (w tym 1.495, tj. 51,1% na podstawie kart DiLO wystawionych przez lekarzy POZ) i 1.848 diagnostyk pogłębionych. W przypadku 818 kart DiLO wydanych w POZ (tj. w 54,7%) nie odnotowano w UCK daty wpisu na listę oczekujących na diagnostykę wstępną, a w 1.083 daty wpisu na listę oczekujących na diagnostykę pogłębioną (tj. w 58,6%). Z § 5 ust. 1b pkt 2 lit. b tiret drugi i lit. c tiret drugi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r.¹⁹ wynika, że świadczeniodawca nie gromadzi tych informacji i nie przekazuje ich do oddziału wojewódzkiego NFZ, jeżeli świadczeniobiorca uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 160-163, 432)

Dla pacjentów z kartą DiLO prowadzono w UCK odrębne listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁰ (dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”). Informacje dotyczące tych kolejek rejestrowano elektronicznie w udostępnionej przez NFZ aplikacji AP-KOLCE²¹. Według stanu na 7 grudnia 2016 r. w UCK prowadzono łącznie 44 aktywne kolejki oczekujących oznaczone typem „onkologiczna (dilo)”, w tym 25 dla poradni i 19 dla klinik. Kryteria medyczne decydujące o kolejności umieszczania pacjentów z kartą DiLO na listach oczekujących określone zostały w „Instrukcji postępowania i organizacji udzielania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów leczonych na podstawie karty DiLO”. Kryteria te były zgodne z art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 143-144, 246-250, 408)

Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że odrębne listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń onkologicznych prowadzono wyłącznie elektronicznie w narzuconej przez NFZ aplikacji AP-KOLCE w podziale na poszczególne etapy postępowania diagnostycznego lub leczniczego (sześć kategorii etapów). Pacjent z kartą DiLO wpisywany był w kolejkę oczekujących na świadczenie do wykonania w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty zgłoszenia, natomiast przy kwalifikacji do leczenia szpitalnego lekarz, wyznaczając termin, brał pod uwagę stan pacjenta, rozpoznanie, rokowanie, choroby współistniejące, stosując się do obowiązujących standardów, wytycznych i zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny.

(dowód: akta kontroli str. 143-144)

Analiza wybranych raportów statystycznych dostępnych w Systemie AP-KOLCE i dotyczących kolejek oczekujących typu „onkologiczna (dilo)”²² wykazała, że:

- w marcu 2015 r. w Systemie AP-KOLCE nie prowadzono zapisów o odrębnych kolejkach oczekujących dla pacjentów z kartą DiLO,
- na próbie 48 losowo wybranych świadczeniobiorców stwierdzono, że terminy udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej wyznaczone zostały

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.)

²⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

²¹ Aplikacja internetowa stanowiąca część Portalu SZOI.

²² przeprowadzona dla czterech poradni specjalistycznych (Poradnia Klatki Piersiowej, Poradnia Urologii, Poradnia Onkologiczna i Chorób Sutka, Poradnia Chirurgii Onkologicznej) za marzec i sierpień 2015 r. oraz marzec i sierpień 2016 r.

z zachowaniem terminów określonych w § 15 pkt 11 Zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna²³ (dalej: „Zarządzenie AOS”),

- informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywano do POW NFZ co najmniej raz w tygodniu, tj. z zachowaniem częstotliwości określonej w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 251-310)

Odnosnie braku w marcu 2015 r. w AP-KOLCE zapisów dotyczących odrębnej kolejki oczekujących dla pacjentów z kartą DiLO, Kierownik Działu Logistyki Medycznej²⁴ wyjaśnił m.in., że wdrożenie w UCK tej aplikacji wiązało się z uprzednim nadaniem loginów i haseł oraz określeniem rodzaju dostępności, a także koniecznością przeszkolenia personelu. Pacjenci poszczególnych klinik i poradni UCK wprowadzani byli do systemu sukcesywnie, przy czym ostatecznie w kwietniu 2015 r. baza została zasilona danymi z systemu kolejkowego prowadzonego przed wprowadzeniem aplikacji AP-KOLCE i od tego czasu rejestracja zaczęła funkcjonować tylko w tym systemie.

(dowód: akta kontroli str. 316-318)

Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Administracyjno-Technicznych wyjaśnił, że aplikacja AP-KOLCE udostępniona została przez NFZ dopiero w dniu 15 stycznia 2015 r. Dla każdego użytkownika zostały przydzielone w systemie NFZ uprawnienia do tej aplikacji (ok. 11 uprawnień na każdego użytkownika) oraz określone świadczenia (produkt kontraktowy), na które dany użytkownik mógł wpisywać pacjenta (ok. 65 świadczeń tylko w przypadku rejestratorów). Następnym krokiem był etap masowych szkoleń użytkowników (w grupach po 20-30 osób). Proces szkolenia zakończył się w kwietniu 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 220-223)

Kierownik Działu Logistyki Medycznej wyjaśnił ponadto, że wprowadzenie dodatkowej listy oczekujących dla pacjentów z kartą DiLO przysporzyło jedynie dodatkowej pracy administracyjnej, która wydłużyła czas obsługi pacjenta w rejestracji, u lekarza, u koordynatora pakietu onkologicznego, nie dając jednocześnie żadnej wymiernej korzyści, w tym przede wszystkim urealnienia faktycznego obłożenia i czasu oczekiwania pacjentów do poradni, zakładów diagnostycznych, czy klinik. W UCK diagnozowani i leczeni byli głównie pacjenci z chorobami przewlekłymi, pozostający pod stałą kontrolą często przez wiele lat. W ocenie Kierownika Działu Logistyki Medycznej, liczba tych pacjentów nie jest w żaden sposób odwzorowywana w systemach kolejkowych narzuconych przez ustawodawcę.

(dowód: akta kontroli str. 316-318)

Zarządzeniem Nr 1/2008 z 2 stycznia 2008 r., a następnie Zarządzeniem Nr 26/2015 z 3 czerwca 2015 r. Dyrektor Naczelny powołał Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów UCK. W okresie objętym kontrolą (20 miesięcy) Zespół sporządził łącznie 20 protokołów z oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń w UCK. Określona w art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej częstotliwość dokonywania ocen (co najmniej raz w miesiącu) została zachowana.

(dowód: akta kontroli str. 311-319)

²³ NFZ z 2015 r. poz. 109, ze zm. – uchylony z dniem 1 lipca 2016 r.

²⁴ Zgodnie z załącznikiem nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego UCK, do zadań Działu Logistyki Medycznej należał m.in. nadzór nad prawidłowością prowadzenia kolejek oczekujących na przyjęcie do klinik/oddziałów, poradni, zakładów i pracowni działających na terenie UCK.

Użytkownicy aplikacji AP-KOLCE w UCK zidentyfikowali szereg problemów technicznych w obsłudze kolejek oczekujących w tej aplikacji, w tym m.in.:

- brak możliwości formalnego „przywrócenia” do kolejki raz skreślonego pacjenta, w sytuacji, gdy pacjent ten uprawdopodobnił, że w wyznaczonym terminie nie mógł się zgłosić,
- brak zaawansowanych narzędzi wyszukiwania pacjentów - po wprowadzeniu identyfikatora pacjenta (np. PESEL) pojawia się informacja, że pacjent jest zapisany do kolejki, ale bez informacji, jaka to jest kolejka (w przypadku UCK oznacza to przeszukiwanie kilkudziesięciu kolejek),
- brak kalendarza i istotnych statystyk, z punktu widzenia zarządzającego kolejką, np. ilości pacjentów w danej kolejce na konkretny dzień,
- po skreśleniu pacjenta z kolejki powstaje wolne miejsce, którego system nie podpowiada podczas wpisywania, że jest możliwe do wykorzystania, co skutkuje raportowaniem nierzeczywistych czasów oczekiwania,
- popełniony błąd przy wprowadzaniu danych (np. w numerze PESEL) możliwy jest do poprawienia jedynie poprzez usunięcie pacjenta z kolejki, a następnie z centralnego słownika pacjentów, i ponowne dodanie do bazy danych i na końcu do kolejki.

(dowód: akta kontroli str. 220-223)

2.3. Realizacja pakietu onkologicznego w lecznictwie szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

Według danych POW NFZ, w okresie objętym kontrolą UCK zarejestrowało w AP-DiLO zwołanie łącznie 3.297 konsyliów i wykonanie 257 zabiegów diagnostyczno-leczniczych. Datę wpisu na listę oczekujących odnotowano w przypadku 919 konsyliów (tj. w 27,9%) i 110 zabiegów diagnostyczno-leczniczych (tj. 42,8%). W pozostałych przypadkach (2.378 konsyliów i 147 zabiegów diagnostyczno-leczniczych) w kartach DiLO nie odnotowano takiej daty²⁵.

(dowód: akta kontroli str. 160-163, 432)

Analizą objęto próbę 60 losowo wybranych dokumentacji medycznych pacjentów z kartą DiLO (w tym 30 wydanych w POZ i 30 wydanych w AOS w UCK), w przypadku których etap konsylium zrealizowano w UCK. Analiza potwierdziła, że w każdym przypadku został:

- wyodrębniony wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny (dalej: „konsylium”), w skład którego wchodził lekarze specjaliści w dziedzinach medycyny wyszczególnionych w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia SZP,
- określony plan i harmonogram leczenia onkologicznego,
- zachowany termin udzielenia świadczenia, o których mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia SZP,
- wyznaczony koordynator, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia SZP (jego imię i nazwisko zamieszczane zostało w karcie DiLO).

(dowód: akta kontroli str. 172-176, 546-551)

Czterech z pięciu koordynatorów figurujących w 10 z 60 badanych kart DiLO nie zostało zgłoszonych do POW NFZ w załączniku Nr 6 do umowy SZP pn. „Harmonogram dodatkowy – zasoby”, wymaganym na podstawie § 1 pkt 23 Zarządzenia Nr 81/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 grudnia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne²⁶ (dalej: „załącznik Nr 6 do umowy SZP”). Wymieniony załącznik dotyczył m.in. wykazu koordynatorów pakietu onkologicznego i nie był aktualizowany od 25 listopada 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 426-430, 546-551)

²⁵ Zgodnie z wzorem karty DiLO, datę wpisu na listę oczekujących podaje się, jeżeli posiadacz karty DiLO był wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

²⁶ NFZ z 2015 r. poz. 110, ze zm. – uchylony z dniem 1 lipca 2016 r.

Kierownik Działu Logistyki Medycznej wyjaśnił, że w UCK wyznaczony został Zespół Koordynatorów Pakietu Onkologicznego, który aktualnie składa się z pięciu osób. Do zadań koordynatorów należało w szczególności udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, a ponadto uzyskiwanie informacji na temat etapów diagnostyczno-terapeutycznych przeprowadzonych w innych placówkach. Koordynatorzy wykonują swoje zadania i obowiązki w ramach pracy w pełnym wymiarze godzin, dokumentując swoją pracę m.in. w szpitalnym systemie informatycznym CliniNET. W klinikach, w których pacjent onkologiczny występuje sporadycznie, kierownik takiej kliniki wyznaczał osobę do organizacji konsylium spośród swoich współpracowników, najczęściej lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 187-189)

W żadnej analizowanej dokumentacji medycznej 60 pacjentów z kartą DiLO nie udokumentowano udziału w zespole prowadzącym ich leczenie udziału osoby prowadzącej fizjoterapię, psychologa lub psychoonkologa, tj. personelu, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 3 rozporządzenia SZP. W załączniku Nr 6 do umowy SZP UCK wykazało dwóch psychologów (dostępnych łącznie 64,5 godziny tygodniowo), jednego psychoonkologa (dostępnego jedną godzinę tygodniowo) i dziewięciu fizjoterapeutów (dostępnych razem 353 godziny tygodniowo). Z wyjaśnień p.o. Dyrektora Naczelnego UCK wynika, że o potrzebie zlecenia takich konsultacji decydowali lekarze prowadzący. Ordynator Kliniki Chirurgii Onkologicznej wyjaśnił m.in., że w Klinice na stałe zatrudniony jest psychoonkolog, który uczestniczy w konsyliach, jednakże jego obecność nie była rutynowo odnotowywana. Konsultacje fizjoterapeuty zlecane były u chorych po zabiegu operacyjnym, w zależności od potrzeb.

(dowód: akta kontroli str. 172-176, 501-517, 529-530, 546-551)

Realizację procedury pt. „Leczenie bólu ostrego i pooperacyjnego u dorosłych i dzieci” zweryfikowano na próbie 40 pacjentów (20 Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej i 20 Kliniki Chirurgii Piersiowej), w przypadku których w księgach raportów pielęgniarstwa za miesiące marzec i sierpień 2015 r. oraz marzec i sierpień 2016 r. odnotowano zgłaszanie dolegliwości bólowych. Pomiar natężenia bólu udokumentowany został głównie w Karcie pomiaru natężenia bólu (w jednym przypadku w Karcie gorączkowej). Zgodnie z ww. procedurą, personel pielęgniarstwa dokonujący pomiaru natężenia bólu zobowiązany był do odnotowania tego faktu w Karcie pomiaru natężenia bólu, Karcie monitorowania leczenia przeciwbólowego, Karcie gorączkowej - w zależności od komórki organizacyjnej UCK.

(dowód: akta kontroli str. 196-219)

Z informacji przedstawionej przez Kierownika Działu Sprzedaży i Rozliczeń Usług Medycznych UCK wynika, że w UCK najwięcej nowotworów złośliwych rozpoznanych zostało na szczeblu AOS. Ogółem w 2015 r. nowotwór złośliwy rozpoznano u 12.077 pacjentów, a w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. u 10.873 pacjentów - w ramach AOS odpowiednio 10.240 i 9.467 (tj. 84,8% i 87,1% rozpoznań), a w ramach leczenia szpitalnego 1.837 i 1.406 (tj. 15,2% i 12,9% rozpoznań).

(dowód: akta kontroli str. 159)

2.4. Obsługa kart DiLO

Opis stanu faktycznego

Realizacja SSO w UCK odzwierciedlana była głównie w czterech rozłącznie funkcjonujących aplikacjach: szpitalnym systemie informatycznym CliniNET, udostępnionych przez NFZ aplikacjach AP-DiLO i AP-KOLCE oraz systemie rejestracji nowotworów złośliwych KRN²⁷. Z uwagi na brak w UCK platformy integrującej te systemy, proces zaczynał się od rejestracji pacjenta w KRN (w celu

²⁷ prowadzonym przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie z siedzibą w Warszawie przy pomocy Krajowego Biura Rejestracji Nowotworów i Wojewódzkich Biur Rejestracji.

uzyskania numeru rejestru KRN), następnie założenia karty DiLO w AP-DiLO i założenia analogicznej karty onkologicznej w systemie CliniNET. W każdym z tych systemów oddzielnie należało założyć kartotekę nowego pacjenta, tj. wpisać m.in. jego PESEL, imię i nazwisko oraz adres zamieszkania.

(dowód: akta kontroli str. 220-221)

Odnosząc optymalizacji lokalnych procesów teleinformatycznych, Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Administracyjno-Technicznych wyjaśnił m.in., że priorytetem UCK w zakresie informatyzacji były działania dostosowujące aplikacje do bieżących wymogów prawnych. W styczniu 2015 r. dostawca szpitalnego systemu informatycznego CliniNET, w ramach obowiązującej umowy serwisowej i nadzoru autorskiego, przekazał aktualizację pozwalającą na gromadzenie i przetwarzanie danych wymaganych w ramach SSO²⁸. Priorytetem było podejmowanie takich działań, które w sposób jednoznaczny i szybki przyniosą jednostce efekt finansowy, w tym np. gruntowne przemodelowanie procesów i formularzy dokumentacji medycznej w systemie CliniNET w związku z przygotowywaniem szpitala w 2015 r. do akredytacji. Zdecydowanie niższy priorytet miały natomiast działania polegające na optymalizacji aplikacji, a co za tym idzie podniesieniu efektywności pracy personelu medycznego. Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Administracyjno-Technicznych wskazał również na czynniki, które były od UCK niezależne, w tym m.in., że dopiero w kwietniu 2015 r. NFZ opublikował komunikat zawierający informacje²⁹ umożliwiające odpowiednie przygotowanie się producentów oprogramowania szpitalnego do integracji aplikacji świadczeniodawców z usługami udostępnionymi przez NFZ, w maju 2015 r. udostępnione zostało środowisko testowe, a dopiero w październiku 2015 r. NFZ zezwolił na przesyłanie danych związanych z pakietem onkologicznym z systemów szpitalnych. Ponadto dostawca szpitalnego systemu informatycznego UCK poinformował, że integracja z AP-DiLO, AP-KOLCE i KRN będzie dodatkowo płatna oraz że w pierwszej kolejności odbędzie się pilotażowe jej wdrożenie w szpitalu w Bydgoszczy. Mając na uwadze aspekt finansowy oraz dotychczasowe negatywne doświadczenia w uruchamianiu w systemach informatycznych UCK dużych i nieprzetestowanych pakietów funkcjonalnych mających wpływ na cały szpital, Zarząd UCK podjął decyzję o przesunięciu integracji systemu CliniNET do czasu poprawnego wdrożenia aplikacji w mniejszych jednostkach. Wizyta w szpitalu w Bydgoszczy na początku 2016 r. potwierdziła, że produkt nie jest jeszcze gotowy. W międzyczasie w UCK opracowano projekt modernizacji bazy danych mający docelowo przyspieszyć działanie systemu CliniNET.

(dowód: akta kontroli str. 222-223, 541-543)

Z wyjaśnień Kierownika Działu Teleinformatyki wynika, że UCK planuje wdrożyć integrację systemu CliniNET z systemami zewnętrznymi AP-DiLO, AP-KOLCE i KRN w 2017 r. Koszty przedsięwzięcia zostały wpisane do planu finansowego na 2017 r., a przewidywany czas uruchomienia to styczeń 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 135-136)

Według danych POW NFZ:

- w poszczególnych kwartałach 2015 r. w ramach AOS przedstawiono do rozliczenia świadczenia na podstawie 134, 317, 291 i 371 kart DiLO, a w ramach SZP na podstawie 236, 579, 684 i 751 kart DiLO,

²⁸ W szczególności zostały zaimplementowane następujące funkcje: utworzenie, edycja i usunięcie karty onkologicznej, rozpoczęcie i zakończenie etapu SSO, możliwość wprowadzenia identyfikatora AP-DiLO i numeru zgłoszenia nowotworu do KRN, możliwość zmodyfikowania statusów etapu SSO i statusu karty onkologicznej w CliniNET (aby były zgodne ze statusem nadrzędnym w systemie AP-DiLO) oraz oznaczenia pacjenta SSO wyróżnikiem pozwalającym na jego wyszukiwanie i identyfikację.

²⁹ opis interfejsu, strukturę komunikatów oraz definicje usług sieciowych umożliwiających wystawianie kart DiLO oraz obsługę kolejnych etapów w ramach SSO

- łączna liczba sprawozdanych przez UCK świadczeń (pozycji rozliczeniowych) w ramach SSO wyniosła 10.464 (3.848 udzielonych w AOS i 6.616 w SZP), z czego pozytywną weryfikację POW NFZ przeszło 99,4% z nich (10.402), w tym 98,9% udzielonych w AOS (3.805) i 99,7% udzielonych w SZP (6.597),
 - negatywnie zweryfikowano łącznie 62 pozycje rozliczeniowe; analiza próby 10 z nich (sprawozdanych w ramach sześciu kart DiLO) wykazała, że przyczyną było: zamknięcie karty w trakcie udzielanego świadczenia, wskazanie błędnej taryfy rozliczonego produktu, brak spójności w ICD-10 oraz datach realizacji planu leczenia lub zbyt późne zgłoszenie się pacjenta na diagnostykę,
 - spośród 4.995 kart DiLO zgłoszonych w kontrolowanym okresie przez UCK w Systemie AP-DiLO, dla 4.740 sprawozdano świadczenia w ramach SSO, a dla 255 świadczeń takich nie sprawozdano; badanie próby 10 aktywnych kart DiLO wykazało, że przyczyną niesprawozdania świadczeń było: założenie karty po zakończeniu hospitalizacji, niezamknięty etap konsylium, niezgłoszenie się pacjenta na dalszą diagnostykę, rozbieżne ICD-10 w karcie DiLO i sprawozdanym świadczeniu lub brak rozpoczęcia etapu leczenia.
- (dowód: akta kontroli str. 160-163, 224-228, 432)

Badanie dokumentacji medycznej 30 losowo wybranych pacjentów z aktywną kartą DiLO (wydaną w UCK w AOS) wykazało, że od daty wyniku badania histopatologicznego do daty wystawienia karty DiLO upłynęło: od 1 do 3 dni (2 przypadki), od 7 do 10 dni (8 przypadków), od 11 do 19 dni (8 przypadków), od 21 do 61 dni (10 przypadków). W dwóch przypadkach kartę DiLO wystawiono (odpowiednio w dniach 23 marca 2015 r. i 19 maja 2015 r.) na podstawie wyników badań z 17 czerwca 2013 r. i 17 września 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 172-176, 509)

W objaśnieniach do wzoru karty DiLO obowiązującego do dnia 31 października 2015 r. (pkt 5)³⁰ wskazano, że karta DiLO w AOS powinna być wypełniona w momencie stwierdzenia nowotworu złośliwego, a w objaśnieniach do wzoru karty DiLO obowiązującego od 1 listopada 2015 r. (pkt 4)³¹, że data sporządzenia karty nie może być późniejsza niż 3 dni od daty decyzji o jej założeniu.

P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że dla lekarza AOS moment stwierdzenia nowotworu to moment, w którym pacjent zgłosi się do poradni z wynikami badań diagnostycznych. Zdarzają się przypadki, w których wynik badania histopatologicznego wymaga konsultacji innego specjalisty, w tym również w zakresie możliwości dalszego leczenia w ramach SSO.

(dowód: akta kontroli str. 515)

Zgodnie z art. 32b ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniodawca przekazuje kartę DiLO (wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego) lekarzowi POZ wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji jego wyboru w dwóch przypadkach: gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego i w przypadku zakończenia leczenia onkologicznego. Według stanu na dzień 14 listopada 2016 r., spośród 60 badanych kart DiLO o statusie „aktywna”³² w przypadku 20 (wydanych w POZ) w systemie AP-DiLO zarejestrowano datę (28 lipca 2015 r.) zakończenia leczenia onkologicznego. Kart tych nie przekazano do lekarzy POZ. Kierownik Działu Logistyki Medycznej wyjaśnił, że żaden

³⁰ Wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. poz. 1751) – rozporządzenie uchylone z dniem 1 listopada 2015 r.

³¹ Wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. poz. 1627)

³² 30 wydanych w POZ i 30 w AOS w UCK

z pacjentów z analizowaną kartą DiLO nie miał całkowicie zamkniętego procesu terapeutycznego, ponieważ pozostawał pod obserwacją poradni specjalistycznej.

(dowód: akta kontroli str. 546-551)

UCK nie przekazywało do lekarzy POZ także kart DiLO pacjentów, u których na etapie diagnostyki wstępnej nowotwór złośliwy wykluczono. Według danych POW NFZ, wśród kart DiLO zgłoszonych przez UCK w Systemie AP-DiLO figurowały 102 karty DiLO wydane na szczeblu POZ, w przypadku których nowotwór złośliwy wykluczono na etapie diagnostyki wstępnej w UCK. Karty te posiadały status „zamknięta” - 93 z nich zamknięto w 2015 r., a 9 w 2016 r. (ostatnia 3 sierpnia 2016 r.).

(dowód: akta kontroli str. 160-162, 432)

2.5. Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów

Opis stanu
faktycznego

W UCK nie posiadano danych dotyczących zbiorczej statystyki KZNZ wprowadzonych przez wszystkich lekarzy UCK do bazy KRN (w tym dotyczącej niepoprawnie zarejestrowanych KZNZ) ponieważ - jak wyjaśnił Kierownik Działu Logistyki Medycznej - zgłoszenia dokonywane są indywidualnie przez lekarzy posiadających swój osobisty login i hasło do KRN.

(dowód: akta kontroli str. 184, 187, 190)

W trakcie kontroli UCK uzyskało od Kierownika Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (tj. podmiotu prowadzącego KRN) informację, z której wynikało, że według stanu na 24 listopada 2016 r.:

- w okresie objętym kontrolą liczba KZNZ wprowadzonych do KRN przez lekarzy udzielających świadczeń w UCK wyniosła 3.852 (z czego 2.348 w 2015 r.), a przez pracowników Rejestru Nowotworów (na podstawie papierowych KZNZ przesłanych przez lekarzy UCK) – 12.126 (z czego 8.167 w 2015 r.),
- w okresie objętym kontrolą liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych³³ zdiagnozowanych w UCK wynosiła odpowiednio 3.180 (z czego 1.991 w 2015 r.), w tym 2.236 posiadało status „wysłana do rejestru”, 344 „poprawiona”, 267 „zaakceptowana”, 224 „szkic”, 69 „usunięta” i 27 „analizowana przez KRN” i 13 „do korekty”,
- w latach 2013-2016 odsetek KZNZ zgłoszonych przez UCK z wpisanym rozpoznaniem histopatologicznym wynosił odpowiednio 98,28%, 98,31%, 83,33% i 79,15%, z wpisanym stopniem zaawansowania TNM – 57,36%, 45,21%, 49,77% i 38,82%, a z wpisaną inną klasyfikacją stadium zaawansowania od 2014 r.³⁴ odpowiednio - 0,03%, 1,5% i 5,84%,
- wprowadzanie danych z KZNZ za lata 2015-2016 jeszcze się nie zakończyło.

(dowód: akta kontroli str. 229-231)

Badaną próbę 30 dokumentacji medycznych pacjentów z kartą DiLO zweryfikowano również pod kątem wskazywania w KZNZ rozpoznania histopatologicznego i kodu zaawansowania TNM. Analiza przeprowadzona dla etapu diagnostyki wstępnej wykazała, że w każdym przypadku wpisano rozpoznanie, a kod zaawansowania wskazano tylko w czterech z 30 kart.

(dowód: akta kontroli str. 510, 546-551)

P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że nie dla wszystkich rozpoznań lekarz był w stanie na tym etapie określić kod zaawansowania. Odnosząc się do pogarszającej się statystyki w zakresie zgłaszania niektórych wymaganych danych do KRN, p.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że w głównej mierze jest ona

³³ tj. przypadków, w których data utworzenia Karty KZNZ i data rozpoznania były takie same

³⁴ do sierpnia 2013 r. (wdrożenie Centralnej Bazy Danych) nie było możliwości kodowania w innych klasyfikacjach stadium zaawansowania poza TNM

odzwierciedleniem braku czasu wynikającego z coraz znaczącego obciążenia lekarzy wypełnianiem w systemach elektronicznych różnego rodzaju formularzy, wniosków i dokumentacji. Konsekwencją było znaczne obciążenie systemów informatycznych, które często nie pracowały w tempie dającym możliwość szybkiego wprowadzania i zapisywania danych. Z wyjaśnień p.o. Dyrektora Naczelnego UCK wynika także, że Dyrekcja UCK dokładała starań, aby modernizować infrastrukturę teleinformatyczną szpitala, jednak wiązało się to z istotnymi nakładami finansowymi, przez co przedsięwzięcia zostały rozłożone w czasie. (dowód: akta kontroli str. 512-517)

Zgodnie z art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, wpisuje w karcie DiLO numer KZNZ nadawany przez KRN. Badanie 30 losowo wybranych kart DiLO (analizę przeprowadzono dla etapu diagnostyki wstępnej) wykazało, że numer KZNZ zamieszczono w 23 kartach DiLO, a w siedmiu nie zamieszczono. W każdym przypadku figurująca w karcie DiLO data zgłoszenia nowotworu do KRN była równa dacie jej wystawienia.

P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że w siedmiu przypadkach do momentu zakończenia etapu diagnostyki wstępnej numeru nie udało się uzyskać³⁵, najpewniej z przyczyn od lekarza niezależnych, tj. awarie systemu, kilkudniowe oczekiwanie na login i hasło, czy zakłócenia na łączach. Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Administracyjno-Technicznych potwierdził, że wskutek masowego zakładania kont lekarzom mogącym rejestrować pacjentów onkologicznych, portal KRN był przeciążony. Dla każdego nowego konta w KRN przeprowadzana była kilkudniowa walidacja, zanim konto stało się aktywne. W tym czasie lekarze nie mogli rejestrować pacjentów w KRN, a tym samym założyć karty onkologicznej w AP-DiLO. (dowód: akta kontroli str. 13, 172-175, 223, 510, 515)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności UCK w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Czterech z pięciu koordynatorów figurujących w 10 kartach DiLO (z ogółem 60 badanych) nie zostało wykazanych w załączniku Nr 6 do umowy SZP, wymaganym na podstawie § 1 pkt 23 Zarządzenia Nr 81/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 grudnia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
P.o. Dyrektor Naczelny UCK uzasadnił to niedopatrzaniem i w dniu 21 grudnia 2016 r. przekazał do POW NFZ aneks do umowy, w którym uaktualniono wykaz koordynatorów pakietu onkologicznego w UCK. (dowód: akta kontroli str. 426-430, 546-551)
2. UCK nie przekazało do lekarzy POZ wraz z kopią dokumentacji medycznej 20 kart DiLO (spośród 60 badanych), w przypadku których w Systemie AP-DiLO zarejestrowano datę zakończenia leczenia (spośród 60 badanych) oraz 102 zamkniętych kart DiLO, w przypadku których na etapie diagnostyki wstępnej przeprowadzonej w UCK nowotwór złośliwy wykluczono. Działaniem tym naruszono art. 32b ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, który stanowi, że w przypadku zakończenia leczenia onkologicznego oraz w przypadku, gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego, świadczeniodawca przekazuje lekarzowi POZ kartę DiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego.

³⁵ Według objaśnienia do wzoru karty DiLO, pole „Numer KZNZ nadawany przez KRN” może pozostać puste, jeżeli do momentu zakończenia etapu diagnostyki wstępnej nie udało się go uzyskać.

P.o. Dyrektor UCK wyjaśnił, że przyczyną było niedopatrzenie.
(dowód: akta kontroli str. 160-162, 432, 546-551)

NIK zwraca uwagę, że jednym z założeń wdrożenia pakietu onkologicznego była koordynacja procesu leczniczego pacjenta przez lekarza POZ, a wiedza na temat przebytej choroby nowotworowej (lub o jej wykluczeniu) jest dla niego niezbędna dla prawidłowego sprawowania opieki nad pacjentem, w tym prowadzenia profilaktyki, rozpoznawania chorób i leczenia.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. NIK zwraca uwagę, że zapewnienie w zespole prowadzącym leczenie udokumentowanego udziału m.in. psychoonkologa jest jednym z warunków określonych w § 4a ust. 1 rozporządzenia SZP, jakie powinien spełniać świadczeniodawca realizujący leczenie onkologiczne. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 60 pacjentów z kartą DiLO (losowo wybranej) stwierdzono przypadki nieudokumentowania udziału psychoonkologa w zespole prowadzącym leczenie onkologiczne w Klinice Chirurgii Onkologicznej UCK. Jak wyjaśnił Ordynator tej Kliniki, zatrudniony w Klinice psychoonkolog uczestniczył w zespole prowadzącym leczenie, jednakże jego obecność nie była rutynowo odnotowywana.

(dowód: akta kontroli str. 172-176, 501-517, 529-530, 546-551)

2. Przyjmując do wiadomości wyjaśnienia o występujących po 1 stycznia 2015 r. trudnościach technicznych w funkcjonowaniu informatycznego systemu zgłoszeń KZNZ do KRN i systemu AP-DiLO, NIK zwraca uwagę na istotny spadek ilości KZNZ zgłoszonych do KRN przez lekarzy udzielających świadczeń w UCK z wpisanym rozpoznaniem histopatologicznym i kodem zaawansowania TNM, przy nieistotnym odsetku KZNZ z wpisaną inną klasyfikacją stadium zaawansowania. Podkreślić należy, że rzetelność danych wprowadzanych do KRN wpływa m.in. na czas ich publikacji oraz na jakość prognozowania nowych zachorowań i monitorowania skuteczności strategii ochrony zdrowia. NIK zauważa także, że znaczna ilość KZNZ zgłoszona została w wersji papierowej, pomimo iż w § 10 ust. 8 Zarządzenia AOS zobowiązano świadczeniodawców do elektronicznego zgłaszania KZNZ bezpośrednio do KRN, zgodnie z art. 32a ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 229-231)

Ocena częściowa

W UCK od kwietnia 2015 r. prowadzono odrębne listy oczekujących na udzielenie świadczenia dla pacjentów z kartą DiLO. Co najmniej raz w tygodniu przekazywano do POW NFZ informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, a co miesiąc listy oczekujących podlegały ocenie. Terminy udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej w AOS wyznaczone zostały z zachowaniem terminów określonych w Zarządzeniu AOS. W lecnictwie szpitalnym w każdym badanym przypadku powołane zostało konsylium i wyznaczony koordynator, określony plan i harmonogram leczenia onkologicznego oraz zachowany termin udzielenia świadczenia, o których mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia SZP. Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, że najwięcej nowotworów złośliwych rozpoznanych zostało w UCK na szczeblu AOS (84,8% w 2015 r. i 87,1% do 31 sierpnia 2016 r.) oraz że pozytywną weryfikację POW NFZ przeszło aż 99,4% świadczeń sprawozdanych przez UCK w ramach SSO. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na niewykazaniu w załączniku Nr 6 do umowy SZP wszystkich koordynatorów oraz nieprzekazywaniu do lekarzy POZ kart DiLO (wraz z kopią dokumentacji medycznej) w przypadkach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. NIK zwróciła ponadto uwagę na nieudokumentowanie udziału psychoonkologa w zespole prowadzącym leczenie onkologiczne w Klinice Chirurgii Onkologicznej, istotny spadek ilości KZNZ

przekazywanych do KRN z wpisanym rozpoznaniem histopatologicznym i kodem zaawansowania TNM oraz znaczną ilość KZNZ zgłoszonych w wersji papierowej, zamiast elektronicznej.

3. Dostęp do świadczeń w ramach pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

3.1. W latach 2014, 2015 i 2016 (do 31 sierpnia) liczba pacjentów diagnozowanych w AOS w związku z rozpoznaniem ICD-10: C00-C97 (z wyłączeniem C44) i D00-D09 (z wyłączeniem D04)³⁶ (dalej: „rozpoznanie DiLO”) wyniosła odpowiednio: 4.089³⁷, 5.069³⁸ i 6.556³⁹, tj. miesięcznie średnio 340, 422 i 819 pacjentów. W 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego zrealizowano świadczenia 788 pacjentom, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 620 pacjentom. Stanowiło to odpowiednio 15,5% i 9,5% liczby pacjentów AOS z rozpoznaniem DiLO. Świadczenia udzielone pozostałym pacjentom z rozpoznaniem kwalifikującym do wystawienia karty DiLO (tj. 4.281 w 2015 r. i 5.936 do 31 sierpnia 2016 r.) zrealizowane zostały w ramach umów podstawowych objętych limitami. Według wybranych przychodni specjalistycznych UCK, liczba pacjentów, dla których świadczenia realizowano w ramach pakietu onkologicznego, w porównaniu do liczby pacjentów, dla których świadczenia zrealizowano w ramach umów określających limity, przedstawiała się następująco:

- w 2015 r.: Poradnia Onkologiczna – 50 do 1.367, Poradnia Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka – 413 do 972, Poradnia Urologiczna – 71 do 701, Poradnia Chirurgii Ogólnej – 25 do 609, Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej – 0 do 571, Poradnia Hematologiczna – 43 do 296;
- w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r.: Poradnia Onkologiczna – 83 do 1.625, Poradnia Chirurgii Onkologicznej i Chorób Sutka – 241 do 791, Poradnia Urologiczna – 73 do 905, Poradnia Chirurgii Ogólnej – 23 do 428, Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej – 0 do 684, Poradnia Hematologiczna – 39 do 1.195.
(dowód: akta kontroli str. 147, 151, 493-496)

W latach 2014, 2015 i 2016 (do 31 sierpnia) liczba pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych w związku z rozpoznaniem DiLO wyniosła odpowiednio: 3.275⁴⁰, 5.982⁴¹ i 4.101⁴², tj. średnio miesięcznie 273, 498 i 512 pacjentów. W ramach pakietu onkologicznego w 2015 r. zrealizowano świadczenia udzielone 1.617 pacjentom, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 1.278 pacjentom. Stanowiło to, odpowiednio, 27,0% i 31,2% liczby pacjentów SZP z rozpoznaniem DiLO. Świadczenia udzielone pozostałym z ww. pacjentów (tj. 4.365 w 2015 r. i 2.823 do 31 sierpnia 2016 r.) rozliczone zostały z NFZ w ramach umów objętych limitami. Według wybranych szpitalnych komórek organizacyjnych UCK liczba pacjentów, dla których świadczenia zrealizowano w ramach pakietu onkologicznego, w porównaniu do liczby pacjentów, w przypadku których świadczenia zrealizowano w ramach umów określających limity, przedstawiała się następująco:

- w 2015 r.: Klinika Onkologii i Radioterapii – 308 do 1.122, Klinika Hematologii i Transplantologii – 20 do 950, Klinika Chirurgii Onkologicznej – 551 do 826, Klinika Urologii – 123 do 569, Klinika Onkologii Ginekologicznej – 227 do 514, Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej – 303 do 477, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej – 84 do 368;

³⁶ Od 1 listopada 2015 r. zakres ten rozszerzono m. in. o D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0. W okresie objętym kontrolą w ramach AOS nie zdiagnozowano chorób nowotworowych oznaczonych takimi symbolami, natomiast w ramach SZP wystąpiły cztery takie przypadki.

³⁷ Bez pacjentów kontynuujących w 2014 r. leczenie z lat poprzednich.

³⁸ Bez pacjentów kontynuujących leczenie z 2014 r. i lat poprzednich.

³⁹ Bez pacjentów z 2015 r. i lat poprzednich.

⁴⁰ Bez pacjentów kontynuujących w 2014 r. leczenie z lat poprzednich.

⁴¹ Bez pacjentów kontynuujących leczenie z 2014 r. i lat poprzednich.

⁴² Bez pacjentów z 2015 r. i lat poprzednich.

- w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r.: Klinika Onkologii i Radioterapii – 161 do 628, Klinika Hematologii i Transplantologii – 18 do 756, Klinika Chirurgii Onkologicznej – 343 do 520, Klinika Urologii – 175 do 423, Klinika Onkologii Ginekologicznej – 160 do 325, Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej – 228 do 354, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej – 128 do 247.

(dowód: akta kontroli str. 148, 152, 494-495)

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym UCK za realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację kontraktów i umów stanowiących źródło finansowania działalności UCK, odpowiadają Ordynatorzy Klinik. Do ich zadań należy m.in. analiza i planowanie działalności dla celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych i analiza realizacji umów.

(dowód: akta kontroli str. 552-678)

Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK wyjaśnił: „W Klinice Onkologii i Radioterapii priorytetem jest szybkie i profesjonalne świadczenie usług. Niewielki odsetek pacjentów rozliczonych w ramach kontraktu nielimitowanego wiąże się z faktem, że wielu chorych otrzymało szybko niezbędne leczenie onkologiczne, zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych i standardami leczenia, bez konieczności założenia karty DiLO. Uznano, że priorytetem jest sprawne udzielanie świadczeń, a nie sztuczne dopasowywanie się do SSO, gdy nie wynika z tego korzyść dla chorego ani co do jakości, ani czasu podjętego leczenia onkologicznego. W wielu przypadkach to założenie karty DiLO i postępowanie zgodnie z wyznaczoną przez ten system ścieżką administracyjną mogłoby skutkować wydłużeniem, a nie skróceniem czasu oczekiwania na niezbędne leczenie. Kartę DiLO w Poradni zakładano głównie chorym, którzy wymagali pilnej diagnostyki (szczególnie zaawansowanej diagnostyki obrazowej) w celu ustalenia rozpoznania i zaawansowania procesu rozrostowego. U tych chorych, którzy zgłaszali się posiadając częściową diagnostykę, nie zakładano karty DiLO w sytuacji, gdy przejście ścieżki diagnostycznej skutkowałoby wydłużeniem czasu do podjęcia leczenia. Odnosząc się do zapytania dotyczącego możliwości opóźnienia diagnostyki i leczenia onkologicznego wskutek niezłożenia karty DiLO w UCK, w przypadku rezygnacji chorego z leczenia w UCK, stwierdzam, że sytuacja taka jest mało prawdopodobna z dwóch powodów – w razie konieczności karta DiLO może być wystawiona przez innych, łatwo dostępnych świadczeniodawców (POZ), a również sama sytuacja zmiany świadczeniodawcy z UCK na inną jednostkę nie należy do częstych.”

(dowód: akta kontroli str. 521-522)

Kierownik Kliniki Hematologii i Transplantologii UCK wskazał na całkowitą niekompatybilność założeń pakietu onkologicznego ze specyfiką chorób hematologicznych i leczenia hematologicznego, i zwrócił uwagę, że w diagnostyce i leczeniu hematologicznym pakiet onkologiczny jest raczej utrudnieniem niż ułatwieniem, zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Wyjaśnił ponadto: „Rozliczenie nie wpływa na sposób i terminy leczenia pacjenta w Klinice Hematologii i Transplantologii. Terminy zakładane przez pakiet onkologiczny nie przystają do terminów uzasadnionych przez wiedzę medyczną. Agresywne chłoniaki i ostre białaczki wymagają leczenia w ciągu 1-5 dni, a nowotwory o charakterze indolentnym nie wymagają leczenia przez miesiące lub lata”. Stwierdził również, że procedury formalne związane z DiLO są bardzo czasochłonne (roboczo-godziny lekarzy specjalistów), a Klinika nie dysponuje wystarczającą liczbą osób wykwalifikowanych (kontrakt o wartości 30 mln zł jest wypracowywany rękami 11 lekarzy specjalistów), co również wpłynęło na zmniejszenie liczby założonych kart. W odpowiedzi na pytanie o czas udzielania świadczeń pacjentom z rozpoznaniem DiLO bez założenia karty DiLO, Kierownik Kliniki wyjaśnił, że

system priorytetu DiLO w przypadku rozpoznania hematologicznych nie spełnia swojej funkcji, gdyż pacjenci są przyjmowani niezwłocznie, odpowiednio do jednostki chorobowej.

(dowód: akta kontroli str. 523-524)

Kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej UCK wyjaśnił: „Zasady pakietu onkologicznego mogą być pomocne jedynie na etapie diagnostyki. Z chwilą omówienia na konsylium lekarskim i rozpoczęciem leczenia posiadanie przez chorego karty DiLO nie daje choremu żadnych korzyści. Rak płuca, z powodu swojej lokalizacji, tylko w niewielkim odsetku chorych może być diagnozowany w ramach poradni specjalistycznej. Jest to związane z koniecznością wykonywania biopsji igłowej, którą z uwagi na grożące powikłania należy wykonać w warunkach szpitalnych. Pakiet onkologiczny nie obejmuje wielu podstawowych procedur diagnostycznych i leczniczych stosowanych w diagnostyce, stopniowaniu i leczeniu nowotworów pierwotnych i wtórnych układu oddechowego, np. mediastinoskopii, torakoskopii, czy wycięcia klinowego guza płuca. Do pakietu nie wprowadzono nawet podstawowej grupy JGP jaką jest „Diagnostyka chorób nowotworowych – D28. (...) Zasady rozliczania pakietu onkologicznego na etapach diagnostycznych uniemożliwiają przeprowadzenie kompleksowej oceny zaawansowania procesu nowotworowego. Np. badanie PET można wykonać dopiero po omówieniu na konsylium lekarskim i rozpoczęciu etapu leczenia, co przedłuża proces diagnostyczno-terapeutyczny i powoduje wzrost jego kosztów, gdyż część procedur diagnostycznych trzeba rozpocząć dopiero po badaniu”. Kierownik Kliniki wyjaśnił ponadto, że w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej nie diagnozowano chorych z uwagi na charakter nowotworów układu oddechowego. Z powodu braku mikroskopowego potwierdzenia nowotworu lub w związku z koniecznością wykonania badania PET przed podjęciem decyzji o dalszym postępowaniu terapeutycznym, nie wszystkim chorym z diagnozą DiLO wystawiono kartę DiLO, ponieważ jej wystawienie byłoby jedynie procesem statystycznym. Według jego wyjaśnień, z uwagi na bardzo krótkie terminy oczekiwania na przyjęcie do Kliniki, nie występuje w Klinice problem rozróżnienia chorych posiadających kartę DiLO i jej nieposiadających.

(dowód: akta kontroli str. 525-526)

Kierownik Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej UCK wyjaśnił, że przekroczenie terminów realizacji świadczeń wymuszonych przez kartę DiLO powodowało, że rozliczono je w ramach umów objętych limitami. Przekroczenie terminów wynikało najczęściej z przyczyn od Kliniki niezależnych, w tym np. współistniejąca choroba pacjentek (np. infekcja dróg oddechowych, nieuregulowane ciśnienie tętnicze), niepełna diagnostyka pogłębiona u innego świadczeniodawcy, wydłużony czas oczekiwania i realizacji konsultacji wielospecjalistycznych, czy brak wpływu na to, czy i kiedy poprzedni świadczeniodawca zakończył rozpoczęty etap. Kierownik Kliniki przyznał, że nie wszystkim pacjentom z rozpoznaniem DiLO wystawiono kartę DiLO. Nadmierna ilość procedur administracyjnych, wymaganych do przeprowadzenia szczególnie diagnostyki pogłębionej, wpłynęła na rezygnację z rozliczenia jej w ramach pakietu onkologicznego. Niedostateczne finansowanie procedur w diagnostyce wstępnej raka jajnika powodowało, że korzystniej było przeprowadzić ją poza pakietem onkologicznym. Rozpoznanie nowotworu złośliwego na podstawie wyniku badania histopatologicznego, który przychodził po trzech tygodniach od zabiegu operacyjnego (czyli po wypisaniu chorej ze szpitala) nie pozwalało na wsteczne zaliczenie tego leczenia w ramach karty DiLO. Kierownik Kliniki wyjaśnił, że terminy wyznaczane do diagnostyki i leczenia onkologicznego były zgodne z algorytmami postępowania leczniczego, a czas oczekiwania warunkowano jedynie wymaganymi i koniecznymi badaniami. W ocenie Kierownika Kliniki, rezygnacja z wystawienia

karty DLO nie ograniczała uprawnień do świadczeń zdrowotnych, gdyż uznawano takiego chorego jako jednostkę wymagającą pilnego leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 527-528)

Ordynator Kliniki Chirurgii Onkologicznej UCK wyjaśnił, że rozliczenie w ramach pakietu onkologicznego możliwe jest głównie u pacjentów, którym można zaproponować leczenie mające na celu usunięcie nowotworu. W Klinice leczona jest także liczna grupa chorych, u których leczenie nie prowadzi do usunięcia nowotworu. Realizowane są m.in. procedury paliatywne, czy procedury operacyjne wykonywane w ramach przygotowania do leczenia onkologicznego (np. wyłonięcie kolostomii przed radioterapią raka odbytnicy lub jejunostomii) lub w trakcie jego trwania (wszczepienie portów naczyniowych do chemioterapii). Wykonywane są wieloetapowe zabiegi rekonstrukcyjne z powodu raka piersi (grupy J04, J05, J06). Klinika nie miała ponadto wpływu na nieprawidłowo przeprowadzone etapy diagnostyczne przez innych świadczeniodawców. Odnosnie terminów leczenia Ordynator Kliniki wyjaśnił, że jeśli pacjent bez karty DiLO wymagał pilnego leczenia, pomimo braku możliwości wyjaśnienia lub założenia karty DiLO, taki termin był ustalany i planowany w ramach comiesięcznego gospodarowania punktami pozapakietowymi oraz możliwościami dostępu do sali operacyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 529-530)

Kierownik Kliniki Urologii UCK wyjaśnił, że pacjentom Kliniki z rozpoznaniem DiLO, których nie udało się zakwalifikować do pakietu, w większości nie wystawiano w UCK kart DiLO, ponieważ byłaby to czynność pochłaniająca czas i całkowicie bezsensowna. W ocenie Kierownika Kliniki Urologii UCK: „(...) Większość chorych leczonych z powodu nowotworów na urologii nie dało się zakwalifikować do pakietu, albo nie miało to medycznego sensu, a wymagało szeregu zajmujących czas czynności. (...) Niestety taką idealną drogą (szybką ścieżką onkologiczną) poruszają się w urologii właściwie tylko chorzy na raka gruczołu krokowego i oni, po kilku miesiącach totalnego chaosu z wprowadzaniem pakietu, zaczęli być do niego kwalifikowani i odnoszą z tego korzyści. Większość naszych chorych to pacjenci cierpiący na nowotwory pęcherza moczowego (szczególnie duża grupa) lub nerki, nie pasujący do tego schematu (SSO). Problemem jest, że rozpoznanie jest u nich stawiane na podstawie badań obrazowych, moment uzyskania potwierdzenia histopatologicznego jest równoznaczny z leczeniem, które w tym momencie w większości przypadków się kończy, a potwierdzenie histopatologiczne dociera do nas, jak pacjent jest od tygodnia szczęśliwy i zdrowy w domu. Nie ma więc sensu „po wszystkim” organizować konsylium. (...) Dużą grupę chorych z rozpoznaniem nowotworu na urologii stanowią też pacjenci z nawrotowymi nowotworami. Jest to głównie rak pęcherza, nowotwory ginekologiczne, rak jądra, rak prącia i czasami też rak gruczołu krokowego. Oznacza to, że rozpoznanie było postawione już wcześniej, a my leczymy nawroty, powikłania, postęp choroby. Bardzo trudno jest ich zakwalifikować do DiLO.” Kierownik Kliniki wskazał ponadto na brak na liście zabiegów możliwych do rozliczenia w pakiecie onkologicznym podstawowych operacji wykonywanych w ramach jądra i prącia, czyli usunięcia węzłów chłonnych. Odnosząc się do pytania, jakie terminy udzielenia świadczeń zaoferowano pacjentom z diagnozą DiLO bez wystawionej karty DiLO, Kierownik Kliniki wyjaśnił: „Chorzy z chorobą nowotworową według tej samej zasady byli przyjmowani w miarę możliwości pilnie. Działo się tak mimo tego, że ustawodawca starał się to utrudnić, wprowadzając zasady prowadzenia kolejki dyskryminujące chorych z nowotworem bez DiLO w stosunku do chorych z takim samym nowotworem z kartą DiLO. Z tego powodu, niestety czasami zdarzało się, że chorzy z nowotworem bez karty DiLO uzupełniali badania diagnostyczne na zewnątrz UCK, płacąc za nie.” W odpowiedzi na pytanie, czy rezygnacja z wystawienia karty DiLO pacjentom z diagnozą DiLO nie

ograniczyła ich uprawnień do skorzystania z diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach SSO, Kierownik Kliniki Urologii wyjaśnił: „Pytanie to ma uzasadnienie zwłaszcza od momentu, gdy okazało się, że sformułowanie onkologiczne procedury nielimitowane jest cynicznym kłamstwem. Powstała sytuacja, że rzeczywiście chory z kartą DiLO nie mógł być leczony dodatkowo np. w ramach istniejących rezerw, ale wypychał z kolejki chorego bez karty DiLO lub chorego bez rozpoznanego nowotworu. Na szczęście przywiązanie personelu Kliniki Urologii do zasad medycyny i zdrowego rozsądku chroniło naszych pacjentów od tego typu zagrożenia”. Uregulowanie przez POW NFZ zobowiązań z tytułu świadczeń zrealizowanych w ramach pakietu onkologicznego ponad plan ustalony w umowie, jak wyjaśnił Kierownik Kliniki, to niewątpliwie zachęta do kwalifikowania chorych do wystawienia karty DiLO, nawet wbrew merytorycznym przeszkodom.

(dowód: akta kontroli str. 518-520)

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej UCK wyjaśnił, że na niski odsetek pacjentów rozliczonych w ramach kontraktu nielimitowanego wpłynęły następujące czynniki: brak możliwości założenia karty DiLO w AOS i SZP przed zabiegiem diagnostyczno-leczniczym lub brak możliwości jej odszukania w sytuacji, gdy pacjenci nie mieli jej przy sobie; niezakończenie etapów diagnostyki przez innych świadczeniodawców, brak możliwości rozliczenia u pacjentów z kartą DiLO leczenia żywieniowego, przetaczania preparatów krwipochodnych, czy świadczeń w grupie JGP G28 (kompleksowe diagnozowanie pacjentów z chorobą nowotworową), JGP F43 (laparotomie zwiadowcze) oraz K03 i podobne (zabiegi bez usuwania węzłów chłonnych) oraz częste problemy techniczne z dostępem do bazy DiLO i KRN. Kierownik Kliniki wyjaśnił ponadto, że nadmiar pacjentów oczekujących na wizytę w AOS, przydzielony czas na każdego pacjenta (15 minut) oraz powolne działanie systemu CliniNET uniemożliwiły w niektórych przypadkach założenie kart DiLO (średnio na założenie karty potrzebne jest 20 minut). Kierownik Kliniki wskazał ponadto na charakter oddziału chirurgii ogólnej, wymagający często zaangażowania całego zespołu w przypadki nagłe, co ograniczało możliwość zakładania i edycji kart w systemie AP-DiLO w określonych w SSO ramach czasowych. Według wyjaśnień Kierownika Kliniki, wszyscy pacjenci, niezależnie od posiadania karty DiLO, podejrzenia lub rozpoznania choroby nowotworowej, mają ustalone jak najszybsze terminy (1-14 dni), w zależności od rodzaju nowotworu oraz przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 531-532)

3.2. P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że przedstawienie danych o ilości wszystkich badań diagnostycznych zrealizowanych pacjentom onkologicznym jest technicznie niemożliwe, ponieważ dane te zawarte są w indywidualnej dokumentacji medycznej w danych opisowych. Natomiast analiza tych danych na podstawie raportu przekazanego do NFZ nie dawałaby pełnego obrazu, ponieważ system sprawozdawczości do NFZ wymusza na świadczeniodawcy zakodowanie tylko i wyłącznie określonych badań. Dla potrzeb NFZ lekarze nie zawsze kodują wszystkie zlecone i wykonane procedury, ograniczając się do niezbędnego minimum. Ponadto duża ilość pacjentów trafiła do UCK z wynikami badań wykonanych przez innych świadczeniodawców. Dane te są także dostępne tylko w indywidualnej dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 147, 502, 512)

Analizę ilości badań diagnostycznych wykonanych pacjentom z rozpoznaniem DiLO zawężono do wybranej grupy zakodowanych badań obrazowych. Łącznie w ramach AOS i SZP analiza ta wykazała istotny wzrost ich ilości. Odpowiednio w 2015 r. i w trakcie ośmiu miesięcy 2016 r. (do 31 sierpnia) zrealizowano 1.945 i 2.340 badań

ultrasonograficznych (ogółem), 857 i 1.341 badań TK⁴³, 281 i 281 badań RM⁴⁴, 49 i 53 badań endoskopowych przewodu pokarmowego⁴⁵, 46 i 49 scyntygrafii⁴⁶, 6 i 28 badań pozytonowej tomografii emisyjnej (PET)⁴⁷. Badania TK, RM i endoskopowe przewodu pokarmowego wykonywane były głównie w ramach leczenia szpitalnego (odpowiednio 74,2%, 91,5% i 83,7%). W ramach SZP wykonano ponadto 50,4% badań ultrasonograficznych, 52,2% scyntygrafii i 33,3% badań PET. Nieznaczny odsetek analizowanych badań wykonanych w ramach SZP został rozliczony w ramach pakietu onkologicznego – 7,9% USG (152 z 1.912), 16,0% TK (239 z 1.490), 13,1% RM (63 z 480), 2,4% badań endoskopowych (2 z 83) i 9,5% scyntygrafii (4 z 42). Wszystkie 6 badań PET zrealizowanych w SZP rozliczono w ramach umowy dotyczącej świadczeń odrębnie kontraktowanych (SOK). W AOS odsetek analizowanych badań rozliczonych w ramach diagnostycznych pakietów onkologicznych wynosił – 22,6% USG (540 z 2.393), 44,9% TK (318 z 708), 29,3% RM (24 z 82), 73,7% badań endoskopowych (14 z 19), 50,9% scyntygrafii (27 z 53) i 7,1% badań PET (2 z 28).

(dowód: akta kontroli str. 232-236)

3.3. Analizę średniego czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń przeprowadzono na podstawie danych statystycznych figurujących w Systemie AP-KOLCE i szpitalnym systemie informatycznym CliniNET dla wybranych komórek organizacyjnych UCK realizujących świadczenia w ramach pakietu onkologicznego - sześciu poradni specjalistycznych, trzech klinik i Zakładu Radiologii (w zakresie świadczeń TK i RM). Przedstawiona poniżej analiza nie obejmuje pacjentów kontynuujących leczenie (których nie umieszcza się na listach oczekujących na podstawie art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), ani pacjentów przyjętych w dniu przybycia (tj. nieoczekujących na realizację świadczeń). Liczba tych pacjentów, ani ich czas oczekiwania na udzielenie świadczeń nie były wliczane do liczby oczekujących ani do średniego rzeczywistego czasu ich oczekiwania. Z przedstawionych przez UCK danych o kolejkach oczekujących - według stanu na koniec poszczególnych kwartałów 2014 r., 2015 r. (dla AOS i SZP z wyjątkiem I kwartału⁴⁸) i I półrocza 2016 r. - wynika, że od 2015 r.:

a) w wybranych poradniach AOS:

- w kategorii „przypadek stabilny” odnotowano wydłużenie kolejek oczekujących w czterech poradniach: Onkologicznej (średnio⁴⁹ z 1 dnia w 2014 r. do 21 dni w 2015 r. i I półrocza 2016 r.), Onkologii Ginekologicznej (analogicznie: z 0 dni w 2014 r. do 10 dni), Onkologicznej i Chorób Sutka (średnio z 8 do 15 dni) i Urologicznej (średnio z 72 do 83 dni), a skrócenie w dwóch: Chirurgii Ogólnej (średnio z 47⁵⁰ do 15 dni) i Hematologicznej (średnio z 210⁵¹ do 106 dni);
- w kategorii „przypadek pilny” odnotowano powstanie kolejek oczekujących w pięciu poradniach, w których w 2014 r. średni rzeczywisty czas wynosił „zero”; czas oczekiwania w czterech z nich po 1 stycznia 2015 r. wynosił średnio od 3 do 15 dni, a w jednej (Hematologicznej) od 6 do 68 dni (w II kwartale 2016 r.),
- średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów objętych diagnostyką onkologiczną na podstawie karty DiLO (w odrębnej kolejce, o której mowa

⁴³ 87.04, 87.42, 88.38, 88.02, 88.01, 87.71, 87.41, 87.03, 87.41, 88.02.

⁴⁴ 88.90, 88.91, 88.92, 89.93, 88.94, 88.95, 88.97.

⁴⁵ Gastroskopia: 44.13, 44.161, 44.162, 44.62; kolonoskopia: 45.139, 45.231, 45.239, 45.42.

⁴⁶ 92.01 - 92.05 oraz 92.11 - 92.19.

⁴⁷ 92.06.

⁴⁸ Do końca marca 2015 r. nie prowadzono ewidencji w AP-KOLCE.

⁴⁹ Obliczono średnią arytmetyczną ze stanów na koniec I, II, III i IV kwartału 2014 r. i porównano do średniej arytmetycznej ze stanów na koniec poszczególnych kwartałów okresu kwiecień 2015 r. – czerwiec 2016 r.

⁵⁰ przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie w tej poradni wynosił od 12 na koniec III kwartału 2014 r. do 152 dni na koniec IV kwartału 2014 r.

⁵¹ przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie w tej poradni wynosił od 121 na koniec II kwartału 2014 r. do 472 dni na koniec IV kwartału 2014 r.

w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) wynosił od 0 dni w Poradni Onkologii Ginekologicznej do 8 dni w Poradni Onkologicznej);

b) w wybranych klinikach realizujących leczenie szpitalne:

- w kategorii „przypadek stabilny” w dwóch klinikach odnotowano nieznaczne wydłużenie kolejek (w Klinice Onkologii i Radioterapii średnio z 24 do 25 dni, a w Klinice Urologii średnio z 77 do 79 dni), a w jednej skrócenie (na Oddziale Onkologii Ginekologicznej w Klinice Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej średnio z 72 do 56 dni),
- w kategorii „przypadek pilny” wydłużenie kolejek oczekujących odnotowano w Klinice Onkologii i Radioterapii średnio z 6 do 26 dni; na Oddziale Ginekologii Onkologicznej świadczeń udzielano na bieżąco (za wyjątkiem III kwartału 2015 r., na koniec którego średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 120 dni); w Klinice Urologii do końca II kwartału 2015 r. świadczeń udzielano na bieżąco, a w okresie od lipca 2015 r. do czerwca 2016 r. kolejka oczekujących wynosiła średnio 10 dni,
- średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów objętych leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO (w odrębnej kolejce, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) w Klinice Onkologii i Radioterapii wynosił średnio 9 dni, na Oddziale Onkologii Ginekologicznej – 7 dni, a w Klinice Urologii – 10 dni;

c) w Zakładzie Radiologii:

- w kategorii „przypadek stabilny” odnotowano wydłużenie kolejek oczekujących zarówno na świadczenia RM (z średnio 64 dni w 2014 r. do 105 w 2015 r. i I półroczu 2016 r.), jak i TK (średnio z 72 do 104 dni),
- w kategorii „przypadek pilny” wydłużyły się kolejki na świadczenia RM (z 21 do 50 dni), a powstały od III kwartału 2015 r. na świadczenia TK (średnio 38 dni),
- nie prowadzono odrębnej kolejki dla pacjentów z kartą DiLO - pacjent objęty diagnostyką onkologiczną na podstawie karty DiLO oczekujący na poziomie AOS na świadczenie diagnostyczne TK i RM przyjmowany był na bieżąco (tj. w dniu zgłoszenia się) lub rejestrowany w kolejce podstawowej w kategorii medycznej „przypadek pilny” prowadzonej w szpitalnym systemie informacyjnym CliniNET.

(dowód: akta kontroli str. 237-245)

Kierownik Działu Logistyki Medycznej wyjaśnił m.in., że:

- nie została niestety utworzona odrębna kolejka oczekujących na badania TK i RM dla pacjentów z kartą DiLO, co skutkowało brakiem możliwości rejestracji takich pacjentów w sposób widoczny i czytelny, a w konsekwencji brakiem możliwości statystycznego wykazania czasu ich oczekiwania na udzielenie tych świadczeń,
- w UCK istnieją organizacyjne możliwości przyjęcia pacjenta bezpośrednio po zgłoszeniu się i dlatego duża część pacjentów nie zostaje w ogóle wpisana w kolejkę oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 316-318)

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowi w art. 20 ust. 1 i 3 m.in., że świadczenia specjalistyczne w AOS są udzielane według kolejności zgłoszenia, a listę oczekujących prowadzi się m.in. w sposób zapewniający poszanowanie zasady przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r.⁵² W odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób zapewniono w UCK

⁵² w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r., Nr 200, poz. 1661)

przestrzeganie zasad określonych w ww. przepisach przy wyznaczaniu „pilnych” terminów realizacji świadczeń TK i RM dla pacjentów z kartą DiLO, p.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że aby zachować płynność diagnostyki w Zakładzie Radiologii UCK wydłużono godziny przyjęć pacjentów i pracy lekarzy oraz techników. P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że UCK nie jest w stanie jednoznacznie oszacować skali wydłużenia kolejek oczekujących innych pacjentów na rzecz chorych z kartą DiLO. Aby uniknąć wydłużenia kolejek oraz usprawnić system przyjmowania wszystkich pacjentów, podjęto decyzję o wydłużeniu czasu pracy dla pacjentów z kartą DiLO i wyznaczeniu dodatkowych miejsc w dniu przyjmowania poszczególnych poradni. Przykładowo, w ocenie Kliniki Chirurgii Onkologicznej okres oczekiwania na leczenie operacyjne był zbliżony do tego sprzed wprowadzenia pakietu onkologicznego. Jak wyjaśnił Ordynator Kliniki Chirurgii Onkologicznej, o pierwszeństwie w leczeniu zawsze decydują względy medyczne, a nie przynależność i możliwość rozliczenia świadczeń w ramach DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 504, 515)

3.4. Badanie terminowości udzielenia świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w AOS i SZP przeprowadzono na próbie 30 dokumentacji medycznych pacjentów z kartą DiLO (wystawioną w POZ), w przypadku których wszystkie etapy SSO zostały zrealizowane w UCK. Analiza wykazała, że przestrzegano zarówno terminów określonych w § 15 ust. 11 Zarządzenia AOS (dotyczących diagnostyki wstępnej i pogłębionej), jak i w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia SZP i § 1 pkt 3 lit. b Zarządzenia Nr 81/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 546-551)

W działalności UCK w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

W porównaniu do 2014 r. odnotowano w UCK znaczny wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem DiLO, zarówno w AOS, jak i SZP. Odsetek pacjentów UCK z diagnozą DiLO rozliczonych w ramach nielimitowanych świadczeń pakietu onkologicznego nie był znaczny. W AOS wynosił 15,5% w 2015 r. i 9,5% w 2016 r. (do 31 sierpnia), a w leczeniu szpitalnym odpowiednio 27,0% i 31,2%. Z przedstawionych w trakcie kontroli wyjaśnień Kierowników Klinik UCK wynikało, że w procesie diagnostyki i leczenia onkologicznego występowało i występuje szereg niezależnych od świadczeniodawcy przeszkód, zarówno formalnych, jak i merytorycznych, uniemożliwiających zakładanie karty DiLO i/lub w konsekwencji rozliczanie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Czynniki te, jak i czasochłonność procedury zakładania karty DiLO, wpływały niekiedy na rezygnację z jej wystawienia pacjentowi uprawnionemu do świadczeń w ramach SSO. Kierownicy Klinik wyjaśnili, że priorytetem jest zawsze pilne oraz profesjonalne (tj. zgodne ze standardami medycznymi i zaleceniami towarzystw naukowych) udzielenie świadczeń, a o pierwszeństwie zawsze decydują względy medyczne, a nie przynależność i możliwość rozliczenia świadczeń w ramach DiLO.

W badanych poradniach i klinikach średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń pacjentom posiadającym kartę DiLO był w większości przypadków zbliżony do średniego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjentów zarejestrowanych w kolejkach podstawowych w kategorii medycznej „przypadek pilny” i jednocześnie krótszy w porównaniu do czasu oczekiwania pacjentów zarejestrowanych w kategorii „stabilny”. Z danych zarejestrowanych przez UCK w informatycznych systemach kolejkowych wynika, że po 1 stycznia 2015 r. czas oczekiwania w kolejkach podstawowych w niektórych poradniach i klinikach nie był

istotnie dłuższy niż w 2014 r. Istotnie wydłużył się natomiast po 1 stycznia 2015 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia diagnostyki obrazowej MR i TK, zarówno w kategorii „przypadek pilny”, jak i „przypadek stabilny”.

4. Rozliczenia z NFZ oraz sytuacja finansowa UCK po wprowadzeniu pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

W 2015 r. przychody UCK wyniosły 532.868,0 tys. zł, a koszty 526.734,0 tys. zł. W porównaniu do 2014 r. (534.420,7 tys. zł) przychody były niższe o 1.552,7 tys. zł (tj. 0,3%), a koszty (521.995,4 tys. zł) wyższe o 4.738,6 tys. zł (tj. o 0,9%). W okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. przychody wyniosły 332.068,6 tys. zł, a koszty 376.537,5 tys. zł. Zysk finansowy netto w 2015 r. wyniósł 6.134,0 tys. zł i był o ponad połowę niższy niż osiągnięty w 2014 r. (12.425,3 tys. zł). W okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2016 r. UCK poniosło stratę w wysokości 14.469,0 tys. zł, która była o 762,2 tys. zł (tj. 5,0%) niższa niż poniesiona w analogicznym okresie 2015 r. (15.231,2 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 5-9, 500)

Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że porównując rachunek zysków i strat z 2014 r. i 2015 r. widoczny jest wzrost o 9% (15,8 mln zł) w pozycji rodzajowej „zużycie materiałów i energii” (głównie w związku ze znacznym wzrostem kosztów leków, głównie związanych z onkologią i materiałów jednorazowych) oraz o 11% (14,6 mln zł) w pozycji „usługi obce” (w związku ze wzrostem wynagrodzeń dla personelu medycznego oraz zwiększonych kosztów serwisów aparatury i sprzętu medycznego).

(dowód: akta kontroli str. 497-500)

Wartość umowy z POW NFZ w zakresie AOS⁵³ w 2015 r. wynosiła 17.344,0 tys. zł i była wyższa o 1.177,7 tys. zł niż w 2014 r. (16.166,3 tys. zł). W 2016 r. wyniosła 17.137,9 tys. zł i była niższa o 206,1 tys. zł niż w 2015 r. Wartość umowy w zakresie SZP⁵⁴ w latach 2014-2016 sukcesywnie malała i wynosiła odpowiednio 305.905,6 tys. zł, 301.864,7 tys. zł i 297.702,8 tys. zł. Wartości świadczeń wykonanych i rozliczonych w ramach pakietu onkologicznego, zarówno w AOS, jak i SZP, stanowiły w okresie objętym kontrolą nieznaczny udział w wartości wszystkich świadczeń zrealizowanych na podstawie umów AOS i SZP (bez SZP-R i SZP-C). W 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) ich wartość wyniosła w ramach umowy:

- AOS odpowiednio 554,1 tys. zł i 514,5 tys. zł, tj. 3,2% i 4,6% wartości wszystkich świadczeń w ramach umowy AOS (odpowiednio 17.280,0 tys. zł i 11.104,3 tys. zł),
- SZP odpowiednio 15.858,7 tys. zł i 11.274,7 tys. zł, tj. 5,3% i 5,8% wartości wszystkich świadczeń w ramach umowy SZP (odpowiednio 301.592,2 tys. zł i 194.320,6 tys. zł).

Wartości wykonanych i rozliczonych świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w AOS stanowiły odpowiednio 98,3% i 93,1% wartości świadczeń wykonanych (w wysokości odpowiednio 563,8 tys. zł i 552,8 tys. zł), a w ramach SZP 99,9% i 84,5% (odpowiednio 15.862,2 tys. zł i 13.342,0 tys. zł). Według stanu na 10 września 2016 r. wartość świadczeń wykonanych w ramach pakietu onkologicznego ponad umowny plan wyniosła 38,3 tys. zł w AOS i 2.067,3 tys. zł w SZP. W dniu 14 lipca 2016 r. Dyrektor Naczelny UCK złożył do POW NFZ wnioski o zapłatę 1.769,1 tys. zł za świadczenia wykonane ponad plan umowy według stanu na 30 czerwca 2016 r. (za II kwartał 2016 r.), w tym 1.055,9 tys. zł za świadczenia zrealizowane ponad wartość umowy w 11 nielimitowanych zakresach

⁵³ łącznie z aneksami i ugodami

⁵⁴ łącznie z aneksami i ugodami, bez chemioterapii i radioterapii

pakietu onkologicznego. POW NFZ dopiero w dniu 7 grudnia 2016 r. uregulował zobowiązania m.in. z tytułu zrealizowanych ponad plan nielimitowanych świadczeń pakietu onkologicznego (narastająco za II i III kwartał i październik 2016 r. według stanu na 10 listopada 2016 r.) Wartość zapłaconych 7 grudnia 2016 r. świadczeń w ramach pakietu onkologicznego wyniosła 2.479,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 10, 14-16, 29-49, 515)

Z-ca Dyrektora POW NFZ ds. Medycznych wyjaśnił, że w odpowiedzi na wniosek Dyrektora Naczelnego UCK o zapłatę za świadczenia wykonane ponad plan umowy według stanu na 30 czerwca 2016 r., POW NFZ zaproponował aneks umożliwiający sfinansowanie świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego zarówno poprzez zwiększenie kwoty umowy, jak również poprzez dokonanie alokacji z zakresów, w których umowa świadczeniodawcy wykazała niewykonanie. Dyrektor Naczelny UCK odmówił podpisania aneksu i w dniach 30 sierpnia i 29 września 2016 r. skierował do POW NFZ wezwania do zapłaty. W piśmie z dnia 5 października 2016 r., skierowanego do Dyrektora Naczelnego UCK, Dyrektor POW NFZ w następujący sposób uzasadnił swoją propozycję sfinansowania zobowiązań wobec UCK: „Przy ograniczonych środkach pozostających w dyspozycji NFZ na finansowanie świadczeń i jednocześnie występujących potrzebach zdrowotnych, Fundusz zobligowany jest do racjonalnego wydatkowania środków publicznych i szukania rozwiązań pozwalających na zapewnienie finansowania realizacji świadczeń, w pierwszym rzędzie w obrębie kwoty umowy zawartej ze świadczeniodawcą.”

(dowód: akta kontroli str. 29, 30-48, 161-162)

P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że nie analizowano rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego w relacji do uzyskanych przychodów z tytułu jego realizacji. W trakcie kontroli podjęto próbę przeprowadzenia takiej analizy dla diagnostyki onkologicznej, jednak z uwagi na zaniżoną sprawozdaną liczbę wykonanych badań, trudno było jednoznacznie oszacować przedmiotowe koszty. Przychody z tytułu świadczeń udzielonych pacjentom w ramach SSO wyniosły 973, 1 tys. zł, w tym w ramach diagnostyki wstępnej 219,7 tys. zł, a pogłębionej 753,4 tys. zł. Z wyjaśnień Kierowników Klinik wynika, że w szczególności koszty badania MR, TK i PET lub więcej niż jednego innego badania obrazowego (np. RTG i endoskopowego) przekraczały ryczałty określone w ramach wstępnej i pogłębionej diagnostyki.

(dowód: akta kontroli str. 83-103, 497, 511, 516-517)

W 2015 r. wartość pierwotnie określonych limitów umów w ramach pakietu onkologicznego zmniejszono w AOS o 80,5% (z poziomu 2.870,4 tys. zł do 560,6 tys. zł), a w SZP o 42,2% (z poziomu 36.429,6 tys. zł do 15.869,7 tys. zł). W 2016 r. w ujęciu I półrocza wartość pierwotnie określonych umów w ramach pakietu onkologicznego w AOS zwiększono o 0,2% (z 358,3 tys. zł do 359,1 tys. zł), a rocznym o 5% (z 732,7 tys. zł do 768,4 tys. zł). W 2016 r. (do 31 sierpnia) w umowie SZP w zakresie pakietu onkologicznego nie dokonywano zmian.

(dowód: akta kontroli str. 17-22, 29, 50-73)

Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że POW NFZ nie przyjmował uwag, co do poziomu oszacowania wartości świadczeń w ramach pakietu onkologicznego. Kierownik Działu Sprzedaży i Rozliczeń Usług Medycznych UCK wyjaśnił, że w toku prowadzonych w 2014 r. negocjacji z POW NFZ, podczas których ustalany był po raz pierwszy poziom planu z wyszczególnieniem wielkości kontraktu dla zakresów pakietu onkologicznego, POW NFZ zawyżył swoje propozycje. Ostatecznie uwzględniono wysokość kontraktu poprzez oszacowanie liczby historycznie leczonych pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej, całkowicie pomijając

warunki oraz ograniczenia rozliczeń tych świadczeń. UCK na początku 2015 r. często występowało do POW NFZ z wnioskami o renegotjację umowy po to, żeby rozliczyć świadczenia w zakresach podstawowych, wśród których wskazani byli pacjenci z chorobą nowotworową, a jednocześnie nie spełniali wszystkich obwarowań prawnych dotyczących możliwości rozliczenia. W 2016 r. poziom planu umowy dla wyróżników leczenia pacjentów onkologicznych jest, w ocenie UCK, dostosowany do realiów. Zmiany w umowie wynikały jedynie z dostosowania płatności do poziomu „nadwykonań”.

(dowód: akta kontroli str. 75, 228)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) 25 komórek organizacyjnych UCK realizowało pakiet onkologiczny (spośród 44, którym pierwotnie przyznano środki na realizację pakietu), w tym w 2015 r. 12 klinik i 13 poradni, a w 2016 r. 13 klinik i 12 poradni. W 2015 r. te jednostki organizacyjne UCK osiągnęły zysk w kwocie 24.288,3 tys. zł, wyższy o 5.069,8 tys. zł w porównaniu do 2014 r. (19.218,5 tys. zł). Powyższe wynikało ze wzrostu w 2015 r. (w porównaniu do 2014 r.) ich przychodów (z 198.414,9 tys. zł do 218.504,0 tys. zł), przy wolniejszym wzroście kosztów (z 179.196,4 tys. zł do 194.215,7 tys. zł). Przychody z POW NFZ wzrosły o 10% (z 195.694,5 tys. zł do 214.677,2 tys. zł), a ich udział w przychodach ogółem nieznacznie spadł (z 99% do 98%). Koszty wynagrodzeń w 2015 r. wyniosły 58.187,5 tys. zł, tj. o 7% więcej niż w 2014 r. (54.437,1 tys. zł), a ich udział w kosztach ogółem pozostał na niezmienionym poziomie (30%). Do 31 sierpnia 2016 r. przychody komórek realizujących pakiet onkologiczny wyniosły 138.978,1 tys. zł, koszty 132.573,9 tys. zł, a wynik finansowy 6.404,2 tys. zł (zysk). W 2015 r., w porównaniu do 2014 r., wynik finansowy 13 komórek organizacyjnych uległ pogorszeniu (trzech klinik i 10 poradni), a 12 poprawie (dziewięciu klinik i trzech poradni). W 2015 r. największy zysk osiągnęła Klinika Onkologii i Radioterapii UCK (9.182,3 tys. zł). Był on o 16% wyższy w porównaniu do 2014 r. (7.901,5 tys. zł). Największą stratę poniosła Poradnia Onkologii i Radioterapii (2.201,4 tys. zł). W porównaniu do 2014 r. (215,5 tys. zł) była ona ponad dziesięciokrotnie większa.

(dowód: akta kontroli str. 17-22, 24-25, 72-73)

Pacjenci z kartą DiLO, którym zlecano dodatkowe badania diagnostyczne wskazywani byli do rozliczenia w ramach przysługujących ryczałtów diagnostycznych w umowie AOS. Pacjenta na listach oczekujących na udzielenie świadczeń umieszczano w kolejce oczekujących ogólnej, gdyż na diagnostykę nie było osobnej kolejki dedykowanej pacjentom z kartą DiLO. Pacjent taki był zapisywany z terminem „pilnym”, tzn. musiał mieć wyznaczony termin badania w czasie nie dłuższym niż 14 dni. Z wyjaśnień Dyrektora Naczelnego wynika, że nie prowadzono zestawień przypadków pacjentów, u których niezbędne było wykonanie więcej niż jednego pakietu wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej. Jeśli zaistniała taka potrzeba, badania były wykonywane i rozliczane w ramach standardowych umów limitowanych, a terminy wyznaczano w kategorii „przypadek pilny”.

(dowód: akta kontroli str. 17-22)

Po 838⁵⁵ konsyliach (499 w 2015 r. i 339 w 2016 r.) pacjentom zlecono i wykonano obrazowe badania diagnostyczne. Na podstawie analizy danych dotyczących 21 pacjentów, w przypadku których konsylium odbyło się w kwietniu 2015 r. ustalono, że badania przedstawiono do rozliczenia w ramach umowy SZP w zakresach świadczeń dotyczących pakietu onkologicznego, jak i poza pakietem, oraz w ramach innych umów określających limity udzielania świadczeń (AOS

⁵⁵ W analizie nie uwzględniono badań biochemicznych z krwi.

w zakresach świadczeń poza pakietem onkologicznym i ASDK⁵⁶, w której nie było zakresów dotyczących pakietu onkologicznego).

(dowód: akta kontroli str. 17-22, 107-133)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w UCK nie poniesiono dodatkowych kosztów bezpośrednio związanych z dostosowaniem systemu informatycznego UCK do wymogów związanych z realizacją pakietu onkologicznego. Wykonane prace, polegające m.in. na dostosowaniu systemu do prowadzenia dokumentacji medycznej według etapów zakładanych w tym pakiecie oraz gromadzenia danych o terminach wykonanych i planowanych badań/leczenia dla danego pacjenta, wykonano w ramach obowiązującej umowy serwisowej i nadzoru autorskiego. W związku z wdrażaniem pakietu onkologicznego nie poniesiono również dodatkowych kosztów wynikających z konieczności powołania zespołu terapeutycznego (konsyliów), ponieważ odbywały się one w ramach zasobów kadrowych UCK, które w pełni (w zakresie kadry lekarskiej) pokrywały potrzeby w tym zakresie. Natomiast od października 2015 r. do sierpnia 2016 r. poniesiono dodatkowe koszty w łącznej kwocie 202,1 tys. zł na zatrudnienie koordynatorów pakietu onkologicznego, których liczba sukcesywnie rosła, tj. od dwóch w 2015 r. (październik-grudzień) do sześciu w lipcu i sierpniu 2016 r. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że trudno oszacować wszystkie koszty pośrednie poniesienie także w pewnym stopniu w związku z wdrażaniem pakietu onkologicznego lub w trakcie jego realizacji, w tym np. zakup nowych serwerów w związku z ich przeciążeniem.

(dowód: akta kontroli str. 17-23, 135-136, 497-500)

Kierownicy Klinik oraz Dyrektor Naczelny UCK przedstawili m.in. następujące uwagi dotyczące funkcjonowania pakietu onkologicznego w UCK oraz trudności w rozliczaniu świadczeń w jego ramach:

- „sztywny” podział kontraktu z NFZ na procedury limitowane i Nielimitowane utrudniał bieżące rozliczenia w sytuacji, gdy świadczenia były wykonywane w innych proporcjach niż zakontraktowano,
- zawężenie możliwości stwierdzenia podejrzenia nowotworu złośliwego tylko do szczybla POZ, tj. braku możliwości wydania karty DiLO w AOS na podstawie podejrzenia nowotworu (tj. bez rozpoznania mikroskopowego), co zmuszało lekarzy AOS do odsyłania pacjentów do lekarzy POZ;
- nie uwzględniono w pakiecie onkologicznym m.in. leczenia paliatywnego, hormonoterapii, leczenia przeciwbólowego radioizotopami zmian przerzutowych do kości za pomocą ¹⁵³Sm oraz ⁸⁹Sr, procedury węzła wartownika i immunoterapii herceptyną w przypadku nowotworów piersi oraz świadczeń towarzyszących procedurom zabiegowym, m.in. żywienia do- i pozajelitowego, przetaczania krwi i leczenia preparatami krwi, implantacji portu naczyniowego, czy protezowania w przypadku nowotworu przełyku,
- brak możliwości raportowania do NFZ badań z zakresu diagnostyki cytogenetycznej i molekularnej (jako ICD-9) jako potwierdzenie przeprowadzonej diagnostyki onkologicznej,
- brak możliwości rozliczenia w ramach pakietu wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej m.in.: badań dotyczących więcej niż jednego nowotworu złośliwego lub w przypadku nawrotu choroby, także dodatkowych badań diagnostycznych i porad specjalistycznych w przypadku, gdy wystąpiły nowe okoliczności lub wcześniejsze badania nie były wystarczające do podjęcia przez konsylium decyzji o dalszym postępowaniu leczniczym;
- brak możliwości rozliczenia świadczeń wykonanych po upływie terminów zakładanych w pakiecie, a przekroczonych nie z winy świadczeniodawcy;

⁵⁶ Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne.

wykonanych tego samego dnia w różnych oddziałach jednego świadczeniodawcy, podczas, gdy dwóch świadczeniodawców mogło rozliczyć świadczenia realizowane w tym samym dniu, np. w przypadku „przekazania” pacjenta do innego świadczeniodawcy w dniu wypisu,

- brak w pakiecie miejsca dla schorzeń, których nie można potwierdzić badaniem histopatologicznym (nerek, jąder, nadnerczy), czy też zmian, których obraz histopatologiczny jest niejednoznaczny, nowotworów o nieznanym ognisku pierwotnym i tych z przerzutami do układu chłonnego,
- strukturalne niedostosowanie pakietu do hematologicznych chorób nowotworowych (ich specyfika często nie wymaga tak szybkiego leczenia jak zakłada pakiet, a w przypadku leczenia chemicznego występuje konieczność częstych konsyliów w związku z modyfikacjami leczenia),
- rażąco nisko wyceniony w ramach pakietu osobodzień do radioterapii oraz ryczałtu dotyczącego diagnostyki, w przypadku, gdy niezbędne było wykonanie badania m.in. RM, TK, PET i diagnostyki molekularnej,
- liczne biurokratyczne i techniczne problemy w wypełnianiu i użytkowaniu karty DiLO, która ze względu na obszerność wymagała nieracjonalnie długiego czasu jej wypełniania,
- nieuwzględnienie w pakiecie oddziałów internistycznych, neurologicznych, stomatologicznych i ratunkowych, w których również diagnozowano nowotwory, oraz brak możliwości wykonania konsylium w oddziale chemioterapii, radioterapii i brachyterapii.

Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił ponadto, że brak właściwej ingerencji NFZ w województwie na ukształtowanie ruchu pacjentów onkologicznych spowodowało ich rozproszenie oraz wymusił migrację lekarzy specjalistów po małych placówkach w celu uczestniczenia w konsyliach. W ocenie Dyrektora Naczelnego UCK, należy wprowadzić mechanizmy pozwalające oceniać jakość diagnostyki oraz określić sankcje wobec placówek oszczędzających na diagnostyce pacjentów onkologicznych. Ponadto dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów konieczne jest określenie kryteriów referencyjności oraz zdefiniowanie definicji „ośrodka wiodącego” w diagnostyce i leczeniu onkologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 17-22, 74-103)

W działalności UCK w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Wartości świadczeń wykonanych i rozliczonych w ramach pakietu onkologicznego, zarówno w AOS, jak i SZP, stanowiły w okresie objętym kontrolą nieznaczny udział (ok. 6%) w wartości wszystkich świadczeń zrealizowanych na podstawie umów AOS i SZP. Wprowadzenie pakietu onkologicznego spowodowało w 2015 r. liczne zmiany w planach umów AOS i SZP pomiędzy zakresami świadczeń z wydzielonym planem na realizację pakietu onkologicznego, a pozostałymi zakresami. Wynikało to z przeszacowania przez POW NFZ wartości świadczeń możliwych do realizacji w ramach pakietu onkologicznego.

5. Przestrzeganie wybranych wymogów w zakresie zapewnienia jakości leczenia onkologicznego

Opis stanu faktycznego

UCK dysponowało możliwością samodzielnego wykonywania badań histopatologicznych i molekularnych. Realizowano je w komórkach organizacyjnych funkcjonujących w strukturze Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Laboratoryjnej UCK (odpowiednio w Laboratorium Patomorfologii Klinicznej i Laboratorium Genetyki Klinicznej). Z wyjaśnień p.o. Dyrektora Naczelnego UCK wynika, że UCK posiada odpowiednie zasoby kadrowo-sprzętowe, które w pełni zabezpieczają

istniejące potrzeby UCK w zakresie wykonywania badań immunohistochemicznych. Według stanu na dzień 4 listopada 2016 r., koszt jednostkowy badania: histopatologicznego wynosił 35 zł (jeden preparat mikroskopowy), immunohistochemicznego – 57 zł, a immunohistochemicznego z badaniem ekspresji onkogenu HER2 – 82 zł. W Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK koszt badania FISH onkogenu HER2 wynosił 542 zł, a badania genu BRCA1 – 205 zł.

(dowód: akta kontroli str. 181, 324, 330, 331)

Według stanu na 24 listopada 2016 r., UCK realizowało 17 programów lekowych dotyczących leczenia chorób nowotworowych, w tym m.in. raka piersi, raka nerki, chłoniaków złośliwych, zaawansowanego raka jelita grubego, niedrobnokomórkowego raka płuca oraz opornego na kastrację raka gruczołu krokowego. Do analizy przyjęto typy nowotworów, w przypadku których istniała możliwość (przy spełnionych kryteriach kwalifikacji i braku medycznych przeciwwskazań) wyboru spersonalizowanego schematu ich leczenia w ramach wprowadzonych do praktyki klinicznej programów lekowych. W okresie objętym kontrolą łączna liczba pacjentów⁵⁷ diagnozowanych i/lub leczonych w UCK w celu rozpoznania lub w związku z rozpoznaniem wybranych typów nowotworów złośliwych⁵⁸ wyniosła 8.577⁵⁹. UCK nie dysponowało statystycznymi danymi, u ilu z tych pacjentów określono III i IV stopień zaawansowania nowotworów, ani danymi o łącznej liczbie wykonanych im badań immunohistochemicznych i molekularnych, tj. badań pozwalających lekarzowi na wybór schematu leczenia w sposób zindywidualizowany i optymalny w ramach programów lekowych, w tym także w podziale na wybrane typy nowotworów.

(dowód: akta kontroli str. 157, 320-322, 329-330)

P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą lekarze UCK dla 4.725 pacjentów zlecieli wykonanie badań immunohistochemicznych (w tym dla 430 pacjentów badanie immunohistochemiczne z badaniem onkogenu HER2), informując jednocześnie, że badania immunohistochemiczne wykonywane były w UCK rutynowo wszystkim pacjentom, którzy tego wymagali i nie posiadali wyników takich badań wykonanych przez innych świadczeniodawców. Wskazał również kilka czynników uniemożliwiających lub utrudniających jednoznaczne wnioskowanie w przedmiotowym zakresie, m.in., że:

- UCK nie posiada danych statystycznych o liczbie pacjentów, którzy dostarczyli wyniki badań immunohistochemicznych wykonanych u innych świadczeniodawców,
- badania immunohistochemiczne wykonywane były z reguły pacjentom z nowym rozpoznaniem, a w rzadkich przypadkach w momencie wznowy choroby,
- w momencie zlecenia badań immunohistochemicznych lekarz zlecający nie zawsze precyzował rozpoznanie lub wpisywał rozpoznanie inne niż to, które ostatecznie potwierdził wynik (np. rozpoznanie D zamiast C).

(dowód: akta kontroli str. 321-324)

Zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 6 rozporządzenia SZP, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy, oraz na warunkach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia SZP, pełniący rolę ośrodka wiodącego, powinien m.in. stosować się do standardów, wytycznych, lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych

⁵⁷ zarówno pierwszorazowych, jak i tych w trakcie diagnozy, leczenia, czy po zakończonej hospitalizacji

⁵⁸ sutka (C50), żołądka (C16), płuca (C34), jelita grubego (C18), przełyku (C15), jelita cienkiego (C17), odbytnicy (C20), przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej (C48), inne nowotwory złośliwe skóry (C44), tkanki łącznej i innych tkanek miękkich (C49), czerniak (C43) i chłoniaki niezłaznowe rozlane (C83).

⁵⁹ w tym 3.828 pacjentów leczonych tylko w AOS, 1.587 leczonych tylko w SZP i 3.162 leczonych zarówno w AOS, jak i SZP.

rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny. Z zaleceń Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej wynika m.in., że stan HER2 powinien być oznaczany w każdym rozpoznanym histopatologicznie naciekającym raku piersi oraz, w miarę możliwości, w przypadkach nawrotu nowotworu. Ordynator Kliniki Chirurgii Onkologicznej wyjaśnił m.in., że stan receptorów HER2 oznaczany był u wszystkich pacjentek, a w przypadku niejednoznacznego wyniku HER2 rutynowo wykonywano badania amplifikacji genu metodą FISH. W 2015 r. badania na etapie diagnostyki pogłębionej w większości zrealizowane zostały w innych jednostkach patomorfologicznych województwa pomorskiego, dlatego w bazach danych Laboratorium Patomorfologii Klinicznej UCK i Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK brak statystycznych informacji o statusie receptora HER2 u wszystkich pacjentek leczonych w UCK. Dane te znajdowały się w formie opisowej w historiach choroby pacjentek⁶⁰. P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił ponadto, że analiza każdej dokumentacji z osobna pod tym kątem wymagałaby bardzo dużo czasu. Poinformował, że oznaczenie HER2 wykonuje się jednorazowo dla każdej pobranej próbki guza i wynik uzyskany np. kilka lat wcześniej traktuje się jako aktualny, o ile nie była wykonywana kolejna biopsja. Dane o tych wynikach dostępne są częściowo w postaci opisowych wpisów w informatycznym systemie szpitalnym, a częściowo w postaci papierowych kopii wyników w historiach choroby. Ponadto w przypadku pacjentek leczonych systemowo w innych instytucjach, które w UCK otrzymywały np. jedynie radioterapię paliatywną, wynik ten nie miał znaczenia klinicznego i mógł nie zostać odnotowany. (dowód: akta kontroli str. 321-327)

Klinika Chirurgii Onkologicznej UCK dysponowała wynikami analizy dotyczącej określania stanu HER2 dla okresu 2012-2014. Wynikało z niej, że spośród 518 przypadków, w których uzyskano informację o stanie receptora HER2, w 323 (tj. 62,4%) uzyskano wynik negatywny. Nadekspresję receptora HER2 stwierdzono w 65 oznaczeniach (tj. 12,6%), tj. HER2 oceniono jako dodatni. U 130 pacjentek (25,1%) wynik był niejednoznaczny. W tych przypadkach informacje o stanie receptora HER2 uzyskane metodą FISH zebrano dla 108 pacjentek (z ww. 130). Dla pozostałych informacja taka nie była dostępna w systemie klinicznym UCK. Wynik negatywny odnotowano dla 98 pacjentek. Pacjentki, które zakwalifikowały się do terapii celowanej na podstawie dodatniego receptora HER2 stanowiły 15,3% leczonej grupy w analizowanym okresie. Ordynator Kliniki Chirurgii Onkologicznej wyjaśnił, że odsetek ten był identyczny z danymi światowymi. (dowód: akta kontroli str. 326-327)

P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że:

- w systemie SMPT dla UCK w module „leczenie raka piersi” istnieje 45 rekordów z datą rozpoczęcia leczenia po 1 stycznia 2015 r. (dotyczy to leczenia trastuzumabem lub lapatinibem), jednak ze względu na brak jednolitej bazy danych o chorych na raka piersi, nie jest możliwe uzyskanie informacji na temat liczby chorych niezakwalifikowanych do leczenia,
- generalnie, jeżeli pacjentki spełniały kryteria programu lekowego i nie było innych przeciwwskazań, otrzymywały leczenie celowane (przypadki wykluczenia występowały rzadko),
- ze względu na ograniczenie wysokości kontraktu zdarzało się, że pacjentki były odsyłane do innych ośrodków, ale optymalne leczenie otrzymywały.

(dowód: akta kontroli str. 324)

⁶⁰ W okresie objętym kontrolą w UCK w celu rozpoznania lub w związku z rozpoznaniem raka piersi diagnozowanych i/lub leczonych było łącznie 1.861 pacjentek, w tym 737 zarówno w ramach AOS, jak i SZP.

W odpowiedzi na pytanie, w ilu przypadkach UCK w latach 2015-2016 (31 sierpnia) kontynuowało leczenie pacjentów onkologicznych, którzy początkowo byli leczeni u innych świadczeniodawców bez wykonania badania immunohistochemicznego, a po jego wykonaniu w UCK zastosowano zmianę schematu leczenia na terapię celowaną, p.o. Dyrektor Naczelny wyjaśnił, że UCK nie prowadziło statystyki w tym zakresie. Odnosząc się do pacjentek z nowotworem piersi wyjaśnił, że doświadczenie kliniczne wskazuje, że były to sytuacje rzadkie, gdyż podstawowe badania immunohistochemiczne (receptor estrogenowy i progesteronowy, HER2) są wykonywane rutynowo u wszystkich takich pacjentów. Wyjaśnił ponadto, że uzyskanie większości wymaganych przez NIK informacji jest niemożliwe ze względu na brak jednolitej bazy danych pacjentów z konkretnym rozpoznaniem oraz konstrukcję informatycznego systemu CliniNET (niewymuszającą odpowiedniego kodowania danych klinicznych). Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom pacjentek z nowotworem piersi, zgodnie z zaleceniami polskich towarzystw onkologicznych (Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej oraz Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej) w UCK wdrażane są kolejne etapy tworzenia czwartej w Polsce i pierwszej na Pomorzu jednostki specjalizującej się w leczeniu schorzeń piersi (tzw. „Breast Cancer Unit”). W dniu 18 maja 2016 r. rozpoczęła swoją działalność Zintegrowana Poradnia Nowotworów Piersi w UCK, umożliwiającą przeprowadzenie diagnostyki nowotworów piersi w ciągu jednego dnia, a 17 listopada 2016 r. otwarto pododdział dla chorych na raka piersi w Oddziale Dziennym Chemioterapii Kliniki Onkologii i Radioterapii. Przeszkodą dla usprawnienia procesu jej tworzenia i sprawnego funkcjonowania jest brak regulacji prawnych, w tym w szczególności określających sposób finansowania takich jednostek. Prowadzenie baz danych obejmujących wszystkich chorych diagnozowanych i leczonych w UCK (pozwalających na jednolite kodowanie rozpoznania, stopnia zaawansowania i zastosowanego leczenia) jest jednym z wymogów międzynarodowej certyfikacji „Breast Unit”. Uzyskanie i utrzymanie certyfikacji wymaga również regularnego audytowania wyników leczenia, co również nie jest możliwe bez istnienia jednolitej bazy danych. Lekarze UCK czynią starania, aby móc prowadzić taką statystykę, pomimo tego, że przy obecnych wymogach prawnych nie jest to obligatoryjne.

(dowód : akta kontroli str. 325)

UCK zapewniało możliwość wykonywania śródoperacyjnych badań patomorfologicznych w Laboratorium Patomorfologii Klinicznej UCK.

(dowód : akta kontroli str. 331)

P.o. Dyrektor Naczelny UCK wyjaśnił, że śródoperacyjne badania patomorfologiczne były wykonywane tylko i wyłącznie w sytuacjach niezbędnych dla dalszego postępowania. W przypadku pacjentek poddawanych zabiegom operacyjnym z powodu raka piersi stosowano standardy i wytyczne rekomendowane przez polskie towarzystwa onkologiczne. W przypadku podejrzenia raka piersi każda chora, poza badaniem klinicznym, wykonane miała badania: mammografię, USG piersi i pachy oraz biopsję, tj. badania uznane za „złoty standard”. Najczęściej wykonywano biopsję gruboigłową lub biopsję gruboigłową wspomaganą próżniowo. W przypadkach nie wymagających leczenia neoadjuwantowego wykonywano biopsję cienkoigłową. W kontrolowanym okresie w przypadku pacjentek z rakiem piersi lub podejrzeniem raka piersi, nie wykonywano badań śródoperacyjnych, doraźnych (INTRA), gdyż rozpoznanie ustalano na etapie diagnostyki pogłębionej, a w wyjątkowych przypadkach (po negatywnych biopsjach) wykonywano zabieg diagnostyczny. W przypadkach, w których po operacji oszczędzającej pierś stwierdzono dodatnie bądź wąskie marginesy wycięcia guza, pacjentkę kwalifikowano do operacji poszerzenia marginesów. Na podstawie danych z lat

2011-2014 odsetek reoperacji w celu poszerzenia marginesów wynosił ok. 1% rocznie.

(dowód : akta kontroli str. 325)

W działalności UCK w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

NIK pozytywnie ocenia utworzenie w strukturze UCK jednostki specjalizującej się w kompleksowym leczeniu schorzeń piersi oraz podejmowanie kolejnych działań w celu jej dalszego rozwoju. Z uwagi jednak na brak możliwości uzyskania w czasie kontroli danych o liczbie wykonanych badań immunohistochemicznych i molekularnych w układzie żądanym przez NIK (m.in. w podziale na wybrane typy nowotworów złośliwych wraz ze stopniem ich zaawansowania), NIK odstąpiła od sformułowania częściowej oceny w skontrolowanym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁶¹, wnosi o:

1. ustanowienie w sposób zgodny z wewnętrznymi przepisami UCK wymaganej procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego,
2. wzmocnienie mechanizmów zapewniających realizację w UCK wszystkich obowiązków świadczeniodawcy realizującego świadczenia w ramach pakietu onkologicznego, w tym gwarantujących:
 - przekazywanie kart DiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej do lekarzy POZ w przypadkach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej,
 - bieżącą aktualizację zmian w zakresie personelu wykazywanego w załączniku Nr 6 do umowy SZP.

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 Gdańsku.

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.

⁶¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677

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

Gdańsk, dnia 10 stycznia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Kontrolerzy:

Katarzyna Michalska
główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Maria Mieszalska
specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

Ewa Jasińska-Kłuczek
.....
podpis