



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.017.03.2016

P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk

T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05

lgd@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/057 – Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Maria Mieszalska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/113/2016 z dnia 8 listopada 2016 r. 2. Janusz Palmowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/93/2016 z dnia 22 września 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach, ul. Leśna 10, 89-600 Chojnice (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Leszek Bonna – Dyrektor Szpitala (dowód: akta kontroli str. 5-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia¹, że w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) zapewniono w Szpitalu diagnostykę w ramach pakietu onkologicznego w terminach wynikających z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w ramach AOS². Badaniem objęto świadczeniobiorców, którzy posiadali karty DiLO³ wydane przez lekarzy POZ⁴ lub AOS w Szpitalu i byli w nim diagnozowani i leczeni w ramach pakietu onkologicznego. Większości z ww. świadczeniobiorców (79%) zapewniono również określenie postępowania terapeutycznego przez Konsylium⁵ i podjęcie leczenia onkologicznego w terminie dwóch tygodni od zakończenia tej diagnostyki.

Podjęte w Szpitalu działania organizacyjne dotyczące wdrożenia pakietu onkologicznego polegające m.in. na:

- prowadzeniu odrębnych list pacjentów oczekujących na udzielanie świadczeń na podstawie karty DiLO, zgodnie z art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach⁶,
 - opracowaniu procedury „Postępowania i organizacji udzielenia świadczeń w zakresie szybkiej terapii onkologicznej”,
 - zapewnieniu w ww. procedurze wyodrębnienia Konsylium oraz wyznaczenia Koordynatora, zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1, odpowiednio, lit. a i lit. c rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP⁷,
- nie były w ocenie NIK wystarczające, na co wskazują stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości.

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

² Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357).

³ Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego.

⁴ Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

⁵ Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny.

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, ze zm.).

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 694, ze zm.).

Stwierdzone nieprawidłowości polegały głównie na:

- przekazaniu do POW NFZ⁸ 28 informacji (tj. 13% badanych) o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczeń na podstawie karty DiLO, rzadziej niż wynikało to z art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach, (co najmniej raz w tygodniu),
- nieumieszczeniu 32 i 27 pacjentów na liście oczekujących, odpowiednio, na Konsylium oraz leczenie onkologiczne, co było niezgodnie z art. 20 ust. 12 ww. ustawy,
- nieprzekazaniu po zakończeniu leczenia onkologicznego 10 zamkniętych kart DiLO do lekarzy POZ, wbrew przepisom art. 32b ust. 3 tej ustawy,
- niezamieszczeniu we wszystkich 33 kartach DiLO (objętych badaniem) harmonogramu leczenia onkologicznego, o którym mowa we wzorze karty DiLO,
- nieprzekazaniu w wersji elektronicznej Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego do Krajowego Rejestru Nowotworów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Spełnianie przez Szpital wybranych wymogów z zakresu AOS i SZP, w tym pakietu onkologicznego

Opis stanu
faktycznego

Przedmiotem obowiązujących w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) umów zawartych przez Szpital z POW NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁹ (dalej: „umowa w rodzaju AOS”) i w rodzaju leczenie szpitalne¹⁰ (dalej: „umowa w rodzaju SZP”) było m.in. udzielanie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, w tym w ramach umowy w rodzaju:

- AOS – w zakresach dotyczących 14 poradni¹¹ – Poradni Endokrynologicznej, Nefrologicznej, Dermatologicznej, Neurologicznej, Onkologicznej, Chorób Płuc, Ginekologiczno-Położniczej, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Ogólnej dla Dzieci, Neurochirurgicznej, Okulistycznej, Otolaryngologicznej, Urologicznej oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- SZP – w zakresach dotyczących sześciu oddziałów – Oddział Chorób Płuc, Ginekologiczno-Położniczy, Chirurgii Ogólnej, Okulistyczny, Otolaryngologiczny i Ortopedyczny i Traumatologii Narządu Ruchu.

Świadczeń w ramach pakietu onkologicznego udzielano w dziesięciu komórkach organizacyjnych Szpitala, w tym w ośmiu Poradniach (Endokrynologicznej, Nefrologicznej, Onkologicznej, Chorób Płuc, Ginekologiczno-Położniczej, Chirurgii Ogólnej, Otolaryngologicznej, Urologicznej) i dwóch Oddziałach (Chirurgii Ogólnej i Chorób Płuc (w 2015 r.)).

(dowód: akta kontroli str. 7-70)

Wybrane do kontroli dwie poradnie (Ginekologiczno-Położnicza i Chirurgii Ogólnej) oraz dwa oddziały (Ginekologiczno-Położniczy i Chirurgii Ogólnej) wyposażone były m.in. w sprzęt i aparaturę medyczną, o których mowa, odpowiednio, w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS i w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP.

⁸ Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁹ Umowa Nr 11/000018/AOS/13/15 i Nr 11/000018/AOS/13/16.

¹⁰ Umowa Nr 11/000018/SZP/11/15 i Nr 11/000018/SZP/11/16.

¹¹ W 2015 r. w 13 zakresach, a w 2016 r. w 14 zakresach (do zakresów obowiązujących w 2015 r. dodano świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu).

Wykazany w umowie z POW NFZ w rodzaju SZP¹² sprzęt i aparatura, z wyjątkiem pięciu kardiomonitorów (trzech na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz dwóch na Oddziale Chirurgii Ogólnej) znajdował się na ww. Oddziałach.

(dowód: akta kontroli str. 120-133, 173-210)

Wykazani w umowach POW NFZ¹³ w rodzaju AOS i SZP lekarze udzielający świadczeń w ww. Poradniach i Oddziałach, z wyjątkiem jednego lekarza w Poradni Ginekologiczno-Położniczej, posiadali umowy ze Szpitalem na udzielanie świadczeń w tych Poradniach. Kwalifikacje lekarzy były zgodne z wykazanymi w tych umowach i pozwalały na spełnienie wymagań w tym zakresie wynikających, odpowiednio, z załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS i załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP.

(dowód: akta kontroli str. 134-140, 155-180, 211-223)

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że w Szpitalu nie prowadzono bieżącej ewidencji dokładnego czasu pracy lekarzy udzielających świadczeń w ramach AOS, z uwagi na zadaniowy charakter pracy. Wszystkie zrealizowane świadczenia były na bieżąco sprawozdawane do POW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 154)

Z dniem 20 kwietnia 2015 r. Dyrektor Szpitala wprowadził procedurę – „Postępowanie i organizacja udzielania świadczeń w zakresie szybkiej terapii onkologicznej”¹⁴ (dalej: „Procedura SSO”).

Procedura SSO zapewniała m.in. wyodrębnienie planującego i koordynującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego (Konsylium), składającego się m.in. ze specjalistów z zakresach chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, radiologii i diagnostyki obrazowej oraz zapewniała wyznaczenie Koordynatora – zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 1, odpowiednio, lit. a i c rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP.

(dowód: akta kontroli str. 224-258, 394-398)

W myśl zapisów § 6a pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS w Szpitalu zapewniono, co najmniej dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych. Diagnostykę PET, RM (w strukturach Szpitala znajdowała się Pracownia RM) i medycyny nuklearnej Szpital zapewniał za pomocą podwykonawców, w pozostałym ww. zakresie za pomocą własnych zasobów, choć również posiadał umowy na realizację tych świadczeń przez inne podmioty.

W przypadku umowy dotyczącej wykonywania badań RM w Pracowni Szpitala Zleceniobiorcy przysługiwało wynagrodzenie stanowiące określony procent ceny POW NFZ pomniejszonej (w niektórych przypadkach) o iloczyn punktów i określonej ceny za jeden punkt, gdy opis badania Szpital wykonał we własnym zakresie. W przypadku pozostałych umów za wykonane przed podwykonawców świadczenia Zleceniobiorcy przysługiwało wynagrodzenie stanowiące iloczyn faktycznie wykonanych badań i cen określonych w załącznikach do zawartych umów. Za gotowość do udzielenia świadczeń przez jednego ze Zleceniobiorców przysługiwało mu zryczałtowane wynagrodzenie za każdy kwartał trwania umowy,

¹² Załącznik Nr 2 do umowy Nr 11/000018/SZP/11/16 według stanu na 5 października 2016 r.

¹³ W załączniku Nr 2 umowy Nr 11/000018/AOS/13/15, 11/000018/AOS/13/16, 11/000018/SZP/11/15, 11/000018/SZP/11/16 wg stanu na 1 czerwca 2015 r. i 2016 r.

¹⁴ DM/DP-L/SOP/4 z 10 kwietnia 2015 r. ze zm.

w którym Szpital nie zlecił wykonania żadnych badań, w przypadku drugiego Zleceniobiorcy nie ustalono wynagrodzenia w takim przypadku.

W umowach wskazano, że Szpital uzgodni ze Zleceniobiorcą przed wystawieniem skierowania termin badania (w przypadku jednej umowy), „szczegółowe zasady organizacyjne dotyczące badań” (w przypadku drugiej umowy).

(dowód: akta kontroli str. 7-67, 302-351)

Ustalone
nieprawidłowości

W umowie w rodzaju:

- SZP¹⁵ (w załączniku Nr 2 – harmonogram – zasoby, część III Sprzęt) wykazano pięć kardiomonitorów (trzy na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i dwa na Oddziale Chirurgii Ogólnej), które nie znajdowały się na tych Oddziałach, natomiast nie wykazano łącznie siedmiu sztuk sprzętu i aparatury, które na nich się znajdowały¹⁶. Zgodnie z § 2 ust. 8 załącznika 2a Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 71/2016/DSOZ¹⁷, Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt, a takiej aktualizacji w zakresie ww. sprzętu do czasu kontroli NIK nie dokonano,
- AOS¹⁸ (w załączniku Nr 2 – harmonogram – zasoby, część II Personel) w zakresie dotyczącym personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w Poradni Ginekologiczno-Położniczej w okresie od 25 maja 2015 r. do 9 grudnia 2016 r. wskazano jednego lekarza, który – jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala – nie podjął pracy w tej Poradni. Zgodnie z § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁹, zgodnie z harmonogramem, a zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Do czasu kontroli NIK takiego zgłoszenia nie dokonano.

W trakcie kontroli NIK²⁰, dokonano zmian w Portalu Świadczeniodawcy w ww. zakresie, tj. wykazanego sprzętu na ww. Oddziałach i personelu we wskazanej Poradni oraz przesłano do POW NFZ wnioski o aneksy umów.

(dowód: akta kontroli str. 135-136, 138-140, 163-172, 181-210)

Ocena częściowa

W Szpitalu zapewniono dostęp do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie, o którym mowa w § 6a pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w ramach AOS. Wybrane do kontroli Poradnie i Oddziały wyposażone były w sprzęt i aparaturę medyczną zapewniające spełnienie warunków realizacji świadczeń w tych Poradniach i na tych Oddziałach. W Szpitalu opracowano Procedurę SSO.

¹⁵ Nr 11/000018/SZP/11/16 według stanu na 5 października 2016 r.

¹⁶ Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym nie wykazano dwóch KTG (kardiotokografy), dwóch łóżek i jednej pompy infuzyjnej, a na Oddziale Chirurgii Ogólnej dwóch materacy.

¹⁷ Zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (NFZ poz. 71 ze zm.).

¹⁸ Nr 11/000018/AOS/13/15 i Nr 11/000018/AOS/13/16.

¹⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638.

²⁰ 9 i 15 grudnia 2016 r.

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

2.1. Realizacja pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Opis stanu faktycznego

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) lekarze udzielający świadczeń w AOS wydali łącznie 159 kart DiLO²¹ (wszystkie w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych), w tym w poszczególnych kwartałach ww. okresu, odpowiednio, 11, 17, 12, 23, 41, 38 i 17.

Do AOS z kartą DiLO wystawioną przez lekarzy POZ trafiło łącznie 209 pacjentów, z tego w 73 przypadkach, tj. 35% podejrzenie nowotworu przez lekarzy POZ zostało potwierdzone.

(dowód: akta kontroli str. 352-355)

Zgodnie z art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach, Szpital prowadził odrębne listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń na podstawie karty DiLO. Listy oczekujących prowadzone były dla każdej komórki organizacyjnej AOS, w której na realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego Szpital posiadał umowę z POW NFZ.

Na podstawie analizy danych w systemie AP-KOLCE²² dotyczących ww. list prowadzonych w marcu i sierpniu 2015 r. 2016 r. ustalono, że:

- wszystkie porady rozpoczynające wstępną diagnostykę w marcu 2015 r. i 2016 r.²³ (15) udzielono po upływie od jednego do siedmiu dni od zapisania pacjenta na listę oczekujących, tj. z zachowaniem 14 dniowego terminu, o którym mowa w § 15 ust. 11 pkt 1 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ²⁴,
- 210 razy w ww. okresie przekazano do POW NFZ informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w ramach ww. list, w tym 182 razy, co najmniej raz w tygodniu zgodnie z art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach, a 28 przekazano po upływie 10²⁵, 11²⁶ lub 14²⁷ dni od uprzednio przekazanych informacji,
- zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach listy zostały ocenione przez powołany przez Dyrektora Szpitala zespół oceny przyjęć, w skład którego wchodził personel medyczny w specjalnościach, o których mowa w art. 21 ust. 2 ww. ustawy, tj. lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej i pielęgniarka naczelna.

(dowód: akta kontroli str. 356-381)

2.2. Realizacja pakietu onkologicznego w lecznictwie szpitalnym

Opis stanu faktycznego

Na podstawie danych zawartych w badanej próbie 33 kart DiLO ustalono, że udokumentowano w kartach:

- udział w składzie Konsylium specjalistów²⁸ w dziedzinach, o których mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych

²¹ Z wyłączeniem dziewięciu kart, które anulowano.

²² System informatyczny udostępniony przez Narodowy Fundusz Zdrowia do prowadzenia Centralnych Kolejek Oczekujących.

²³ Z dniem 1 lipca 2016 r. przestały obowiązywać przepisy Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ, a w sierpniu 2015 r. na listy te nie został zapisany żaden pacjent.

²⁴ Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (NFZ z 2015 r., poz. 109, ze zm.).

²⁵ 13 informacji.

²⁶ Jedną informację.

²⁷ 14 informacji.

²⁸ Sześciu zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, a jeden na podstawie umowy o pracę.

- z zakresu SZP – był to skład trzyosobowy, ponieważ jeden lekarz występował, jako specjalista w dwóch dziedzinach,
- określenie przez Konsylium sposobu podstępowania terapeutycznego, o czym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b ww. rozporządzenia. W 26 przypadkach od dnia zakończenia diagnostyki pogłębionej do rozpoczęcia leczenia upłynęło od trzech do 14 dni, w pozostałych siedmiu przypadkach od 15 do 27 dni. We wszystkich zbadanych kartach DiLO nie określono harmonogramu leczenia onkologicznego, w tym planowanej daty rozpoczęcia danego rodzaju terapii, o którym mowa we wzorze karty DiLO (sekcja GB.3.) określonym rozporządzeniem w sprawie wzoru karty DiLO²⁹,
 - wyznaczenie Koordynatora, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a ww. rozporządzenia.

W Zespole, który prowadził leczenie 26 z 33 objętych badaniem pacjentów udokumentowano udział osoby prowadzącej fizjoterapię, a w pozostałych 7 przypadkach nie udokumentowano udziału takiej osoby. W żadnym przypadku nie udokumentowano udziału w Zespole psychologa lub psychoonkologa.

(dowód: akta kontroli str. 259-263, 399-420)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zatrudniony był jeden psycholog na podstawie umowy cywilno-prawnej oraz ogółem 23 fizjoterapeutów³⁰ (technicy i młodszy asystenci fizjoterapii, masażyści i rehabilitanci – w Zakładzie Rehabilitacji Szpitala oraz na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), w tym 22 zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a jeden na podstawie umowy cywilno-prawnej. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że psycholog udzielał konsultacji na oddziałach szpitalnych, a fizjoterapeuci wykonywali zabiegi na zlecenie lekarza.

(dowód: akta kontroli str. 259-263)

Koordynator SSO udzielał pacjentom informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynował ten proces, m.in. ustalając terminy porad u lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych, współpracując w tym zakresie z komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz podmiotami zewnętrznymi. Zakres ww. zadań Koordynatora, był zgodny z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP.

(dowód: akta kontroli str. 382-387)

W Szpitalu zapewniono na podstawie umów z podmiotami zewnętrznymi udokumentowaną koordynację leczenia, w tym dostęp do świadczeń chemioterapii, radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, o której mowa w § 4a ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP.

(dowód: akta kontroli str. 302-314, 330-337, 573-577, 596-619)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu³¹, zgodnie z § 5a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP oraz standardami akredytacyjnymi szpitali.

²⁹ Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1751) – obowiązującego w okresie od 1 stycznia do 31 października 2015 r. w przypadku 21 kart DiLO wydanych w ww. okresie i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627) – obowiązującego od 1 listopada 2015 r. w przypadku 12 kart DiLO wydanych w ww. okresie.

³⁰ W tym 22 zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a jeden na podstawie umowy cywilno-prawnej.

³¹ Procedura monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego (MNP/DM/L-P/SOP/24 z 10 lutego 2011 r. i DP/DM/L-P/SOP/24 z 5 maja 2015 r.) i Procedura monitorowania i leczenia bólu w chorobie nowotworowej (DM/DP/L-P/SOP/52 z 20 stycznia 2014 r.)

Ocenę stopnia dolegliwości bólowych, podjęte działania oraz ich skuteczność dokumentowano w kartach monitorowania bólu pooperacyjnego lub w kartach monitorowania bólu w chorobach nowotworowych.

Na podstawie analizy zapisów w próbie 40 kart monitorowania bólu pooperacyjnego pacjentów hospitalizowanych w marcu i sierpniu 2015 r. i 2016 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej (20) i Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (20) ustalono, że:

- w przypadku siedmiu pacjentów, w tym pięciu hospitalizowanych w marcu 2015 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej i dwóch w sierpniu 2015 r. i 2016 r. na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym ból monitorowano zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą³²,
- w przypadku 33 pacjentów, w tym 15 hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej (po pięciu w sierpniu 2015 r., marcu i sierpniu 2016 r.) oraz 18 hospitalizowanych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (po pięciu w marcu 2015 r. i 2016 r. po czterech w sierpniu 2015 r. i 2016 r.), częstotliwość niektórych pomiarów była niezgodna z obowiązującą w tym zakresie procedurą³³.
(dowód: akta kontroli str. 394-397, 426-473)

Spośród pacjentów onkologicznych leczonych w Szpitalu w badanym okresie (652 w 2015 r. i 704 w 2016 r. (do 31 sierpnia)) – w AOS i POZ nowotwór złośliwy rozpoznano u 364 pacjentów w 2015 r. i u 496 pacjentów w 2016 r., a w lecznictwie szpitalnym – odpowiednio, u 288 i 208 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 476)

2.3. Obsługa Kart DiLO w lecznictwie ambulatoryjnym i lecznictwie szpitalnym

Opis stanu faktycznego

Zastępca Dyrektora ds. ekonomicznych (w zastępstwie Dyrektora Szpitala) wyjaśniła, że w funkcjonujących w Szpitalu systemach informatycznych nie dokonano żadnych modyfikacji w związku z wdrożeniem pakietu onkologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 79-92)

W 2015 r. Szpital zgłosił do POW NFZ łącznie 194 karty DiLO³⁴, w tym w poszczególnych półroczach, odpowiednio, 35, 49, 46, 64. Wszystkie karty zostały pozytywnie zweryfikowane przez POW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 353-355)

Na podstawie analizy danych dotyczących próby 20 pacjentów, którzy byli diagnozowani i leczeni w Szpitalu i którym zostały wydane karty DiLO przez lekarzy AOS, ustalono, że:

- dziewięć kart wydano w dniu rozpoznania nowotworu złośliwego, tj. w dniu ustalenia wyniku badania histopatologicznego,
- jedną kartę wydano po upływie trzech dni,
- osiem po upływie od czterech do 49 dni,
- w przypadku dwóch kart postawienie rozpoznania onkologicznego było możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, zatem karty wydano w dniu wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną, bez uprzednio wykonanej biopsji.

³² W przypadku pięciu pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej zgodnie z Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 10 lutego 2011 r. (MNP/DM/L-P/SOP/24), a dwóch hospitalizowanych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym zgodnie z Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 5 maja 2015 r. (DP/DM/L-P/SOP/24).

³³ W przypadku 15 pacjentów hospitalizowanych w marcu 2015 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej niezgodnie z Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 10 lutego 2011 r., a w przypadku 18 pacjentów hospitalizowanych w marcu i sierpniu 2015 r. i 2016 r. na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 5 maja 2015 r.

³⁴ Informacja pozyskana od POW NFZ na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że lekarze nie mieli wpływu na termin obioru przez pacjentów wyników badań histopatologicznych, pacjentów informowano, iż będzie to możliwe w terminie do 14 dni od dnia pobrania materiału, a karty DiLO były wydawane podczas wizyty lekarskiej, na którą stawiał się pacjent z wynikiem badania.

(dowód: akta kontroli str. 399-409, 416-420)

Spośród objętych badaniem 33 kart DiLO 18 zostało zamkniętych do 31 sierpnia 2016 r. Koordynator SSO oświadczyła, że pomimo braku udokumentowania, sześć kart DiLO przekazała do lekarzy POZ. Natomiast 12 kart nie przekazała do lekarzy POZ, pomimo iż zostały zamknięte.

(dowód: akta kontroli str. 382-387, 394-409, 474-475)

2.4. Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów

Opis stanu
faktycznego

W Szpitalu Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (dalej: „KZNZ”) przekazywano do Krajowego Rejestru Nowotworów (dalej: „KRN”) wyłącznie w wersji papierowej, natomiast nie przekazywano ich w wersji elektronicznej, pomimo tego, iż zgodnie z § 10 ust. 8 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ i § 14 ust. 14 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 89/2013/DSOZ³⁵, Świadczeniodawca, który stwierdził nowotwór złośliwy obowiązany jest do elektronicznego zgłoszenia KZNZ bezpośrednio do KRN, zgodnie z art. 32a ust. 5 ustawy o świadczeniach.

KZNZ wypełniano głównie w wewnętrznym systemie elektronicznym i w tym systemie gromadzono dane wynikające z tych kart, w tym m.in. w zakresie daty ich wydania.

(dowód: akta kontroli str. 417-419, 421-424, 477-484)

Liczba KZNZ wprowadzonych w systemie informatycznym Szpitala w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) nieznacznie wzrosła w porównaniu do 2014 r., w którym wyniosła 1.626 – odpowiednio, o 3,5% do liczby 1.682 w 2015 r., z tego 174 (10,3%) dotyczyło wydanych kart DiLO i o 2,8% do liczby 1.672 w 2016 r. (do 31 sierpnia) z tego 205 (12,3%) dotyczyło wydanych kart DiLO.

Liczba KZNZ z datą rozpoznania nowotworu w 2015 r. (nowe przypadki) wyniosła łącznie 669, z tego 89 (13,3%) dotyczyło wydanych kart DiLO. Spośród ww. kart w 2015 r. wydano 548 (co stanowiło 32,6% wszystkich KZNZ wydanych w 2015 r.), z tego 79 (14,4%) dotyczyło wydanych kart DiLO, a w 2016 r. – 121 (tj. 7,2% wszystkich KZNZ wydanych w 2016 r.), z tego 10 (8,3%) dotyczyło wydanych kart DiLO.

Liczba KZNZ z datą rozpoznania nowotworu w 2016 r. (nowe przypadki) wyniosła 428 (co stanowiło 25,6% wszystkich KZNZ wydanych w 2016 r.), z tego 81 (18,9%) dotyczyło wydanych kart DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 478)

W związku z nieprzekazywaniem KZNZ do KRN w wersji elektronicznej, Szpital nie posiadał danych o liczbie KZNZ poprawnie oraz niepoprawnie zarejestrowanych w KRN, a żadna karta nie posiadała statusu „szkic” ani „do korekty”.

(dowód: akta kontroli str. 479)

Liczba potwierdzeń histopatologicznych nowotworu w wydanych KZNZ w latach 2014-2016 (do 31 sierpnia) nieznacznie wzrosła: wyniosła, odpowiednio, 1.451 (89,1%), 1.517 (90,1%) i 1.561 (93,4%).

³⁵ Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (NFZ z 2015 r. poz. 110 ze zm.).

We wszystkich KZNZ wskazano stadium zaawansowania nowotworu, w tym w 93,6% wskazano kod zaawansowania choroby nowotworowej według klasyfikacji TNM³⁶, w 0,1% tylko kod ICD-10, a w 6,3% inne oznaczenie stopnia zaawansowania.

Na podstawie próby 33 KZNZ ustalono, że w 27 KZNZ³⁷ wskazano kod TNM, a w sześciu (trzech wydanych w 2015 r. i trzech w 2016 r.) wskazano, że nie istniała specyficzna dla nowotworu klasyfikacja zaawansowania według klasyfikacji TNM i zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych stosowanych w badaniach statystycznych na 2015 r.³⁸ i 2016 r.³⁹ wskazano stadium zaawansowania według innych kategorii, jako „nieodkładnie określone”. Wskazane w tych kartach ww. stadium zaawansowania nie mieściło się w katalogu określonym w ww. przepisach – *in situ*, miejscowe, regionalne lub uogólnione. Powyższe wynikało z tego, iż w Szpitalu KZNZ wypełniano według wzoru nieobowiązującego od 1 listopada 2013 r.⁴⁰.

(dowód: akta kontroli str. 399-409, 480-481, 573-595)

Zgodnie z art. 32a ust. 6 ustawy o świadczeniach, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, wpisuje w karcie DiLO numer KZNZ nadawany przez KRN. W przypadku żadnej z badanych 33 kart DiLO nie uzyskano numeru zgłoszenia do KRN, zatem w żadnej karcie DiLO nie wskazano tego numeru.

(dowód: akta kontroli str. 417-419, 424, 480-484)

Zgodnie z art. 32 ust. 5 ustawy o świadczeniach, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, dokonuje zgłoszenia KZNZ bezpośrednio do KRN. Spośród 33 badanych KZNZ, 30 wydano na poszczególnych etapach diagnostyki onkologicznej⁴¹, a trzy po upływie 106, 197 i 280 dni od zakończenia diagnostyki pogłębionej.

(dowód: akta kontroli str. 399-409, 480-484)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Spośród objętych badaniem 210 informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia na podstawie karty DiLO, 28 informacji (13%) dotyczących łącznie 13 Poradni Szpitala⁴² przekazano po upływie 10⁴³, 11⁴⁴ lub 14 dni⁴⁵ od daty

³⁶ Jednolity system oceny zaawansowania anatomicznego choroby (ang. staging) stworzono w celu precyzyjnego określenia stopnia zaawansowania nowotworów złośliwych, od którego zależy między innymi określenie metod leczenia i rokowania.

³⁷ W 17 przypadkach (51,5%) wskazano, że nie można ocenić ogniska pierwotnego, przerzutów w węzłach chłonnych ani przerzutów odległych nowotworu (wskazany w KZNZ kod TNM – T – x, N – x, M – x), w 10 (30,3%) wskazano, co najmniej jeden z parametrów ww. kodu.

³⁸ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 marca 2015 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015 (Dz. U. poz. 561, ze zm.) – dotyczy 21 KZNZ – uchylony z dniem 21 kwietnia 2016 r.

³⁹ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 marca 2016 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. poz. 460, ze zm.) – dotyczy 12 KZNZ.

⁴⁰ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 marca 2012 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012 (Dz. U. poz. 446, ze zm.) – uchylony z dniem 1 listopada 2013 r.

⁴¹ 18 w dniu wydania dotyczącej jej karty DiLO (wydanych przez lekarzy AOS), w jednym przypadku w dniu pierwszej porady początkowej rozpoczynającej wstępną diagnostykę onkologiczną, w sześciu w dniu zakończenia diagnostyki wstępnej, w czterech w dniu zakończenia diagnostyki pogłębionej (w przypadku, gdy w wyniku diagnostyki wstępnej nie potwierdzono nowotworu).

⁴² Dermatologicznej, Chirurgii Ogólnej, Neurologicznej, Neurochirurgicznej, Urologicznej, Onkologicznej, Chirurgii Ogólnej dla dzieci, Otolaryngologicznej, Okulistycznej, Gruźlicy i Chorób Płuc, Nefrologicznej, Ginekologiczno-Położniczej i Endokrynologicznej.

⁴³ 13 informacji dotyczących wszystkich 13 Poradni przekazano m.in. 4 i 14 marca 2016 r.

⁴⁴ Jedną informację dotyczącą Poradni Ginekologiczno-Położniczej przekazano m.in. 14 i 25 marca 2016 r.

uprzedniego przekazania informacji, co było niezgodne z przepisem art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach, w myśl, którego informacje te należało przekazywać, co najmniej raz w tygodniu.

Wskutek opóźnienia informacja o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w danej poradni opublikowana na stronie internetowej POW NFZ, nie zawierała danych uwzględniających pierwsze wolne terminy udzielenia świadczeń w tych poradniach w Szpitalu.

Koordynator administracyjny szybkiej ścieżki onkologicznej (dalej: „Koordynator SSO”) oraz Koordynator diagnostyki i leczenia onkologicznego wyjaśnili, że powyższe spowodowane były przeoczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 364, 382-398)

2. W 33 objętych badaniem kartach DiLO nie określono harmonogramu leczenia onkologicznego, w tym planowanej daty rozpoczęcia danego rodzaju terapii, pomimo iż wymagał takich danych obowiązujący wzór karty DiLO (sekcja GB.3.)⁴⁶.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wszelkie niezbędne informacje o planowanym leczeniu zamieszczano w systemie informatycznym Szpitala, a przebieg leczenia monitorowano w Poradni Onkologicznej. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli nie uzasadniało to jednak niedopełnienia wynikającego z ww. przepisów obowiązku wskazania w karcie DiLO harmonogramu leczenia. Karta DiLO pełni m.in. funkcję informacyjną dla pacjenta, a jej rzetelne wypełnianie jest szczególnie ważne w przypadku chęci podjęcia leczenia u innego świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 412, 417-420)

3. Spośród 40 analizowanych kart monitorowania bólu pooperacyjnego pacjentów hospitalizowanych w miesiącach marzec i sierpień 2015 r. i 2016 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej (20) i Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (20), w 33 przypadkach częstotliwość części pomiarów bólu była niezgodna z obowiązującymi procedurami⁴⁷. W pierwszych trzech godzinach po operacji w 15 kartach pomiar zapisano raz (w trzeciej godzinie), a w siedmiu kartach dwukrotnie, podczas, gdy zgodnie z obowiązującą procedurą⁴⁸ pomiar powinien być dokonany w pierwszych trzech godzinach po operacji trzykrotnie (co godzinę). W 17 kartach⁴⁹ po upływie pierwszych trzech godzin w zerowej dobie pooperacyjnej wskazano, że łącznie 20 pomiarów dokonano, co cztery godziny lub pięć godzin, podczas, gdy zgodnie z procedurą⁵⁰ powinny zostać dokonane co trzy godziny. W pięciu kartach⁵¹ w pierwszej dobie pooperacyjnej, zapisano pięć pomiarów bólu, co sześć godzin, podczas, gdy zgodnie z ww. procedurami⁵² pomiar ten powinien być wykonany co pięć godzin.

⁴⁵ 14 informacji, w tym 13 dotyczących wszystkich 13 Poradni przekazano m.in. 7 i 21 sierpnia 2015 r. i jedną informację dotyczącą Poradni Endokrynologicznej przekazano m.in. 9 i 23 marca 2015 r.

⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1751) – obowiązujące w okresie od 1 stycznia do 31 października 2015 r. (w przypadku 21 kart DiLO) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627) – obowiązujące od 1 listopada 2015 r. (w przypadku 12 kart DiLO).

⁴⁷ W tym pięciu pacjentów hospitalizowanych w marcu 2015 r. na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym niezgodnie z Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 10 lutego 2011 r. oraz 28 pacjentów niezgodnie z Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 5 maja 2015 r., w tym dziewięciu hospitalizowanych w sierpniu 2015 r. (pięciu na Oddziale Chirurgii Ogólnej i czterech na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym), marcu 2016 r. (po pięciu na każdym z Oddziałów) i sierpniu 2016 r. (pięciu na Oddziale Chirurgii Ogólnej i czterech na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym).

⁴⁸ Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 5 maja 2015 r.

⁴⁹ W tym w 7, o których mowa powyżej.

⁵⁰ W 13 przypadkach niezgodnie z procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 5 maja 2015 r., a siedmiu niezgodnie z Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 10 lutego 2011 r.

⁵¹ W tym w czterech, o których mowa powyżej.

⁵² W dwóch przypadkach niezgodnie z Procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 10 lutego 2011 r., a w trzech niezgodnie z procedurą monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego z 5 maja 2015 r.

Położna Oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wyjaśniła, że powyższe spowodowane było specyfiką pracy na Oddziale, tj. opieką nie tylko nad pacjentkami po operacji, ale również ciężarnymi i z innymi schorzeniami ginekologicznymi, w przypadku, których mogły zaistnieć sytuacje uniemożliwiające dokonanie terminowego pomiaru bólu. Ponadto w wyjaśnieniach wskazano, że pacjentki były „uruchamiane” wieczorem lub następnego dnia rano po zabiegu i mogły sygnalizować dolegliwości bólowe, a sale pooperacyjne usytuowane były po przeciwnej stronie punktu położnych. Pielęgniarki Oddziałowe Oddziału Chirurgii Ogólnej, wyjaśniły, że w zakresie wszystkich ww. 15 pacjentów z tego Oddziału niezachowanie częstotliwości pomiarów wynikało z niedoczytania i złej interpretacji procedury.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, powyższe wyjaśnienia nie stanowią dostatecznego uzasadnienia dla niezgodnej z procedurą częstotliwości pomiarów bólu u pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 394-398, 437-473)

4. Szpital nie przekazał do lekarzy POZ, po zakończonym leczeniu onkologicznym zamkniętych kart DiLO 10 pacjentów (wraz z dokumentacją medyczną), mimo że obowiązek taki wynikał z art. 32b ust. 3 ustawy o świadczeniach. Od zakończenia leczenia tych pacjentów do dnia 31 sierpnia 2016 r. (do ostatniego dnia okresu objętego kontrolą) upłynęło od 144 do 435 dni.

Koordynator SSO wyjaśnił, że świadczeniobiorca po zakończonym leczeniu pozostawia kartę u Świadczeniodawcy, zgodnie z zapisem art. 32b ust. 2 ustawy o świadczeniach, natomiast nie wyjaśniła przyczyn nieprzekazania ww. dokumentacji do lekarzy POZ.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że jednym z założeń wprowadzenia 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 w celu prawidłowego sprawowania opieki nad pacjentem, w tym integracji, koordynacji i kontynuacji leczenia (pkt 6.10 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza⁵³).

(dowód: akta kontroli str. 382-387, 394-409, 474-475)

5. Szpital nie przekazywał w wersji elektronicznej KZNZ do KRN, pomimo takiego wymogu określonego w § 10 ust. 8 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ i § 14 ust. 14 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 89/2013/DSOZ.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, powyższe spowodowało:

- niewskazanie w żadnej z 33 objętych badaniem kart DiLO:
 - numeru KZNZ nadanego przez KRN, pomimo, że obowiązek wskazania tego numeru wynikał z art. 32a ust. 6 ww. ustawy o świadczeniach,
 - prawidłowej daty zgłoszenia nowotworu do KRN⁵⁴, pomimo, że zgodnie z wzorem karty DiLO określonym w kolejnych rozporządzeniach w sprawie wzoru karty DiLO⁵⁵ data ta powinna zostać wskazana,
- przekazywanie KZNZ do KRN (w wersji papierowej) według nieobowiązującego wzoru tej karty, zamiast według aktualnego wzoru określonego w przepisach

⁵³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) – uchylone z dniem o 16 czerwca 2016 r., obecnie – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1567).

⁵⁴ W 30 kartach wskazano daty wydania KZNZ, a w trzech daty były zgodne z datami wydania kart DiLO, a nie wydania KZNZ.

⁵⁵ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1751) – obowiązującego w okresie od 1 stycznia do 31 października 2015 r. (w przypadku 21 kart DiLO) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1627) – obowiązującego od 1 listopada 2015 r. (w przypadku 12 kart DiLO).

odpowiednich rozporządzeń w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych stosowanych w badaniach statystycznych na 2015 r. i 2016 r.

Zastępca Dyrektora ds. medycznych wyjaśnił, że KZNZ nie przekazywano do KRN w wersji elektronicznej z uwagi na problemy techniczne i skomplikowane procedury ich zgłaszania w takiej formie. Ponadto w wyjaśnieniach wskazał, że numeru KZNZ nie wpisuje się w karcie DiLO, jeśli numeru tego się nie uzyska, a karty przekazywano, co miesiąc w wersji papierowej. Dyrektor Szpitala przedstawił wyjaśnienia Kierownika Działu Informatyki Szpitala, w których wskazano, że KZNZ wypełniano według wzoru dostępnego w wewnętrznym systemie informatycznym Szpitala, a producent oprogramowania poinformował, że – „na II kwartał 2017 r. planujemy wprowadzić elektroniczną wymianę danych”.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli wskazane w ww. wyjaśnieniach utrudnienia w przekazywaniu KZNZ do KRN w wersji elektronicznej nie uzasadniały niedopełnienia (w przypadku wszystkich wydanych w okresie objętym kontrolą KZNZ) wymienionych powyżej obowiązków wynikających z przepisów.

(dowód: akta kontroli str. 417-419, 421-424, 573-595)

6. Trzy z KZNZ zostały wydane po upływie 106, 197 i 280 dni od zakończenia diagnostyki pogłębionej⁵⁶, która oznaczała zdiagnozowanie nowotworu złośliwego (§ 2 ust. 1 pkt 17 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ). W ocenie Najwyższej Izby Kontroli tak późne wydanie KZNZ spowodowało ich zgłoszenie do KRN niezgodnie z wymogami zawartymi w załączniku do rozporządzenia w sprawie programów badań statystycznych statystyki publicznej⁵⁷, z którego m.in. wynika, że KZNZ w formie papierowej należy przekazywać do 15. dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby.

Zastępca Dyrektora ds. medycznych (z uwagi na nieobecność lekarzy udzielających świadczeń pacjentom, których dotyczyły KZNZ) wyjaśnił, że opóźnienia w wystawianiu ww. trzech kart KZNZ wynikały najprawdopodobniej z niedopatrzeń.

(dowód: akta kontroli str. 399-409, 480-484)

Ocena cząstkowa

Szpital prowadził odrębne listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń na podstawie karty DiLO. Część (28) spośród objętych badaniem 210 badanych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia na podstawie karty DiLO, przekazano rzadziej niż wynikało to z art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach, (co najmniej raz w tygodniu). W skład objętych badaniem 33 Konsyliów wchodziła specjalistów w dziedzinach, o których mowa w §4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP. Konsylia określały sposób postępowania terapeutycznego, choć w kartach DiLO nie wskazano harmonogramu tego postępowania. W Szpitalu opracowano procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, których przestrzegano w siedmiu (18%) na 40 objętych badaniem przypadkach. Nie przekazano 10 zamkniętych kart DiLO, pomimo zakończenia leczenia onkologicznego. Nie przekazywano KZNZ do KRN w formie elektronicznej. Spośród objętych badaniem 33 KZNZ, 30 wydano na poszczególnych etapach diagnostyki onkologicznej, a trzy karty wydano 106, 197 i 280 dni po jej zakończeniu.

⁵⁶ KZNZ wydano 22 stycznia 2016 r., 29 stycznia 2016 r. i 4 listopada 2016 r., a diagnostykę pogłębioną zakończono, odpowiednio, 8 października 2015 r., 16 lipca 2015 r. i 29 stycznia 2016 r.

⁵⁷ W przypadku dwóch KZNZ – Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015 (Dz. U. poz. 1330 ze zm.) i w przypadku jednej KZNZ – Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 21 lipca 2015 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016 (Dz. U. poz. 1304 ze zm.).

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

Opis stanu faktycznego

Przychody Szpitala w 2015 r. wyniosły 95.254,0 tys. zł i pozostały na porównywalnym poziomie jak w 2014 r., w którym wyniosły 95.649,3 tys. zł. Koszty w 2015 r. wyniosły 99.458,3 tys. zł i w porównaniu do 2014 r. (95.263,5 tys. zł) wzrosły o 4.320,6 tys. zł, tj. o 4,5%. Do 31 sierpnia 2016 r. przychody wyniosły 61.263,5 tys. zł, a koszty 67.891,3 tys. zł.

W 2015 r. Szpital poniósł stratę⁵⁸ w kwocie 3.809,1 tys. zł, a w 2014 r. osiągnął zysk w kwocie 116,2 tys. zł. Do 31 sierpnia 2016 r. Szpital poniósł stratę w kwocie 6.627,8 tys. zł i była ona wyższa o 631,8 tys. zł (10,5%) niż poniesiona w analogicznym okresie 2015 r. (5.996,0 tys. zł).

Wartość umowy AOS w 2015 r. wyniosła 8.792,7 tys. zł⁵⁹ i była wyższa o 415 tys. zł (5,0%) niż w 2014 r. (8.377,7 tys. zł), natomiast w 2016 r. wyniosła 7.537,0 tys. zł i była niższa o 1.255,7 tys. zł (14,3%) niż w 2015 r.

Wartość umowy SZP w 2015 r. wyniosła 56.788,0 tys. zł⁶⁰ i była wyższa o 1.607,8 tys. zł (2,9%) niż w 2014 r. (55.180,2 tys. zł), natomiast w 2016 r. wyniosła 53.677,7 tys. zł i była niższa o 3.110,3 tys. zł (5,5%) niż w 2015 r.

Wartość świadczeń rozliczonych w ramach pakietu onkologicznego⁶¹ w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w ramach umowy:

- AOS wyniosła, odpowiednio, 68,6 tys. zł i 90,8 tys. zł, co stanowiło 100% i 87,4% wykonanych świadczeń – 68,6 tys. zł i 103,9 tys. zł (wartość nadwykonań w 2016 r. wyniosła 13,1 tys. zł) i odpowiednio, 0,8% i 1,9% wartości wszystkich wykonanych i rozliczonych świadczeń w ramach tej umowy – 8.790,6 tys. zł, 4.850,4 tys. zł,
- SZP wyniosła, odpowiednio, 350,9 tys. zł i 191,8 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 100% i 91,6% wykonanych świadczeń – 350,9 tys. zł i 209,4 tys. zł (wartość nadwykonań w 2016 r. – 17,6 tys. zł) i 0,6% wartości wszystkich wykonanych i rozliczonych świadczeń w ramach tej umowy – 56.772,9 tys. zł i 34.784,5 tys. zł.

Rozliczenia Szpitala z POW NFZ w zakresie świadczeń dotyczących pakietu onkologicznego stanowiły niewielki udział w całej działalności Szpitala i nie miały wpływu na pogorszenie jego sytuacji ekonomiczno-finansowej.

Zastępca Dyrektora ds. ekonomicznych wyjaśniła, że nie analizowano rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych w ramach pakietu onkologicznego w relacji do uzyskanych przychodów z tytułu jego realizacji.

(dowód: akta kontroli str. 68-98)

W trakcie 2015 r. w zakresach dotyczących świadczeń realizowanych w ramach pakietu onkologicznego dokonano istotnych zmian ich wartości w porównaniu do wartości tych świadczeń pierwotnie określonych w umowach z POW NFZ, tj. w ramach umowy AOS wartość tą per saldo zmniejszono o 89,3%, tj. z poziomu 641,6 tys. zł do 68,6 tys. zł, a w SZP o 76,4% z poziomu 1.485,9 tys. zł do 350,9 tys. zł.

⁵⁸ Wynik finansowy netto.

⁵⁹ Łącznie z aneksami i ugodami.

⁶⁰ Łącznie z aneksami i ugodami, SZP bez chemioterapii i radioterapii.

⁶¹ W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) zarówno w ramach umowy w rodzaju AOS jak i SZP nie rozliczono w ramach pakietu onkologicznego świadczeń udzielonych pacjentom z rozpoznaniem: D33.0 – Nowotwór niezłośliwy (mózg, nadnamiotowe), D33.1 – Nowotwór niezłośliwy (mózg, podnamiotowe), D33.2 – Nowotwór niezłośliwy (mózg, nieokreślony), D33.3 – Nowotwór niezłośliwy (nerwy czaszkowe) ani D33.4 – Nowotwór niezłośliwy (rdzeń kręgowy).

(dowód: akta kontroli str. 79-92, 111-116)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) łącznie 10 komórek organizacyjnych Szpitala realizowało świadczenia w ramach pakietu onkologicznego⁶².

Przychody z tytułu realizacji pakietu onkologicznego we wszystkich ww. komórkach wyniosły w 2015 r. 2,7%, a w 2016 r. – 3,7% wszystkich przychodów tych komórek, w tym w poszczególnych komórkach wynosiły od 0,1%⁶³ do 8,1%⁶⁴ ich wszystkich przychodów.

W sześciu komórkach, w których przychody z tytułu realizacji pakietu były największe (od 6,6 tys. zł do 191,8 tys. zł) i wyniosły więcej niż 1% wszystkich przychodów danej komórki, w 2015 r. w porównaniu do 2014 r. wynik finansowy trzech uległ:

- poprawie (z tego jedna komórka nadal ponosiła stratę – Oddział Chirurgii Ogólnej⁶⁵, w Poradni Onkologicznej w 2015 r.⁶⁶ osiągnięto zysk, podczas, gdy w 2014 r. stratę, a w Poradni Otolaryngologicznej⁶⁷ zysk był prawie dwa razy większy niż w 2014 r.),
- pogorszeniu, w tym w dwóch (Poradnia Chirurgii Ogólnej⁶⁸ i Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc⁶⁹) w 2015 r. poniesiono stratę, podczas, gdy w 2014 r. osiągnięto zysk, a w jednej – Poradni Urologicznej⁷⁰ zysk był niższy 44%.

(dowód: akta kontroli str. 68-92, 117-119)

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. ekonomicznych (w zastępstwie Dyrektora Szpitala), w Szpitalu nie wystąpiły przypadki wskazujące na potrzebę rozliczenia więcej niż jednego pakietu onkologicznego. Zastępca Dyrektora ds. medycznych wyjaśnił, że po Konsylium, a przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego nie zlecano pacjentom badań diagnostycznych, pacjentom skierowanym na leczenie szpitalne, jeśli wystąpiła taka konieczność diagnostykę wykonywano w ramach tej hospitalizacji.

(dowód: akta kontroli str. 79-100, 573-577)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w Szpitalu nie poniesiono dodatkowych kosztów w związku z dostosowaniem systemu informatycznego Szpitala do wymogów związanych z realizacją pakietu onkologicznego, ponieważ w systemie tym nie dokonano żadnych zmian.

W ww. okresie w związku z wdrożeniem pakietu poniesiono dodatkowe koszty w łącznej kwocie 91,0 tys. zł, związane z: wynagrodzeniem członków Konsyliów (11,5 tys. zł), wynagrodzeniem jednego Koordynatora (73,2 tys. zł) oraz wyposażeniem jego stanowiska pracy (6,3 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 79-92)

Ordynator Oddziału Pulmonologii i Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej (tj. komórki organizacyjnych, na których udzielano świadczeń w ramach pakietu onkologicznego

⁶² Osiem Poradni oraz dwa Oddziały w 2015 r. i jeden w 2016 r.

⁶³ W 2015 r. na Oddziale Pulmonologicznym i w Poradni Ginekologiczno-Położniczej.

⁶⁴ W 2016 r. w Poradni Chorób Płuc.

⁶⁵ W 2014 r. strata wyniosła 2.110,2 tys. zł, a w 2015 r. – 2.031,6 tys. zł. Niższa w 2015 r. strata wynikała z niższych w 2015 r. aniżeli w 2014 r. kosztów o 1,5%, a przychodów jedynie o 0,9%, przy czym nastąpił wzrost kosztów wynagrodzeń o 1%.

⁶⁶ Powyższe wynikało z wzrostu w 2015 r. przychodów o 6,5%, a kosztów jedynie o 0,1%, przy czym nastąpił wzrost kosztów wynagrodzeń o 4,6%, związany ze wzrostem zatrudnienia.

⁶⁷ Powyższe wynikało z wzrostu w 2015 r. przychodów o 1,2%, przy niższych kosztach o 10,7%.

⁶⁸ Powyższe wynikało z wzrostu w 2015 r. kosztów o 6,0%, a przychodów jedynie o 1,4%, przy czym nastąpił wzrost kosztów wynagrodzeń o 4,3%.

⁶⁹ Powyższe wynikało z wzrostu w 2015 r. kosztów o 1,0% i spadku przychodów o 5,5%, koszty wynagrodzeń uległy obniżeniu o 2,3%.

⁷⁰ Powyższe wynikało ze znacznego, tj. o 85,7% wzrostu 2015 r. kosztów, w tym kosztów wynagrodzeń o 69,6%, co mogło wynikać jak wyjaśniał uprzednio Dyrektor Szpitala z otwarcia Oddziału Urologii i Onkologii Klinicznej, podczas, gdy przychody wzrosły o 51,3%.

na podstawie umowy SZP) wyjaśnili, że nie było żadnych problemów i trudności z rozliczaniem tych świadczeń.

Ordynator Oddziału Otolaryngologicznego⁷¹, wskazał, że problemem związanym z rozliczaniem pakietu onkologicznego było to, iż lekarze AOS i SZP nie mogli wystawić karty DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu.

W pozostałych Poradniach⁷² Szpitala, w których udzielano świadczeń w ramach pakietu Zastępca Dyrektora ds. medycznych wyjaśnił, że nie wystąpiły żadne trudności z rozliczaniem tego typu świadczeń, a w Poradniach⁷³, w których nie rozliczono żadnych świadczeń w ramach pakietu, choć posiadano umowę z POW NFZ w tym zakresie, powyższe wynikało z niezgłoszenia się pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 79-92, 101-110, 560-561, 562, 564)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że wprowadzenie z dniem 1 stycznia 2015 r. pakietu onkologicznego spowodowało istotne wartościowo zmiany alokacji środków w umowach w rodzaju AOS i SZP dla zakresów świadczeń realizowanych w ramach pakietu onkologicznego. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) świadczenia zrealizowane przez Szpital w ramach pakietu onkologicznego stanowiły niewielki udział w działalności Szpitala.

4. Dostęp do świadczeń oraz realizacja pakietu onkologicznego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym

4.1. Dostęp do świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Opis stanu faktycznego

Liczba pacjentów diagnozowanych i leczonych w Szpitalu w ramach umowy AOS⁷⁴, których rozpoznanie chorobowe wg klasyfikacji ICD-10 oznaczono symbolami: C00-C43, C45-C97, D00-D03 i D04-D09 (tj. niektórych spełniających kryterium objęcia ich od 1 stycznia 2015 r. pakietem onkologicznym⁷⁵) w 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) wzrosła w porównaniu do 2014 r., w którym wyniosła 420, odpowiednio, o 19% do liczby 499 i o 39% do liczby 582.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powyższy wzrost wynikał m.in. z rozszerzenia z dniem 1 października 2015 r. działalności Poradni Urologicznej związanej z otwarciem Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej, podczas, gdy dotychczas istniał tylko Oddział Urologiczny.

(dowód: akta kontroli str. 485-488, 492-495)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w ramach pakietu onkologicznego w AOS diagnozowanych i leczonych było, odpowiednio, 64 i 85 pacjentów, co stanowiło 13% i 15% ww. łącznej ich liczby (499 i 582), a w ramach umów podstawowych objętych limitami, odpowiednio, 435 (87%) i 497 (85%).

⁷¹ Szpital posiadał umowę z POW NFZ na udzielanie świadczeń w ramach pakietu onkologicznego na Oddziale Otolaryngologicznym, choć ich faktycznie nie realizował, natomiast udzielano świadczeń w ramach pakietu w Poradni Otolaryngologicznej.

⁷² Endokrynologicznej, Nefrologicznej, Onkologicznej, Chorób Płuc, Ginekologiczno-Położniczej, Chirurgii Ogólnej, Okulistycznej i Urologicznej

⁷³ Dermatologicznej, Neurologicznej, Chirurgii Ogólnej dla Dzieci i Neurochirurgicznej oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

⁷⁴ W przypadku wskazanej liczby pacjentów w 2014 r. nie uwzględniono liczby pacjentów kontynuujących leczenie z lat poprzednich, w przypadku wykazanej liczby pacjentów w 2015 r. nie uwzględniono liczby pacjentów kontynuujących leczenie z 2014 r. i lat poprzednich, a w 2016 r. pacjentów z 2015 r. i lat poprzednich.

⁷⁵ W Szpitalu w ramach umowy w rodzaju AOS leczono poza pakietem jednego pacjenta, którego rozpoznanie chorobowe według klasyfikacji ICD-10 oznaczono symbolami mieszczącymi się w katalogu kodów: D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0, tj. których możliwość rozliczania w ramach pakietu onkologicznego dodano z dniem 1 listopada 2015 r.

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że relatywnie niewielki odsetek pacjentów leczonych w ramach pakietu onkologicznego wynikał m.in. z tego, iż świadczenia udzielone pacjentom w ramach umów podstawowych objętych limitami dotyczyły pacjentów, u których:

- postawienie rozpoznania nowotworu złośliwego nastąpiło w latach poprzednich i nie korzystali oni ze świadczeń w danym zakresie w Szpitalu w ciągu 730 dni (dla Szpitala byli tzw. pacjentami pierwszorazowymi⁷⁶), tj. byli po zakończeniu a nie w trakcie leczenia onkologicznego i nie mogli skorzystać ze świadczeń w ramach pakietu, a udzielone świadczenia dotyczyły np. kontroli po zakończonym leczeniu,
- rozpoznanie nowotworu złośliwego i/lub leczenie zrealizowano u innego Świadczeniodawcy,
- rozpoznanie nowotworu złośliwego postawiono podczas pobytu na oddziale szpitalnym, a świadczenia poprzedzające postawienie tego rozpoznania Szpital rozliczył w ramach umowy SZP.

Wymienione przyczyny rozliczenia świadczeń w ramach umów podstawowych objętych limitami miały miejsce w objętej badaniem próbie 10 pacjentów⁷⁷.

(dowód: akta kontroli str. 485-495)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia), w porównaniu do 2014 r., wzrosła liczba badań diagnostycznych wykonanych ww. pacjentom z 97 do, odpowiednio, 376 i 508. Wzrost liczby badań wynikał ze wzrostu liczby badań wykonanych pacjentom z kartą DiLO w ramach pakietu onkologicznego oraz – jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala – z rozszerzenia zakresu działania Poradni Urologicznej.

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) liczba badań diagnostycznych⁷⁸ zleczanych pacjentom diagnozowanym i leczonym w ramach pakietu onkologicznego wyniosła, odpowiednio, 163 i 246, co stanowiło prawie połowę wszystkich wykonanych badań (376 i 508). Liczba badań wykonanych pacjentom poza tym pakietem wyniosła, odpowiednio, 213 i 262. W związku z powyższym, przy wyżej wskazanych liczbach pacjentów oznacza to, że każdemu pacjentowi leczonemu w ramach pakietu onkologicznego wykonano, odpowiednio, co najmniej dwa badania, a co drugiemu pacjentowi poza pakietem. Większa liczba badań wykonanych pacjentom z kartą DiLO w ramach pakietu aniżeli pacjentom bez tej karty wynikała m.in. z tego, iż – jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala – wykonanie pacjentom z kartą DiLO badań kosztochłonnych, jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny wykazywano z ramach tej umowy, tj. AOS, a pozostałym pacjentom wykonanie tych badań rozliczano w ramach odrębnej umowy – ASDK oraz z tego, iż wśród pacjentów leczonych poza pakietem byli, ci którzy przychodzili jedynie na poradę, tj. np. rozpoznanie nowotworu złośliwego postawiono przed 2015 r. i nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie w Szpitalu w ciągu 730 dni.

(dowód: akta kontroli str. 485, 492-495)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wprowadzenie z dniem 1 stycznia 2015 r. pakietu onkologicznego nie wpłynęło w Szpitalu na wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń pacjentom nieposiadającym karty DiLO.

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń na podstawie karty DiLO w wybranych do kontroli Poradniach⁷⁹ nie wpłynęła istotnie na czas oczekiwania na

⁷⁶ W rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 19 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ.

⁷⁷ Wielkość oraz rodzaj próby dobrany na podstawie osądu kontrolera.

⁷⁸ Przez wykonane badania należy rozumieć badania sprawozdane do POW NFZ. Dane w przypadku pacjentów z kartą DiLO dotyczyły wszystkich wykonanych badań, natomiast pacjentów leczonych poza pakietem badań wykonanych na wizycie, na której postawiono rozpoznanie choroby nowotworowej.

⁷⁹ Poradnia: Onkologiczna, Nefrologiczna, Endokrynologiczna, Ginekologiczno-Położnicza, Chirurgii Ogólnej, Urologiczna, Chorób Płuc i Otolaryngologiczna.

udzielenie świadczeń pacjentom nieposiadającym tej karty, ponieważ ich liczba w poszczególnych ww. komórkach organizacyjnych Szpitala była relatywnie niewielka w porównaniu do liczby wszystkich pacjentów diagnozowanych i leczonych w tym komórkach. W poszczególnych kwartałach 2015-2016 (do 30 czerwca) liczba pacjentów, którym na podstawie karty DiLO udzielono świadczeń w wybranych do kontroli ww. Poradniach wyniosła od 0,06%⁸⁰ do 0,66%⁸¹ wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń w danym kwartale w danej Poradni.

Podobnie liczba badań wykonanych pacjentom z kartą DiLO w wybranej do kontroli Pracowni Tomografii Komputerowej i Pracowni Rezonansu Magnetycznego, stanowiła niewielki udział badań wykonanych wszystkim pacjentom w tych Pracowniach, tj. w Pracowni Tomografii Komputerowej stanowiła od 1,15%⁸² w I kwartale 2015 r. do 3,12%⁸³ w II kwartale 2016 r. wszystkich wykonanych badań w tej Pracowni, a w Pracowni Rezonansu Magnetycznego stanowiła od 0,09%⁸⁴ w II i III kwartale 2015 r. do 0,48%⁸⁵ w II kwartale 2016 r. wszystkich wykonanych badań w tej Pracowni.

Ponadto w trzech wybranych do kontroli Poradniach (Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Urologicznej), w których udzielono największej liczbie pacjentów świadczeń w ramach pakietu onkologicznego nastąpił w 2015 r. w porównaniu do 2014 r. wzrost zatrudnienia⁸⁶ o, odpowiednio, 5%, 20% i 48%.

Na podstawie danych za poszczególne kwartały 2014-2016 (do 30 czerwca), wynikających z systemów służących prowadzeniu Centralnych Kolejek Oczekujących, tj. AP-KOLCE i KS-PPS⁸⁷ ustalono, że średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń⁸⁸ w wybranej do kontroli:

- Poradni Urologicznej, świadczeniobiorców zaklasyfikowanych do kategorii medycznej, jako „przypadek stabilnych” w 2014 r. wynosił od 32 do 70 dni, w 2015 r. od 23 do 48 dni, a w 2016 r. 48 i 60 dni, dla tzw. „przypadków pilnych”, odpowiednio, od 9 do 11, od 3 do 12 dni, 12 i 16, a dla świadczeń udzielonych na podstawie karty DiLO do pięciu dni,
- Chirurgii Ogólnej, dla tzw. „przypadków stabilnych” w 2014 r. wyniósł od 8 do 9 dni, w 2015 r. od 8 do 10, a w 2016 r. – 10 i 11, dla tzw. „przypadków pilnych”, odpowiednio, 4 dni, od 3 do 4 dni, 2 i 4 dni, a dla świadczeń udzielonych na podstawie karty DiLO do dwóch dni,
- Onkologicznej, dla tzw. „przypadków stabilnych” w 2014 r. wyniósł w 2014 r. od 9 do 10 dni, a w 2015 r. od 9 do 11 dni, a w 2016 r. – 9 i 15, dla tzw. „przypadków pilnych”, odpowiednio, od 2 do 4 dni, od 0 do 1 dnia, 4 i 7 dni, a dla świadczeń udzielonych na podstawie karty DiLO od 2 do 11 dni,
- Pracowni Rezonansu Magnetycznego w 2015 r. i 2016 r. w porównaniu do 2014 r. najbardziej uległ wydłużeniu dla świadczeniobiorców zaklasyfikowanych do kategorii medycznej, jako „przypadek stabilny”, tj. z zakresu od 66 do 124 dni,

⁸⁰ W Poradni Ginekologiczno-Położniczej w I i II kwartale 2015 r. i 2016 r. (po jednej pacjentce, odpowiednio, z 1.626, 1.677, 1.644 i 1.730), w III i IV kwartale 2015 r. nie udzielono świadczeń w tej Poradni na podstawie karty DiLO.

⁸¹ W Poradni Onkologicznej w I kwartale 2016 r. – 14 pacjentów z 2.108.

⁸² Tj. 16 z 1.395.

⁸³ Tj. 46 z 1.475.

⁸⁴ Po jednym badaniu z 1.082 i 1.032.

⁸⁵ Pięć z 1.049.

⁸⁶ Mierzony liczbą godzin przepracowanych przez lekarzy w danym roku.

⁸⁷ Wewnętrzny system informatyczny Szpitala.

⁸⁸ Dane nie uwzględniają danych o świadczeniach i świadczeniobiorcach, którzy nie zostali wpisani w ww. kolejki, w tym kontynuujących leczenie w Szpitalu (art. 20 ust. 1 a ustawy o świadczeniach), tych którym świadczeń udzielono odpłatnie, ponieważ przepisy ww. ustawy mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 1 ww. ustawy) oraz przyjętych w Poradni i Pracowni w dniu zgłoszenia się w celu uzyskania danego świadczenia.

od 180 do 211 dni w 2015 r.⁸⁹ i od 210 do 228 dni w 2016 r. Dla tzw. „przypadków pilnych” czas ten wynosił, odpowiednio, od 31 do 79, od 51 do 78 i od 30 do 67 dni. Na udzielenie świadczeń na podstawie karty DiLO świadczeniobiorcy oczekiwali maksymalnie siedem dni,

- Pracowni Tomografii Komputerowej średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń dla tzw. „przypadków stabilnych” w 2016 r. w porównaniu do 2014 r. i 2015 r. uległ wydłużeniu z zakresu od 36 do 50 dni w 2014 r. i od 37 do 46 w 2015 r. do 68 i 87 dni w 2016 r. Czas ten dla tzw. „przypadków pilnych” wynosił, odpowiednio, od 0 do 12 dni, od 8 do 13 dni i 12 dni, a dla świadczeń udzielonych na podstawie karty DiLO od 2 do 4 dni.

(dowód: akta kontroli str. 68-70, 496-497, 500-501, 503-516)

Na podstawie analizy danych dotyczących 33 pacjentów, tj. wszystkich, którzy byli diagnozowani i leczeni w komórkach Szpitala udzielających świadczeń AOS i SZP, a karty DiLO wydali im lekarze POZ (13 kart) i 20, którym karty te wydali lekarze AOS ustalono, że:

- w przypadku 12 pacjentów, u których diagnostykę wstępną zakończono przed 1 lipca 2016 r., diagnostykę tą zrealizowano w terminie nieprzekraczającym 35 dni w 2015 r. i 28 dni w 2016 r., określonym, odpowiednio, w § 15 ust. 11 pkt 1 i § 15 ust. 12 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ, tj. w jednym przypadku następnego dnia od uzyskania porady początkowej rozpoczynającej tą diagnostykę, a w pozostałych przypadkach od dwóch do 15 dni od takiej porady, a pacjentom udzielono tych porad w dniu zgłoszenia się do Poradni a w jednym przypadku następnego dnia,
- w przypadku 18 pacjentów, u których diagnostykę pogłębianą zakończono przed 1 lipca 2016 r., w przypadku 17 diagnostykę tą zrealizowano przy zachowaniu terminu (28 dni) określonego w § 15 ust. 11 pkt 2 ww. Zarządzenia. W jednym przypadku diagnostykę zrealizowano w terminie 42 dni, co – jak wyjaśniła Koordynator SSO – spowodowane było opóźnieniem w uzyskaniu przez pacjenta ubezpieczenia zdrowotnego,
- w przypadku 23 pacjentów, których porady rozpoczynające diagnostykę onkologiczną lub wpisanie pacjenta na tą listę nastąpiło w 2015 r., diagnostykę onkologiczną zrealizowano maksymalnie w ciągu siedmiu tygodni, a w przypadku 10 pacjentów, których porady rozpoczynające diagnostykę onkologiczną lub wpisanie pacjenta na tą listę nastąpiło w 2016 r., diagnostykę onkologiczną zrealizowano maksymalnie w ciągu dwóch tygodni i dwóch dni, tj. z zachowaniem terminu, odpowiednio, dziewięciu i siedmiu tygodni wynikających z § 2 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS⁹⁰ i § 6a pkt 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS.

(dowód: akta kontroli str. 382-387, 399-409, 517)

4.2. Dostęp do świadczeń w lecznictwie szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

Liczba pacjentów diagnozowanych i leczonych w Szpitalu w ramach umowy SZP, których rozpoznanie chorobowe wg klasyfikacji ICD-10 oznaczono symbolami: C00-C43, C45-C97, D00-D03 i D04-D09⁹¹, wyniosła w latach 2014⁹²-2016 (do 31 sierpnia) – odpowiednio, 330, 303 (tj. o 2% mniej niż w roku poprzednim) i 198.

⁸⁹ W kwartałach, w których pacjenci oczekiwali na udzielenie świadczeń 180 i 211 dni, nie udzielono świadczeń na podstawie karty DiLO w tej Pracowni.

⁹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1442) – uchylone z dniem 31 grudnia 2016 r.

⁹¹ W Szpitalu w ramach umowy w rodzaju SZP leczono poza pakietem jednego pacjenta, którego rozpoznanie chorobowe według klasyfikacji ICD-10 oznaczono symbolami mieszczącymi się w katalogu kodów: D33.0-D33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0, tj. których możliwość rozliczania w ramach pakietu onkologicznego dodano z dniem 1 listopada 2015 r.

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w ramach pakietu onkologicznego w SZP diagnozowanych i leczonych było, odpowiednio, 59 i 54 pacjentów, co stanowiło 19% i 27% ww. łącznej ich liczby (303 i 198), a poza tym pakietem, odpowiednio, 244 (81%) i 144 (73%).

W złożonych wyjaśnieniach Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych wskazała, iż „nie ma wiedzy na temat przyczyn dużej liczby pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej diagnozowanych i leczonych w ramach umów określających limity udzielonych świadczeń, a niewielkiej liczby pacjentów diagnozowanych i leczonych w ramach pakietu onkologicznego”.

(dowód: akta kontroli str. 417-420, 425, 425, 492-495, 518-523)

Pomimo spadku liczby pacjentów, w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w porównaniu do 2014 r. wzrosła liczba badań diagnostycznych wykonanych tym pacjentom⁹³: z liczby 801, wskazującej, że statystycznie jednemu pacjentowi wykonano 2,4 badania do, odpowiednio, 811 i 583, co oznaczało, że statystycznie jednemu pacjentowi wykonano 2,7 i 2,9 badania. Wszystkie ww. badania dotyczyły pacjentów objętych leczeniem poza pakietem onkologicznym, ponieważ według istotnych procedur sprawozdanych do POW NFZ pacjentom diagnozowanym i leczonym w ramach pakietu onkologicznego w zakresie umowy w rodzaju SZP nie wykonano badań, a świadczenia dotyczyły jedynie ustalenia planu leczenia i/lub zabiegów operacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 520)

W Szpitalu udzielano świadczeń w ramach pakietu onkologicznego na dwóch oddziałach, tj. na Oddziale Pulmonologii i Oddziale Chirurgii Ogólnej.

Wprowadzenie z dniem 1 stycznia 2015 r. pakietu onkologicznego nie wpłynęło na istotną zmianę czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń pacjentom nieposiadającym karty DiLO⁹⁴, ponieważ na Oddziale:

- Pulmonologicznym na podstawie karty DiLO świadczeń udzielono tylko w III i IV kwartale 2015 r., łącznie siedmiu pacjentom (odpowiednio – dwóm i pięciu, co stanowiło 0,7% i 1,8% spośród wszystkich pacjentów leczonych na tym Oddziale we wskazanym okresie – 280 i 282) – świadczenia dotyczyły Konsylium. W latach 2014-2016 (do 30 czerwca) pacjenci nie oczekiwali na udzielenie świadczeń, tj. byli przyjmowani w dniu zgłoszenia zarówno, gdy były to przypadki „stabilne”, jak i „pilne” oraz w ramach pakietu onkologicznego,
- Chirurgii Ogólnej odsetek pacjentów, którym świadczeń udzielono na podstawie karty DiLO wynosił od 0,5% w I kw. 2015 r.⁹⁵ do 3,8% w I kw. 2016 r.⁹⁶ Średni rzeczywisty czas oczekiwania dla tzw. „przypadków stabilnych” w 2014 r. i 2015 r. pozostał na porównywalnym poziomie i wynosił, odpowiednio, od 148 do 175 dni i od 146 do 178 dni, natomiast wzrósł w 2016 r., gdzie wynosił 174 i 178 dni. W I półroczu 2016 r. w porównaniu do I półrocza 2014 r. i 2015 r. nastąpił również wzrost liczby pacjentów, odpowiednio, o 15,4%⁹⁷ i 19,7%⁹⁸. W celu ograniczenia wydłużenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w 2016 r. w porównaniu do 2014 r. i 2015 r. zwiększono zatrudnienie⁹⁹, odpowiednio,

⁹² W przypadku wskazanej liczby pacjentów w 2014 r. nie uwzględniono liczby pacjentów kontynuujących leczenie z lat poprzednich, w przypadku wykazanej liczby pacjentów w 2015 r. nie uwzględniono liczby pacjentów kontynuujących leczenie z 2014 r. i lat poprzednich, a w 2016 r. pacjentów z 2015 r. i lat poprzednich.

⁹³ Sprawozdanych do POW NFZ.

⁹⁴ Na podstawie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia na danym Oddziale, według stanu na koniec poszczególnych kwartałów lat 2014-2016 (do 30 czerwca), wynikających z systemu AP-KOLCE oraz KS-PPS, z podziałem na przypadki „pilne”, „stabilne” oraz na podstawie karty DiLO (bez względu na etap).

⁹⁵ 3 z 622.

⁹⁶ 27 z 719.

⁹⁷ Do 1.436 z 1.244.

⁹⁸ Do 1.436 z 1.200.

⁹⁹ Wzrost zatrudnienia mierzony liczbą godzin przepracowanych przez lekarzy w I półroczu lat 2014-2016.

o 18,7%¹⁰⁰ i 26,3%¹⁰¹. W latach 2014-2016 (do 30 czerwca) w tzw. „przypadkach pilnych” świadczeń udzielano w dniu zgłoszenia się w celu uzyskania danego świadczenia, podobnie jak na podstawie karty DiLO z wyłączeniem II kwartału 2015 r., gdzie tacy pacjenci oczekiwali jeden dzień na udzielenie świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 68-70, 498-503, 505, 510-516)

Na podstawie analizy danych dotyczących 33 pacjentów, którzy byli diagnozowani i leczeni w Szpitalu na podstawie karty DiLO, ustalono, że:

- tylko w jednym przypadku pacjenta wpisano na listę oczekujących na Konsylium. Od zapisania pacjenta na tą listę do rozpoczęcia leczenia upłynęło pięć dni, i w tym czasie odbyło się Konsylium, tj. dochowano terminu 14 dni na określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium i podjęcie leczenia od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia wynikającego z § 4a ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP,
- w 26 przypadkach od zakończenia diagnostyki pogłębionej do rozpoczęcia leczenia upłynęło od 3 do 14 dni, w pozostałych siedmiu przypadkach od 15 do 27 dni. Ponieważ 32 pacjentów, w przypadku których leczenie rozpoczęło po upływie 14 dni od zakończenia diagnostyki pogłębionej nie umieszczono na liście oczekujących na Konsylium (każdy z nich na nie oczekiwał¹⁰²), ani żadnego z ww. 33 na liście oczekujących na leczenie (każdy z nich na nie oczekiwał¹⁰³, u pięciu leczenie rozpoczęło w dniu Konsylium) – nie można zweryfikować czy dochowano w ich przypadku ww. terminu 14 dni.

(dowód: akta kontroli str. 382-387, 399-409)

Ustalone
nieprawidłowości

Spośród objętych badaniem dokumentacji medycznych 33 pacjentów, 32 pacjentów nie umieszczono na liście oczekujących na Konsylium, a 27¹⁰⁴ również na liście oczekujących na leczenie, co było niezgodne z art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach, w myśl, którego dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego, lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

Koordynator SSO wyjaśniła, że świadczeniobiorcy nie uzyskali świadczeń w dniu zgłoszenia się do Szpitala w celu ich uzyskania. Ponadto wyjaśniła, że świadczeniobiorców nie umieszczono na ww. listach, ponieważ starano się, aby Konsylia i leczenie odbyło się możliwie jak najszybciej w terminie nieprzekraczającym 14 dni od zakończenia diagnostyki pogłębionej.

W ocenie Najwyższej Izbie Kontroli, przedstawione wyjaśnienia nie stanowią uzasadnienia nieumieszczenia świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczeń na ww. listach.

(dowód: akta kontroli str. 382-387, 399-409, 573-577)

Ocena cząstkowa

W przypadku objętych badaniem 33 świadczeniobiorców, którym świadczeń udzielono na podstawie karty DiLO, diagnostykę onkologiczną przeprowadzono w ciągu maksymalnie siedmiu tygodni, tj. zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS. Spośród ww. pacjentów, w przypadku 26 (79%) leczenie rozpoczęło w terminie nieprzekraczającym 14 dni od zakończenia diagnostyki pogłębionej, w pozostałych siedmiu (21%) przypadkach czas ten był dłuższy niż 14 dni. 32 świadczeniobiorców nie umieszczono na liście

¹⁰⁰ Do 12.389 z 10.439 godzin.

¹⁰¹ Do 12.389 z 9.809 godzin.

¹⁰² Jak wyjaśniła Koordynator SSO.

¹⁰³ Jak wyjaśniła Koordynator SSO.

¹⁰⁴ Z wyłączeniem świadczeniobiorcy, którego wpisano na listę oczekujących na Konsylium oraz pięciu, w przypadku których leczenie rozpoczęło w dniu Konsylium.

oczekujących na Konsylium, a 27 na liście oczekujących na leczenie onkologiczne, pomimo, iż oczekiwali na udzielenie tych świadczeń.

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

Opis stanu faktycznego

Wykonywanie badań histopatologicznych, w tym badań śródoperacyjnych i immunohistochemicznych, zapewniono poprzez funkcjonujący w strukturach Szpitala Zakład Patomorfologii, jak również (na podstawie zawartych umów) przez inne podmioty – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku (dalej: „UCK w Gdańsku”) i Szpital Specjalistyczny w Prabutach. Szpital nie zapewniał wykonania w ramach własnych zasobów badań molekularnych. Badania takie mógł zlecić (na podstawie zawartej umowy) UCK w Gdańsku.

Z wyjaśnień Kierownika Zakładu Patomorfologii oraz Kierownika Działu Informatyki wynika, że systemy informatyczne funkcjonujące w Szpitalu nie pozwalały na wygenerowanie statystycznych danych o liczbie pacjentów, w tym z podziałem na typy nowotworów, którym wykonano badania immunohistochemiczne oraz molekularne. Uzyskanie tych danych wymagałoby analizowania indywidualnych dokumentacji medycznych poszczególnych pacjentów.

Gromadzone w Szpitalu dane pozwalały na ustalenie łącznej liczby wykonanych i zleconych badań immunohistochemicznych oraz wykonanych badań śródoperacyjnych, natomiast danych takich nie gromadzono w zakresie badań molekularnych. W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w Szpitalu wykonano i zlecono łącznie 2.774 badań immunohistochemicznych¹⁰⁵ i wykonano 227¹⁰⁶ badań śródoperacyjnych.

Pacjentów leczonych w ww. okresie w Szpitalu z powodu raka sutka, żołądka, płuca, jelita grubego, czerniaka oraz chłoniaka nieziarnicznego było łącznie 551¹⁰⁷.

(dowód: akta kontroli str. 7-67, 524-553)

W okresie objętym kontrolą koszty¹⁰⁸ poniesione przez Szpital z tytułu realizacji badań histopatologicznych¹⁰⁹ wyniosły łącznie 1.121,5 tys. zł, badań immunohistochemicznych 199,1 tys. zł, w tym koszty badań wykonanych w Szpitalu wyniosły 179,0 tys. zł, zleconych na zewnątrz 14,1 tys. zł i tzw. konsultacyjnych – 6,0 tys. zł. Z tytułu wykonania badań molekularnych Szpital nie poniósł żadnych kosztów, ponieważ w 2015 r. były one finansowane przez podmiot zewnętrzny, a w 2016 r. – jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. medycznych – „prawdopodobnie Szpital nie zlecał badań molekularnych”.

(dowód: akta kontroli str. 552, 559-563, 565-567)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) Szpital nie posiadał umowy zawartej z POW NFZ na realizację programów zdrowotnych (lekowych) dotyczących chorób nowotworowych.

(dowód: akta kontroli str. 573-577)

¹⁰⁵ W 2015 r. – 1.572, w tym wykonano – 1.243, a zlecono – 329. W 2016 r. – 1.202, w tym wykonano – 1.082, a zlecono – 120.
¹⁰⁶ W 2015 r. – 146, w 2016 r. – 81.

¹⁰⁷ Liczba tzw. pacjentów pierwszorazowych oraz z kartą DiLO – według kodów ICD-10: C50 (raka sutka) – 176, C16 (rak żołądka) – 45, C34 (rak płuca) – 186, C18 (rak jelita grubego) – 105, C43 (czerniak) – 31, C83 i C85 (chłoniak nieziarniczny) – osiem.

¹⁰⁸ Koszty wewnętrzne Szpitala obliczone na podstawie ustalonych przez Szpital punktów rozliczeniowych dla tych badań i kosztów całkowitych Zakładu Patomorfologii Szpitala, a zewnętrzne na podstawie faktur.

¹⁰⁹ Bez zastosowania badań immunohistochemicznych i molekularnych.

Na podstawie danych dotyczących 29 pacjentów, którym udzielone świadczenia dotyczące diagnostyki i/lub leczenia nowotworu złośliwego sutka rozliczono w ramach pakietu onkologicznego, i którym pobrano materiał do badań histopatologicznych ustalono, że u 28 (96,6%) wykonano badania immunohistochemiczne, w każdym przypadku (26) rozpoznania naciekającego raka piersi (raka inwazyjnego) dokonano oceny (metodą IHC) ekspresji receptora ER, PgR, HER2 oraz wskaźnika proliferacji Ki-67, zgodnie z zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, do których stosowania zobowiązany był Szpital zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 6 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu SZP.

U jednej pacjentki nie dokonano oceny ww. receptorów, ponieważ – jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. medycznych – pacjentce wykonano jedynie biopsję cienkoigłową i została skierowana do UCK w Gdańsku, gdzie zastosowano leczenie oszczędzające i wykonano uzupełniające badania.

Spośród trzech pacjentek, u których stwierdzono graniczny (niejednoznaczny) odczyn HER2 – 2+ u dwóch pogłębiono badania diagnostyczne, poprzez wykonanie badania molekularnego FISH. W wyniku powyższych badań nie stwierdzono amplifikacji genu HER2 – jedną z tych pacjentek skierowano do innego ośrodka. U jednej pacjentki nie poszerzono badań, ponieważ jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. medycznych, pacjentka zdecydowała się na leczenie w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Dwie pacjentki, u których stwierdzono dodatki odczyn HER2 – 3+, skierowano na leczenie do UCK w Gdańsku. Lekarz medycyny – specjalista radioterapeuta-onkolog wyjaśnił, że wszystkie pacjentki w przypadku nowotworu piersi i dodatniego odczynu HER2 były kierowane na leczenie do placówek podających herceptynę, tj. do Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku lub UCK w Gdańsku.

U 27 pacjentów wykonano badania patomorfologiczne pozwalające na ocenę, czy możliwe było zastosowanie leczenia spersonalizowanego, w tym herceptyną.

(dowód: akta kontroli str. 549, 554-558, 560-562)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w Szpitalu z powodu nowotworu piersi zoperowano 10 pacjentek. W przypadku jednej pacjentki wykonano badanie śródoperacyjne, u pozostałych dziewięciu nie wykonano takiego badania, ponieważ – jak wyjaśnił Ordynator Oddziału Chirurgicznego Szpitala – rozpoznania histopatologiczne potwierdzające raka piersi uzyskane w wyniku przedoperacyjnej biopsji gruboigłowej guza nie budziły wątpliwości diagnostycznych, a u pacjentek przeprowadzono operacje radykalne z przyczyn onkologicznych lub braku zgody pacjentek na leczenie oszczędzające piersi z następową radioterapią pooperacyjną.

W ww. okresie w Szpitalu nie wykonano żadnej reoperacji z powodu nowotworu piersi.

(dowód: akta kontroli str. 560-561, 564, 568-572)

Ocena cząstkowa

NIK odstępuje od oceny działalności Szpitala w ww. zakresie z uwagi na nieuzyskanie wszystkich danych o liczbie pacjentów leczonych z powodu określonych nowotworów, u których wykonano badania immunohistochemiczne lub molekularne.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli¹¹⁰, wnosi o podjęcie działań mających na celu:

1. wzmocnienie nadzoru nad przekazywaniem do POW NFZ informacji o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczeń na podstawie karty DiLO w celu zachowania wymaganej częstotliwości, tych informacji,
2. wskazywanie w kartach DiLO harmonogramu leczenia onkologicznego,
3. wzmocnienie nadzoru nad częstotliwością monitorowania bólu na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i Ginekologiczno-Położniczym,
4. przekazywanie wszystkich kart DiLO do lekarzy POZ w przypadkach określonych w art. 32b ust. 2 ustawy o świadczeniach,
5. zapewnienie przekazywania w wersji elektronicznej Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego do Krajowego Rejestru Nowotworów a także kompletności danych zawartych w kartach DiLO,
6. wyeliminowanie przypadków nieumieszczenia pacjentów na listach oczekujących na udzielenie świadczeń na podstawie karty DiLO.

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.

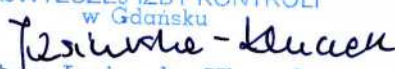
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Gdańsk, dnia 09 stycznia 2017 r.

Kontroler
Maria Mieszalska
specjalista kontroli państwowej


Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Dyrektor
DYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

Ewa Jasiurska-Kluczek

¹¹⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.