



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.017.04.2016

P/16/057

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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. Iwona Miklikowska, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LGD/102/2016 z dnia 7 października 2016 r., 2. Katarzyna Michalska, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LGD/10/2017 z dnia 3 stycznia 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2, 346-347)
Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o., 82-550 Prabuty, ul. Kuracyjna 30 (dalej: „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bogdan Teodor Łęski - Prezes Zarządu ¹ (dowód: akta kontroli str. 3-14)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Szpital rozliczał w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) świadczenia onkologiczne przede wszystkim na podstawie wcześniejszych zasad, tj. umów określających limity wykonywanych usług medycznych, chociaż z dniem 1 stycznia 2015 r. wprowadzono, w ramach pakietu onkologicznego, regulacje prawne dla pacjentów z chorobami nowotworowymi. Wartość świadczeń wykonanych w ramach pakietu onkologicznego w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) stanowiła od 8,9% w 2015 r. do 13 % w 2016 r. (do 31 sierpnia) oraz leczenie szpitalne (LSP) stanowiła, analogicznie 11% i 9,6% wartości świadczeń wykonanych w ramach umów, w których zawarte były limity poszczególnych świadczeń. Przyjmowanie pacjentów poza systemem pakietu onkologicznego powodowało, że nie mogli oni korzystać z uregulowań dotyczących czasu trwania procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Świadczenia udzielane w ramach pakietu onkologicznego oraz dla pacjentów o statusie „przypadek pilny”, w zakresie AOS, wykonywane były na bieżąco, natomiast poza pakietem onkologicznym maksymalny czas oczekiwania wynosił 24 dni². W zakresie LSP pacjenci w ramach pakietu onkologicznego oczekiwali na przyjęcie na Oddział Chirurgii Ogólnej maksymalnie do 11 dni. Pozostałym pacjentom o statusie „przypadek pilny”, świadczeń udzielano na bieżąco, natomiast pacjenci, których rozliczano w ramach umów limitowanych na przyjęcie na ten sam Oddział maksymalnie czekali do 38 dni. Na podstawie analizy 30 Kart DiLO³ NIK stwierdziła, że zawarte w nich dane były kompletne i pozwalały na rzetelne udokumentowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Liczba lekarzy, ich kwalifikacje, wyposażenie Szpitala, a także opracowane i wdrożone przez Szpital procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń pacjentom leczonym na podstawie karty DiLO, odpowiadały wymogom

¹ Zarząd Szpitala w składzie: Bogdan Teodor Łęski - Prezes Zarządu (od 01 czerwca 2016 r.), Grażyna Barbara Stachowicz - Wiceprezes Zarządu (od 21 lipca 2016 r.), poprzednio od 2012 r. Zarząd Szpitala w składzie: Paweł Chodiniak - Prezes Zarządu, Agnieszka Rogala i Jan Sokołowski - członkowie Zarządu. Od 29 czerwca 2015 r. Zarząd jednoosobowy w składzie Paweł Chodiniak - Prezes Zarządu.

² Poradnia Onkologiczna

³ Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego

zdefiniowanym w rozporządzeniach: Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴, zwane dalej „rozporządzeniem o świadczeniach gwarantowanych AOS” oraz z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵, zwane dalej „rozporządzeniem o świadczeniach gwarantowanych LSP”.

Nieprawidłowości dotyczyły udzielania przez lekarzy świadczeń w Poradniach Szpitala w czasie krótszym niż określony w umowach z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej „POW NFZ”).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Spełnianie przez świadczeniodawców wybranych wymogów, w tym pakietu onkologicznego

1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Opis stanu
faktycznego

Według stanu na 12 października 2016 r. w Szpitalu funkcjonowały niżej wymienione Poradnie: Onkologiczna, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Klatki Piersiowej. W schemacie organizacyjnym Szpitala, obowiązującym od grudnia 2015 r. wykazano dodatkowo Poradnie: Chirurgii Onkologicznej oraz Chorób Płuc.

(dowód: akta kontroli str. 15-19)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że Poradnie: Chorób Płuc (od listopada 2016 r.) oraz Chirurgii Onkologicznej (od stycznia 2017 r.) będą udzielały świadczeń komercyjnych, w związku z brakiem możliwości zakontraktowania usług zdrowotnych świadczonych przez te poradnie (wszystkie dotychczasowe umowy Szpitala o świadczenie usług zdrowotnych zostały przedłużone przez POW NFZ do 30 czerwca 2017 r.).

(dowód: akta kontroli str. 20-21)

Zgodnie z umową z POW NFZ⁶, w miejscu udzielania świadczeń przez Poradnię Onkologiczną dostępny był dermatoskop oraz zestawy do biopsji cienko- i gruboigłowej. Natomiast w lokalizacji Poradni Onkologicznej i Chirurgii Klatki Piersiowej znajdowały się: 2 aparaty rentgenowskie, tomograf komputerowy, 2 spirometry, aparat usg. Było to zgodne z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych. Wymieniony sprzęt medyczny posiadał aktualne przeglądy techniczne.

(dowód: akta kontroli str.22-37, 85, 264)

Lekarze zatrudnieni w Poradniach: Onkologicznej (4) i Chirurgii Klatki Piersiowej (3) spełniali wymagania kwalifikacyjne zgłoszone przez Szpital do umowy z POW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Czas pracy lekarzy w Poradniach: Onkologicznej i Chirurgii Klatki Piersiowej, świadczących usługi zdrowotne na podstawie kontraktów, nie był zgodny z umową zawartą przez Szpital z POW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 38-84, 86-92)

Zarządzeniem Nr 33/2014 z dnia 23 grudnia 2014 r. Prezes Zarządu Szpitala wprowadził od 1 stycznia 2015 r. procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń pacjentom leczonym na podstawie karty DiLO oraz powołał Konsylium wielospecjalistyczne do spraw planowania i koordynacji leczenia onkologicznego. Procedura ta określała m.in. sposób postępowania w poradniach specjalistycznych.

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 357

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.

⁶ Nr 11/001818/AOS/13/16 z 7 stycznia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 93-97)

Szpital, w celu zapewnienia dostępu do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej zawarł umowy z:

- Laboratoriami Medycznymi Bruss ALAB sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni⁷ na okres od 30 kwietnia 2012 r. do 29 marca 2017 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu specjalistycznych badań laboratoryjnych. Wykonującemu usługi wynagrodzenie przysługiwało za faktycznie wykonane badania według cen jednostkowych określonych w cenniku, będącym załącznikiem do umowy. Ceny w czasie obowiązywania umowy nie mogły ulec zmianie (za wyjątkiem ustawowej zmiany stawek podatku VAT),
- Pracownią Rezonansu Magnetycznego MR Diagnostic w Elblągu na lata od 2015 do 2017 na wykonywanie badań rezonansem magnetycznym. Płatność za wykonanie umowy ustalona została wg faktycznie wykonanych badań zgodnie z cennikiem stanowiącym załącznik do umowy,
- Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku, dalej UCK, na okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2017 r. na wykonywanie badań diagnostycznych w Zakładzie Radiologii, Medycyny Nuklearnej, Zakładzie Diagnostyki Chorób Serca oraz badań laboratoryjnych z zakresu Mikrobiologii Klinicznej, Immunologii Klinicznej i Transplantacyjnej, Hematologii, Patomorfologii Klinicznej, Genetyki Klinicznej. Za wykonanie świadczeń będących przedmiotem umowy wynagrodzenie obliczane było jako iloczyn ilości faktycznie wykonanych badań i cen określonych w cennikach będących załącznikami do umowy. W trakcie obowiązywania umowy ceny świadczeń mogły ulegać zmianom. Za gotowość udzielania świadczeń objętych umową UCK przysługiwało ryczałtowe wynagrodzenie w wysokości 500 zł netto za każdy kwartał trwania umowy, w którym Szpital nie zlecił wykonania żadnych badań.

(dowód: akta kontroli str. 134-157)

1.2. Leczenie szpitalne

Opis stanu
faktycznego

Wyposażenie w aparaturę medyczną i kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń onkologicznych na dwóch, poddanych kontroli, oddziałach Szpitala: Chirurgii Klatki Piersiowej i Chirurgii Ogólnej zgodne było z wymaganiami zawartymi w umowie z POW NFZ⁸ oraz z określonymi w Załączniku nr 3 do rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych LSP.

(dowód: akta kontroli str. 180, 193-207, 229-233)

Zarządzenie Nr 33/2014 Prezesa Zarządu Szpitala z dnia 23 grudnia 2014 r. regulowało procedurę, o której mowa w § 4a ust. 1 rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych LSP. Konsylium miało się składać z czterech lekarzy specjalistów: onkologii klinicznej, radioterapii lub radioterapii onkologicznej, chirurgii ogólnej lub innej dziedziny zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu, rentgenodiagnostyki. Zespół miał dokumentować działania zgodnie z zasadami wymaganymi przy prowadzeniu dokumentacji medycznej. W dokumentacji należało przechowywać informacje m.in. o przebiegu Konsylium, planie leczenia, udokumentowanym udziale w Zespole fizjoterapeuty oraz psychologa lub psychoonkologa.

Zarządzeniem Nr 1/2015 z dnia 9 stycznia 2015 r. Prezes Zarządu Szpitala powołał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny planujący oraz koordynujący proces leczenia w ramach pakietu onkologicznego – Konsylium lekarskie w 12 osobowym

⁷ Wszystkie medyczne laboratoria diagnostyczne ww. podmiotu posiadają wpisy do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

⁸ Nr 11/001818/SZP/12/16 z 07.01.2016 r.

składzie (4 lekarzy onkologów, 5 lekarzy chirurgów, 3 lekarzy radiologów), dodatkowo w skład ww. zespołu weszli psycholog i fizjoterapeuta. Konsylium pracować miało w czteroosobowym składzie i zostało zobowiązane do udokumentowanych spotkań raz w tygodniu.

(dowód: akta kontroli str. 93-97, 173-174)

Ustalone
nieprawidłowości

Lekarze świadczący usługi zdrowotne⁹ w Poradniach: Onkologicznej i Chirurgii Klatki Piersiowej nie pracowali zgodnie z czasem pracy ustalonym w umowach z POW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS. W umowach tych postanowiono, że świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – Harmonogram zasoby. Tymczasem:

1. lekarze udzielający świadczeń w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej:

- w miesiącu listopadzie 2014 r., na 66 godzin przewidzianych umową z POW NFZ¹⁰, przepracowali o 36 godzin i 50 minut mniej niż wynikało to z przedmiotowej umowy,
- w miesiącu czerwcu 2015 r., na 66 godzin przewidzianych umową z POW NFZ¹¹, przepracowali o 40 godzin i 20 minut mniej,
- w miesiącu czerwcu 2016 r. na 66 godzin przewidzianych umową z POW NFZ¹², przepracowali o 35 godzin i 50 minut mniej,

2. lekarze udzielający świadczeń w Poradni Onkologicznej:

- w miesiącu listopadzie 2014 r. na 60 godzin przewidzianych, jak wyżej, umową z POW NFZ, przepracowali o 18 godzin 40 minut mniej niż wynikało to z umowy,
- w miesiącu czerwcu 2015 r. na 72 godziny przewidziane, jak wyżej, umową z POW NFZ, przepracowali o 22 godziny 20 minut mniej niż wynikało to z umowy,
- w miesiącu czerwcu 2016 r. na 70 godzin przewidzianych, jak wyżej, umową z POW NFZ, przepracowali o 12 godzin 20 minut mniej niż wynikało to z umowy.

Z siedmiu lekarzy pracujących w ww. Poradniach, sześciu podpisało umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, rozlicznych według stawek ryczałtowych, jeden według stawki godzinowej. Zgodnie z § 2 pkt 1 przedmiotowych umów, przyjmujący zamówienie miał udzielać świadczeń zdrowotnych w wymiarze godzin i przedziałach czasowych wynikających z umowy zawartej przez Szpital z POW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 22-84, 101-132)

Prezes Szpitala wyjaśnił, że w ww. Poradniach lekarze pracowali w czasie krótszym, niż wynikający z określonego w umowach z POW NFZ ze względu na mniejszą ilość pacjentów w tych dniach i na fakt, iż nie każde świadczenie wymaga długiego czasu. Realizacja świadczeń nie odbywała się kosztem jakości usług świadczonych przez lekarzy, wszystkim pacjentom zostały udzielone porady. Pomimo niezachowania harmonogramu lekarze świadczący usługi byli dostępni w godzinach pracy poradni.

(dowód: akta kontroli str. 164-166)

Ocena częściowa

Szpital wprowadził procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń pacjentom leczonym na podstawie karty DiLO oraz powołał Konsylium lekarskie. Wyposażenie Szpitala w aparaturę i sprzęt medyczny było zgodne z wymogami określonymi przez Ministra Zdrowia, a kwalifikacje lekarzy udzielających świadczeń zarówno w AOS jak i LSP zgodne były z wymaganymi. Nieprzestrzegany był

⁹ Na podstawie umów ze Szpitalem o udzielanie świadczeń zdrowotnych

¹⁰ Umowa nr 11/001818/AOS/13/14

¹¹ W stosunku do umowy z POW NFZ Nr 11/001818/AOS/13/15

¹² W stosunku do umowy z POW NFZ 11/001818/AOS/13/16

natomiast czas udzielania świadczeń przez lekarzy w poradniach przyszpitalnych określony w harmonogramie pracy, ponieważ lekarze pracowali w czasie krótszym niż określony w umowach zawartych z POW NFZ.

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 okresie 2015-2016 w Poradniach Szpitala:

- w 2015 r. świadczone usługi medyczne dla 152¹³ pacjentów, którym wystawiono kartę DiLO, w tym 51 kart zostały wystawione przez lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej, dalej „POZ”,
- w III kw. 2016 r. odpowiednio dla 119¹⁴ pacjentów będących w posiadaniu karty DiLO, w tym 20 kart wystawiono w POZ.

(dowód: akta kontroli str. 98-100)

W 2015 r. chorobę nowotworową potwierdzono u 26 pacjentów, co stanowiło 51% ogółu pacjentów, którym lekarze POZ wystawili karty DiLO W 2016 r. (do 31 sierpnia) rozpoznanie choroby nowotworowej potwierdzono w 8 przypadkach, co stanowiło 40%.

(dowód: akta kontroli str. 234-235, 341)

W poddanych kontroli miesiącach sierpień 2015 r. oraz marzec i sierpień 2016 r. Szpital, zgodnie z przepisami art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach przekazywał cotygodniowe informacje o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczeń. Informacji takich nie przekazywano w miesiącu marcu 2015 r. Kierownik Działu Sprzedaży, Analiz i Statystyki Medycznej wyjaśniła, że świadczeniodawcy zostali zobligowani przez NFZ¹⁵ do prowadzenia w AP-KOLCE list oczekujących w czasie rzeczywistym wraz z określaniem co tydzień o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia od 1 kwietnia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 161-162, 167-169)

Zgodnie z art. 21 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach Prezes Zarządu Szpitala powołał 1 września 2015 r. Zespół Oceny Przyjęć¹⁶ w sześciuosobowym składzie (m.in. dwóch lekarzy specjalistów w specjalności niezabiegowej, jeden w specjalności zabiegowej, pielęgniarka). Zespół dokonywać miał comiesięcznych analiz list oczekujących na udzielenie świadczenia. Ocena list oczekujących miała być dokonywana pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia. Z przeprowadzonej oceny list oczekujących przewodnicząca Zespołu sporządzała comiesięczny raport. W poddanych kontroli raportach za miesiące wrzesień i grudzień 2015 r. oraz marzec 2016 r. nie odniesiono się do kwestii prawidłowości prowadzenia dokumentacji. Dokonywano analizy czasu oczekiwania na świadczenia oraz przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń w przypadku wszystkich pierwszorazowych pacjentów oczekujących na świadczenia (bez wydzielenia listy osób oczekujących na świadczenia onkologiczne).

(dowód: akta kontroli str. 133, 158-160)

¹³ Z tego w kwartałach: I – 24 (15 w POZ); II – 36 (11 w POZ); III – 41 (18 w POZ); IV – 51 (9 w POZ)

¹⁴ Z tego w kwartałach: I – 42 (7 w POZ); II – 44 (14 w POZ); III – 33 (3 w POZ)

¹⁵ Komunikat NFZ z 13.03.2015 r.

¹⁶ Zarządzeniem Nr 19/2015

W Szpitalu nie wypełniano w aplikacji AP-KOLCE list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej. Wiceprezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu pacjenci przyjmowani byli na bieżąco, stąd w oddziałach szpitalnych i poradniach nie było kolejek na udzielanie świadczeń onkologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 234-235)

2.2. Realizacja pakietu onkologicznego w lecznictwie szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

Od 2015 r. w skład Konsylium lekarskiego w Szpitalu wchodziło 12 lekarzy (jeden onkolog, sześciu chirurgów, trzech radiologów, jeden specjalista chemioterapii nowotworów, jeden radioterapeuta onkologiczny - wszyscy świadczyli pracę na podstawie kontraktów). Spośród ww. lekarzy, na rzecz każdego pacjenta, w zależności od rozpoznanego nowotworu złośliwego wyłaniano planujące i koordynujące proces leczenia Konsylium składające się z co najmniej 4 lekarzy specjalistów z ww. dziedzin. Pozostałymi członkami Zespołu Terapeutycznego zostali specjalista fizjoterapii (udzielający świadczeń w Szpitalu na podstawie „Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych”, w wymiarze 25 godzin tygodniowo) oraz psycholog (udzielający świadczeń na podstawie umowy zlecenia). W I półroczu 2016 r. psycholog w Szpitalu przepracowała 26,25 godzin, w wymiarze od 1,5 godz. w miesiącu czerwcu do 6 godzin w miesiącu styczniu. Wyznaczono Koordynatora Pakietu Onkologicznego, zwanego dalej „Koordynatorem”, do zadań którego należało m.in. koordynowanie planu leczenia ustalonego przez Konsylium, pośredniczenie w kontaktach z personelem medycznym, udzielanie informacji pacjentom, kontakt z NFZ i innymi placówkami, do których kierowani byli pacjenci z kartą onkologiczną, co zostało zapisane w zakresie obowiązków osoby pełniącej funkcję koordynatora.

(dowód: akta kontroli str. 193-207, 215-226, 245-260, 265)

Koordynator Pakietu Onkologicznego w Szpitalu wyjaśniła, że wykonywane w ramach obowiązków służbowych zadania były dokumentowane poprzez wpisy w kartach DiLO jak również na listach pacjentów przygotowywanych do Konsylium oraz poprzez zapisy w rozpoczynających się etapach leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 227-228)

Na podstawie analizy 30 losowo wybranych, zanonimizowanych kart DiLO, wydanych w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. ustalono, że w każdym przypadku Konsylium podejmowało decyzje w składzie czteroosobowym, co było zgodne z wymogiem § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. We wszystkich spotkaniach Konsylium udział brał Koordynator, a we wszystkich wymagających tego przypadkach¹⁷ określano plan i harmonogram leczenia. W siedmiu przypadkach nie brał udziału w Konsylium psycholog, udział psychologa w pozostałych przypadkach potwierdzany był podpisem i pieczęcią w karcie DiLO w rubryce FB.3 „pozostali członkowie Konsylium”. W żadnym z badanych przypadków w Konsylium nie brał udziału fizjoterapeuta.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że stan ogólny pacjentów kwalifikowanych podczas Konsyliów nie wymagał obecności osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa. Wsparcie psychologiczne i realizacja usług z zakresu rehabilitacji jest jednym z kluczowych elementów terapii pacjentów w późniejszym okresie leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 261-263, 286-287)

Maksymalny czas oczekiwania pacjentów wpisanych na listę oczekujących na przyjęcie na leczenie szpitalne nie przekraczał czasu określonego

¹⁷ tj. gdy posiadacz karty DiLO wymagał leczenia onkologicznego

w §7 Zarządzenia¹⁸ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zwanego dalej „Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 81/2014” i wynosił osiem dni, a w dwóch przypadkach pacjenci zostali przyjęci do Szpitala w dniu posiedzenia Konsylium. W sześciu przypadkach, gdy konieczne było przeprowadzenie zabiegu leczniczo-diagnostycznego, Konsylium w celu ustalenia sposobu postępowania terapeutycznego zbierało się w terminie od 13 do 25 dni, tj. w czasie nie przekraczającym ustalonego w § 4a ust. 1 rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych LSP¹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 261-263)

Szpital zawarł 31 grudnia 2014 r. na czas nieokreślony umowę z NU-MED GRUPA S.A. z siedzibą w Ostródzie o współpracy dot. udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie radioterapii w Centrum Radioterapii i Usprawniania w Elblągu. Świadczenia zdrowotne udzielane miały być na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, a ich udzielanie pacjentom skierowanym przez inne podmioty nie miało mieć wpływu na jakość i terminowość świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy. Szpital nie zapewnił dostępu do świadczeń leczniczych z zakresu medycyny nuklearnej. Prezes Zarządu wyjaśnił, że w trakcie leczenia na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Klatki Piersiowej nie wykorzystuje się medycyny nuklearnej. Chorzy, którzy wymagają takiego leczenia są kierowani do odpowiednich jednostek, które ustalają wskazania i podejmują decyzję o takim leczeniu.

(dowód: akta kontroli str. 266-270, 322-323)

W Szpitalu została wprowadzona z dniem 1 września 2014 r., procedura „Ocena nasilenia bólu”, której celem była kontrola poziomu bólu oraz wdrożenie skutecznych metod terapeutycznych zmierzających do jego uśmierzania lub całkowitej eliminacji. Dokumentowanie stopnia natężenia bólu oraz ocena skuteczności prowadzonego leczenia przeciwbólowego dokonywane miało być w kartach gorączkowych (pacjenci leczeni zachowawczo) lub dodatkowo w kartach intensywnego nadzoru/karcie obserwacyjnej (pacjenci leczeni operacyjnie). Monitorowanie bólu powinno się odbywać w odstępach 24-godzinnych (w razie potrzeby częściej) u pacjentów leczonych zachowawczo lub w odstępach 8-godzinnych (w razie potrzeby częściej) u pacjentów leczonych operacyjnie do 2-3 dób po zabiegu.

(dowód: akta kontroli str. 175-179, 236-244)

Na próbie zanonimizowanej dokumentacji medycznej 125 pacjentów hospitalizowanych w miesiącach: marzec i sierpień 2015 r. oraz marzec i sierpień 2016 r. na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala NIK sprawdziła zgodność postępowania z obowiązującą w tym okresie procedurą „Oceny nasilenia bólu”. W 12 przypadkach z marca 2015 r. (pacjenci po zabiegach operacyjnych) natężenie bólu mierzono jeden raz na dobę, zamiast minimum trzykrotnych pomiarów w 8-godzinnych odstępach. W pozostałych przypadkach wymagana częstotliwość była zachowana.

(dowód: akta kontroli str. 208-214)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że postępowanie personelu badającego nasilenie bólu u pacjentów pooperacyjnych nie było świadomym łamaniem obowiązujących wówczas od 2014 r. procedur, a wynikało ze standardowego zapisu w karcie gorączkowej. Pomimo braku udokumentowania w dokumentacji medycznej pacjenta trzykrotnego mierzenia w ciągu doby stopnia natężenia bólu, natężenie to było monitorowane a pacjent otrzymywał zlecane przez lekarza leki przeciwbólowe.

¹⁸ Nr 81/2014/DSOZ

¹⁹ Do 28 dni

(dowód: akta kontroli str. 314-317)

W 2015 r. w Szpitalu było leczonych onkologicznie 243 pacjentów. Nowotwór złośliwy potwierdzono u 217 pacjentów (89,3%), rozpoznania w 152 przypadkach dokonano w POZ i AOS, w pozostałych przypadkach (65) w Szpitalu. W 2016 r. (do 31 sierpnia) onkologicznie leczono 168 pacjentów, nowotwór złośliwy potwierdzono u 162 (96,4%). Rozpoznania w 148 przypadkach dokonano w POZ i AOS, a u 14 pacjentów chorobę rozpoznano w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 271)

2.3. Obsługa karty DiLO w lecznictwie ambulatoryjnym i lecznictwie szpitalnym

Opis stanu faktycznego

Funkcjonalność systemu informatycznego Szpitala „Optimed” do obsługi i korzystania z kart DiLO została udostępniona przez producenta i serwisanta tego oprogramowania - firmę „Comarch” 26 stycznia 2015 r. Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu Szpitala system został dostosowany do zmian zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 282-283)

POW NFZ w okresie 2015 r. i 2016 r. (do 31 sierpnia) nie odrzucił żadnej z kart DiLO z powodu błędów.

(dowód: akta kontroli str. 284)

Analiza 30 zanonimizowanych, losowo wybranych kart DiLO wykazała, że od daty wystawienia karty do daty wykonania badania histopatologicznego rozpoznającego nowotwór upłynęło: w 6 przypadkach do 10 dni, w 5 przypadkach od 11 do 30 dni, w 7 przypadkach od 31 do 60 dni, w 8 sprawach powyżej 60 dni, a 3 karty wystawione zostały po już wykonanym badaniu histopatologicznym²⁰. Spośród ww. kart 13 zostało zamkniętych w związku z zakończeniem procesu leczenia. We wszystkich przypadkach karty DiLO zostały przekazane do lekarza pierwszego kontaktu.

(dowód: akta kontroli str. 285, 299-301)

2.4. Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Nowotworów

Opis stanu faktycznego

Prezes Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu nie prowadzi się analiz dotyczących Kart Zgłaszania Nowotworu Złośliwego (dalej „KZNZ”). Dostęp do systemu Krajowego Rejestru Nowotworów (dalej „KRN”) posiadają jedynie lekarze i tylko oni wprowadzają dane dotyczące KZNZ. Szpital nie posiada konta, z którego można wygenerować raporty dotyczące ww. kart.

(dowód: akta kontroli str. 318-319)

Analiza 30 losowo wybranych, zanonimizowanych kart DiLO wykazała, że w 24 przypadkach, gdy nowotwór złośliwy został potwierdzony²¹, w karcie wpisywany był numer zgłoszenia do KRN. W jednym przypadku, pomimo rozpoznania nowotworu, w karcie DiLO nie dokonano takiego wpisu, ponieważ jak wyjaśnił lekarz prowadzący leczenie, przyczyną nieuzupełnienia karty DiLO był brak dostępu do strony internetowej, dalsze leczenie pacjenta rozliczono w ramach umów objętych limitami. Spośród poddanych badaniu 24 przypadków, w 15 sprawach zgłoszenia do KRN dokonano w terminie do 14 dni (w tym w 5 przypadkach do

²⁰W jednym przypadku lekarz prowadzący, w związku z brakiem dostępu do internetu, zaprzestął wypełniania karty DiLO

²¹ W 5 przypadkach w badanej próbie nie potwierdzono występowania nowotworu złośliwego

3 dni) od daty wykonania badania histopatologicznego rozpoznającego nowotwór. Maksymalny czas jaki upłynął od badania histopatologicznego do dokonania wpisu wyniósł 2 miesiące (jeden przypadek).

(dowód: akta kontroli str. 277-279, 295)

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

W ramach realizacji pakietu onkologicznego Szpital powołał oraz zapewnił terminowe funkcjonowanie Konsylium lekarskiego, powołał również Koordynatora – Konsultanta Pakietu Onkologicznego. Maksymalny czas oczekiwania pacjentów wpisanych na listę oczekujących na przyjęcie na leczenie szpitalne nie przekraczał wymaganego terminu.

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

3.1. Dostęp do świadczeń w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej.

Opis stanu faktycznego

W 2014 r. 535 pacjentów z rozpoznaniem chorób nowotworowych²² uzyskało w Poradniach szpitalnych świadczenia zdrowotne. Pacjentom tym wykonano 770 badań diagnostycznych (średnio 1,4 badania na pacjenta). W 2015 r. udzielono świadczeń ogółem 533 pacjentom z rozpoznaniem tych samych chorób, z tego tylko 86 pacjentów, tj. 16,1 % leczonych było w ramach pakietu onkologicznego, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) leczonych było 863 pacjentów, z tego 71 (8,2%) w ramach pakietu onkologicznego. W 2015 r. w ramach umów objętych limitami leczono 447 pacjentów z rozpoznaniem tych samych chorób, którym wykonano 792 badania (średnio 1,8 badania na pacjenta) a w 2016 r. (do 31 sierpnia) odpowiednio 792 pacjentów, którym wykonano 626 badań (1,9 na pacjenta). W 2015 w ramach pakietu onkologicznego Szpital udzielił świadczeń 86 pacjentom z ww. chorobami nowotworowymi, którym wykonano 860 badań diagnostycznych (10 badań na pacjenta), a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 71 pacjentom, którym wykonano 1061 badań diagnostycznych (średnio 15 na pacjenta). Realizacji świadczeń lekarskich w ramach pakietu onkologicznego nie wykazywała Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej, pomimo iż w latach 2015-2016 do 31 sierpnia lekarze POZ skierowali do tej Poradni z kartami DiLO 47 pacjentów, a lekarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wystawili w tym okresie karty DiLO 30 pacjentom.

(dowód: akta kontroli str. 170-172)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że przeważająca większość pacjentów Poradni Onkologicznej to pacjenci kontrolujący się po leczeniu onkologicznym, takich pacjentów diagnostyka w zakresie karty DiLO nie obowiązuje. Kolejną grupą pacjentów są osoby, które były diagnozowane i skierowane w trakcie konsultacji onkologicznych na leczenie bez założenia karty DiLO, a skierowanie do Poradni Onkologicznej miało na celu wyznaczenie kolejnego etapu leczenia. Część pacjentek przyjmowana w ramach profilaktyki chorób piersi, jeżeli zachodzi podejrzenie procesu nowotworowego kierowana jest na biopsję do lekarza chirurga i to on wówczas zakłada, w razie potrzeby, kartę DiLO. Część pacjentów z wywiadem choroby nowotworowej ma rozpoznaną wznowę w ramach badań kontrolnych – wówczas pacjent kierowany jest na leczenie bez oczekiwania. W związku z brakiem procedur możliwych do wykonania w Poradni Chirurgii Klatki

²² Rozpoznanie C00-C97, z wyłączeniem C 44; D00 – D09 z wyłączeniem D04

Piersiowej w ramach pakietu onkologicznego w Poradni nie rozlicza się diagnostyki pacjentów w ramach pakietu (potwierdzenie zmiany nowotworowej wymaga pobrania, w warunkach szpitalnych, materiału do badania).

(dowód: akta kontroli str. 314-317)

Lekarze udzielający świadczeń medycznych w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala wyjaśnili, że praktycznie nie udzielają i nie rozliczają porad diagnostyki wstępnej i pogłębionej pakietu onkologicznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co wynika z braku dostosowania schematu postępowania pakietu DiLO do specyfiki nowotworów płuca oraz anatomii układu oddechowego. Potwierdzenie zmiany nowotworowej (cel etapu diagnostyki wstępnej) wymaga uzyskania materiału do badania mikroskopowego. Tylko u kilku procent chorych można to wykonać na drodze ambulatoryjnie wykonanej bronchoskopii. Pozostali chorzy wymagają przeprowadzenia tego badania w warunkach szpitalnych. Współczesna onkologia wymaga coraz częściej badania histopatologicznego zamiast cytologicznego (terapię celowaną). Uzyskanie takiego materiału wymaga zabiegów wykonywanych w warunkach szpitalnych. W efekcie aby usprawnić skrócić czas diagnostyki, etapy diagnostyki wstępnej i pogłębionej są otwierane i zamykane celem przejścia do etapów zabiegów diagnostyczno-leczniczych lub konsylium i leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 181-185)

Prezes Zarządu Szpitala potwierdził wyżej podane przez lekarzy Poradni Klatki Piersiowej wyjaśnienia. Ponadto w kwestii rozpiętości ilości badań diagnostycznych wykonywanych dla pacjentów objętych pakietem onkologicznym i dla pacjentów diagnozowanych w ramach umów objętych limitami wyjaśnił, że pacjenci zgłaszający się poza pakietem onkologicznym do Poradni Onkologicznej Szpitala w większości przyjmowani byli z innych ośrodków, gdzie była już przeprowadzona wystarczająca diagnostyka onkologiczna umożliwiającą podjęcie leczenia bez dodatkowych procedur diagnostycznych.

(dowód: akta kontroli str. 186-189)

Wyliczony, według danych przekazywanych do NFZ, czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarzy dwóch wytypowanych do kontroli Poradni, tj. Onkologicznej i Chirurgii Klatki Piersiowej wynosił:

a. w Poradni Onkologicznej:

- w 2014 r. od 16 dni w I kwartale do 40 dni w IV kwartale. Pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne przyjmowali byli na bieżąco,
- w 2015 r. i dwóch kwartałach 2016 r. czas oczekiwania pacjentów stabilnych przyjmowanych poza pakietem onkologicznym uległ skróceniu i wynosił od 24 dni w I kwartale 2015 r. do 9 dni w II kwartale 2016 r. W przypadkach pilnych poza pakietem onkologicznym oraz pacjenci w ramach pakietu onkologicznego przyjmowani byli na bieżąco.

b. w Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej:

- w 2014 r. czas oczekiwania pacjentów stabilnych wynosił 8 dni w II kwartale, w pozostałych kwartałach jak i w przypadkach pilnych przyjmowano na bieżąco,
- w 2015 r. i dwóch kwartałach 2016 r. czas oczekiwania pacjentów stabilnych nieznacznie wzrósł w IV kwartale 2015 r. do 12 dni i ponownie w II kwartale 2016 r. zmalał do 8 dni. W przypadkach pilnych poza pakietem onkologicznym oraz pacjenci w ramach pakietu onkologicznego przyjmowani byli na bieżąco.

(Dowód: akta kontroli str. 273)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że nie dysponuje, w posiadanym systemie informatycznym Szpitala, danymi dotyczącymi dat poszczególnych etapów diagnostyki i leczenia pacjentów, z wystawionymi przez lekarzy POZ oraz AOS kartami DiLO. Daty poszczególnych etapów diagnostyki są jedynie do pozyskania z dokumentacji papierowej, którą prowadzi Szpital, ale wykonanie zestawienia terminów poszczególnych etapów diagnozowania i leczenia dla wszystkich pacjentów z wystawionymi przez lekarzy POZ kartami DiLO jest niemożliwe. Ponadto daty poszczególnych etapów diagnostyki wstępnej, pogłębionej wykonanych badań oraz kart DiLO wpisywane są do aplikacji udostępnionej przez NFZ – „AP-DiLO”. Jednak nie ma możliwości wygenerowania z tej aplikacji jakichkolwiek raportów. Uzyskanie danych z tej aplikacji możliwe jest jedynie poprzez wchodzenie w każdą z wystawionych kart oraz spisywanie z niej danych, co uniemożliwia sporządzenie zestawienia w wymaganym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 190-192)

Kontroli poddano 30 losowo wytypowanych, zanonimizowanych dokumentacji medycznych pacjentów, którym w okresie od 01 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r., karty DiLO²³ wystawili lekarze POZ, a którzy następnie byli diagnozowani w Poradni Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala. Ustalono, że Szpital udzielał świadczeń diagnostycznych tym pacjentom w terminach zgodnych z zarządzeniem Prezesa NFZ²⁴. Dotyczyło to wykonania:

- diagnostyki wstępnej w terminie nie przekraczającym 35 dni w 2015 r. i 28 dni w 2016 r.,
- pogłębionej diagnostyki onkologicznej w terminie 28 dni,
- porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną w terminie do 7 dni od dnia zakończenia diagnostyki wstępnej.

Szpital nie dokonywał wpisów pacjentów na listy oczekujących na realizację świadczeń onkologicznych, co uniemożliwiło ocenę terminowości działań Szpitala w pozostałych przypadkach.

(dowód: akta kontroli str. 275-276)

W toku kontroli ww. dokumentacji medycznej nie stwierdzono różnic pomiędzy datami udzielonych porad lekarskich wykazanymi w kartach DiLO i dokumentacji medycznej pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 299-301, 336)

3.2. Dostęp do świadczeń w lecznictwie szpitalnym

W 2014 r. na oddziałach szpitalnych leczono 910 pacjentów z rozpoznaniem chorób nowotworowych²⁵. Pacjentom tym wykonano 6.928 badań diagnostycznych (średnio 7,6 badania na pacjenta). W 2015 r. ogółem leczono 800 pacjentów z rozpoznaniem tych samych chorób, z tego tylko 146 pacjentów, tj. 18,2 % leczonych było w ramach pakietu onkologicznego, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) leczonych było 571 pacjentów, z tego 99 (17,3%) w ramach pakietu onkologicznego. W ramach umów objętych limitami leczono 654 pacjentów, którym wykonano 5.995 badań (średnio 9,2 badania na pacjenta), a w 2016 r. (do 31 sierpnia) odpowiednio 472 pacjentów, którym wykonano 4.679 badań (9,9 na pacjenta). W 2015, w ramach pakietu onkologicznego, Szpital udzielił świadczeń 146 pacjentom z ww. chorobami nowotworowymi, którym wykonano 1071 badań diagnostycznych (7,3 badania na

²³ Karty DiLO o numerach: 15081815807; 15091928269; 15091974987; 15112306436; 15122475993; 15122410848; 15122410848; 16012628761; 16043069944; 16032892502; 16022716423; 16053283592; 16032921585; 16032961321; 16073625112; 16073609244; 16033017717; 16053367221; 15061496389; 15102175141; 15102175141; 15051323970; 15112267548; 15051321176; 16032934185; 16022793505; 16012643715; 16022787818; 16022793217; 15112232036; 15122473823

²⁴ Z 05 grudnia 2014 r., Nr 79/2014/DSOZ, patrz § 15

²⁵ Rozpoznania C00-C97, z wyłączeniem C 44; D00 – D09 z wyłączeniem D04

pacjenta), a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 99 pacjentom, którym wykonano 673 badania diagnostycznych (średnio 6,8 na pacjenta).

(dowód: akta kontroli str. 272)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że część pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej nie posiadała kart DiLO, co zdaniem Koordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej wynikało z faktu, że lekarze POZ nie wystawiali pacjentom tych kart ze względu na pracochłonną procedurę. Ponadto powodami leczenia pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową poza pakietem onkologicznym były m.in.: brak takiej karty u chorego i jednocześnie brak możliwości jej założenia, nierozliczanie kart DiLO w przypadku wydłużonego, nie z winy oddziału, czasu wykonywanych procedur (płatność 75%), pojedyncze przypadki przeoczenia w sytuacji osób związanych z pakietem onkologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 313-317)

Wyliczony, według danych przekazywanych do NFZ, czas oczekiwania na przyjęcie na leczenie na wybranych Oddziałach Szpitala, tj. Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Klatki Piersiowej wynosił:

a) na Oddziale Chirurgii Ogólnej;

- w 2014 r. zarówno pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne jak i pozostali przyjmowani byli na bieżąco,
- w I kwartale 2015 r. wszyscy pacjenci przyjmowani byli na bieżąco. Od II kwartału 2015 r. czas oczekiwania pacjentów przyjmowanych poza pakietem onkologicznym wynosił od 26 dni w II kwartale 2015 r. do 38 dni w IV kwartale 2015 r. Pacjenci zakwalifikowani jako „pilni” oczekiwali do 2 dni. Pacjenci leczeni w ramach pakietu onkologicznego oczekiwali od 5 dni w II kwartale do 11 dni w IV kwartale 2015 r.,
- w 2016 r. czas oczekiwania pacjentów przyjmowanych poza pakietem onkologicznym w I kwartale wynosił 28 dni i uległ skróceniu o 2 dni w II kwartale tego roku (przypadki pilne przyjmowano w tym okresie w ciągu od 1 do 2 dni). Pacjenci leczeni w ramach pakietu onkologicznego oczekiwali od 2 dni w I kwartale 2016 r. do 9 dni w II kwartale tego roku.

b) na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej;

- w 2014 r. wszyscy pacjenci przyjmowali byli na bieżąco, za wyjątkiem II kwartału kiedy czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych wynosił 13 dni,
- w 2015 r. czas oczekiwania pacjentów przyjmowanych poza pakietem onkologicznym wynosił od 9 dni (III kwartał) do 12 dni (IV kwartał). Pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne przyjmowali byli na bieżąco. Pacjenci w ramach pakietu onkologicznego przyjmowani byli w czasie od 8 (IV kwartał) do 11 dni (II kwartał),
- w 2016 r. czas oczekiwania pacjentów przyjmowanych zarówno poza jak i w ramach pakietu onkologicznego był podobny i wynosił odpowiednio 16 dni i 14 dni w I kwartale oraz 11 dni i 9 dni w II kwartale tego roku. Czas oczekiwania pacjentów zakwalifikowanych jako przypadki pilne wynosił do 2 dni.

(Dowód: akta kontroli str. 274)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że do 2014 r. nie było wymogu podawania imiennej kolejki stąd przyjęcia określano „na bieżąco”, obecnie czas oczekiwania na diagnostykę inwazyjną lub zabieg ustalający rozpoznanie (bez karty DiLO) wynosi około 2-3 tygodni.

(dowód: akta kontroli str. 314-317)

Analiza 30 losowo wytypowanych, zanonimizowanych kart DiLO oraz dokumentacji medycznej pacjentów, którym w okresie od 01 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia

2016 r., karty DiLO wystawili lekarze POZ, a którzy następni byli leczeni na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala wykazała, że:

- określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium i podjęcie leczenia w 11 przypadkach odbyło się w czasie nie dłuższym niż 14 dni od daty umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia (leczenia szpitalnego), co było zgodne z § 7 Zarządzenia Prezesa POW NFZ Nr 81/2014,
- określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez Konsylium oraz przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego w 7 przypadkach odbyło się w czasie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia (leczenia szpitalnego), co było zgodne z § 4a ust. 1 rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych LSP. W jednym przypadku pacjent²⁶ oczekiwał od daty wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (15 lipca 2016 r.) do dnia ustalenia przez Konsylium sposobu leczenia (21 września 2016 r.) 68 dni. Zastępca Ordynatora Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala wyjaśnił, że chory na zabieg leczniczo-diagnostyczny przyjęty został do Szpitala 02 sierpnia 2016 r., ale ze względu na brak rozpoznania histopatologicznego przy wypisie chory nie mógł być rozliczony w ramach pakietu onkologicznego. Dopiero po uzyskaniu wyników z rozpoznaniem raka płaskonabłonkowego został przyjęty ponownie na Oddział (22 sierpnia 2016 r.) celem leczenia operacyjnego. Po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego preparatu operacyjnego (14 września 2016 r.) chory był konsultowany wielospecjalistycznie w ramach Konsylium 21 września 2016 r.,
- w trzech przypadkach nie potwierdzono choroby nowotworowej, w siedmiu przypadkach pacjent skierowany został na Konsylium i leczenie szpitalne do innej jednostki, w jednym przypadku, lekarz w związku z brakiem łączności z internetem zaprzestał, od momentu przeprowadzenia diagnostyki pogłębionej, wypełniania karty DiLO.

(dowód: akta kontroli str. 296-310)

W działalności UCK w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

W badanym okresie wartość świadczeń wykonanych w ramach pakietu onkologicznego była niska (w AOS stanowiła od 8,9% do 13%, a w LSP analogicznie od 11% do 9,6% wartości świadczeń wykonanych w ramach umów). Niewystawianie kart DiLO powodowało, że pacjenci nie mogli korzystać z uregulowań dotyczących czasu trwania procesu diagnostyczno-terapeutycznego zarówno w Szpitalu, jak i w innych podmiotach leczniczych. Świadczenia dla pacjentów leczonych w ramach pakietu onkologicznego, zarówno w AOS, jak i leczeniu szpitalnym, udzielane były w terminach przewidzianych zarządzeniami Prezesa NFZ.

4. Przestrzeganie wynikających z przepisów i standardów wybranych wymogów w zakresie zapewnienia jakości leczenia onkologicznego.

Opis stanu faktycznego

Pracownia Histopatologiczna Szpitala w 2015 r. wykonała 1.770 badań immunohistochemicznych i 144 badania śródoperacyjne, a w 2016 r. (do 31 sierpnia) 1.470 badań immunohistochemicznych oraz 72 badania śródoperacyjne. Badania molekularne dla pacjentów Szpitala wykonywane były w Laboratorium Instytutu Genetyki i Immunologii „Genim” sp. z o.o. w Lublinie oraz

²⁶ Nr karty DiLO 16073639832

(dowód: akta kontroli str. 280-281)

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą, leczonych onkologicznie (w zakresie raka sutka, żołądka, jelita grubego, raka płuca, nowotworu przewodu pokarmowego, nowotworów skóry, czerniaka oraz chłoniaka) było u 1.437 pacjentów²⁷. W systemie Optimed używanym przez Szpital brak było danych dotyczących stopnia nowotworu, gdyż dane takie zawarte były jedynie w KZNZ, a to wymagałoby ręcznego sprawdzenia przez lekarzy wszystkich wystawionych kart, co ze względu na pracochłonność nie jest możliwe. Ponadto Szpital nie posiadał informacji o liczbie leczonych w Szpitalu pacjentów, którzy mieli wykonane badania immunohistochemiczne i molekularne, ze względu na fakt, że w systemie informatycznym „Histomed” informacja o wykonanym badaniu zawarta była jedynie w wyniku opisowym badania i dotyczyła liczby badań a nie liczby pacjentów. Jak wyjaśniła Kierownik Pracowni Histopatologicznej Szpitala moduł szpitalnego systemu informatycznego „Histomed” użytkowany w Pracowni Histopatologicznej nie pozwala na automatyczne wygenerowanie danych o liczbie pacjentów, którym wykonywane były badania immunohistochemiczne, ani też liczby badań przyporządkowanych danemu pacjentowi. Wyszczególnienie liczby pacjentów, z podziałem na typy nowotworów wymagałoby przejrzenia około 18 tys. rekordów bazy danych i odpowiedniego opracowania, co nie jest możliwe.

(dowód: akta kontroli str. 280-281, 293-294)

Główna Księgowa Szpitala wyjaśniła, iż dane którymi dysponuje księgowość Szpitala pozwalają na wyliczenie jedynie kosztu pojedynczego, uśrednionego badania histopatologicznego, który w 2015 r. wynosił 43,30 zł, a w 2016 r. 36,39 zł. Na podstawie posiadanego programu finansowo-księgowego Szpitala nie można wygenerować danych dotyczących średniego kosztu diagnostyki histopatologicznej przeprowadzonej u pacjentów (w podziale na poszczególne typy leczonych nowotworów), którym wykonano badania immunohistochemiczne, w porównaniu do pozostałych pacjentów, którym tych badań nie wykonano.

(dowód: akta kontroli str. 288-289)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu nie jest prowadzona statystyka z wyodrębnieniem przypadków kontynuacji leczenia pacjentów onkologicznych, którzy początkowo byli leczeni w innych podmiotach bez wykonania badania immunohistochemicznego. Sporządzenie takiej statystyki byłoby możliwe po dokonaniu analizy wszystkich historii chorób pacjentów za lata 2015-2016.

(dowód: akta kontroli str. 291-292)

Analiza zanonimizowanej dokumentacji medycznej 10 pacjentek²⁸, leczonych operacyjnie z powodu nowotworu złośliwego piersi (tj. wszystkich leczonych w latach 2015 – 2016 do 31 sierpnia w ramach pakietu onkologicznego) wykazała, że u dziewięciu wykonano badanie immunohistochemiczne oceniające stan HER2. U dwóch pacjentek wynik tego badania był niejednoznaczny (HER2 ++), a u czterech pacjentek dodatni (HER2 +++).

(dowód: akta kontroli str. 290, 328)

Jak wyjaśnił Koordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala w przypadku jednej pacjentki nie określono receptorów HER2, ponieważ w preparacie pooperacyjnym

²⁷ Z tego wg typu nowotworów: rak sutka – 279; rak żołądka – 69; rak płuca (bez podziału na NSLC) – 2.063; rak jelita grubego – 53; nowotwór przewodu pokarmowego -1; nowotwór skóry (bez podziału na DFSP) – 263; czerniak – 42; chłoniak (bez podziału na z szeregu B) - 11

²⁸ Nr karty DiLO: 15122473823; 16083778941; 16083801865; 16073729694; 1604316366 (przyjęta na leczenie dwukrotnie); 160532276246; 16032918697; 16032934185; 16012556671 (przyjęta na leczenie dwukrotnie); 15071680899 (przyjęta na leczenie dwukrotnie)

został rozpoznany nowotwór LCIS – w takim stadium nie określa się receptorów HER2. W przypadku pacjentek z wynikiem dodatnim zastosowanie terapii standardowej bądź spersonalizowanej jest uzależnione od decyzji Konsylium po uzyskaniu wyniku badania hist-pat usuniętego preparatu i precyzowane w oddziałach stosujących chemioterapię uzupełniającą (w przypadku leczenia raka piersi – oddział chemioterapii w Elblągu). Oddział Chirurgiczny nie uczestniczy w decyzji o zastosowanym leczeniu pooperacyjnym.

(dowód: akta kontroli str. 324-327)

Kierownik Przychodni Szpitalnej wyjaśnił, że w badaniach hist-pat uzyskanych z biopsji gruczołowej u pacjentek określane są receptory estrogenowe i progesteronowe, HER2 jak i w zależności od potrzeb diagnostyka pogłębiona (FISCH). U dwóch wskazanych pacjentek, które miały wynik badania HER2 niejednoznaczny, w jednym przypadku wykonano pogłębione badanie diagnostyczne, w drugim pacjentkę skierowano na Konsylium, które miało zdecydować o dalszym postępowaniu, w tym odnoszącym się do wyniku badania HER2 ++.

(dowód: akta kontroli str. 377-378)

Koordynator Oddziału Chirurgii wyjaśnił, że w 2015 r. z powodu raka piersi operowanych było 11 pacjentek, żadna nie miała powtórnego zabiegu. W 2016 r. (do 31 sierpnia) było operowanych 10 pacjentek, w tym cztery miały powtórny zabieg. Dwie z powodu braku radykalności pierwotnego zabiegu, jedna z powodu krwawienia pooperacyjnego i jedna z powodu przewlekłej infekcji rany po zabiegu pierwotnym.

(dowód: akta kontroli str. 324-327)

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

NIK odstępuje od formułowania oceny w tym zakresie z uwagi na brak możliwości ustalenia na podstawie funkcjonujących w Szpitalu systemów informatycznych danych o liczbie pacjentów, którym wykonano badania immunohistochemiczne w zależności od rodzaju i stopnia stwierdzonego typu nowotworu.

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

Opis stanu faktycznego

Przychody Szpitala w 2015 r. wynosiły 23.990,3 tys. zł, co stanowiło spadek o 17,9 tys. zł tj. 0,1% w porównaniu do 2014 r., w którym wynosiły 24.008,2 tys. zł, a koszty w tym okresie zmalały do 26.185,3 tys. zł tj. o 269 tys. zł (1,1%) w porównaniu do 2014 r. – 26.454,3 tys. zł. Do 31 sierpnia 2016 r. przychody wynosiły 16.031,9 tys. zł, a koszty 17.671,4 tys. zł.

Strata netto Szpitala w 2015 r. wynosiła 476,8 tys. zł, co w porównaniu do 2014 r., kiedy Szpital osiągnął zysk netto w wysokości 312,1 tys. zł wskazuje na spadek zyskowności o 152,8% w stosunku do 2014 r. Do 31 sierpnia 2016 r. Szpital poniósł stratę w kwocie 630,8 tys. zł.

Wartość umowy²⁹ AOS w 2015 r. wynosiła 779 tys. zł i była wyższa o 287 tys. zł (58%) niż w 2014 r., w którym wynosiła 492 tys. zł. W 2016 r. wynosiła 726 tys. zł i była niższa o 53 tys. zł (6,8%) niż w 2015 r. Wartość umowy³⁰ SZP w latach 2014-

²⁹ Łącznie z aneksami

³⁰ Łącznie z aneksami

2016 kształtowała się mniej więcej na tym samym poziomie i wynosiła odpowiednio: 20.314,5 tys. zł, 20.333,3 tys. zł 20.271,1 tys. zł.

Wartość świadczeń zrealizowanych w ramach pakietu onkologicznego w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) w ramach zawartych umów wynosiła:

- w zakresie AOS odpowiednio 67,9 tys. zł i 80,1 tys. zł, co stanowiło 8,9% i 13% wartości rozliczonych i wykonanych świadczeń w ramach umów objętych limitami,
- w zakresie LSP odpowiednio 2.259,4 tys. zł i 1.347,5 tys. zł, co stanowiło 11% i 9,6% wartości rozliczonych i wykonanych świadczeń w ramach umów objętych limitami.

Rozliczenia Szpitala z POW NFZ w zakresie świadczeń dotyczących pakietu onkologicznego nie były dla Szpitala znaczące i stanowiły około 10% całej jego działalności.

(dowód: akta kontroli str. 329-331)

Szpital do 31 sierpnia 2016 r., pomimo przyznania na 2016 r. kwoty 289.536 zł w ramach pakietu onkologicznego w zakresie choroby płuc – hospitalizacja nie wykorzystał żadnych środków w tym zakresie. Jednocześnie wykonanie tych świadczeń w ramach limitów objętych umowami wykazuje za analogiczny okres nadwykonanie w stosunku do upływu czasu o 263.705 zł.

(dowód: akta kontroli str. 329)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że brak jest możliwości rozliczenia świadczeń w oddziałach chorób płuc z pakietu onkologicznego. Oddział nie może rozliczać żadnej diagnostyki wstępnej ani pogłębionej z uwagi na fakt, że procedury te można rozliczać tylko ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Oddział Chorób Płuc ma możliwość rozliczenia w ramach pakietu onkologicznego procedurę „biopsja cienkoigłowa płuc”, pod warunkiem że pacjent skierowany jest na zabieg diagnostyczno-leczniczy, na który może skierować lekarz POZ lub specjalista, a czego lekarze nie wykonują. POW NFZ alokuje niewykorzystane środki z pakietu onkologicznego do umów limitowanych. Nie wpływa to na jakość udzielanych świadczeń, bowiem nie wydłuża się czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 339-340)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) nie zwiększano wartości umów określających limity świadczeń w związku z „nadwykonaniami” świadczeń pacjentom kwalifikującym się, z uwagi na rozpoznaną chorobę nowotworową, do pakietu onkologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 320-321)

Główna Księgowa Szpitala wyjaśniła, że w Szpitalu nie prowadzi się analizy porównawczej przychodów uzyskanych z realizacji badań wykonanych w ramach pakietu onkologicznego z poniesionymi kosztami.

(dowód: akta kontroli str. 320-321)

W latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) pięć komórek organizacyjnych Szpitala realizowało pakiet onkologiczny, tj. trzy Poradnie³¹ i dwa Oddziały Szpitala³². W 2015 r. ww. komórki poniosły stratę w wysokości 86,5 tys. zł, co stanowiło pogorszenie wyniku finansowego tych komórek o 195 tys. tj. 179,7% porównaniu do

³¹ Poradnie: Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Klatki Piersiowej, Onkologiczna

³² Oddział Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Klatki Piersiowej

2014 r., w którym wypracowano zysk w kwocie 108,5 tys. zł. Powyższe wynikało z wolniejszego tempa wzrostu w 2015 r. w porównaniu do 2014 r. ich przychodów tj. o 0,9% (o 86,4 tys. zł) aniżeli kosztów, które wzrosły o 2,9% (o 281,3 tys. zł tj. z kwoty 9.674,7 tys. zł do kwoty 9.956 tys. zł). Koszty wynagrodzeń w 2015 r. wynosiły 3.169,6 tys. zł, tj. o 6,6% więcej niż w 2014 r., w którym wynosiły 2.974,5 tys. zł, a ich udział w kosztach ogółem wzrósł w 2015 r. o 1,1% z 30,7% w 2014 r. do 31,8% w 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 335)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że wzrost udziału wynagrodzeń w kosztach ogółem w latach 2014-2015 występujący szczególnie wyraźnie w Poradniach Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala był następstwem wypłacenia lekarzom wynagrodzeń z tytułu nadwykonań oraz opłaceniem usług medycznych wykonanych przez lekarzy SP ZOZ Fundacja Torakochirurgii Gdańsk.

(dowód: akta kontroli str. 342-343)

Do 31 sierpnia 2016 r. przychody komórek realizujących pakiet onkologiczny wynosiły 6.465,8 tys. zł, koszty 6.450,6 tys. zł (udział kosztów wynagrodzenia stanowił 34,6%), a wynik finansowy - zysk - w kwocie 15,2 tys. zł.

W 2015 r. w porównaniu do 2014 r. wynik finansowy trzech komórek (jednego oddziału i dwóch Poradni) uległ poprawie (nadal jednak był ujemny), a dwóch – pogorszeniu. W 2015 r. jedyną jednostką osiągającą dodatni wynik finansowy był Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, który w 2014 r. osiągnął 1.712,2 tys. zł, a w 2015 r. 1.249,1 tys. zł, co było jednak pogorszeniem wyniku o 463,1 tys. zł, tj. o 27%.

(dowód: akta kontroli str. 335)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że na podstawie funkcjonującego w Szpitalu systemu informatycznego nie można określić, bez każdorazowego posiłkowania się informacjami zawartymi w historii choroby pacjentów, czy wystąpiły przypadki kiedy koszty wykonanych badań w pakiecie onkologicznym przekraczały ryczałty określone w ramach wstępnej i pogłębionej diagnostyki.

(dowód: akta kontroli str. 333-334)

W toku analizy zanonimizowanej dokumentacji medycznej wszystkich (14) pacjentów, którzy w II kwartale 2015 r. uzyskali świadczenia zarówno w ramach pakietu onkologicznego jak i w ramach umów objętych limitami, NIK ustaliła, że żaden pacjent, leczony i diagnozowany w ramach pakietu onkologicznego, nie miał wykonanych dodatkowych badań diagnostycznych poza pakietem onkologicznym. W ośmiu przypadkach pacjenci zgłosili się do Poradni Onkologicznej lub Chirurgii Klatki Piersiowej bez karty DiLO i na podstawie wykonanych badań, po potwierdzeniu choroby nowotworowej wystawiona została karta DiLO. W sześciu przypadkach pacjenci leczeni w ramach pakietu onkologicznego zgłosili się do ww. Poradni na badania kontrolne, które zostały rozliczone w ramach umów objętych limitami.

(dowód: akta kontroli str. 332)

W Szpitalu, w przypadku konieczności wykonania pacjentom onkologicznym dodatkowych badań, przy braku możliwości rozliczenia tych badań w ramach pakietu onkologicznego, rozliczano je w ramach umów limitowanych. Pacjentom oczekującym w takich przypadkach nadawano status „pilny”.

Prezes Szpitala wyjaśnił, że na podstawie funkcjonującego systemu informatycznego nie można udzielić informacji, bez każdorazowego posiłkowania się

danymi zawartymi w historii choroby pacjenta, czy wystąpiły przypadki rozliczenia więcej niż jednego pakietu wstępnej/pogłębionej diagnostyki onkologicznej. Uzyskanie tych informacji w sposób ręczny jest czasochłonne.

(dowód: akta kontroli str. 344-345)

Szpital, w związku z wdrożeniem pakietu onkologicznego, w okresie od 01 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2016 r. poniósł koszty związane z powołaniem zespołu terapeutycznego „Konsylium” w wysokości 21,2 tys. zł oraz w związku z powołaniem koordynatora pakietu onkologicznego w wysokości 49,6 tys. zł. Nie poniósł żadnych kosztów związanych z dostosowaniem systemów informatycznych Szpitala do wymogów związanych z realizacją pakietu onkologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 311-312)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że w trakcie rozliczania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego występowały problemy informatyczne jak np. brak możliwości rozliczania konsyliów, brak możliwości importowania karty DiLO w rozliczanym świadczeniu, a w systemie informatycznym Szpitala nie były widoczne produkty kontraktowe – pakiet onkologiczny.

(dowód: akta kontroli str. 344-345)

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Wprowadzenie z dniem 1 stycznia 2015 r. pakietu onkologicznego nie wpłynęło w sposób istotny na sytuację finansową Szpitala, bowiem świadczenia zrealizowane przez Szpital w ramach tego pakietu w latach 2015-2016 (do 31 sierpnia) stanowiły nieznaczny udział w jego działalności.

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 Kontroli³³, wnosi o zapewnienie przyjmowania pacjentów przez lekarzy w Poradniach Onkologicznej i Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala w czasie zgodnym z umowami zawartymi z POW NFZ.

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.

³³ 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.

Kontroler:

Katarzyna Michalska
główny specjalista kontroli państwowej


.....
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

DYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

.....
Ewa Jasieńska-Kluczek
Podpis